

La Clínica Moderna

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Premiada con Medalla de Oro en la Exposición Hispano-Francesa de 1908

PUBLICADA

BAJO LA DIRECCIÓN DE LOS DOCTORES

RICARDO ROYO VILLANOVA RICARDO LOZANO MONZON

CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA
Y CLÍNICA MÉDICAS

CATEDRÁTICO DE PATOLOGIA
Y CLÍNICA QUIRÚRGICAS

ADMINISTRADOR-GERENTE

F. Saenz de Cenzano

Inspector provincial de Sanidad por oposición
Profesor-Auxiliar
de la Facultad de Medicina



SUMARIO

GERSHBERG (DR.): Conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de Zaragoza, la noche del 27 de Diciembre de 1918 —SICILIA (DR.): Xantoma parpebral y seborreo-comedones con felicititis, consecutivas a trastornos dispépsicos.—BONAFONTE (M.): Sobre la malignidad de las neoplasias del útero y la patología del sarcoma de este órgano.—PÉREZ GRANDE (DR.): Cálculos y cuerpos extraños de la uretra. — LAUZURICA (DR.): Contribución al estudio de las psicosis puerperales.

Revista de Semelótica.—Diagnóstico bacteriológico de la difteria.

Fuera de texto —Vacantes, Academia Médico- Quirúrgica, Concursos y Anuncios.

Véase correspondencia administrativa, pág. 2, sección de anuncios.

PRECIOS DE SUSCRIPCION

España, un año	12 pesetas
Extranjero, un año	15 francos
Número corriente	75 céntimos
Id. atrasado	1'50 pesetas

Anuncios según tarifa que se remite a quien la solicite

NO SE ADMITEN LIBRANZAS DE LA PRENSA PARA EL PAGO DE SUSCRIPCIONES

DIRECCION PARA LA CORRESPONDENCIA: COSO, NÚMERO 18 — TELÉFONO 321

SOLUTO VITAL

RECONSTITUYENTE GENERAL DEL ORGANISMO. □ ELIXIR E INYECTABLE

Preparado por J. ARRANS.—Farmacéutico

FÓRMULA: El Elixir, en cada cucharada grande (20 gramos), contiene: Glicerofosfato de cal y de sosa, aa. 0'05 gr.; Arrhenal, 0'02 gr.; Hipofosfito de quinina, 0'01; Fósforo, 0'001 gr.

El Inyectable se presenta en cajas de 15 ampollas de 1 c. c. perfectamente dosificadas y esterilizadas, conteniendo cada una las mismas dosis de la fórmula anterior, sustituyendo en ella el hipofosfito de quinina por $\frac{1}{2}$ miligramo de Cacodilato de Estriénina.

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS.—Aduana, núm. 21, SEVILLA

AGUAS DE PANTICOSA

Prototipo de las nitrogenadas en España.

Sulfurosas sódicas, las de la Fuente del Estómago.

Verdadero clima de altura (1636 metros)

Esta singular y muy importante triada terapeútica constituye un conjunto eficacísimo y *único en el mundo* para prevenir el desarrollo de la **tisis pulmonar** y curar ésta en sus comienzos. La especialidad de las *aguas de Panticosa*, es tradicional y está comprobada por infinitos hechos repetidos sin interrupción, así en la **tuberculosis** como en la mayoría de las **enfermedades crónicas de las vías respiratorias** y en todos los casos de debilidad orgánica general como en la **anemia** y el **linfatismo** siendo también sumamente útiles en la **dispepsia**, **gastritis**, **enteritis**, **nefritis**, **cistitis**, **infartos del hígado y bazo**, **calculus hepáticos y renales**, y en todas las enfermedades producidas por reimpulsión de los vicios **reumático y herpético**.

El balneario dista 32 kilómetros de la *estación férrea de Sabiñánico*, en la línea de Zaragoza a Jaca, y 50 de la de *Laruns en la de Pau*; recorriéndose después ambos trayectos en automóviles en unas dos horas. Servicio completo de balneoterapia, hidroterapia y atmíatria.

Lavadero mecánico y **estufa de desinfección** instalados en 1901.

Tres fondas con cocina española y francesa; habitaciones pintadas al óleo; ascensor en dos de los Hoteles. Iglesia; Hospital para pobres legales; correo y telegrafo, luz eléctrica, Casino, bazares y todo lo que requieren establecimientos de su índole.

Temporada oficial: de 15 de Junio a 21 de Septiembre, dividida en tres periodos, que se diferencian por distintos precios en las habitaciones, a saber:

Precios ordinarios: de 1.º a 15 de Julio y de 16 a 31 de Agosto.

Precios ordinarios rebajados en un 50 por 100 durante los meses de Junio y Septiembre.

Y precios ordinarios aumentados en un 20 por 100 de 6 de Julio a 15 de Agosto.

Las tan renombradas y privilegiadas aguas de Panticosa se exportan en cajas de 12 y 24 litros y 25 y 50 medios, expendiéndose en todas las capitales y poblaciones importantes de España.

Para detalles e informes dirigirse a la Administración general de la Sociedad Aguas de Panticosa instalada en el Balneario en los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre, y en Zaragoza, D. Jaime I, núm. 54, 2.º, el resto del año.

JARABE ARRANS

— DE —

AMAPOLAS FOSFO-CREOSOTADO

MEDICAMENTO ESPECÍFICO DE LAS ENFERMEDADES
DEL PECHO Y VÍAS RESPIRATORIAS

FÓRMULA

Por cucharada grande:

Fosfo-Creosota soluble.....	0'25	gramos
Codeína	0'005	>
Cloruro Cocaína.....	0'001	>
Alcoholaturo raíces Acónito.....	2	gotas

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS.- Aduana, núm. 21, SEVILLA



LOS CONVALECIENTES

son seres desmineralizados propensos á enfermar de nuevo si no se regenera su mineralización.

EL CANCER, LA TUBERCULOSIS, ETC.
es imposible su curación sin remineralizar al paciente.

LA ENERGIA VITAL

no puede conservarse sin renovar constantemente el gasto mineral fosfo-magnesiano de los elementos nerviosos.

LA ENOFOSFORINA SERRA

proporciona alimento mineral necesario á los convalecientes, á los enfermos y á los que tienen su ENERGÍA VITAL comprometida.

SE VENDE EN TODAS PARTES

Depósito General: PELAYO, 9.-BARCELONA

CORRESPONDENCIA ADMINISTRATIVA

En esta sección daremos contestación a las cartas de nuestros suscriptores que no remitan dos sellos de quince céntimos para la contestación particular.

- Sres. Poblet Hermanos.—Buenos Aires (R. Argentina).—Anotada la suscripción.
- D. Martín Vila.—Pollensa (Baleares).—Remitido el libro del Dr. Lozano, «Piogenias».
- » Emiliano Mateos.—Vezdemarbán (Zamora).—Remitidos los números del año 1918.
- » Gaspar Reynés.—Palma (Baleares).—Conforme con su atenta carta.
- » Julián Ortega.—Grijota (Palencia).—Anotada la suscripción.
- » Manuel Alvarez.—Reinosa (Santander).—Pagó la suscripción del año 1919.
- » Aniceto Bercial.—Huesca.—Pagó la suscripción del año 1918.
- » Tomás Ibáñez.—Bujaraloz (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1918.
- » Juan Muñoz.—Teruel.—Pagó la suscripción del año 1919.
- » José Montaña.—Olite (Navarra).—Pagó la suscripción de 1919.

Sigue en la página 3.

Gran Hotel y Balneario TERMA PRIMITIVA

(Antes viejos de San Roque)

= ALHAMA DE ARAGON =

a cargo de PETRA SANZ É HIJOS

Terma donde existe el famosísimo «BAÑO DEL MORO» construido en 1122

Este Establecimiento, libre de las inundaciones del río Jalón, cuenta con los más ricos manantiales, de los que se surten directamente las duchas y baños en la misma roca con toda la eficacia y temperatura de sus aguas que es de 34° centígrados y desde este año contará dentro del balneario de una cascada o sala de inhalaciones construída con arreglo a la más rigurosa higiene terapéutica. En el Gran Hotel construído a la parte Sur del antiguo edificio y montado a la moderna, encontrará el bañista espaciosa e higiénicas habitaciones, comedores amplios, salón de baile, etc., etc., dominando un variado paisaje.

Telegramas y correspondencia: **JOSÉ MARTÍNEZ.**—Alhama de Aragón

Solución Benedicto

de Glicero-fosfato de Cal con Creosotal

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc. **Frasco 2,50 ptas.** Depósito: Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 43, Madrid, y principales farmacias.

VACANTES

La de médico titular, por dimisión, de Tálaga (Badajoz), dotada con el haber anual de 1.000 pesetas, cobradas por trimestres vencidos de los fondos del Municipio. Los señores médicos solicitantes acompañarán a sus instancias con la cédula persona, el título profesional y el de pertenecer al Cuerpo de Médicos titulares de España, o copias de ellos, debidamente autorizadas, sin perjuicio de que acompañen otros documentos que acrediten su mejor derecho. Solicitudes hasta el 21 de Enero al alcalde D. Antonio Carvallo.

—La de médico titular, por renuncia, de Cigoitia (Alava), con la dotación anual de 750 pesetas, pagaderas de los fondos municipales por trimestres vencidos, y bajo las condiciones que se hallan de manifiesto en la Secretaría municipal. El agraciado podrá contratar además con las 220 familias que componen este partido, a razón de 20 pesetas anuales por cada una al año. Solicitudes hasta el 19 de Enero al alcalde D. Pedro Viteri.

—Una de médico titular, por renuncia, de Salvatierra de los Barros (Badajoz), dotada con 1.000 pesetas anuales. Solicitudes hasta el 20 de Enero al alcalde D. Manuel Naharro.

—La de médico titular, por renuncia, de Alameda de Gardón (Salamanca), dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas, pagadas de fondos municipales y por trimestres vencidos, por la asistencia de una a 25 familias pobres. Los que aspiren a cubrir dicha plaza, que serán médicos cirujanos, presentarán sus solicitudes debidamente documentadas, en el plazo de treinta días. El agraciado podrá contratar la asistencia facultativa de 180 vecinos pudientes y con el puesto de Carabineros, y en junto puede valerle la plaza unas 3.000 pesetas. Solicitudes hasta el día 20 de Enero al alcalde D. Constantino Sardiña.

—La de médico titular de Espejo (Alava), con el haber anual de 10.625 kilogramos de trigo y 400 pesetas de titular; los pueblos del partido son: Barrio, Bachicabo, Villamaderme y Billogín, todos a corta distancia y con buenas vías de comunicación. Solicitudes hasta el 21 de Enero al alcalde del barrio de Espejo, D. Gonzalo Ruiz.

—La de médico titular, por renuncia, de Hoya-Gonzalo (Albace-te), dotada con el haber anual de 1.750 pesetas. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Antonio Palacios.

—La de médico titular, por dimisión, de Zazuar (Burgos), con la dotación anual de 750 pesetas, pagadas de los fondos municipales,



por trimestres vencidos, por la asistencia de 30 familias pobres y casos de oficio, pudiendo contratarse con 240 vecinos a razón de 14 pesetas por iguala. Este pueblo le baña el río Arandilla, y se halla situado a 11 kilómetros de Aranda de Duero y a 5 de la estación del ferrocarril de Vadocondes en la línea de M. Z. A., pasando por la carretera de Aranda a Pinilla de los Barruecos. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Bernardino Sanz.

—La de médico titular, por dimisión, de Quintanalaranco (Burgos), y los pueblos circunvecinos Carrias, Castil de Carrias, Bañuelos de Bureba y Loranquillo, con el haber anual de 750 pesetas de titular, por la asistencia de familias pobres y casos de oficio; además percibirá en conceptos de iguales de los vecinos pudientes 4.250 pesetas, casa gratis, paja para la caballería y libre de toda carga municipal. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Melquiades López.

—La de médico titular de Cabañes de Esgueva (Burgos), y los pueblos asociados de Cabañes de Esgueva con Santibáñez, según la clasificación 5.^a del referido partido médico, dotada con el haber anual de 750 pesetas, consignadas en el presupuesto, satisfechas por trimestres vencidos de los fondos municipales, por la asistencia de 15 familias pobres del distrito, transeuntes enfermos, casos de oficio y reconocimiento de quintos. El agraciado podrá contratar las igualas con 110 vecinos acomodados. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Pedro Santibáñez.

—La de médico titular, por renuncia, de Mecerreyes (Burgos) y Cuevas de San Clemente, que componen el partido, con la dotación anual de 1.000 pesetas, pagadas del presupuesto municipal por trimestres vencidos, entre ambas Corporaciones, con arreglo a las disposiciones vigentes, por la asistencia de las familias pobres y demás servicios anejos a su cargo, pudiendo el agraciado contratar con la Comisión respectiva para la asistencia de las familias pudientes en concepto de iguales por una cantidad poco más o menos de 2.500 pesetas por las de esta villa, y en lo que se convengan por las de dicho Cuevas, pagadas por las Comisiones, también por trimestres vencidos, con practicante en Cuevas de San Clemente y casa para vivir en esta villa de Mecerreyes. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Félix Alonso.

—La de médico titular, por dimisión, de La Horra (Burgos), dotada con la asignación anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, por la asistencia a 58 familias pobres de esta localidad y prestación de cuantos servicios imponen al mencionado cargo las disposiciones legales vigentes. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Félix Miguel.

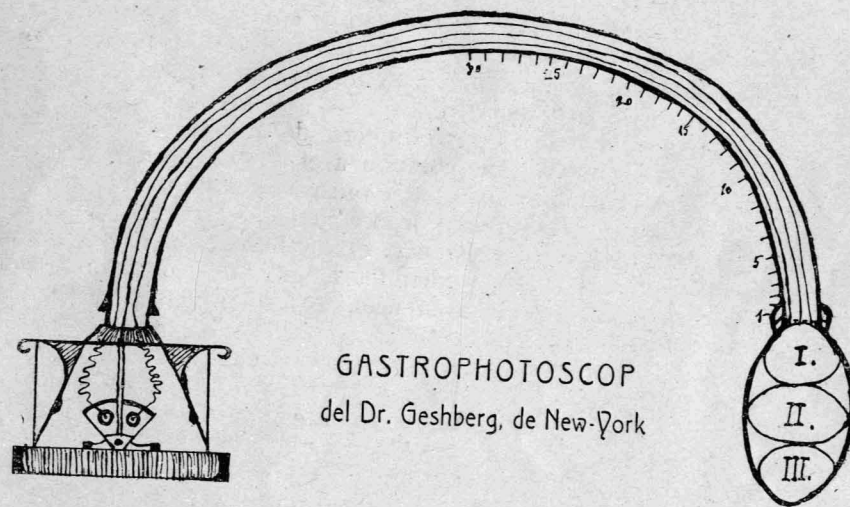
—La de médico titular, por defunción, de Vilviestre del Pinar (Burgos), dotada con la cantidad de 1.000 pesetas anuales, pagadas del presupuesto municipal por trimestres vencidos, y casa-habitación para vivir, por la asistencia de 10 familias pobres, transeuntes y casos de oficio, el agraciado podrá contratar las igualas con 185 vecinos del pueblo, que satisfarán 2.750 pesetas anuales por trimestres vencidos. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Jerónimo González.

—La de médico titular de San Zadornil (Burgos), y sus adheridos de cuatro pueblos del Valle de Valderejo, próximos de este distrito municipal, con la dotación anual de 6.105 litros de trigo de buena clase, pagados en el mes de Septiembre de cada año. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. José Rivas.

Sigue en la página 10

FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

CONFERENCIA DEL DR. GERSHBERG DE NEW-YORK



LA CLÍNICA MODERNA

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

AÑO XVIII

ZARAGOZA, 1.º ENERO 1919

NÚM. 334



FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

CONFERENCIA DEL DR. GERSHBERG DE NEW-YORK

(EN LA NOCHE DEL 27 DE DICIEMBRE DE 1918)

TRADUCIDO DEL INGLÉS POR EL DR. CARDENAL, DE BARCELONA

El Dr. Gershberg empieza dando las gracias a la Facultad de Medicina por haberle permitido dar esta conferencia, en la cual sólo trata de hacer una comunicación previa sobre la importancia que él atribuye a su invento del nuevo procedimiento de exploración del estómago por medio de la Gastrofotoscopia.

Dice que su modesta invención es el producto de cerca de nueve años de experimentación científica y de trabajos prácticos de los principales laboratorios y clínicas de Europa y América sobre un extenso material de observación.

El nuevo método exploratorio debía haber sido presentado en el Congreso internacional de New-York, que no tuvo lugar a su debido tiempo por motivo de la guerra. Posteriormente se había propuesto presentarlo en las sesiones del primer Congreso español de Medicina que debió tener lugar en el pasado mes de Octubre, y que fué suspendido también a causa de la epidemia de gripe. Queda, pues, reservada su presentación oficial detallada y definitiva para el citado Congreso español que deberá celebrarse en el próximo mes de Abril, y se limitará por consiguiente, en la presente conferencia a una exposición superficial sobre el nuevo método.

Con el adelanto de la civilización, la ciencia médica y quirúrgica ha alcanzado un lugar preeminente en el siglo xx, debido en

gran parte a la creación de las especialidades que se ha impuesto a la profesión médica.

Gracias a los apóstoles de la Estomatología, tales como Notnagel, Ewal, Stiller, Boas, Rieder, Vonordew, Mathieu, Einhorn, Metschnikoff, Lange, Mikulicz, Pawlow, Holzknecht, Mayo, Medinaveitia, etc., etc., con la mayor parte de los cuales he tenido el honor de trabajar, y gracias a sus trabajos experimentales y métodos exploratorios, podemos hoy, por medio del examen microscópico, químico y físico, auxiliados por el empleo de los rayos X, radiografía, radioscopía, fluoroscopia, gastroscopia y gastropanoscopia, hacer mucho más fácil y perfecto el diagnóstico de las enfermedades del estómago en general.

Ocupémonos ante todo de las funciones del estómago.

Un estomatólogo americano moderno, el Dr. Stokton, dice en su reciente obra, que la digestión empieza en la cocina, lo que no hay duda que encierra una gran verdad. Si en un estómago sano es necesaria la alimentación sana para hacer fácil, perfecta y normal la digestión, ¿cuánto mayor no será esa necesidad para un estómago enfermo? Una alimentación mal sana en un estómago enfermo produce una serie de desórdenes psíquicos, físicos y patológicos que contribuyen poderosamente a aumentar la enfermedad ya existente en el estómago.

Antes de ocuparme de esa enfermedad y de los métodos de exploración para descubrirla y diagnosticarla, permitidme cuatro palabras sobre el mecanismo general y las funciones del órgano.

El primer factor que juega un papel importante en ese mecanismo, es el influjo nervioso.

El influjo nervioso presenta en el estómago dos formas u orígenes distintos: uno intrínseco y otro extrínseco: el primero procede y depende de los plexos de Meisner y Aguerbach; el segundo procede del bulbo y llega al estómago por conducto del nervio vago y de los ramos del simpático. De los plexos de Aguerbach parten las incitaciones de las ondas peristálticas del esófago, estómago e intestinos. Canon denomina dicho estímulo «reflejo mientérico». Los movimientos provocados por él producen zonas de contracción, debajo de las cuales se producen a su vez relajaciones de las capas musculares que dan lugar a dilataciones globosas o ampuliformes en la porción del estómago, cuyas paredes, por su estado de tono normal se hallan adosadas a su contenido alimenticio. Para la producción del peristaltismo rítmico, el reflejo mientérico establece ya la tonicidad normal de las paredes gástricas; el modo cómo se produce esa tonicidad es muy interesante.

Experimentalmente se ha demostrado que el vago produce también el tono tanto en el estómago como en el intestino. Si se

estimula el bulbo, parten de él impulsos nerviosos hacia el estómago, y después de una breve pausa o momento de relajación, el órgano se pone en estado de tonicidad, de modo que el vago prepara al estómago para el peristaltismo de un modo indirecto y contribuye como factor de su tonicidad, mientras que el contenido del estómago contribuye haciendo posible la presión intragástrica y excitando así el reflejo mientérico y el peristaltismo.

El segundo elemento que desempeña un papel importante en el funcionalismo del estómago, es la acción fisiológica. Bajo el punto de vista de su funcionalismo fisiológico, el estómago puede considerarse dividido en dos partes: A) La porción mayor o gran fondo que es la más próxima al cardias; sirve como de receptáculo a los alimentos que quedan en él sometidos a la simple presión de la tonicidad de sus paredes; y la porción menor B, correspondiente al extremo próximo al píloro, en la cual, muy poco después de verificada la digestión del alimento, tiene lugar un activo movimiento peristáltico y una fuerte acidificación del contenido, debido no sólo a la acción de sus glándulas propias, sino a la de las glándulas de la porción mayor que es dirigida hacia la porción pilórica por ondas peristálticas superficiales.

La secreción gástrica es así enérgicamente mezclada con las sustancias ingeridas, gracias a ese doble movimiento peristáltico, y reblandece primero y disuelve después los elementos solubles, preparándolos para su paso ulterior a través del píloro.

El esfínter pilórico se relaja alternativamente para permitir el paso a los alimentos líquidos primero y luego a los sólidos, bajo la acción de control del reflejo duodenal descrito por Sterlinge. El mecanismo de la digestión es por demás interesante: con la percepción olfatoria del alimento y luego por la gustativa, empieza como acto reflejo la secreción del jugo gástrico y de los fermentos salivales, estimulados todavía por la masticación, de modo que la digestión aminolítica empieza prácticamente en la boca y se continúa en el estómago.

En cuanto al bolo alimenticio abandona la faringe por el acto voluntario de la deglución, es arrastrado a lo largo del esófago por las ondas peristálticas rítmicas de los músculos lisos de este conducto y reforzado por la intervención del vago que da la tonicidad a dichas paredes.

En cuanto el bolo alcanza la extremidad inferior del esófago, se relaja el cardias por acción refleja y se produce una inhibición momentánea de los movimientos del estómago, durante el cual el órgano se mantiene en estado de pura recepción. Durante ese período de relajación del tono estomacal, las materias ingeridas

permanecen por algún tiempo en relativo reposo y van llenando simplemente la porción de estómago destinada a reservorio.

La secreción ácida del *fundus* es llevada entonces por ondas peristálticas superficiales por toda la superficie de la mucosa hacia la porción pilórica, donde se acumula, y por la acción de las enérgicas contracciones peristálticas profundas se produce así su íntimo contacto con la masa alimenticia y se activa enérgicamente la digestión de los proteidos.

La parte más interesante del mecanismo del estómago y de sus alteraciones se comprende por la teoría reciente llamada vagotónica de Eppinger, Yonorden y Hesse, los cuales han demostrado que en ciertos individuos y bajo la acción de estímulos especiales la inervación procedente del vago adquiere un influjo predominante y altera así el equilibrio normal para el buen funcionamiento del órgano; el estómago en ese estado especial de inervación se califica de vagotónico; cuando se halla dominado por la inervación predominante del simpático se califica de simpático-tónico.

El estómago en estado vagotónico responde al más ligero estímulo, no solamente con un mayor tono muscular y mucho más enérgico peristaltismo, sino por una oclusión espástica del píloro, con lo cual la secreción gástrica aumenta su actividad y el contenido del estómago se hace fuertemente ácido.

El aumento de la tensión muscular y de la secreción gástrica, produce en el paciente una sensación de malestar que complica notablemente el diagnóstico.

Existen varias teorías sobre las relaciones normales y patológicas del sistema nervioso y su intervención en las enfermedades del estómago, tales como las de Hyneman, Mathieu, Germain-See, etc., que prueban su indiscutible intervención en la patogenia de muchas dispepsias y gastritis.

Ocupémonos también en la *posición* del estómago. Según Dehio, el estómago sano en estado de vacuidad, se halla retraído en recíproco contacto de sus paredes y oculto en la concavidad izquierda del diafragma; la percusión en esta situación revela la presencia del colon en vez del estómago en el epigastrio. Cuando se examina con los rayos X, el estómago no se halla en esta posición transversal en lo alto del abdomen, sino que su *fundus* se hace casi vertical y sólo la porción pilórica persiste en su posición transversa, estando el sujeto en pie.

En cuanto a la *forma* el estómago varía también considerablemente; Holzknacht considera la forma normal análoga a la de un cuerno de toro, mientras que Rieder la define como ensiforme, y Gredel, como parecida a un sifón.

El volumen del estómago varía igualmente, pues en unos individuos es normalmente mucho mayor que en otros, existiendo tipos de volumen medio.

Se ve, por consiguiente, señores, por todo lo expuesto, a cuántas influencias funcionales, psíquicas, fisiológicas y patológicas se halla sometido el estómago en todas las edades para dar lugar a las más variadas enfermedades y exigir medios de diagnóstico cada día más precisos.

La *gastrofotoscopia* que tengo el honor de anunciar aquí, es un producto de esa necesidad, y el respetable auditorio de esta honorable corporación espero llegará a convencerse de su verdadera superioridad como medio de diagnóstico. Permítaseme para ello hacer una breve enumeración y apreciación comparativa de los métodos propuestos y empleados en la práctica hasta la fecha por los especialistas más acreditados en el diagnóstico de las enfermedades del estómago y comparadlos con la gastrofotoscopia.

A continuación hace el conferenciante una breve enumeración de los medios corrientes, tales como los rayos X, investigación microscópica y química de la sangre oculta en las heces (Boas), el estudio de las lesiones asténico congénitas de Stiller, los métodos analíticos de laboratorio para el diagnóstico de la gastritis, hiperacidez, aquilia gástrica, úlcera y cáncer de estómago; la gastroscopia aplicada primero por Mickulicz y luego por Rosenhenn, Kutner, Jakobson, Keller, Elsner, Jouon y otros; el sondaje de estómago, la fluoroscopia y radioscopia aplicado por Habskecht, Fredel, Rosenthal, Kemp y otros que suministran sombras de los diferentes tipos de estómago y facilita el diagnóstico de la gastrop-tosis y de la dilatación del mismo; la insuflación; el método volumétrico de Kelling y Swolsky, y en fin, el de gastrodiafanoscopia, iniciado por Heinorn para la transiluminación del estómago por medio de una lámpara eléctrica introducida en la viscera, que permite igualmente el diagnóstico de la dilatación, gastrop-tosis y a veces de algunos tumores del estómago.

Cada uno de estos métodos posee algunas buenas cualidades; pero no son menos importantes y numerosos sus inconvenientes, que indica el conferenciante del modo siguiente: En el empleo de los rayos X y radioscopia, el bismuto penetra a veces en las desigualdades del reblandecimiento de la mucosa en casos de gastritis o cáncer y produce así la impresión de falsos contornos que aun se hacen más groseros en algunos casos de deformación del estómago y de contractura, que dan lugar o pueden darlo a resultados enteramente erróneos, como afirma el propio Holzknacht. En casos de úlcera, según Handelk, cuando el estómago se halla lleno de bismuto, los contornos resultan sucios en la sombra radioscó-

pica y el profesor Steckton sostiene que no puede merecer entera confianza.

Por el descubrimiento de la sangre oculta en las heces, todos convendréis en que bajo el punto de vista diagnóstico ha de quedarnos siempre la duda del punto de donde procede, si de una úlcera o de otro punto del tubo digestivo, de un cáncer, etc.

Los métodos de laboratorio demostraron que existen cánceres con hiperacidez, en los cuales no existen los bacilos de Opples-Beas en las materias vomitadas.

El método fundado en las formas asténicas congénitas, ha sido reputado por la mayoría de los especialistas como de muy poco valor práctico.

La insuflación, según múltiples publicaciones, ha producido a veces serios desórdenes en el paciente, puede dar lugar a dilataciones de estómago.

El método volumétrico se ha desacreditado, no sólo por lo complicado de su técnica, sino por el problema matemático que obliga a resolver (presión barométrica, temperatura del agua, gases del estómago, etc.).

El método de la gastroscopia, según opinión general entre los prácticos, es el único y directo para el diagnóstico precoz del cáncer de estómago, pero desgraciadamente es de difícil aplicación a causa del gran tamaño de los instrumentos que exige, de su complicada técnica y peligros inherentes a la introducción de instrumentos tan voluminosos como los que se han utilizado hasta el momento presente, por lo que expone al paciente a una perforación.

La radioscopia y fluoroscopia, según algunos de sus propios partidarios, expone también a ciertos peligros debidos al largo tiempo necesario de exposición de los rayos.

El sondaje perdió también mucho de su popularidad por antihigiénico.

La gastradiafanoscopia e iluminación de los tejidos por transparencia, constituye el fundamento de nuestro método de gastrofotoscopia.

Ya en 1845 fué aplicada la transiluminación de los tejidos vivos por Kazenabe. En 1867 Mullet consiguió transiluminar el estómago en el animal y repitió el experimento en el cadáver. Pero la primera aplicación de valor práctico fué realizada por Max Heinhorn, de New-York, que fué el primero que la ensayó en el estómago vivo. Reichman, Kutner, Jakabson, Lackbooz, Kemp, etcétera, realizaron experimentos con su diafanoscopio modificado, obteniendo resultados positivos en el diagnóstico de la dilatación, de la atonía y de la gastroptosis; más no han podido

aplicarla al diagnóstico del cáncer, pues debido al espesor del tumor, la luz no conseguía su transiluminación. Posteriormente Metzinger y luego Bial, trataron de transformar el diafanoscopio en un aparato que pudiera obtener imágenes del interior del estómago, más no lo consiguieron por la dificultad de introducción del aparato, por lo complicado de la técnica y la mala construcción del mismo aparato, cayendo en el descrédito por insuficiente y peligroso.

De todo ello se desprende claramente que la forma y tamaño del estómago, la normalidad o anormalidad de sus funciones, atonía, dilatación o gastroptosis, pueden ser bien diagnosticadas por los actuales métodos de exploración, «pero que para el diagnóstico precoz del cáncer y de la úlcera de estómago, hace falta un método más exacto, sencillo y rápido. Necesitamos un instrumento fundado en las citadas necesidades, pero que reúna las cualidades siguientes: 1.ª, de una fácil y cómoda introducción en el estómago, y 2.ª, que pueda ser manipulado fácilmente una vez dentro y produzca resultados claros e inmediatos para el diagnóstico; este problema puede actualmente ser del todo resuelto por la *gastrofotoscopia*.

Como todos pueden apreciar en el adjunto dibujo el «gastrofotoscopio» consta de tres partes: A) Una batería eléctrica. B) Un tubo-sonda, de goma. C) Una cápsula olivar al extremo de la sonda. El aparato presenta la forma de una culebra en posición encorbada y se maneja fácilmente así: Una vez que el estómago ha sido bien lavado, se traslada al paciente al cuarto de los rayos X y se le coloca sentado y en posición erecta, delante del operador como para una radioscopia; se le indica que trague lenta y suavemente la cápsula, ayudándole si es preciso y haciendo que trague al par unos 200 gramos de agua destilada para facilitar la deglución, para evitar la acción del calor y concentrar la luz en un foco; durante este tiempo el médico debe vigilar por medio de la escala graduada que está marcada a lo largo del tubo de goma, la cantidad o longitud de sonda que va penetrando para apreciar cuándo la cápsula ha llegado ya al interior del estómago. Una vez conseguido, se ensombrece el cuarto, se coloca al paciente en decúbito supino, se hace actuar el aparato de rayos X y se fija la localización de la oliva en el interior del estómago; entonces nos hallamos en posición de utilizar el aparato para hacer el diagnóstico. La batería eléctrica contiene el regulador para graduar la intensidad de la luz producida por la lámpara en el interior del estómago. El tubo de caucho tiene los alambres conductores y cordones de seda para poner en contacto la batería y la cápsula. La cápsula consta de tres departamentos: 1.º, el de la luz eléc-

trica; 2.º, el medio con una diminuta cámara obscura; 3.º, el «film» o película sensible.

Por la acción combinada, inteligente de este aparato, podemos en un brevísimo espacio de tiempo obtener una fotografía de su superficie interna de las paredes del estómago que nos demuestra sus más mínimas alteraciones patológicas. De las pequeñas fotografías obtenidas se hacen ampliaciones de tamaño necesario.

Ahora suplico a todos los miembros de esta docta Corporación que me han hecho el honor de escucharme, se dignen disculparme, si no me es posible esta noche, comunicarles más detalles sobre la gastrofotoscopia. El instrumento y los resultados que con él se obtienen, ha de ser presentado al primer Congreso español de Medicina que debe celebrarse en Madrid en el próximo mes de Abril y aquí sólo me ha sido dado hacer esta comunicación previa. Mis más expresivas gracias por lo tanto a cuantos se han dignado prestar su atención a mi modesta comunicación, así como a las entidades y autoridades de Zaragoza que me han facilitado su alta protección para el estudio en Laboratorio y Clínicas de la capital, de las consecuencias de la pasada y reciente epidemia de gripe. El grato recuerdo que llevo de Zaragoza, aseguro que no se borrará de mi memoria.

XANTOMA PARPEBRAL Y SEBORREO-COMEDONES CON FOLICULITIS, CONSECUTIVOS A TRASTORNOS DISPÉPSICOS

POR EL DR. SICILIA

DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, DE MADRID

El xantoma, lo mismo que los trastornos glandulares seboreicos y piógenos de los folículos, dependen en muchos casos de alteraciones viscerales y funcionales, fáciles de reconocer en enfermos, y de aquí su importancia, porque indagando bien, se descubren e interesa tratar. Las enfermedades internas que he apreciado más frecuentemente como causa o coincidencia son, la diabetes y las enfermedades gastro-hepáticas, las enfermedades leucémico-tuberculosas, pudiendo decir que tanto más generalizada sea la alteración del organismo, tanto más desarrollado será el xantoma, así solemos apreciar bastante diseminación de lesiones en cara y extremidades, en los xantomas glucosúricos, tuberculosos o leucémicos y en cambio está más localizado a una región,

como en el caso que relatamos, cuando la alteración es menos general e intensa, reduciéndose a un órgano o a lo más a un aparato. El enfermo presentaba dilatación de estómago, con timpanismo marcado, bazuqueo, retención de líquidos y sólidos, que al fermentar repiten a la boca, dominando el ácido, que nota sobre todo, coincidiendo con pesadez gástrica a las dos o tres horas de la comida de mediodía, alguna rara vez por la mañana, soliendo estar estreñido; la piel gruesa, pardo-morena, con mucha dilatación de los poros y secreción sebácea abundante, que obstruye de comedones muchos orificios, con inflamación hasta supuración de algunos conductos glandulares, foliculitis de grados variados; el xantoma era algo saliente, como infiltrados poco salientes, alargados, en forma de lágrimas, ocupando sus grupos ambos párpados y siendo reveladores de las alteraciones retentivas y de fermentación del aparato gastro-intestinal, para lo cual se le dispuso un plan tónico y absorbente gástrico, alimentación apropiada, vacuoterapia estafilocócica y el tratamiento tópico apropiado.

SOBRE LA MALIGNIDAD DE LAS NEOPLASIAS DEL ÚTERO Y LA PATOLOGÍA DEL SARCOMA DE ESTE ÓRGANO

POR EL DR. M. BONAFONTE

CATEDRÁTICO DE GINECOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE BARCELONA

(CONCLUSIÓN)

Esta interpretación es indiscutible, especialmente al tratarse de las imágenes primero manifiestas de una transformación inicial de las células musculares del mioma y las llamadas células musculares; solamente que esto no es una metaplasia, sino una degeneración secundaria por efecto de los cambios nutritivos alterados de las células de sarcoma muscular ya muy proliferante y dotadas de fuerza destructora. La degeneración progresiva de las células del sarcoma muscular, según esto, no sería admisible como prueba de un origen aposicional de un sarcoma desde un mioma. Por otro lado se ha de llamar la atención acerca de que no toda degeneración de esta especie sea una prueba de la naturaleza sarcomatosa de las células musculares o como antes se decía, de metaplasia en células de sarcoma. Esto sería verdad, por ejemplo, para inclu-

siones accidentales de células musculares del mioma ya diferenciadas, o del resto de la pared uterina y muy especialmente de la proximidad periférica de los tumores. Es importante insistir sobre este hecho, porque permitiría concluir un desarrollo progresivo del sarcoma, un desarrollo aposicional, en caso de procesos degenerativos semejantes en la musculatura no perteneciente al sarcoma y particularmente de su proximidad.

Una prueba de ello es el caso o preparado explicado por R. Meyer, un sarcoma de la mucosa cuyos elementos celulares mezclados no tienen semejanza alguna con las células musculares y sin embargo se ve en el límite del sarcoma con la musculatura en la que penetra, a las células musculares degeneradas de modo análogo a las células del sarcoma parietal.

La vecindad no será metaplastiada, sino que degenerará por las influencias tóxicas de los cambios nutritivos anormales del sarcoma vecino de un modo semejante a sus propias células.

Asimismo se pueden observar células de sarcoma muscular extraordinariamente grandes que permiten concluir en una hiper-nutrición, pero indudablemente atacadas también de degeneración.

Las formas de células fusiformes de los tumores de la pared uterina no justifican sin más el diagnóstico de sarcoma. Por un lado hay que considerar que también pueden observarse fibromas benignos compuestos de células genuinas de tejido conjuntivo en su sentido más riguroso, si bien sólo se conocen éstos en la porción vaginal del cuello del útero, y por otro lado sucede que en el mioma se llega a la atrofia de las células musculares y a la compresión de los fascículos aislados, ya sea por degeneración hialina, ya por reblandecimiento mucoso con edema, con lo que se producirá una disposición muy compacta de las células y un aspecto fusiforme de éstas y reducción manifiesta de los núcleos musculares, cuyo carácter inofensivo será reconocido las más de las veces por la investigación de partes mejor conservadas, aun cuando no siempre con absoluta seguridad porque también en el sarcoma se observan degeneraciones semejantes.

La cuestión planteada de si nos encontramos en un caso dado ante un sarcoma conjuntivo de células fusiformes o de un sarcoma de células musculares juveniles, será aun difícil de resolver dada la experiencia adquirida respecto de los tumores de combinación, en los que una célula madre común puede diferenciarse en parte en células de tejido conjuntivo y en parte en células musculares, de modo que el contenido mayor o menor de células musculares en un tumor, aun no permite el considerar como células musculares juveniles a todas las células fusiformes.

Lo mismo puede decirse de las células redondas, que igualmente pueden ser estadios juveniles o de células musculares, o de células de tejido conjuntivo o también de ambas conjuntamente.

Prescindiendo de estas consideraciones teóricamente justificadas, se deduce de los estados arriba mencionados, o sea de las graduaciones cuantitativas en el contenido de las células musculares y fusiformes en los diversos tumores, que no tiene más que un valor subjetivo respecto de la génesis y que se puede considerar a la mayoría de los tumores como de células musculares, puesto que predominan éstas casi siempre en los sarcomas de células mixtas en tanto que no exista una degeneración pronunciada. Según esto se considerarían por lo menos en los tumores con predominio de células musculares, también a las células fusiformes. En todo caso son muy raros los tumores de esta última especie: sarcomas casi puros de células fusiformes, sólo vió dos veces R. Meyer; de éstos, un pequeño tumor en el que los elementos aun pudieron madurar y sólo un gran tumor con exiguo contenido de células musculares. El modo de comprender el sarcoma de células mixtas, es variable según los autores; algunos como V. Hansemann, consideran las células fusiformes como células musculares diferenciadas, aceptan la doctrina de la anaplasia; otros y correspondiendo a las ideas más corrientes, consideran las células fusiformes como estudios primitivos de células musculares que de antemano quedaron juveniles. Meyer acepta este último criterio, por el que se trataría de gérmenes anormales aun cuando no necesariamente como tales, sino que también se podría tratar de partes celulares juveniles reservados para el crecimiento normal, partes de los centros de proliferación, porque en algunos casos conocidos no sólo los tumores primitivos, sino también las metástasis contenían además de células fusiformes y respectivamente células redondas y fusiformes repartidas a trechos, partes musculares completamente maduras. De todo ello se puede deducir que de modo análogo a los tumores de combinación en que creen destructivamente gérmenes inmaduros, ya sea en forma sarcomatosa, ya diferenciándose en otra parte de las mismas células en diversas especies de tejido, así también en los sarcomas de células mixtas de la pared del útero, un tejido juvenil inmaduro de células redondas y fusiformes queda en parte inmaduro y crece destruyendo, mientras que otra parte se diferencia a favor de condiciones locales en células musculares maduras.

Con esta opinión se aclara a su vez lo sucedido en el gran número de variedades de los sarcomas de células musculares y respectivamente de los llamados sarcomas en miomas, pues una gran parte de las variedades habría que referirlas a la maduración más

o meros importante de fundamentos celulares completamente semejantes desde luego.

A su vez se deducen estas consideraciones, la doctrina relativa a designar por el estado microscópico tan sólo al estudio momentáneo del tumor y no desconocer el hecho que por maduración parcial o completa de las células sarcomatosas, así como por efecto de alteraciones degenerativas de la estructura celular, se puede alterar la imagen de modo continuado hasta que llegara a ser definitiva. A esto se añade, que las partes inmaduras, penetran, atraviesan y aun pueden substituir a las partes musculares ya maduras.

Las formas de sarcoma de la pared uterina con formas celulares diferentes tienden a la destrucción con mayor intensidad que los sarcomas de células musculares, así como a invadir los vasos, a la necrosis y hemorragia.

Los sarcomas de células fusiformes y redondas penetran ya profundamente en los vasos, en sus estadios iniciales, en los que se pueden reconocer a veces a modo de cordones vermiformes. Se pueden observar en algunas preparaciones, vasos llenos de masas sarcomatosas en todos los estadios; en casos avanzados no se puede reconocer a veces los grandes focos sarcomatosos con límites rigurosos si no se siguen hasta los vasos más pequeños o mejor conservados. La invasión más frecuente de los vasos con profundas alteraciones degenerativas de la estructura celular se explica por la fuerza de resistencia disminuida del tejido intersticial asimismo degenerados, incluso de las paredes vasculares.

Aun no se ha dilucidado por completo si hay que referir esta invasión de los vasos precoz o extensa en casos de sarcomas de células redondas y fusiformes únicamente a la relación más próxima de los elementos inmaduros con los vasos, especialmente si se trata de vasos neoformados de paredes delicadas, o si además se han de tener en cuenta relaciones especiales de afinidad. En todo caso, la íntima relación con los vasos es muy manifiesta en los sarcomas de pequeñas células, de modo que se puede concluir en parte en un origen de las células próximas a los vasos y en parte también en una aptitud más fácil de propagación a lo largo de los vasos. Sarcomas puros de células redondas apenas se observan; Meyer vió solo un caso con muchas células redondas y con fusiformes muy cortos en un mioma. En la literatura se observan indudablemente equivocaciones en cuanto a afirmar la existencia de células redondas y poligonales en cortes transversales realizados a través de células fusiformes y musculares.

De vez en cuando pueden observarse formas poco corrientes de sarcomas.

En un caso de Olshausen había hermosas células fusiformes predominantes y pocas células musculares; lo más característico es que en cortes examinados a débil aumento se ve una distribución en campos, lobulillos y mallas, separados entre sí por débiles hendiduras linfáticas pero profundas; no se trata de un conducto linfático, sino de grandes espacios comprimidos en superficies; de linfangiectasias. En otro sarcoma gigante de la pared del útero, asimismo operado por Olshausen, se ven células redondas, ovoides y poligonales y además numerosas epiteliales dispuestas como tales, cúbicas y cilíndricas bajas; estas especies celulares pasan de unas a otras y su disposición difusa pasa sin límites a la disposición epitelial; los núcleos son ricos en cromatina con finos gránulos oscuros; en parte, la cromatina se ve como emborronada; substancia intercelular muy ligera; infiltración insignificante; pronunciada degeneración hialina; extensa necrosis y fusión. Estos tumores, en parte epiteliales y en parte conjuntivos, se han designado como endoteliomas porque se admite que los endotelios por su posición embriológica se colocaran más bien entre el epitelio y el tejido conjuntivo para dar origen a tumores híbridos. Para Meyer serían formas particulares de tumores y cree que los tumores sarcomatosos de muy rápido desarrollo no encuentran tiempo a veces de formar inmediatamente substancia intercelular desde las partes neoformadas por lo que se originan disposiciones semejantes a epitelio.

Así resultaría muy difícil de demostrar el diagnóstico de endotelioma y a menudo fantástico; ya llama la atención la frecuencia del diagnóstico de endotelioma en la porción vaginal del cuello del útero en oposición al cuerpo. Meyer se explicaría esto porque los tumores, tanto carcinomas como sarcomas pueden penetrar mecánicamente en la periferia hacia los espacios o hendiduras del rígido tejido de la portio, en parte por series, en forma de red, etc. Carcinomas que en la porción supravaginal penetran como alveolares, se ven en el portio a veces como retiformes y dispuestos en hileras hacia las hendiduras, cuyo estado se observa en los tumores de otros sitios (mama, etc.), con lo que no se puede utilizar en modo alguno este hecho o modo de difusión para el diagnóstico.

Tampoco el aspecto de las células demuestra nada, pues células de carcinomas especialmente cambian su aspecto colorante según la vía de propagación y el medio nutritivo, de modo que no debe tenerse en cuenta esta circunstancia. La falta de relación con el epitelio de la mucosa no habla en absoluto en contra de carcinoma.

Grandes dificultades diagnósticas ofrecen algunas preparacio-

nes, cuando se observan reacciones peciduales de las células conjuntivas en algunos sarcomas sifilíticos.

Una preparación procedente de Wegscheider y que obtuvo por medio de un raspado, es muy instructiva. El diagnóstico se hizo como de tumor maligno, fundado en el microscopio. Células gigantes con grandes núcleos vesiculosos, mitosis especiales, repartición irregular de la cromatina, gran diversidad de forma y tamaño de las células, su disposición difusa, etc., harían pensar en un sarcoma. La hiperplasia de las células de tejido conjuntivo con todos los estudios de transición de células redondas o fusiformes hasta las grandes células tumorales, la ordenación embrollada e inmotivada de las diversas especies celulares, lo extraordinario de la imagen que llama la atención al observador, dan la impresión de otras lesiones análogas sifilíticas observadas en otras regiones, así que en ocasiones existirán realmente dificultades para distinguir ulceraciones con el cuadro del sarcoma de genuinas ulceraciones sifilíticas.

De lo expuesto se deduce lo difícil que resulta el poseer un criterio anatómico infalible en la cuestión del sarcoma del útero, y la necesidad de apoyarnos en el criterio clínico, así como que dirigiremos siempre los preparados para su interpretación o autoridades de competencia indiscutible en la materia.

(Archivos de Ginecología, Obstetricia y Pediatría).

CÁLCULOS Y CUERPOS EXTRAÑOS DE LA URETRA

(SOBRE UN CASO DE CÁLCULO URETRAL GIGANTE)

POR EL DR. PÉREZ-GRANDE

Vamos hoy a emprender el estudio de los cuerpos extraños de la uretra, capítulo de las enfermedades del aparato urinario, que no por su aparente insignificancia y por su sencillez deja de tener importancia para el práctico, al cual dedicamos todos nuestros trabajos.

Dicho estudio nos lo sugiere una historia clínica sumamente interesante, que transcribimos a continuación, la cual, si bien no presenta nada de extraordinario para el urodólogo, tiene particularidades dignas de mención y de figurar en el estudio de los cálculos de la uretra.

No hace mucho tiempo se presentó en nuestro gabinete un en-

fermo joven, diputado a Cortes por más señas, con la pretensión de que le hiciéramos cuanto antes una uretrotomía interna para corregir una estrechez uretral que él creía infranqueable, y, por lo tanto, imposible de arreglarse por la calibración gradual.

Aun a riesgo de disgustar al enfermo, que ya tenía su diagnóstico hecho y que no venía en busca más que del operador y no del especialista, quisimos explorarle, pero antes hacer un interrogatorio en regla, al cual se sometió el enfermo de mala gana y por pura cortesía, por creerlo inútil, debido a causas que después averiguamos y que el enfermo en su exquisita corrección, desgraciadamente algo rara en la actualidad, no nos quiso revelar.

Entre sus antecedentes urinarios había una blenorragia padecida hacía muchos años, y de la cual no recordaba sino que le había hecho sufrir mucho a causa de unas inyecciones que le prescribieron con solución de sublimado muy concentrado.

La enfermedad por la cual venía a consultarnos se había iniciado hacía bastante tiempo, con dificultad para orinar, que se había ido acentuando cada vez más, hasta el extremo de que en la actualidad le era imposible la micción si no recurría a ciertas presiones en el periné, presiones que le había enseñado la experiencia, y que consistían en empujar hacia atrás una pequeña dureza que se podía apreciar por detrás del escroto, y que el enfermo decía que era de la estrechez.

Aparte de esta dificultad para orinar, que por cierto en una ocasión le obligó a hacerse sondar, no presentaba más síntomas que la emisión de alguna gota de sangre cuando montaba a caballo, y cierta sensación de tirantez perineal en el momento de la erección.

No existía frecuencia de micción, hasta el extremo de que en las veinticuatro horas no orinaba más de tres o cuatro veces. Sus orinas eran turbias, debiéndose este enturbiamiento a su fuerte concentración, pues se aclaraban con unas gotas de ácido nítrico, y entonces se podían apreciar algunos filamentos de escaso peso específico.

En el intervalo de las micciones presentaba una ligera exudación uretral, que el enfermo atribuía a su misma estrechez, y que al examen microscópico la encontramos formada por leucocitos abundantes, células epiteliales y diversidad de gérmenes, entre los cuales había algún gonococo.

Después de una micción difícil, ejecutada en nuestra presencia, reconocimos la uretra con un explorador olivar núm. 21, que llevamos, después de varios tropiezos insignificantes, hasta la última porción de la uretra escrotal, donde se detenía ante un obstáculo duro, con ligera sonoridad, y cuya superficie daba una

sensación de aspereza característica. Para convencernos más, empleamos el gancho de Guyón, de cabo metálico, y ya la sonoridad fué tan manifiesta, que hicimos, con gran sorpresa del enfermo, el diagnóstico de cálculo uretral.

Empleamos después exploradores cada vez de menor calibre, pero no logramos pasar hasta la vejiga más que un conductor de uretrotomía, que dejamos permanente para ver si lográbamos desenclavar por este medio el cálculo, que no había medio de desplazar por otros procedimientos.

Pasadas veinticuatro horas, la uretra era algo más permeable, el enfermo orinaba mejor y sin maniobras, pero tan pronto como quitamos el conductor, volvieron las dificultades.

Para darnos verdadera cuenta del obstáculo, pasamos un beniqué núm. 40, y siguiendo el movimiento de la punta, por tacto perineal, percibimos en la línea media una dureza alargada que arrancaba de la raíz del escroto, prolongándose hacia atrás dos o tres centímetros.

Como el enfermo continuaba con su idea fija de la estrechez, en la cual le había hecho creer un compañero de especialidad que le vió antes que nosotros, no concibiendo además que se pudiera tener un cálculo sin haber padecido nunca de cólico nefrítico, pasamos nuevamente hasta la vejiga un conductor, que dejamos permanente otras veinticuatro horas, con intención de hacer uretrotomía interna, pensando que el aumento de calibre, a expensas de la pared superior, nos permitiría bordear el cálculo y traerlo al exterior. Pero como no logramos hacer pasar el conductor curvo metálico del uretrotomo más allá del obstáculo, decidimos la uretrotomía externa, que realizamos bajo anestesia clorofórmica en el Sanatorio de Nuestra Señora del Rosario.

La uretrotomía externa, que se llevó sin dificultad alguna, nos hizo caer sobre un cálculo alargado, grueso por la extremidad vesical y afilado, como un caracolito de mar, por la más periférica. Dicho cálculo, de superficie rugosa y áspera, es el que tuvimos el honor de presentar al IV Congreso de la Asociación Española de Urología (sesión del 26 de Octubre de 1917).

Explorada la uretra en toda su extensión, después de extraído el cálculo, no encontramos ninguna estrechez marcada, ni siquiera tejido fibroso que indicase un estrechamiento seccionado por el bisturí, pues la pared uretral colocada sobre el cálculo era delgada y flexible como en el resto del trayecto. Únicamente había una dilatación correspondiente a la parte ensanchada del cálculo, y en las que se enganchaban todas las sondas.

Sin dificultad alguna dejamos colocada una sonda acodada, número 18, y dimos algunos puntos uretrales, completando la

Señor Doctor: ¿Tiene enfermos de ciática o reumatismo articular? Emplee las *Inyecciones hipodérmicas oxigenadas*, dos veces por semana.

¿Son de pulmonía, fiebres tíficas o puerperales? Use *Inyecciones oxigenadas*, de una a dos por día y en cantidades de 500 a 1.000 c. c. Pero en estos casos, debe emplearlas al comienzo de la enfermedad, después son inútiles. Compatibles con todos los tratamientos.

Se alquilan aparatos a los enfermos, previa fianza de 135 ptas.

AGUAS OXIGENADAS. — Retiro, MADRID

Opoterapia pulmonar PULMOBIOSA - A

Extracto orgánico de jugo pulmonar de carnero inmunizado, asociado al fósforo orgánico, para combatir la **Tuberculosis crónica, Bronquitis, Supuraciones pleurales, Osteoartropatía**, etc., etc.

Opoterapia pulmonar PULMOBIOSA - B

Extracto orgánico de jugo pulmonar de carnero inmunizado, conteniendo los fermentos digestógenos microbianos (microcitas, etc.), y los principios vasoconstrictores de la Ergotina y de la Ipeca, para combatir rápidamente la **Tuberculosis aguda, Congestión pulmonar, Neumonía, Bronconeumonía, Pleuresía, Bronquitis aguda, Hemoptisis**, etc., etc. — **ANTIASMÁTICO INCOMPARABLE.**

Pulmo-Aseptina. (Solución inyectable).—El más poderoso antiséptico y tónico de las **Vías respiratorias**. Contra la **Tuberculosis crónica apirética, Bronquitis crónica**, etc. Eleva la Fagocitosis hasta 300 %. En menos de diez días el enfermo recobra todas sus fuerzas de manera asombrosa. El aumento de peso es *inmediato* y la *Tos desaparece rápidamente*.

Pulmo-Aseptol. (Solución inyectable).—Contra los microbios de asociación en la **Tuberculosis aguda**. Antiséptico-febrífugo; regularizador de los *latidos del corazón*. Tónico *Cardíaco* y general.

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

EN ZARAGOZA: RIVED Y CHÓLIZ Y FARMACIA NUEVA

Depósito principal: Armand Kurz. Oficinas: Calle Pelayo, 8. - Barcelona

Infecciones de tipo gripal, por los Doctores Antonio Piga, Médico de la Real Familia, Profesor del Instituto de Medicina legal, y Luis Lamas, Profesor del Instituto de Alfonso XIII y del Instituto de Medicina legal. Con notas de Terapéutica Clínica y Epidemiología de los Doctores Albasanz, Carro, Fernández Sanz, Grinda, Jiménez Azúa, Jiménez Encinas, Juarros, López Durán (B), Marañón, Márquez, Mut, Oliver, Palancar, Peresa, Sievert, Tolosa Latour, Verdes Montenegro.

Herederos de Juan Gilí.—Editores.—Cortés, 581, Barcelona

COMPENDIO DE MEDICINA LEGAL

por **A. Lacassagne**

Profesor de Medicina Legal en la Universidad de Lyon.

Con la colaboración del Doctor **ESTEBAN MARTIN**.

Sustituto de la Universidad. — Jefe de trabajos en el Instituto Médico-Legal.

Traducción de la segunda edición francesa, adicionada y anotada con la legislación Hispano-Americana, constitución de Tribunales, Estadísticas, etc.

por el **Dr. Jorge María Angera**

Vocal de la Academia de Higiene de Cataluña.

Ilustrada con numerosos grabados intercalados en el texto y dos láminas en colores.
Dos volúmenes en 8.º de 800 páginas cada uno.—Encuadernados en tela, 25 pesetas.

COMPENDIO PRÁCTICO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y SEROTERAPIA

por el **Dr. José Crous e Ila**

Con un prólogo del Doctor **RAMON TURRÓ**

Director del Laboratorio Microbiológico de Barcelona.

Un volumen en 8.º ilustrado con 53 grabados.—En rústica, 4 pesetas.— En tela inglesa, 5 ptas

TERAPEUTICA MEDICA DE URGENCIA

POR LOS DOCTORES

E. Hirtz

y **Clemente Simón**

Médico del Hospital Necker.

Médico de los Hospitales de París.

Traducción de **D. L. Formiguera**

Prólogo del **Dr. P. Esquerdo**.

Un tomo en 8.º de 260 páginas en rústica, 3 pesetas — Encuadernado en tela inglesa, 4 ptas.

MANUAL DE SOCORROS DE URGENCIA Y TRANSPORTES DE HERIDOS

por el **Dr. Ramón Jori Biscamps**

Un volumen en 8.º con numerosos grabados.— En rústica, 3 pesetas.— Encuadernado en tela inglesa, 4 pesetas.

LA NEURASTENIA. — SU NATURALEZA, CURACIÓN Y PROFILAXIS

por el **Dr. Alfredo Baumgarten**

Versión castellana del **Dr. COLLET**

Un volumen de 516 páginas.—En rústica, 5 pesetas. En tela inglesa, 6 pesetas.

LA INFANCIA

Su desarrollo espiritual y corporal y éxitos de la cura Kneipp en las enfermedades nerviosas de los niños. Con un apéndice sobre la parálisis infantil

por el **Dr. Aldalberto Kupferschnid**

Versión castellana directa del alemán, por **D. MANUEL M.ª ANGELON**

Segunda edición.—1 volumen en 8.º, encuadernado en tela inglesa, 3'50 pesetas.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

por el **Dr. Pla y Armengol**

Ex-Médico interno del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.

Un volumen en 4.º menor de más de 400 págs y 56 grabados.—En rústica, 6 ptas. En tela, 7 ptas.

Para pedidos, dirigirse a la Administración de esta Revista, Coso, 18, Zaragoza. 1

operación con la sutura incompleta del plano muscular y aponeurótico y de la piel, dejando un amplio desagüe con gasa, pues, dado el estado de infección de la uretra, no teníamos confianza alguna en la cicatrización *per primans*.

El curso post-operatorio presentó alguna particularidad que nos obligará a algún ligero comentario al final de esta breve historia.

En efecto; teníamos intención de mantener la sonda permanente cinco días, como es nuestra costumbre, y como recomienda el profesor Legueu, hasta que lográramos la reabsorción parcial de los puntos de catgut, y pegasen ligeramente las suturas. Pero a las cuarenta y ocho horas había tal cantidad de supuración uretral, que nos hizo suprimir la sonda a los cuatro días, obligándonos también a deshacer en parte el primer plano de sutura, puesto que las décimas de temperatura que presentaba el enfermo no desaparecieron con la renovación del desagüe que dejamos después de la intervención.

Pudimos de esta manera hacer una desinfección cuidadosa de la herida, primero con agua oxigenada, y después con tintura de yodo; la fiebre ligera desapareció, el enfermo pudo alimentarse y todo volvió a los cauces corrientes, excepto la herida perineal que granulaba muy despacio, dejando escapar un chorro muy delgado de orina aun a los quince días de la operación, y a pesar de haber un calibre uretral más que suficiente.

Siempre pensando en la antigua infección uretral, que fué la que nos hizo rechazar la derivación temporal de la orina, que tampoco la creíamos indicada por la insignificancia de la intervención, recogimos una gota de supuración de la herida, y en ella encontramos, aunque en escaso número, el gonococo, lo cual nos obligó a comenzar el tratamiento de la uretritis, dando la preferencia a la bacterioterapia, en tanto se cerraba la fistula uretral.

Los resultados nos dieron en absoluto la razón, pues a las veinticuatro horas de hacer la primera inyección de medio centímetro cúbico de «Vacuna Zeta», no salía ni una sola gota de orina por la herida perineal, y ya desde entonces la cicatrización se aceleró de un modo extraordinario.

Este es el caso, y ahora vienen nuestras dudas, que seguramente no existirán para ninguno de vosotros.

La primera duda que se nos presentó es la referente a la etiología. Nuestro enfermo no recuerda haber padecido ningún cólico nefrítico, ni tuvo afección alguna de la vejiga que nos explicase la formación de un cálculo fosfático en vejiga infectada, ni padeció de estrechez infranqueable detrás de la cual se detuviera un

cálculo que viniera de vejiga, ni ésta acusó su presencia con frecuentes micciones más exageradas con el movimiento.

Esta primera incógnita la despejó en parte el examen detenido del cálculo. Al triturarlo en un mortero, vimos que casi todo él estaba formado por capas fosfáticas yuxtapuestas, pero en la parte ensanchada y un poco lateral encontramos un núcleo pequeño del tamaño de un cañamón, núcleo que presentaba una superficie exterior rugosa y negruzca, que nos costó mucho trabajo triturar, y que en su interior tenía un aspecto cristalino, también de color moreno, casi negro. Se trataba, por lo tanto, de un calculito de oxalato de cal formado en el riñón.

Este pequeño cálculo, formado en parte alta del aparato urinario, llegó hasta la vejiga sin producir cólico, debido a su pequeñez y se detuvo en la uretra por una causa desconocida, favoreciéndose la formación de capas fosfáticas sucesivas por la enorme concentración de las orinas que se acentuó aún más cuando nuestro enfermo comenzó a sentir molestias para orinar, pues entonces, ante el sufrimiento de la micción, llegó a suprimir casi en absoluto las bebidas, no orinando más que tres o cuatro veces en las veinticuatro horas.

La segunda duda, que aun no hemos aclarado, es la referente a la detención del cálculo en la uretra, donde tan difícil es su estancia durante años, pues si el cálculo es pequeño, el chorro de orina lo expulsa al exterior, a no ser que exista una estrechez marcada que lo detenga en su camino.

La forma alargada del cálculo, nos hace pensar que buena parte de él se ha formado en la uretra.

Respecto al tratamiento empleado, acaso no fué el más cómodo para el enfermo, pero la extracción por vías naturales no era posible a causa del enclavamiento que nos impidió el franco paso de un conductor y la uretrotomía interna, ni el empleo de los aparatos y las maniobras de que más adelante nos ocuparemos. El mismo enclavamiento dificultó el rechazamiento del cálculo hasta la vejiga, de la cual le hubiéramos extraído por litotricia. Nos hubimos de conformar, pues, con la uretrotomía externa, que era algo desagradable por tratarse de una uretra infectada.

Esta misma infección de la uretra, y que tanto dificultó la cicatrización de la herida en nuestro enfermo, nos hace ser muy prudentes cuando se trata de fijar un plazo para la duración de la asistencia en esta clase de operados. Siendo la infección blenorragica tan frecuente en todo enfermo joven, hay que mantenerse siempre con el temor de que el gonococo infecte la herida operatoria. De que semejante idea no es descabellada, es buena prueba el enfermo de esta historia, con su lentitud para cicatrizar en un

principio y con la rápida granulación, no coincidente, sino debida a la aplicación del tratamiento bacterioterápico.

Si en este enfermo no hubiera existido la infección gonocócica, en vez de lo que ocurrió y de los veinticinco días que tardó la herida en cerrarse por completo, es seguro que hubiéramos logrado una cicatrización completa por primera intención en menos de quince.

* * *

Como ofrecimos a nuestros lectores en un principio, apoyándonos o buscando pretexto, en este caso vamos a hacer un estudio ligero de los cálculos y cuerpos extraños de la uretra que, aun cuando de etiología muy disímil, presentan síntomas casi iguales y exigen casi los mismos procedimientos de extracción, según veremos. Al hacer este estudio concederemos, según es nuestra costumbre, la mayor extensión al tratamiento, que es lo que más interesa a la cabecera del enfermo y lo que con más avidez busca en los libros el médico práctico, siempre avaro de su tiempo.

Teniendo en cuenta el carácter mecánico que revisten los síntomas de todo obstáculo uretral, sea éste debido a un cuerpo extraño o a un cálculo enclavado, no creemos ocioso decir cuatro palabras sobre la conformación anatómica del interior de la uretra, pues conociendo bien todas sus porciones, desde el meato hasta la vejiga, y, sobre todo, los puntos normalmente estrechados o dilatados, tenemos mucho adelantado para un acertado diagnóstico y para la elección de tratamiento.

Todos los autores están conformes en admitir para el estudio de la conformación uretral dos porciones: la primera, o *uretra anterior*, se extiende desde el meato hasta la uretra membranosa; la segunda, que se conoce con los nombres de *uretra posterior* o *uretra profunda*, por no ser posible su tacto por el exterior, se extiende desde la uretra membranosa hasta la vejiga.

La uretra anterior, o uretra esponjosa, se descompone en cuatro porciones: la *navicular*, que comprende el pequeño espacio de uretra comprendida en el espesor del glande; la *peniana*, propiamente dicha, que comprende toda la porción libre del pene, extendiéndose desde la fosa navicular hasta el punto de flexión del pene; la *escrotal*, desde este punto hasta la raíz del escroto; y, finalmente, la *perineo-bulbar*, desde la raíz del escroto hasta la uretra membranosa. Los límites de esta última porción son ideales, y podemos fijarlos introduciendo una sonda rígida en la uretra; partiendo de la raíz del escroto, seguiremos con el dedo por el ex-

terior el relieve de la sonda, y allí donde dejemos de percibirla, allí concluye la uretra perineo-bulbar.

La uretra posterior o profunda se divide en dos porciones: la uretra membranosa y la prostática. La *uretra membranosa* es un pequeño trayecto que comienza en el fondo de saco bulbar y termina en la uretra prostática, constituyendo lo que en lenguaje clínico se conoce con el nombre de esfínter externo; la *uretra prostática* es la última porción de la uretra profunda y la que más sujeta está a variaciones de longitud y calibre, según la edad, siendo de todos conocida la gran corvadura y el excesivo trayecto en los ancianos que padecen hipertrofia de la próstata.

Dejando a un lado lo referente a la dirección de las distintas porciones de la uretra, que no es muy necesario para nuestro estudio de hoy, vamos a pasar revista a la variabilidad del calibre en las distintas porciones de la uretra normal. Para ello pocas palabras bastan, siendo suficiente la enumeración de los puntos estrechados y los dilatados.

Los estrechamientos normales son: el meato, la parte media de la uretra anterior, la uretra membranosa o esfínter externo y el orificio del cuello o esfínter interno. Las dilataciones son: la fosa navicular, el fondo de saco bulbar que desaparece con la tracción del pene y la porción prostática.

Creemos haber dado ya los datos anatómicos suficientes para pasar al estudio ordenado de los cuerpos extraños y cálculos de la uretra que estudiamos en conjunto, pues para los síntomas y para el tratamiento, tan cuerpo extraño es un alfiler introducido por el meato, como un cálculo expulsado de la vejiga; los cálculos son ni más ni menos que cuerpos extraños que, en vez de ir de fuera adentro, van de dentro afuera. Lo único que varía en ambos es la etiología, y sobre ella no vamos a insistir, pues está en la mente de todos, y enumerarla sería perder el tiempo y ocupar espacio.

Un punto hay que no debemos pasar en silencio y que debemos tratar antes de estudiar la sintomatología de los cuerpos extraños y cálculos de la uretra; nos referimos a la tendencia que tienen los cuerpos extraños cuando son alargados a introducirse cada vez más hasta llegar a la vejiga.

Tan precisa es la explicación que da el Dr. Suárez de Mendoza, nuestro antiguo y querido maestro, de este fenómeno, que no dudamos en copiar sus mismas palabras a continuación:

«Es de antiguo conocido el hecho de que un cuerpo introducido en la uretra por completo, marcha más o menos rápidamente hacia las partes profundas, llegando con suma frecuencia a la vejiga.

No hay duda alguna que las excreciones, las tracciones y manipulaciones, a menudo inhábiles, de los enfermos para extraer

estos objetos y las contracciones de los planos musculares de la uretra, son las causas que, uniéndose en condiciones y mecanismo no bien conocidos todavía, producen la migración del cuerpo extraño hacia la profundidad, con tal de que su extremidad anterior encuentre un punto de apoyo en la pared uretral. En efecto; cuando dicha extremidad se encuentra fuera de la uretra, la progresión hacia la vejiga no se realiza. Por el contrario, se ha visto en muchos casos un objeto introducido por completo en la uretra, llegar a la vejiga en quince o veinte horas.

¿Obedecen todos los cuerpos extraños a esta fuerza centrípeta y van todos a parar a la vejiga si se les abandona en la uretra? No, ciertamente, y apenas una tercera parte siguen este derrotero.

El modo de conducirse en la uretra un cuerpo extraño depende no sólo de su forma, volumen, longitud, regularidad y pulido de su superficie, sino también, y sobre todo, de las condiciones que presente cada uretra en particular. Toda modificación apreciable de calibre servirá de barrera a la progresión hacia la vejiga; las lagunas de Morgagni, la válvula de Guerin, cuando están muy desarrolladas, pueden alojar la extremidad puntiaguda de un cuerpo extraño, deteniéndole en su progresión; un objeto largo y liso, como un lápiz, llegará hasta la vejiga, tropezará contra la pared posterior, quedando en la uretra una parte variable, según su longitud. Una aguja, un alfiler o una lezna, se implantarán por su punta en la pared uretral, inmovilizándose fácilmente.

No existen, pues, reglas generales cuya aplicación pudiera servirnos de guía en los casos particulares. Precisa, en cada uno de ellos, guiarse por las condiciones especiales del cuerpo introducido y de la uretra que lo aloja. En las uretras sanas, la depresión vulvar es el sitio donde suelen alojarse los objetos de pequeño volumen». (*Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias*, 1908, pág. 338).

Otra particularidad digna de mención es la que tienen los cuerpos alargados y flexibles de hacer en la uretra lo mismo que hacen en la vejiga. Toda bujía filiforme, trozo de bramante, etc., que permanezcan algún tiempo en la uretra, tienden, por un mecanismo desconocido, a arrollarse y anudarse de una manera inverosímil, entorpeciendo las maniobras de extracción.

Suárez de Mendoza, en su obra ya citada, menciona dos casos de ello: el primero es el de la candelilla filiforme, que todos hemos podido ver en el museo del Hospital Nacker, en cuya candelilla, extraída por talla suprapubiana, se formó un nudo después de su introducción; el segundo es el publicado por Paulet, de un enfermo que se introdujo en la uretra un trozo de bramante de 33 centímetros, cuya extracción fué difícil, a causa de un nudo bastante

grueso que se formó en su parte media durante su permanencia en la uretra.

Lo mismo los enfermos de cálculo como los de cuerpos extraños en la uretra, cuando acuden a nuestro gabinete en busca de consejo, lo hacen quejándose de trastornos en la micción, trastornos cuyo origen tenemos que investigar mediante la exploración, prescindiendo la mayoría de las veces de lo que nos cuenta el enfermo; pues si se trata de un cálculo, puede atribuirlo a una estrechez por infección blenorragica antigua, como ocurría en el enfermo origen de este trabajo; y si la causa reside en la existencia de un cuerpo extraño, el enfermo, siempre dispuesto a ocultarnos sus debilidades procurará extraviarnos y confundirnos, como nos ocurrió con una niña de doce años que se había introducido un alfiler, y que no hubo medio de hacerla confesar ni aun después del examen cistoscópico revelador.

Los trastornos miccionales consisten en debilitación del chorro de orina, y aun de obstrucción completa, pero hay que hacer la salvedad de que esto último no sobreviene sino en aquellos sujetos en los que existe alguna estrechez uretral antigua; pues en caso contrario, antes de que se ocluya por completo la luz uretral hay síntomas premonitorios, primeramente de litiasis vesical, y después trastornos miccionales que acusan la existencia de algo anómalo en el trayecto de la uretra.

Si el cálculo es pequeño o si el cuerpo extraño lo permite por su forma y tamaño, el enfermo empieza por ver que el chorro de orina se debilita cada vez más, y entonces es cuando la práctica le enseña las maniobras necesarias para favorecer la salida de la orina, como ocurría en nuestro enfermo.

Otro trastorno de la micción, muy frecuente en esta clase de pacientes, es la polaquiuria o frecuencia de micción originada por la excitación uretral constante, que la mayoría de las veces origina una uretritis que puede transmitir la infección, en cuyo caso la frecuencia, que en un principio no era más que diurna, se hace también nocturna, y las orinas francamente purulentas.

El síntoma que raras veces falta es la hematuria, que puede ser independiente de la micción o acompañar al comienzo o al final de ésta. Cuando la sangre aparece en el intervalo de las micciones, podemos afirmar que la causa reside por delante de la uretra membranosa, y por consiguiente, en uretra anterior. Si se presenta al empezar a orinar, debemos pensar en una localización de uretra profunda, y cuando la hematuria es terminal, no es aventurado el situar la lesión en uretra prostática o en pensar en una cistitis consecutiva.

La hematuria espontánea e intermiccional que aparece, como

ocurría en nuestro enfermo, después de una sesión de equitación, es motivo sobrado para localizar el cálculo o el cuerpo extraño en la última porción de la uretra esponjosa, en la uretra perineo-bulbar, donde con toda seguridad encontrará nuestro explorador el cuerpo del delito.

A estos escasos síntomas, que nos hacen pensar en la existencia de un cuerpo que obstruye la luz uretral, se añaden en ocasiones, por fortuna raras, síntomas generales que acusan la existencia de infección e intoxicación urinosas. Estos síntomas febriles llegan a tener algunas veces tal intensidad, que ponen en peligro serio la vida del enfermo; pero cuando tal ocurre se trata de enfermos antiguos de aparato urinario, en los cuales una infección concomitante preparó el terreno. De no ser así, los síntomas generales se acusan únicamente por el escalofrío y la fiebre, propios de la intoxicación urinosa, que desaparece tan pronto como restablecemos el curso de la orina e inmediatamente que desaparece la retención.

Más que el estudio de los síntomas, que algunas veces se nos ocultan deliberadamente, nos ayuda para el diagnóstico la exploración, que se reduce a la palpación y al paso de un explorador olivar que introducimos hasta el sitio del obstáculo.

La palpación nos orientará la mayoría de las veces cuando el cálculo o el cuerpo extraño se encuentran situados en la uretra anterior, y siempre conviene asociarla con el cateterismo que nos indicará mejor el punto de la uretra en que se encuentra detenido. Para la uretra profunda lo único eficaz, cuando se tiene el tacto educado, es el explorador olivar, cuyas sensaciones bien interpretadas pueden ponernos en el camino exacto del diagnóstico; no se debe confundir, como ocurrió en el enfermo de nuestra historia, la aspereza que produce el roce de un cálculo con la crepitación especial que producen varias estrecheces reunidas y muy fibrosas.

Un medio que puede ilustrarnos bastante, cuando es posible emplearlo, es el examen uretroscópico, que al mismo tiempo puede ser una ayuda valiosa para la extracción por vías naturales.

Los que acabamos de mencionar son los medios más corrientes y usuales de que disponemos para el diagnóstico de cálculos y cuerpos extraños en la uretra. Además de ellos, existen otros que, hijos de las circunstancias, emplearemos según los casos y según aconseje la inventiva de cada cual. Ya hemos indicado cómo para poder convencer a nuestro enfermo, que no creía en la existencia de un cálculo, recurrimos al gancho de Guyón, de cabo metálico, para producir por percusión alguan sonoridad capaz de ser percibida por el enfermo.

De todo lo que llevamos dicho respecto a sintomatología, se

deriva un cuidado de profilaxia, y es que en todo enfermo que haya padecido algún cólico nefrítico o que sea calculoso vesical, y que al mismo tiempo posea una o varias estrecheces uretrales, lo primero, lo indispensable, lo que no consiente dilación alguna, es el tratamiento de la estrechez, para si se da el caso de que el cálculo sea pequeño, pase a la uretra y quede detenido por detrás de la estrechez, haciendo las veces de un verdadero tapón y originando una retención completa.

Aparte de esta precaución profiláctica, ¿cuál debe ser nuestra conducta cuando un enfermo reclama nuestros cuidados para un cálculo o un cuerpo extraño de la uretra? Dados sus diferentes mecanismos patogénicos, la distinta dirección que siguen, y sobre todo su forma sumamente variable, el tratamiento es completamente diferente cuando se trata de un cálculo, o cuando la causa de la afección reside en la existencia de un cuerpo extraño de la uretra, y por eso su tratamiento hay que estudiarlo por separado.

Si se trata de un cálculo, lo primero que hemos de dilucidar es el tamaño del mismo para arreglar a él nuestra conducta.

Cuando el cálculo es pequeño y sus diámetros menores que el diámetro máximo de la uretra distendida, y del meato, que es el punto normalmente más estrecho de toda la uretra, nos ha dado muy buenos resultados una maniobra sencilla, recomendada por Amusat, y al alcance de todo el mundo, que consiste en hacer orinar al enfermo obturando el meato, lo cual hace que la uretra se distienda, y aumentando su calibre, consienta la progresión del cálculo y su salida al exterior cuando se deja salir violentamente la orina.

Puede ocurrir que por diversas circunstancias el cálculo se enclave demasiado en la uretra y no se movilice por el chorro violento de orina. En este caso, antes de acudir a la extracción instrumental, debemos acudir a un procedimiento que aconseja Guyón, y que es el que pusimos en práctica en nuestro enfermo, no dándonos resultado por el excesivo calibre del cálculo.

La maniobra es la misma que si se tratase de una estrechez muy cerrada, y consiste en, con toda paciencia, hacer pasar una bujía filiforme hasta más allá del cuerpo extraño y dejarla permanente. Bajo la influencia de esta bujía se realiza en la uretra un trabajo de reblandecimiento aumentando el calibre de ésta; la salida de la orina se hace mejor, y el cuerpo extraño se va desprendiendo poco a poco dejando de estar fijo. Algunas veces, como dice Guyón, si se tiene cuidado de recomendar al enfermo que permanezca en decúbito dorsal, y que no orine más que acostado y sin esfuerzos, el cálculo caerá por sí mismo en la vejiga, y la mayoría de las veces permanecerá en la uretra, pero al cabo de

Casa Editorial: P. Salvat.—39, calle de Mallorca, 51.—Barcelona

COLECCIÓN HORIZONTE

Formas clínicas de las lesiones de los nervios

por **Mme. Athanassio - Benisty**

Interna de los Hospitales de París (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de París

Traducido de la segunda edición francesa. Con 81 figuras en el texto y 8 láminas en negro y en colores.

Tratamiento de las lesiones y restauración de los nervios

por **Mme. Athanassio - Benisty**

Interna de los Hospitales de París (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de París

Con profusión de figuras en el texto y cuatro láminas sueltas.

Tratamiento de las heridas infectadas

por **A. Carrel y G. Dehelly**

TRADUCIDO DE LA SEGUNDA EDICIÓN FRANCESA, CORREGIDA

Un tomo en 8.º mayor de 247 páginas, esmeradamente impreso sobre excelente papel, ilustrado con 95 figuras en el texto y cuatro láminas.

Tratamiento ortopédico de los traumatismos y en especial de guerra

I

APARATOS, FRACTURAS, ETC.

CON 262 FIGURAS Y 2 LÁMINAS

por **F. Calot**

Cirujano en Jefe de los Hospitales Rothschild, Cazin, del Oise, del Dispensario y del Instituto ortopédico de Berck; Médico jefe de los Hospitales 22 (Rothschild) y 27 bis, Berck-Plage.

TRADUCIDO DE LA 2.ª EDICIÓN FRANCESA

por el **Dr. Girona y Cuyás**

3

Nociones de Oto-rino-laringología.—Aplicaciones al diagnóstico de las enfermedades comprendidas en la triple especialidad y que constituyen motivo de exclusión para el ingreso en el ejército, por el Dr. J. Simancas, Director del Consultorio Oto-rino-laringológico Municipal de Granada.—Precio, 4 pesetas. 3

Lo que deben saber todas las mujeres.—Cualidades que han de tener las enfermeras.—Los alimentos.—La fiebre.—La asfixia.—La hemorragia.—Los anestésicos.—Los anti-sépticos, por el Dr. Carlos Richet, Profesor de la Universidad de París. (Premio Nobel de Medicina) —Precio, 2 pesetas.—Sociedad general de Publicaciones. Barcelona. 3

Hijos de J. Espasa.-Editores.-Cortes, 581, Barcelona

Biblioteca Médico-Quirúrgica

COLECCIÓN DE MANUALES PRÁCTICOS

Manual de Medicina Legal y Toxicología

por el Dr. Ch. Vibert

Médico forense del Tribunal del Sena.

9.^a edición revisada y corregida, con un prefacio del

Dr. P. Brouardel

Traducción castellana enriquecida con notas y referencias de la Legislación española vigente

por el **Dr. Manuel Saffordada**

Profesor auxiliar de Medicina Legal y Terapéutica de Barcelona.

Tomo II. — Toxicología

Un volumen de 780 páginas, con una lámina y 80 grabados intercalados en el texto. — Precio al contado de la obra. Rústica, 30 pesetas. — Encuadernada, 35 íd.

MANUAL DE HIGIENE

por Julio Courmont

Profesor de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon. — Médico de los Hospitales.

CON LA COLABORACIÓN DE LOS

Prof. C. Lesiur

Director del Instituto municipal de Higiene de Lyon.

Dr. A. Rochaix

Profesor auxiliar y de Clases prácticas de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon

Traducción castellana enriquecida con notas, referencias a la Legislación española vigente; y un Prólogo por el

Dr. W. Coroleu

Secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Un tomo de 824 páginas, con 223 grabados, algunos de ellos a dos y a tres tintas y una lámina. — Precio al contado. — En rústica, 15 pesetas. Encuadernado, 17'50 íd.

MANUAL DE TERAPÉUTICA

por X. Arnozau

Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Burdeos. — Médico de los Hospitales.

con la colaboración de **Ch. Mongour**

Encargado del curso de Terapéutica de la Facultad de Medicina.

Traducido al español y anotado por el

Dr. F. Corominas

Médico de número de la casa de Maternidad de Barcelona.

TOMO I

Generalidades. — Terapéutica de las enfermedades de la nutrición y de las enfermedades infecciosas. — Revulsión.

4.^a EDICIÓN REVISADA Y CORREGIDA

Formará 2 tomos. El primero de 468 páginas, con grabados en el texto precio al contado. Rústica, 8'50 pesetas. Encuadernado, 11 íd.

tres o cuatro días, al retirar la bujía le encontraremos perfectamente móvil y en disposición de extraerlo o de empujarlo a la vejiga.

Ya movable el cálculo, podemos intentar su extracción mediante instrumentos, entre los cuales merece citarse la cucharilla de Leroy d'Etiolles, la pinza uretral de Collin y la de Oberländer modificada por Kollmann; siempre que podamos, ayudaremos la maniobra de extracción con el empleo del uretroscopio.

Claro es que la extracción instrumental de los cálculos no es posible más que en los casos en que se detienen de uretra membranosa para afuera, siendo difícil, por no decir imposible, cuando la detención se verifica en la porción curva y profunda de la uretra; en este caso, la única solución posible es la de rechazar el cálculo hacia la vejiga mediante el procedimiento que nos aconseje nuestra experiencia y que nos consientan los medios de que dispongamos; ya de la vejiga lo extraeremos por los medios corrientes. Si, a pesar de nuestros esfuerzos, ocurre, como en el caso historiado, que el cálculo no progresa ni hacia atrás ni hacia adelante, no hay otra solución que la uretrotomía externa, que nos llevará directamente sobre el cálculo; de todos modos, no olvidemos que la intervención cruenta nunca debe ser más que un procedimiento de excepción.

La extracción de los cuerpos extraños de la uretra es la que más pone a prueba la sagacidad del práctico y su inventiva.

Los cuerpos extraños de la uretra en el hombre son, generalmente, o cuerpos cilíndricos y de algún calibre, como sondas y lápices, o cuerpos puntiagudos alargados y finos como los alfileres.

En el primer caso, si se encuentran aún en la uretra anterior, podemos extraerlos mediante la pinza de Kollmann, pero teniendo buen cuidado de que al ir en busca de él no le empujemos y quede más profundo, para evitar lo cual, colocaremos un dedo en el periné para evitar la progresión hacia la vejiga. A veces este apoyo en el periné, ayudado de tracciones del pene y retrocesos, basta para la extracción sin instrumentos.

Cuando el cuerpo extraño es fino y vulnerante como un alfiler, debemos investigar si se ha introducido por la cabeza o por la punta. Si la parte más periférica es la punta, lo más corriente, como no podríamos intentar su extracción sin que aquélla se enganchase, es procurar doblar el pene y hacer salir a través de su cara inferior la punta del alfiler, al cual en seguida haremos describir un arco de círculo para poner la cabeza del mismo hacia adelante, hecho lo cual, volvemos a empujar el alfiler, ya rectificada su posición, en la uretra, haciendo su extracción por el meato.

También podremos hacer la extracción sin atravesar las pare-

des, protegiendo la punta mediante la introducción de una sonda de punta cortada que envaine la mayor parte del alifler, y haciendo presiones exteriores de atrás adelante.

Puede, finalmente, ocurrir que el cuerpo extraño introducido en la uretra sea de pequeño tamaño, en cuyo caso, para su extracción pondremos en práctica los mismos procedimientos que anteriormente aconsejamos para los cálculos uretrales pequeños y redondeados, o sea la práctica de Amusat o el empleo de la cucharilla de Leroy d'Etiolles y de las pinzas de Collin o de Oberländer, ayudados o no del uretroscopio. En caso de que no nos den ningún resultado todos los métodos recomendados, no habrá más remedio que acudir a la uretrotomía externa, haciendo un ojal, extrayendo el cuerpo extraño y suturando la uretra, siempre que ésta nos dé garantías suficientes para una cicatrización por primera intención.

Habréis observado los que hayáis leído hasta aquí nuestro trabajo, que durante todo su desarrollo no nos hemos ocupado para nada de los cálculos y cuerpos extraños en uretra femenina.

La razón de esta omisión estará en la mente de todos vosotros. La uretra femenina es sumamente corta, tres o cuatro centímetros a lo sumo, y al mismo tiempo es sumamente dilatada hasta el extremo de que forzando un poco se puede llegar a introducir el dedo índice y aun algo más, pues nosotros recordamos un caso en que una lesión específica produjo en una enferma la oclusión completa de la vagina, y, sin embargo, cumplía perfectamente sus deberes conyugales a través de una uretra dilatada y sin darse ella cuenta del cambio de itinerario.

Esta brevedad del trayecto y esta excesiva dilatabilidad, hace que en la mujer los cálculos y los cuerpos extraños de la uretra sean episodios rápidos y escasos. Los cálculos muy rara vez se detienen en la uretra, obstruyendo su calibre y determinando una retención de orina, puesto que inmediatamente son expulsados, y si esto no es posible, permanecen en la vejiga, donde determinan los síntomas propios de la litiasis vesical, como son la polaquiuria diurna, la interrupción del chorro y la hematuria, principalmente. En cuanto a los cuerpos extraños, éstos tienen su asiento con mayor frecuencia en la vejiga o en la vagina, que es donde siempre los encontramos al hacer la exploración.

El tratamiento siempre es sencillo, y no exige las maniobras complicadas e ingeniosas que vimos se necesitaban algunas veces para la extracción de cálculos y cuerpos extraños de la uretra en el hombre.

(Revista de Especialidades Médicas).

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS PSICOSIS PUERPERALES

COMUNICACIÓN LEÍDA EN LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO, EN LA SESIÓN DE 15 DE MARZO DE 1918

POR EL DR. LAUZURICA

Señores Académicos:

En el presente curso tuve ocasión de escuchar al señor Fontán, cuando nos hizo la comunicación del caso de psicosis post-eclámptica; al propio tiempo otros muchos compañeros hicieron uso de la palabra, contribuyendo todos a una labor meritísima, al secundar las proposiciones del conferenciante. Poco queda, por tanto, de intervenir en dicho asunto y no obra en mi ánimo la ilusión de abordar un tema desarrollado tan bien y con tanto acierto en días pasados, para poner a la consideración de todos ustedes cosas nuevas; lejos de esto, persuadido estoy de que al distraer su atención, no lo haré cual se merece y tal como tienen costumbre de hacerlo, eminentes compañeros, que con su hermosa labor, hacen tan fecundas las sesiones de esta Academia; mas ya que a tanta altura no pueda llegar, espero que dada su gran benevolencia, no sean severos al hacer sus juicios sobre la presente comunicación, toda vez que no me guía más que la buena voluntad de querer contribuir al estudio de las psicosis puerperales aportando algunos casos clínicos que he tenido oportunidad de observar.

Como indicó muy bien el señor Clemente Romeo, los que hemos tenido que ejercer en partidos rurales, muchas veces, nos han solicitado nuestros servicios y nuestros conocimientos en los diversos ramos de la Medicina, siendo necesario recurrir a toda clase de enfermos. Dada la gran extensión de los estudios médicos, la generalización con detalle es de todo punto imposible, y de ahí que el estudio, aunque analítico, no lo sea con esa precisión, con ese método correcto y preciso de investigación, que tiene lugar cuando se dedica uno con preferencia a cierta clase de ellos. A pesar de todo no existe un límite preciso que con exactitud señale y diferencie las distintas jurisdicciones médicas; donde parece concluir la misión del ginecólogo se le plantean problemas del urólogo, allí donde parece debe terminar la labor del tocólogo se le presentan las psicopatías propias del neurólogo y al estudiar las infecciones y la fisiopatología de algunos órganos, allí están también confundidas sin línea de demarcación definida la bacte-

riología y la bioquímica; todo tiende a demostrarnos la difícil separación de unas y otras ramas de la Medicina, constituyendo todas un conjunto cuya armonía es necesario conocer para explicarse el sinnúmero de fenómenos morbosos que se trata de estudiar.

Esto es lo que ocurre con el caso presentado por el señor Fontán, deseando también que los casos que voy a exponer sean analizados por todos los señores Académicos, especialmente por los que cultivan con preferencia la fisiopatología del sistema nervioso, así también como los que se dedican a los estudios médico-obstétricos.

Deseo ser breve para no resultar molesto y pasaré a detallar los casos a que me refiero.

Primero.—N. N., del partido de Villacian, provincia de Burgos, da a luz sin asistencia médica; a los diez días próximamente requieren la asistencia facultativa; examinada la enferma se halla que no contesta a las preguntas que se le dirigen, encerrándose en un mutismo completo, la mirada fija sin demostrar expresión alguna en su mímica, de modo que es difícil interpretar si entiende o no lo que se le interroga; su estado era febril con temperaturas de 38, 39 y 39 y $\frac{1}{2}$ que duraron unos cuantos días. Se recomendó a la familia que le hicieran lavados antisépticos, administrándole bromuro potásico, régimen lácteo y vigilancia, por tratarse de una demente. Al siguiente día fué presa de terrible alucinación visual, creyendo ver personas que atentaban contra su vida y para ponerse a salvo trató de lanzarse por una ventana, lo cual consiguió evitar afortunadamente su marido. Desde entonces el insomnio era la nota característica, y el delirio de persecución se inició de tal modo que todos atentaban contra su persona, tratando especialmente a su marido de culparle de malos tratos y de querer envenenarla; era tal la idea de persecución que rechazaba rotundamente toda clase de alimentos del marido, logrando sólo tal intento el señor Cura de la localidad y quien tiene el honor de dirigirles la palabra en este momento; posteriormente la enferma se vuelve locuaz, habla frases incoherentes, sin poder explicar ni comprender sus manifestaciones; su verbosidad es como la de los loros, frases repetidas e inconscientes, es la llamada ecolalia. No es sólo el centro del lenguaje el que entra en actividad, sino también los otros centros motores tratan de manifestarse; la enferma inquieta, procura burlar la vigilancia, aprovechando el menor descuido para salir fuera de casa dando voces y produciendo la hilaridad de los vecinos que la contemplaban tal cual era de loca; el sentimiento del pudor completamente perdido lo denotaba al presentarse al desnudo ante el público y más bien en actitudes

pasionales debido a un eretismo sexual. Este último período transcurre apiréticamente. La amnesia es completa, el instinto maternal permanece aletargado, sin acordarse para nada de su pequeño. Al ver la familia el estado de la enferma, determinaron conducirla a otra localidad, a Medina de Pomar, de la misma provincia, donde otro compañero, el cual instituyó nuevo tratamiento, pero tuvo la desgracia de que la enferma no le obedecía, negándose a tomar toda clase de alimentos, se pasó dos días sin tomar absolutamente nada, por temor a ser envenenada, en vista de lo cual determinaron volver a casa. Aun me parece tener la escena presente, ver cómo la conducían en un carro de bueyes almohadado de paja, cuando al cruzarnos veo la enferma erguirse y suplicar que por Dios, fuera a prestarla auxilio, que quitase a aquellos hombres el veneno que repetidas veces querían hacérselo tomar a viva fuerza. En un tono enérgico la repuse que me era del todo imposible escucharla, si antes no tomaba la leche, lo que creía ella era el veneno; sin embargo, a fin de que la atendiese, deglutí un litro inmediatamente. El segundo mes siguen estos síntomas pero atenuados; el tercer mes la enferma se vuelve más dócil, empieza a comprender, el instinto del pudor aparece y entra en franca convalecencia, quedando del todo curada.

Segundo caso.—N. de Corbata, de nacionalidad italiana, residente en Macachin.—Pampa Central.—Territorio de la República Argentina.—Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales, histerismo. Esta enferma, de unos cuarenta años de edad, ha tenido dos partos buenos y posteriormente se inicia un tercer embarazo que transcurre de modo normal, llegando a término y dando a luz una niña; este parto tiene lugar sin asistencia médica. Al séptimo día la familia reclama mis servicios. La enferma está febril, taciturna, negándose a tomar toda clase de alimentos; loquios fétidos. Tratamiento semejante al anterior. Al tercer día de visita la enferma se vuelve inquieta, trata de levantarse, se vuelve sumamente alegre, canta y sus frases todas son de un sabor picante, especialmente de la esfera genital, con verdaderas actitudes pasionales. En este estado permaneció casi un mes, pasado el cual y del todo apirética, la trasladaron a Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, ingresando en un Sanatorio, donde terminó la curación. El insomnio y la amnesia, también tuvieron lugar en esta enferma. Posteriormente la atendí de varios ataques de histerismo.

Tercer caso.—N. de Imaz, de 25 años de edad, casada. Antecedentes familiares, madre sana, padre ha sufrido una hemorragia cerebral, la cual evolucionó en sentido favorable, pero dejando la huella de la hemiplejía del lado izquierdo, con contracturas

tardías; este sujeto, de edad avanzada, era de hábito un alcohólico y terminó sus días con un nuevo ataque apoplético; señalo este antecedente por conceptuarlo útil y por si puede tener relación por herencia en el resultado funesto de la enferma; de todos modos los psicólogos apreciarán aun mejor todo el valor que pueda merecer. Antecedentes de la enfermedad. Tiene un parto sin asistencia médica. Curso: los días consecutivos se muestra indiferente con los de su familia, no tiene fiebre, se lamenta de su estado, creyendo tener alguna enfermedad; su carácter reviste una señalada tristeza, parece no conocer a los de su familia, ni a ninguno de los que la visitan, apenas habla y se encierra la mayor parte del día en un mutismo completo. No se acuerda de su hijo para nada, a pesar de tenerlo en su presencia, permanece indiferente, unas veces toma alimento y otras se niega y en este estado es trasladada a Buenos Aires, donde fallece a los dos años. Es muy posible que la autopsia de esta enferma haya tenido lugar y si alguno de los señores Académicos tiene verdadero interés, me ofrezco desde el momento para hacer las diligencias necesarias y adquirir mayores datos sobre el particular.

Juicio clínico.—Relacionando estas psicosis con las que indicaron los señores Fontán y Mendoza, difieren de ellas por dos razones; primera por su duración, segunda por no ser post-eclámptica; además hay dos que se parecen por tratarse de psicopatías curables; en cambio la tercera difiere por ser incurable; las dos primeras tienen una nota distinta de las post-eclámptica, el reconocer como origen la infección, en tanto unas son infecciosas, las otras son tóxicas.

Si se trata de explicar las psicosis por sus causas, nos quedamos muchas veces perplejos, respecto de cuál de ellas pueda influir sobre el estado psíquico de la enferma, mucho más aún si conduciéndonos por el terreno hipotético tratamos de investigar su modo de actuación. Trátase de una toxemia o bien se trate de una bacteriemia, vemos que todas son causas que contribuyen a producir un trastorno, unas veces superficial, otras profundo en las neuronas de la esfera psíquica; unas veces en personas sanas, sin antecedentes de familia que nos señalen estigmas degenerativos, otras en personas de ambiente neurótico, como las histéricas, las epilépticas y las histero-epilépticas. Mas siempre no puede admitirse esa etiología y muchas veces hay oportunidad de observar cómo ciertos reflejos, pueden producir ciertas psicosis, y si analizamos estos hechos, renacen de nuevo nuestras dudas respecto al mecanismo íntimo del origen etiológico de tales psicosis. Para demostrar esto que acabo de decir, voy a referir dos casos curiosos dignos de estudio, a pesar de que no entran en el campo de lo

puerperal, ya que pueden darnos una idea de ciertos trastornos de origen reflejo.

En la clínica del doctor Luis Agote, del Hospital Rawson de Buenos Aires, tuve ocasión de asistir a una de las conferencias que magistralmente acostumbra a dar tan ilustrado médico argentino; recuerdo que nos presentó un caso de hemiplejia histérica del lado derecho, curable por sueño hipnótico y sugestión; este enfermo, de nacionalidad inglesa, cayó súbitamente en la cubierta del vapor donde prestaba servicio, al ser reprendido por el capitán; en ese estado permaneció más de doce horas, recobrando el conocimiento, pero no la sensibilidad y el movimiento de los miembros del lado derecho; este caso puede considerarse como un trastorno psíquico, de origen sensorio-motor.

Segundo caso.—No hace aún muchos meses tuve ocasión de asistir en mi consulta particular a una niña de quince años, la cual estando de recreo en el colegio, tuvo un ataque epiléptico, con pérdida de conocimiento; investigando si antes había tenido ataques, me manifestó su mamá que no tenía idea de haber visto nunca que le dieran tales accesos; queriendo explicar dicho ataque traté de hacer un diagnóstico diferencial entre la epilepsia esencial, la secundaria y la jacksoniana; recorriendo las distintas causas supliqué a la familia se fijasen en las deposiciones por si observaban algún verme intestinal; los anillos de tenia se pudieron encontrar expulsando con un tratamiento antihelmético una tenia solium. Esta enferma tuvo repetidos ataques de epilepsia parcial, tipo braquial con manifestaciones extendidas a las zonas del facial; estas convulsiones se manifestaron durante cinco días; sin embargo la enferma tenía la idea fija de la repetición del ataque epiléptico, hallándose siempre con dicho temor durante dos meses, pasados los cuales y en vista de no haberse presentado nuevas convulsiones adquirió la convicción de hallarse curada. Este caso resulta, analizándolo, más complejo, porque bien se admita la toxina, bien se trate de explicar por una excitación periférica, determinando un trastorno vaso-motor en las zonas marginales del surco de Rolando, así como en las circunvoluciones frontales, siempre quedaremos en la incertidumbre del verdadero mecanismo de haberse producido la epilepsia secundaria y la psicosis; en efecto, ante los partidarios de la teoría tóxica se hallan de frente los partidarios defensores de la excitación mecánica en la periferia, y así vemos cómo estos accesos epilépticos se han presentado, en circunstancias, donde sólo juega papel importante la excitación. Dieulafoy cita en su Manual de Patología interna la observación, juntamente con Krishaber, de un joven que tragó unos huesos de ciruela, el cual tuvo convulsiones epiléptiformes; a con-

secuencia de las cuales falleció; en la autopsia les fué posible comprobar la existencia de los huesos de ciruela en el último tramo del ileon.

Por tanto no me extraña nada en absoluto las diferencias surgidas en una de las sesiones anteriores cuando se habló de las psicosis post-eclámpticas, todos estaban acordes en una idea: la de la psicosis, en cuanto a la causa recordemos cómo el señor López Albo nos manifestó que podía ser debida al cloroformo; cómo el señor Prieto la consideraba como un estado catatónico por un acceso histero-epiléptico, esto si no recuerdo mal, y el señor Fontán indicaba el origen ovular, y en efecto, si escudriñamos la verdad del caso, todos tienen razón, porque no tengo más que señalar cómo mi ilustrado profesor el doctor Recasens, en su obra de Obstetricia, cita todas esas causas como determinantes de la psicosis.

(Concluirá).

REVISTA DE SEMEIÓTICA

Diagnóstico bacteriológico de la difteria.—El Dr. J. Dumas, de París, estudia los métodos propuestos para ese fin y resume su crítica afirmando textualmente lo que sigue:

«La siembra de los productos de la garganta de un portador de gérmenes ha dado sobre suero coagulado numerosas colonias de un bacilo en que la morfología recuerda los bacilos diftéricos medianos o cortos. Después de la purificación de una colonia sobre suero coagulado se siembra en gelosa glucosa Veillon. Si este microbio se desarrolla en la profundidad, en la zona de anaerobios, se trata de un bacilo diftérico verdadero; si se desarrolla en la superficie sin dar colonias en la zona de anaerobios, es necesario considerarlo como un pseudo-diftérico. Se puede también sembrar directamente el mucus faríngeo sobre medio de Costa y Troisier, y considerar solamente como de bacilo diftérico verdadero, las colonias que enrojecen el medio y que por su morfología, recuerden el bacilo diftérico.

El conjunto de los procedimientos que acabamos de enumerar dan un número de pruebas que permiten afirmar o negar la naturaleza del microbio aislado. Si bien quedan aun progresos que realizar, nosotros pensamos que con los medios de que disponemos actualmente, se diferencia con bastante facilidad los bacilos diftéricos toxígenos de los pseudo-diftéricos, lo que permite al bacteriólogo hacer una buena y útil profilaxis.»

(Laboratorio.—Revista de Higiene y de Tuberculosis).



Salvat y Compañía S. en C.—Editores.—Mallorca, 220, BARCELONA

Diccionario terminológico de Ciencias Médicas

Contiene cuantas voces y términos son propios de

Medicina, Cirugía, Odontología, Farmacia, Veterinaria y demás Ciencias biológicas

DIRIGIDO POR EL

Dr. León Cardenal

Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid

Con la colaboración de los Doctores Aguilar (F.); Azua; Capdevila; Cardenal (S.);
Coroleu; Fernández Sanz; Marquez; Pi Suñer; Recasens; Salvat (M.);
Soler y Batlle; Tapia; Turró

Edición profusamente ilustrada con láminas en negro y colores. La obra constará de cuatro fascículos de 240 páginas, cada uno, aproximadamente, siendo el precio del primer fascículo 7'50 pesetas al contado.

Episodios de la Guerra Europea.—A nuestra redacción han llegado los cuadernos 93, 94, 95 y 96 de esta importantísima obra, que publica la casa editorial de Alberto Martín, de Barcelona, y cuyo autor es el brillante periodista D. J. Pérez Carrasco, redactor-jefe de uno de los rotativos más importantes de España.

Integran el cuaderno 93, veinticuatro páginas de texto profusamente ilustrado, y el 94 diez y seis páginas y un mapa de Francia a escala de 1 : 6.000.000, a varias tintas.

Se compone el cuaderno 95 de diez y seis páginas de ilustrado texto y un hermosísimo mapa de Alemania a varios colores y a escala de 1 : 6.000.000. En el 96, compuesto de 24 páginas, se dan pormenores de la campaña de los Dardanelos y Gallipoli.

Tanto por la modicidad de su precio (25 céntimos cuaderno) como por su excelente presentación, imparcialidad en sus comentarios, veracidad de sus descripciones y otras relevantes cualidades que esta obra atesora, la recomendamos eficazmente a nuestros lectores.

Se halla de venta en las librerías, centros de suscripciones y en casa del editor D. Alberto Martín, Consejo de Ciento, 140, Barcelona. 2

Tumores de los lóbulos frontales.—A propósito de cuatro casos, uno operado con éxito. Trabajo recomendado en el concurso de «Los Progresos de la Clínica», 1916, por el Dr. W. Albo, Jefe de la Consulta para enfermedades nerviosas y mentales en el Hospital Civil de Bilbao. 3

Criterio químico-biológico sobre la albúmina en la urología renal.—Comunicación al I Congreso Nacional de Medicina. Madrid, Abril 1918, por el Dr. J. Vellvé Cusidó, de la Facultad de Farmacia, Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona. 3

Un caso de utopía cardíaca extratorácica, por D. Jesús Rafael Rísquez y D. J. M. Romero Sierra. Trabajo del Laboratorio de Anatomía patológica de la Escuela de Medicina de Caracas (Venezuela). 3

Veinte mil casos de tuberculosis pulmonar, por el Dr. José Verdes Montenegro, Profesor de enfermedades del corazón y de los pulmones en el Instituto Rubio. Publicado en el número de Octubre de 1918 de «Los Progresos de la Clínica». 3

Le epidemia reinante (1918).—Esbozo crítico e información científica mundial, por el Dr. José Chavás, Director de la «Revista de Higiene y de Tuberculosis», publicado en el número de Octubre de la citada Revista. 3

Memoria del Santo Hospital civil de Bilbao.—Año 1917. En la que se exponen por medio de cuadros estadísticos, hasta los más pequeños detalles del movimiento hospitalario y de la parte administrativa del precitado hospital. 1

Estudio clínico de la litiasis urinaria.—Casuística.—Cálculos del riñón, del uréter, de la vejiga y de la uretra, por el Dr. Angel Pulido Martín, Cirujano del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.

El Dr. Pulido Martín, con la maestría que le caracteriza y de la que tienen conocimiento nuestros lectores por los diversos artículos que ha publicado en nuestra Revista, ha recogido de numerosas observaciones, aquellos datos que merecen por su importancia, el prestar la atención en ellos y los ha publicado en un tomo de 238 páginas, ilustrado con varios fotografías. 1

La Clínica Moderna

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA Y CIRUGIA

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

España, un año	12	pesetas
Extranjero, íd. íd	15	francos
Número corriente.	0'75	pesetas
Id. atrasado	1'50	»

ANUNCIOS NACIONALES

Cuarto de página	5	pesetas inserción
Media »	8	» »
Una »	15	» »
En la sección de noticias	0'75	» línea é inserción
Remisión de prospectos en cada número	30	»
Papel de color dentro de los anuncios.	50	por 100 de aumento

Todos los anuncios turnarán rigurosamente en las cubiertas y en el interior.

ACADEMIA MÉDICO - QUIRÚRGICA

(MADRID)

Sesión de 16 de Diciembre de 1918

Preside el Dr. Cardenal.

El Dr. Fernández Sanz habla sobre tres casos de hemianopsia. El primero no tiene interés grande; se trata de un señor de 67 años y al cual desde hace seis se le presentó disminución de la agudeza visual. El Dr. Cuevas que le vió primero lo diagnosticó de atrofia y presentaba trastornos de aparición brusca, no distinguiendo bien los objetos situados a su derecha. Siendo de origen cerebral lo envió al conferenciante que observó por exploración arterio-esclerosis periférica; analizada la orina se comprobó la existencia de albúmina y cilindros hialinos. Como antecedentes tiene los de alcohólico y fumador. Sospechó el disertante de una hemianopsia cortical, y por lo que se refiere a su génesis la atribuyó a lesión hemorrágica.

El segundo caso es el de un compañero de 50 años, que tuvo gripe de tipo broncopneumónico y pasada ésta notó que al andar tropezaba con los objetos colocados a su derecha. Vino a Madrid, consultó con el Dr. Márquez, después de haberle visto varios oculistas de su provincia. No acusaba síntomas intra ni extracerebrales y el mismo síndrome que observó en el primer caso relatado, presentado en éste, le inclinó a diagnosticar de igual forma. Cree que en este caso la lesión es también de carácter hemorrágico y conociendo la tendencia hemorrágica de la gripe, cree que esta lesión local es debida a aquélla.

El tercer caso es el de una señora de 37 años, sin antecedentes genitales y en cuanto a los patológicos sólo acusa de tener reuma.

En Noviembre se presentó la gripe en la localidad de su residencia. Cayó enferma con trastornos intelectuales, palabras incoherentes y temperatura de 40 grados que hizo sospechar en atribuir a ésta la incoherencia de las palabras.

Pero desaparecida la fiebre persistieron los mismos trastornos. En estas circunstancias la ve el conferenciante, el cual observa que al hacerle preguntas sencillas contestaba bien, pero cuando había de dar contestación a preguntas complicadas no respondía bien.

Presentaba afasia, confundiendo unos nombres con otros; existía alexia, no siendo capaz de leer mucho tiempo y además existía agrafia.

Al escribir notaba que haciendo caso omiso al margen derecho seguía escribiendo pasando del papel y haciéndolo en la carpeta. Esto le hizo sospechar en hemianopsia, y efectivamente lo comprobó. Una observación detenida del aparato circulatorio le confirmó no existir endocarditis, miocarditis, ni en fin, ningún síntoma de este aparato al que atribuir este síndrome. Teniendo en cuenta el padecimiento gripal, le dió esta naturaleza.

El Dr. Juarros se levanta para rogar al Sr. Fernández Sanz concrete el por qué diagnostica de corticales a las hemianopsias relatadas.

El Dr. Sánchiz Banús hace suyo el ruego del Dr. Juarros y felicita al Dr. Fernández Sanz por su interesante comunicación. Estima además que ninguno de los enfermos del Dr. F. Sanz, tenían desviación conjugada de la cabeza y de los ojos.

El Dr. Villaverde se felicita de ver en la Academia al Dr. F. Sanz. Dice que el primer caso al que el comunicante no da importancia, según él, si la tiene. No está conforme con que el proceso sea de localización cortical. Considera como típico el segundo caso relatado y en cuanto al tercero lo considera más complejo por lo que a localizaciones se refiere, y respecto a la afasia, alexia, etc., cree que evolucionarán en el sentido de desaparecer.

El Dr. Lehoz se refiere al aspecto de fondo de ojo y dice que nunca ha visto en hemianopsia trastornos de fondo de ojo. Abunda con Juarros y Sánchez Banús en la naturaleza de la hemianopsia. Recuerda el caso de un ferroviario con hemianopsia heteronina binasal que diagnosticó de lesión del quiasma. Posteriormente quedó completamente ciego y diagnosticó de hemianopsia bilateral temporal.

El Dr. Fernández Sanz al rectificar insiste en sus manifestaciones respecto a los tres casos anunciados y los razona aportando consideraciones científicas interesantes que son interrumpidas por el Dr. Lehoz para afirmar que en las hemianopsias temporales la ceguera es completa.

El Dr. García Triviño, «Miocarditis sifilítica». Empieza afirmando que un cierto número de miocarditis son de origen sifilítico. Expone la diversidad de criterio entre los diferentes autores en cuanto a estas miocarditis. Puede darse el caso de ser una miocarditis sifilítica o una miocarditis en un sifilítico.

El Dr. Covisa dice que el diagnóstico de la miocarditis no puede hacerse más que de una forma probable. Relata el siguiente caso:

Una muchacha sifilítica de seis a siete meses de fecha. Se observa pulso lento, disnea, dolor y angustia precordial. Suspendió el tratamiento neosalvarsánico y puso inyecciones intravenosas de mercurio y se modificaron las manifestaciones sifilíticas y las cardíacas enumeradas.

Mejóro y a los cuatro o cinco meses ingresó en su clínica con nuevas manifestaciones sifilíticas y cardíacas. Con nuevo tratamiento neosalvarsánico mejoró, respondiendo por tanto a la medicación específica. Dice que el Dr. Triviño ha visto miocarditis tardías y como afirma éste que el tratamiento neosalvarsánico no es eficaz, preconizando el mercurio, dice que éste es un intoxicante del riñón, que tolera mejor el neosalvarsán que el biyoduro.

El Dr. Gallego interviene para decir una vez más que el neosalvarsán es peligroso.

El Dr. Triviño al rectificar dice que carece de experiencia para afirmar que el mercurio sea un tratamiento adecuado.

CONCURSOS

Asociación Médico-Escolar de Zaragoza

CERTAMEN DE PREMIOS PARA EL CURSO DE 1918 A 1919

La Junta directiva de esta Asociación, con objeto de fomentar entre sus asociados el amor al trabajo y al estudio, ha organizado, como en el Curso anterior, un Certamen de premios, con la coopera-

ción de los Profesores de la Facultad de Medicina que han concedido para el presente Curso los siguientes premios:

Premio del Excmo. Sr. Dr. D. Ricardo Royo Villanova. (La colección de sus obras).—Tema: «Diagnóstico y relaciones de las hiperclorhidrias y las albuminurias».

Premio del Ilmo. Sr. D. Hipólito Fairén (q. e. p. d.), concedido por el Dr. D. Víctor Fairén (50 pesetas para una obra de Medicina).—Tema: «Exploración del oído medio y del oído interno».

Premio del Dr. D. Cristino Muñoz. (Un instrumento de Cirugía).—Tema: «Terapéutica de las anexitis».

Premio del Dr. D. Joaquín Trías. (Una obra de Cirugía).—Tema: «Procedimientos modernos para el tratamiento de las heridas infectadas».

Premio del Dr. D. Joaquín Aznar. (Una obra de Medicina).—Tema: «Un trabajo práctico, personal, de libre elección, de clínica o de laboratorio».

Premio del Dr. D. Francisco Oliver. (Una obra de Medicina).—Tema: «Estudio de las localizaciones de las lesiones cerebrales para las intervenciones operatorias».

Premio de la revista «Aragón Médico». (Una obra de Medicina).—Tema: «Una historia clínica completa».

BASES PARA EL CERTAMEN

1.^a Para presentarse al Certamen es condición indispensable pertenecer a la Asociación.

2.^a Cada uno de los asociados sólo podrá presentar un trabajo al Certamen.

3.^a Cada uno de los premios será concedido al mejor trabajo escrito sobre el Tema, que será juzgado por Profesores de la Facultad de Medicina.

4.^a El premio de «Aragón Médico» será juzgado por el Cuerpo de Redacción de dicha Revista.

5.^a Por cada premio podrá concederse un accésit con mención honorífica.

6.^a «Aragón Médico» publicará los trabajos premiados, concederá a sus autores un año de suscripción gratuita y regalará a su autor una tirada aparte de 30 ejemplares del trabajo que obtenga el premio concedido por dicha Revista.

7.^a Los trabajos no llevarán nada que indique el nombre del autor y deberán llevar en la cubierta el Tema a que se presentan y un Lema que se repetirá en un sobre cerrado y lacrado que acompañará al trabajo y que llevará dentro el nombre del autor, escrito de su puño y letra.

8.^a Los sobres con los nombres de los autores premiados serán abiertos en la sesión solemne que con objeto de repartir los premios ha de celebrar la Asociación.

9.^a Los trabajos serán presentados al Secretario de la Asociación antes del día 1.^o de Abril de 1919.

Zaragoza 1.^o de Enero de 1919.—El Presidente, *M. Muniesa*.—El Secretario, *A. Lorente Sanz*.

D. Tomás Iribarren.—Sabiñán (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1918.

» Manuel Sangüesa.—Aliaga (Teruel).—Pagó la suscripción de 1918.

» Martín Vila.—Pollensa (Baleares).—Recibido el giro postal.

» Enrique González.—Sesma (Navarra).—Pagó la suscripción del año 1918.

» José Lázaro.—Bardallur (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1918.

» Melchor Ruiz.—Jaruco (Habana).—Cambiada la dirección.

«Publicitas».—Barcelona.—Remitidos los números.

D. Valero Rubio.—Pedrola (Zaragoza).—Conforme con su atenta carta.

» Estanislao Bronte.—Irurozqui (Navarra).—Conforme con su atenta carta.

» Agustín Valverde.—Ceinos (Valladolid).—Remitidos los números 323 y 324.

» Alfonso Perés.—Olaveaga (Vizcaya).—Cambiada la dirección.

» Jesús Fernández.—Uncastillo (Zaragoza).—Pagó la suscripción de los años 1918 y 1919.

Sigue en la página 11

BRONQUIOPSON

VACUNA MIXTA Para el tratamiento de las afecciones crónicas de los bronquios

Bronquitis crónicas. — Bronquiectasias. — Asma. — Bronquitis fétidas. — Tos ferina, etc.

Tratamiento completo en 12 inyectables. — Único preparado español

Muestras y Literatura al Laboratorio **HISPANUS** de Bacterioterapia

Príncipe Alfonso, núm. 16. — VALENCIA

Análisis clínicos.—Reacciones biológicas.—Autovacunas de todas clases.

Vacuna antitífica preventiva, en envases especiales, para vacunación individual, familiar y colectividades numerosas.

Extracto de carne del Dr. Castell

Rogamos a la clase Médica emplee nuestro preparado en todos los casos de Anemia, Debilidad, Esclerofulismo, Convalecencias, etc., pues dado lo esmerado de nuestra preparación se consiguen tan buenos resultados como con los preparados extranjeros y al mismo tiempo se favorece la industria nacional.

PÍDASE EN TODAS LAS FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECÍFICOS

Depósito: Rived y Chóliz, D. Jaime I, 21, Zaragoza

GRANDES PREMIOS - PARÍS 1900 - LYON 1914

Creosota, Guayacol y derivados
Fosoto, Tafosoto, Creosoformo
Arhina, Cloroformo
extra puro

**PRODUCTOS
LAMBIOTTE HERMANOS**

Productos
químico-farmacéuticos
extraídos de la madera y elaborados en sus fábricas. Carbón vegetal,
Alquitrán, Acetato de sosa, Acetato de cal, Pyrolignito, Acido acético, Acetona, Metileno, Trioximetileno, Formaldehida

MUESTRAS Y LITERATURA A LOS
SEÑORES MÉDICOS QUE LO SOLICITEN

Afecciones de las vías respiratorias

Bronquitis, Tos
Coqueluche
Catarro
etc.

**PERLAS TAFOSOTO
LAMBIOTTE HERMANOS**

La Creosota combinada conocida por Tafosoto da resultados maravillosos y rápidos en las afecciones microbianas que producen el coriza, la bronquitis aguda y crónica, la coqueluche, la tuberculosis, etc.

Agente general para España: S. NAVARRO
Rambla del Centro, 8 y 10 - BARCELONA

El mejor disolvente de los uratos
Asepsia de las vías urinarias
Reuma articular, Neñritis
Cólicos nefríticos
Tifus, Gota

**UROMETINA
LAMBIOTTE HERMANOS**

SINÓNIMOS: Urotropina, Hexametileno tetramina, Formina

Sus principales propiedades son regenerar lentamente el formol y disolver los uratos. Ambas constituyen el punto de partida para el empleo de "Urometina"

LAMBIOTTE ET C^{IE}. SU^{CEDES} PARIS-BRUSÉLAS

—La de médico titular de Valdevarnés (Segovia), por no haber aceptado el agraciado con la plaza de médico titular de este pueblo, se anuncia de nuevo con la dotación de 750 pesetas anuales, pagadas por trimestres vencidos de los fondos municipales, por la asistencia de cuatro familias pobres y casos de oficio. El que resulte agraciado, quedará en libertad para contratar igualas con 130 familias pudientes de este pueblo y el de Fuentemizarra, cuyo pueblo dista un kilómetro de camino llano, disfrutando además de casa gratis y libre de todo impuesto municipal. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde don Gorgonio Miguel.

—La de médico titular de Matamala (Soria), con el haber anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos, y las igualas con 2.500 que satisfacen los vecinos del término municipal, por trimestres o anual. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Fermín Garijo.

—La de médico titular, por dimisión, de Jarque de la Val (Teruel), en concordia con los de Hinojosa de Jarque, Cuevas de Almodén y Mezquita de Jarque. Su dotación consiste en el sueldo de 1.500 pesetas anuales por el concepto de titular, satisfechas por los respectivos Ayuntamientos por trimestres vencidos y 2.500 pesetas por capitular y que las respectivas Juntas satisfarán también anualmente a la terminación del contrato. Solicitudes hasta el 24 de Enero al alcalde D. Juan José Navarro.

—La de médico titular, por renuncia, de Nalda (Logroño), dotada con el haber anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos de los fondos municipales, por la asistencia gratuita de una a 60 familias pobres, además de las obligaciones que le impone el Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos de 14 de Junio de 1891. Al propio tiempo se hace presente, que el agraciado será nombrado médico de la Sociedad de vecinos pudientes que existe en esta localidad, por lo que percibirá de la misma el sueldo anual de 2.500 pesetas, pagadas en la misma forma que la titular. Se facilitan informes a quien los pida. Solicitudes hasta el 26 de Enero al alcalde don Pedro Ruis Viguera.

—La de médico titular, por dimisión, de Nieva de Cameros (Logroño), y su aldea Montemediano, con el sueldo anual de 750 pesetas, por la asistencia de familias pobres y 2.000 pesetas por igualas con los vecinos pudientes, pagadas las últimas por una Comisión de vecinos, y unas y otras por trimestres vencidos. Solicitudes hasta el 26 de Enero al alcalde D. Francisco Fernández.

—La de médico titular e inspector de Sanidad de Torrijo de Campo (Teruel), con el sueldo anual por titular de 1.000 pesetas y 2.250 por capitular; su pago de las primeras por trimestres vencidos del presupuesto municipal, las segundas durante el mes de Noviembre del año vencido. Para estos efectos se cuenta de Octubre a fin de Septiembre; responde Junta facultativa. Solicitudes hasta el 26 de Enero al alcalde D. José Latasa.

—La de médico titular, por renuncia, de Palenzuela (Palencia), con la dotación de 1.000 pesetas, por la asistencia a 65 familias pobres, pagadas de los fondos municipales, haciéndose constar que esta villa constituye una sola titular y que la duración del contrato es por tiempo ilimitado. El agraciado podrá contratar con los vecinos pudientes, por lo que percibirá 3.500 pesetas próximamente. Solicitudes hasta el 26 de Enero al alcalde D. Felipe Carrillo.

D. Manuel Celaya.—San Sebastián (Guipúzcoa).—Pagó la suscripción de los años 1918 y 1919.

« Benito Bengoechea.—Fontioso (Burgos).—Remitido el núm. 333.

« Antonio Mur.—Loporzano (Huesca).—Recibido el giro postal.

« Pedro Tello.—Naval (Huesca).—Pagó la suscripción de 1918.

« Eustaquio Tutor.—Logroño.—Conforme con su atenta carta.

« Cándido Zuazagoitia.—Bilbao (Vizcaya).—Conforme con su atenta carta.

« Carlos Aguilera.—Villalmanzo (Burgos).—Remitidos los números 312 y 328.

“JARABE BEBÉ”

(NOMBRE REGISTRADO)

INFALIBLE Y COMPLETAMENTE INOFENSIVO

Cura toda clase de **TOS** lo mismo **nerviosa, seca, catarral, ronca, fatigosa, bronquial, pulmonar, crónica** y especialmente la **TOS FERINA** de los niños.

Evita los tratamientos enérgicos, tan perjudiciales a niños y adultos.

NO CONTIENE bromoformo, ácido fénico, morfina, codeína, heroína ni ningún otro anestésico, cáustico activo y peligroso.

Preparado por **J. Lara Vidal** Farmacéutico, Burjasot (Valencia).

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS DE ESPAÑA

Agentes exclusivos: J. URIACH y C.^a S. en C., Barcelona

MANUAL DEL PRACTICANTE

POR EL

Dr. D. Felipe Saenz de Cenzano

*Inspector provincial de Sanidad por oposición,
Profesor clínico por oposición, encargado de la enseñanza oficial de la carrera
de Practicantes en la Facultad de Medicina de Zaragoza*

CON UN PRÓLOGO

DEL

Dr. D. Ricardo Lozano Monzón

Catedrático por oposición de Patología y Clínica Quirúrgicas

Forma dos tomos con más de 400 grabados, tratando cada uno de ellos las materias correspondientes a cada curso.

Está de venta en las principales librerías y en casa del autor, Coso, núm. 18, 2.º, Zaragoza, al precio de 23 pesetas en rústica y 26 lujosamente encuadernado en tela.

HIJOS DE PRIM, Ortopédicos

DESPACHO:
Preciados, 33

MADRID

FABRICA:
Naciones, 13

Gran casa constructora de toda clase de Aparatos Ortopédicos y que para la construcción de los mismos, cuenta con fábrica dotada de cuantos elementos exige la Ortopedia Moderna, siendo la casa más antigua y acreditada.—Se fabrican las sólidas y bien combinadas **Piernas Artificiales** con pie de goma y **Brazos** con muñeca y dedos articulados. Pies artificiales, **Sistema-Prim**, para pies defectuosos (privilegio especial) los que hacen desaparecer las voluminosas botas de corcho.—Corsés para las desviaciones de la columna vertebral, aparatos para debilidades de las piernas, parálisis, tumores blancos en las articulaciones, pies varus, equinos, fajas todo elásticas para toda clase de enfermedades del abdomen, etc., etc.

HERNIAS: Braguero especial PRIM (privilegiado)

Es el aparato que la mayoría de los herniados usan, por ser el más perfecto, cómodo, y que contiene absolutamente las hernias por voluminosas que sean. Los Señores médicos lo recomiendan porque los herniados encuentran un alivio inmediato y seguro, y que por contener permanentemente las hernias, están exentos de que puedan estrangularse.

Los diferentes aparatos, modelo exclusivo de la casa, son un verdadero auxiliar de la Cirugía, pudiendo ofrecer como mejor garantía de éxito, el creciente favor de la clase médica.

Esta casa ha montado una sección especial para la venta al por mayor y menor de toda clase de artículos de Cirugía, Ortopedia y Gomas, a precios sin competencia.—Algodón hidrófilo químicamente puro, gasas y vendas, irrigadores, pulverizadores, medias de goma.—Aparatos de masaje e higiene, últimas novedades.

HIJOS DE PRIM

Preciados, 33. — MADRID



FIRMUGENOL

Medicamento de elección para combatir las enfermedades del sistema linfático en sus diversas manifestaciones

IOO - ARSÉNICO - HIERRO. Principios tónicos y depurativos de plantas silvestres, extraídos por procedimiento especial.

Medicación típica de los trastornos de la pubertad.

Pedro de la Rosa, Farmacéutico

De venta en todas las Farmacias.—Depósito para Aragón: Farmacia de Don Martín Gómez, Calle de San Pablo, núm. 51.—Zaragoza.

Productos bio-químicos del Dr. Pagés Corominas

SEROFORCIL (suero biovital)

Excelente regenerador del organismo, activante de las funciones nutritivas y antitóxicas y regulador de los cambios metabólicos.

COMPOSICIÓN

POR VÍA PARENTAL

(indoloro por completo)

Cerebro colesteroína cristalizada	5 centigramos
Cerebro lecitina cristalizada	5 »
Núcleo histona del cerebro	2 »
Cacodilato de sosa	2 »
Sulfato de estricnina	1 miligramo
Agua destilada	2 centigramos

DOSIS.—Salvo prescripción facultativa, una inyección diaria subcutánea o intramuscular.

POR VÍA GÁSTRICA

(Polifosforina compuesta)

.....	10 centigramos
.....	5 »
Núcleo legumina	20 »
Arrenal	2 »
Nuez vómica polvo	2 »
Lecicristalina de huevo	5 »

DOSIS: Tres cucharaditas de las de café al día, una antes de cada comida.

Indicaciones.—Sorprendentes resultados en los casos de deapuperación orgánica o fisiológica. Marasmo. Adinamia de enfermedades agudas y crónicas. Anemias. Convalecencias de enfermedades infecciosas. En todas las enfermedades y trastornos del sistema nervioso central y periférico (gran éxito). Neurastenias, Impotencia. Enfermedades distólicas

POLIFOSFORINA

(Polvo o inyectable) «indolora», el reconstituyente más poderoso del sistema nervioso. Compuesta de Lecitina cristalizada de cerebro, de yema de huevo y núcleo legumina o fosfonuclina.

Última observación.—Como que las lecitinas y colesteroínas después de cristalizadas para su purificación, son incorporadas al vehículo acuoso en estado coloide, debe agitarse el tubo antes de la inyección.

Único representante en Aragón: **L. Hernández, Cerdán, núms. 57 y 59, Zaragoza**

APENAS HABRÁ MÉDICO QUE NO HAYA RECETADO EN LA MAYOR PARTE DE LAS AFECCIONES DEL TUBO DIGESTIVO EL

ELIXIR ESTOMACAL de SÁIZ de CARLOS

Su crédito es ya tal, que ha tomado puesto preeminente en la terapéutica y se le prescribe como un agente poderoso, cuyos admirables resultados no se hacen esperar. Sus efectos son aumentar la secreción del jugo gástrico, auxiliar su poder digestivo, aumentar la tonicidad muscular y nerviosa del estómago é intestinos; aumenta el apetito; suprime la pírosis, hiperacidéz y vómitos; tonifica, no sólo el aparato digestivo, sino la economía en general, pues el enfermo come más, digiere mejor, y por consiguiente se nutre, por lo cual es utilísimo en las anemias que dependen de digestiones imperfectas; disminuye y evita las fermentaciones anormales y quita el dolor y la pesadez gástrica, curando la úlcera del estómago, la dilatación y los catarros intestinales en niños y adultos. Es de agradable sabor y completamente inofensivo, lo mismo para el enfermo que para el que está sano; puede usarse á la vez que las aguas minero-medicinales y en sustitución de ellas y de los licóres de mesa.

Serrano, 30, Farmacia, MADRID, y principales de España, Cuba, Filipinas, México, América del Sur, Estados Unidos é Inglaterra

MEDICACION CACODÍLICA

Gránulos pépsicos y Gotas pépsicas PIZÁ

al cacodilato de sosa, químicamente puro.—Cada gránulo contiene 0,01 gramos de cacodilato de sosa y 0,02 gramos de pepsina pura. Corresponden iguales cantidades de medicamentos para cada cinco gotas. Estos preparados se indican en las enfermedades de la piel, anemia, clorosis, diabetes, paludismo, etcétera, siendo sus resultados sorprendentes.—Frasco de gránulos o de gotas, 2,50 pesetas.

Grageas pépsicas nucleínicas

de resultados maravillosos en la anemia, clorosis, raquitismo, fosfaturias, neurastenias, tuberculosis, etc., etc.; debido a la acción que ejerce directamente sobre los huesos el ácido nucleínico, muy superior a todos los empleados; al arrhenal, que estimula poderosamente las funciones de nutrición y asimilación y actuando como dignos complementos entran los glicero-fosfatos, la kola, coca, cacodilato de estriocina, etc., etc., formando un conjunto armónico que hace sea un reconstituyente de primer orden en cuantos casos sea necesario reintegrar al organismo las pérdidas sufridas por alguna enfermedad grave o por un exceso de trabajo intelectual o de otra índole, en una palabra, en todos los casos de depauperación orgánica. Cada gragea contiene:

Acido nucleínico.	0,05	Extracto de kola, glicero-fosfatos	
Arrhenal.	0,01	de cal y de sosa, de cada . .	0,08
Cacodilato de estriocina	0,001	Extracto de coca y pepsina	
		pura, de cada	0,04

Dosis: de dos a tres grageas al día, pudiéndose aumentar o disminuir a juicio del médico. Frasco, 4,50 pesetas.

Gránulos pépsicos y Gotas pépsicas PIZÁ

al cacodilato de hierro.—Cada gránulo contiene 0,01 gramos de cacodilato de hierro químicamente puro y 0,02 gramos de pepsina pura. Iguales cantidades de medicamentos corresponden para cada 5 gotas. Estos preparados se indican como muy eficaces para la clorosis, anemia, escrófula y como reconstituyentes en general.—Frasco de gránulos o de gotas, 2,50 pesetas.

Inyecciones hipodérmicas PIZÁ

al cacodilato de sosa y al cacodilato de hierro.—Soluciones perfectamente esterilizadas y graduadas a la dosis de 0,05 gramos de cacodilato de sosa y cacodilato de hierro, respectivamente por centímetro cúbico, cantidad que precisa para cada inyección.—Caja de 14 tubos, 4,50 pesetas.

Inyecciones hipodérmicas PIZÁ

al arrhenal.—Metil-arsenito di-sódico.—Arsénico orgánico asimilable.—Caja de 12 tubos 4,50 pesetas.

ANTISEPSIS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

BRONQUITIS, CATARROS, TISIS

CÁPSULAS EUPÉPTICAS PIZÁ
EUCALIPTOL PURO, IODOFORMO Y CREOSOTA
DE HAYA

Eucaliptol, Iodoformo
y Guayacol

Antibacilar por excelencia. Tolerancia perfecta
Frasco, 12 reales

Dr. Pizá, Plaza Pino, 6.—Barcelona
y principales farmacias

Farmacia del Dr. PIZÁ, Plaza del Pino, 6, BARCELONA

La Clínica Moderna

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Premiada con Medalla de Oro en la Exposición Hispano-Francesa de 1908

PUBLICADA

BAJO LA DIRECCIÓN DE LOS DOCTORES

RICARDO ROYO VILLANOVA RICARDO LOZANO MONZON

CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA
Y CLÍNICA MÉDICAS

CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA
Y CLÍNICA QUIRÚRGICAS

ADMINISTRADOR-GERENTE

F. Saenz de Cenozo

Inspector provincial de Sanidad por oposición
Profesor - Auxiliar
de la Facultad de Medicina



SUMARIO

LOZANO (R.): Cálculos del uréter.— FERNÁNDEZ MARTÍNEZ (F.): Adquisiciones y caracteres de la medicina española.—VIDAURRETA (DR.): A propósito de la técnica a seguir por el Dr. Lozano en sus operados de estómago.— LAUZURICA (DR.): Contribución al estudio de las psicosis puerperales.— FRANCIS RICE (J.): El tratamiento médico del bocio exoftálmico.—BARTRINA CAPELLA (J.): El charlatanismo médico.— MARTÍNEZ ANGEL (A.): Acerca de un padecimiento, muy poco conocido, de la rodilla.

Fuera de texto — Vacantes.— Academia Médico-Quirúrgica Española.— Los médicos y la autonomía — Anuncios.

Véase correspondencia administrativa, pág. 2, sección de anuncios.

PRECIOS DE SUSCRIPCION

España, un año	12 pesetas
Extranjero, un año	15 francos
Número corriente	75 céntimos
Id. atrasado	1'50 pesetas

Anuncios según tarifa que se remite a quien la solicite

TRATAMIENTO RACIONAL

de la ANEMIA y todos los CASOS de DESNUTRICION

HORSINE

 (JUGO de CARNE de CABALLO concentrado e inalterable)

La **HORSINE** es el más poderoso regenerador del organismo

Dosis y empleo: 3 a 6 cucharadas diarias.

Tuberculosis Pulmonar y Quirúrgica

RADIODINE

 (Iodo-Menthol Radifère)

Mode implear de la **RADIODINE**:
Una inyeccion intramuscular diaria durante un mes; Después una cada dos dias durante tres semanas, o sea por todo cuarenta inyecciones.

Depósito general para España: Cebrián y C.^a, Puerta Ferrisa, 18. BARCELONA

NO SE ADMITEN LIBRANZAS DE LA PRENSA PARA EL PAGO DE SUSCRIPCIONES

DIRECCION PARA LA CORRESPONDENCIA: COSO, NUMERO 18 — TELEFONO 321

GONOPSÓN

Vacuna polivalente antigonocócica obtenida de cultivos puros de gonococos en plena actividad
Blenorragia crónica y sus complicaciones, **Reumatismo, Prostatitis, Cistitis y Anexitis**, etc.

TRATAMIENTO COMPLETO EN 12 INYECTABLES

Muestras y Literatura al Laboratorio **HISPANUS** de Bacterioterapia
Príncipe Alfonso, núm. 16. — VALENCIA

Análisis clínicos.—Reacciones biológicas.—Autovacunas de todas clases.
Vacuna antitífica preventiva, en envases especiales, para vacunación individual, familiar y colectividades numerosas.

Solución Benedicto de glicero-fosfato de Cal con Creosotal

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc. **Frasco 2,50 ptas.** Depósito: Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 43, Madrid, y principales farmacias.

“JARABE BEBÉ”

(NOMBRE REGISTRADO)

INFALIBLE Y COMPLETAMENTE INOFENSIVO

Cura toda clase de **TOS** lo mismo **nerviosa, seca, catarral, ronca, fatigosa, bronquial, pulmonar, crónica** y especialmente la **TOS FERINA** de los niños.

Evita los tratamientos enérgicos, tan perjudiciales a niños y adultos.

NO CONTIENE bromoformo, ácido fócnico, morfina, codeína, heroína ni ningún otro anestésico, cáustico activo y peligroso.

Preparado por **J. Lara Vidal** Farmacéutico, Burjasot (Valencia).

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS DE ESPAÑA

Agentes exclusivos: **J. URIACH y C.^a S. en C., Barcelona**

Extracto de carne del Dr. Castell

Preparado mediante la digestión artificial de la mejor carne de buey y hecha su concentración al vacío, es un alimento que encierra en pequeño volumen todos los principios asimilables de la carne, estando indicado su empleo en los casos de **Anemia, Debilidad, Tuberculosis, Convalecencias**, etc., etc.

PÍDASE EN TODAS LAS FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECÍFICOS

Depósito: **Rived y Chóliz, D. Jaime I, 21, Zaragoza**

HIJOS DE PRIM, Ortopédicos

DESPACHO:
Preciados, 33

MADRID

FABRICA:
Naciones, 13

Gran casa constructora de toda clase de Aparatos Ortopédicos y que para la construcción de los mismos, cuenta con fábrica dotada de cuantos elementos exige la Ortopedia Moderna, siendo la casa más antigua y acreditada.—Se fabrican las sólidas y bien combinadas **Piernas Artificiales** con pie de goma y **Brazos** con muñeca y dedos articulados. Pies artificiales, **Sistema-Prim**, para pies defectuosos (privilegio especial) los que hacen desaparecer las voluminosas botas de corcho.—Corsés para las desviaciones de la columna vertebral, aparatos para debilidades de las piernas, parálisis, tumores blancos en las articulaciones, pies varus, equinos, fajas todo elásticas para toda clase de enfermedades del abdomen, etc., etc.

HERNIAS: Braguero especial PRIM (privilegiado)

Es el aparato que la mayoría de los herniados usan, por ser el más perfecto, cómodo, y que contiene absolutamente las hernias por voluminosas que sean. Los Señores médicos lo recomiendan porque los herniados encuentran un alivio inmediato y seguro, y que por contener permanentemente las hernias, están exentos de que puedan estrangularse.

Los diferentes aparatos, modelo exclusivo de la casa, son un verdadero auxiliar de la Cirugía, pudiendo ofrecer como mejor garantía de éxito, el creciente favor de la clase médica.

Esta casa ha montado una sección especial para la venta al por mayor y menor de toda clase de artículos de Cirugía, Ortopedia y Gomas, a precios sin competencia.—Algodón hidrófilo químicamente puro, gasas y vendas, irrigadores, pulverizadores, medias de goma.—Aparatos de masaje e higiene, últimas novedades.

HIJOS DE PRIM

Preciados, 33. — MADRID

CORRESPONDENCIA ADMINISTRATIVA

En esta sección daremos contestación a las cartas de nuestros suscriptores que no remitan dos sellos de quince céntimos para la contestación particular.

- D. Enrique Cápera.—Barcelona.—Remitidos los números solicitados.
- » Estanislao Bronte.—Irurozqui (Navarra).—Recibido el giro postal.
 - » Francisco Agós.—Andosilla (Navarra).—Remitido el número 309.
 - » Pascual Pérez.—Alicante.—Recibido el giro postal.
 - » Delfín Camporredondo.—Alcalá (Madrid).—Conforme con su atenta carta.
 - » Enrique Altavás.—Aibar (Navarra).—Remitidos los números 317 y 327.
 - » José Hermosa.—Bilbao (Vizcaya).—Pagó la suscripción del año 1919.
 - » Eduardo S. Bárcena.—Campanario (Badajoz).—Pagó la suscripción del año 1919.
 - » Mateo Cañellas.—Palma (Baleares).—Remitido el número 319.
 - » Ceferino Rives.—Ciudad-Real.—Cambiada la dirección.
 - » Miguel Boronat.—Bocairente (Valencia).—Recibido el giro postal.
 - » Miguel Alonso.—Cihuela (Soria).—Cambiada la dirección.
 - » Marcos de Unamúnzaga.—Durango (Vizcaya).—Pagó la suscripción del año 1919.
 - » José Viñas.—Olmos (Palencia).—Anotada la suscripción.

Segue en la página 9.

JARABE ARRANS

— DE —

AMAPOLAS FOSFO-CREOSOTADO

MEDICAMENTO ESPECÍFICO DE LAS ENFERMEDADES
DEL PECHO Y VÍAS RESPIRATORIAS

FÓRMULA

Por cucharada grande:

Fosfo-Creosota soluble.....	0'25	gramos
Codeína	0'005	»
Cloruro Cocaína.....	0'001	»
Alcoholaturo raíces Acónito.....	2	gotas

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS.—Aduana, núm. 21, SEVILLA

VACANTES

La de médico titular, por dimisión, de Cirauqui (Navarra), habitantes 1.202, dotada con el sueldo anual de 3.500 pesetas, satisfechas todas ellas de fondos municipales, y por trimestres vencidos, en la Depositaria municipal. Las condiciones para desempeñar esta plaza están consignadas en el último reglamento para el servicio médico municipal de Navarra, y las formadas por esta Junta nominadora y aprobadas por la Excelentísima Diputación, obran en la Secretaría del Ayuntamiento. Solicitudes hasta el 10 de Febrero al alcalde D. José María Apostúa.

—Las cuatro plazas de médico titular de Caravaca (Murcia), habitantes 17.520, dotadas con el sueldo anual de 2.000 pesetas cada una, pagadas de los fondos municipales, por la asistencia de las familias pobres que les correspondan. Solicitudes hasta el 12 de Febrero al alcalde don Felipe María Iglesias.

—La de médico titular de Lemóniz (Vizcaya), habitantes 827, dotada con el sueldo anual de 500 pesetas, pagaderas por trimestres, por asistencia a familias pobres, la que se proveerá con arreglo a los artículos 2.º, 3.º y 8.º del reglamento aprobado por la Excm. Diputación. Solicitudes hasta el 9 de Febrero al alcalde D. Ramón Ibarra.

—La de médico titular de Cenarruza (Vizcaya), habitantes 976, dotada con el haber anual de 995 pesetas, por la asistencia de las familias pobres de este municipio y bajo las condiciones que se hallan de manifiesto en la Secretaría municipal. Solicitudes hasta el 9 de Febrero al alcalde D. Gregorio Artaechevarría.

—La de médico titular, por dimisión, de Sorzano (Logroño), habitantes 490, con la dotación anual de 750 pesetas, satisfechas por trimestres vencidos de los fondos municipales, por la asistencia de una a diez familias pobres. El agraciado con el nombramiento percibirá además, y también por trimestres vencidos, la cantidad de 2.250 pesetas anuales, de una Sociedad responsable, por la asistencia de las familias igualadas con la misma. Solicitudes hasta el 11 de Febrero al alcalde D. Tomás Pascual.

—La de médico titular de Aldeanueva de la Serrezuela (Segovia), habitantes 438, dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, que se pagarán por trimestres vencidos, por la asistencia de familias pobres y casos de oficio. El agraciado podrá contratar las iguales con 105 vecinos pudientes, las cuales como minimum producirán 2.500 pesetas anuales, disfrutará casa gratis y libertad de pastos para una caballería. Solicitudes hasta el 10 de Febrero al alcalde D. Felipe Puebla.

—La de médico titular de Torrecilla del Pinar (Segovia), habitantes 612, dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, pagadas de fondos municipales por trimestres vencidos, por la asistencia de 12 familias pobres y casos de oficio, quedando el agraciado en libertad de celebrar contratos particulares con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 10 de Febrero al alcalde D. Felipe Alvarez.

—La de médico titular, por dimisión, de Serón de Mágima (Soria), y anejos Velilla de los Ajos y Bliccos, con la dotación anual de 4.500 pesetas como producto de igualas, con inclusión de la cantidad que por concepto de Beneficencia se halla presupuestada, y cobradas por el pro-

fesor en la época de recolección de cereales. Esta villa está 15 kilómetros, todo carretera, de la estación de Monteagudo, línea de Valladolid a Ariza, y los citados agregados equidistan de la matriz 6 kilómetros de buen camino. Solicitudes hasta el 8 de Febrero al alcalde D. Justo Martínez.

—La de médico titular, por renuncia, de Valero (Salamanca), habitantes 857, dotada con el sueldo de 750 pesetas anuales, pagadas por trimestres vencidos de los fondos de este municipio, por la asistencia de una a 20 familias pobres, expósitos durante el tiempo de la lactancia y transeúntes sin recursos, pudiendo además contratar sus servicios profesionales con 180 familias pudientes o personas que las mismas autoricen. Solicitudes hasta el 13 de Febrero al alcalde D. Damián de Prada.

—La de médico titular, por dimisión, de Málaga del Fresno (Guadalajara), habitantes 547, dotada con el sueldo anual de 500 pesetas que serán satisfechas por trimestres vencidos del presupuesto municipal; las iguales de este vecindario por la asistencia médica podrán producir unas 3.600 pesetas. Solicitudes hasta el 13 de Febrero al alcalde D. Melchor Orcajo.

—La de médico titular, por dimisión, de Frumales (Segovia), habitantes 512, dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, pagadas por trimestres vencidos de fondos municipales, por la asistencia de diez familias pobres y casos de oficio, y además 1.750 pesetas por las iguales de los vecinos pudientes, todo de fondos municipales. Solicitudes hasta el 13 de Febrero al alcalde D. Marcelino Sanz.

—La de médico titular, por traslado, de Villar del Humo (Cuenca), habitantes 1.204, dotada con el sueldo anual de 100 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, por la asistencia de las familias pobres, quedando el agraciado en libertad de celebrar contratos particulares con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 13 de Febrero al alcalde D. Francisco Cejalvo.

—Una de las dos plazas de médico titular, por renuncia y traslado, de Villaralbo (Zamora), habitantes 1.225, dotada con el sueldo anual de 999 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal y por la asistencia de 18 familias pobres, que se tienen designadas y con obligación de asistir gratis a los pobres y presos de tránsito; haciendo expresión que la Sociedad de vecinos abonará además al médico que sea agraciado con aquella 1.750 pesetas, también anuales y por trimestres en concepto de iguales, por asistencia a unos 136 vecinos de esta población, sin que el médico tenga que entenderse con dichos vecinos para el cobro de expresadas iguales. Solicitudes hasta el 15 de Febrero al alcalde don Manuel Jambrina.

—Las dos plazas de médico titular de Ateca (Zaragoza), habitantes 3.073; la dotación para los dos señores profesores que han de nombrarse en propiedad, es la parte que corresponda a 1.070 pesetas anuales durante el primer trimestre del año actual, consignadas en el presupuesto, y de 1.500 pesetas por todo el ejercicio económico de 1919 a 1920, que empezará a regir el 1.º de Abril próximo. Solicitudes hasta el 14 de Febrero al alcalde D. Julio Sánchez.

CÁLCULOS DEL URÉTER, POR EL DR. RICARDO LOZANO



FIG. 1.ª—Sombras extrauretrales características de ganglios retroperitoneales calcinados y que pueden confundirse con cálculos del riñón o del uréter. Se nota sin embargo la transparencia del centro y la irregularidad de la periferia que no corresponden a cálculos.

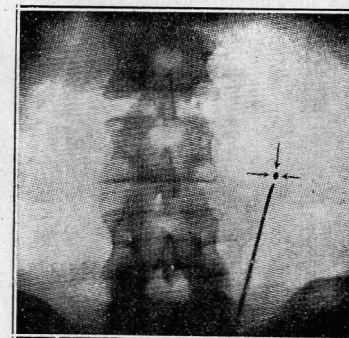


FIG. 2.ª—Cálculo ureteral cuya imagen se intensificó por medio del colargol. Debajo se ve el catéter.



LA CLÍNICA MODERNA

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

AÑO XVIII

ZARAGOZA, 15 ENERO 1919

NÚM. 335

CÁLCULOS DEL URÉTER

POR EL DR. RICARDO LOZANO

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Los cálculos del uréter son más frecuentes de lo que se cree. Su rareza aparente depende más de las dificultades del diagnóstico que de su existencia real. Así sucede que Hunner, de Baltimore, ha asistido él solamente 92 casos hasta 1916, de los cuales 42 han sido diagnosticados por el autor en el transcurso de este año 1916.

La importancia de su diagnóstico se comprende sabiendo que él puede evitar una operación inútil al enfermo por haberse ya dado casos repetidos en que se extirpó el ovario, el apéndice o el útero por achacar a estos órganos los síntomas que acusaba el enfermo. Otras veces se ha calificado a éstos de neurasténicos, de enfermos con ptose visceral, con ciática, cuando en realidad el síndrome doloroso dependía de su cálculo uretral.

También se citan casos de operaciones sobre la vesícula biliar o sobre un pretendido riñón flotante. (*Surgery Gynecology and Obstetric*. Septiembre 1918).

Etiología.—La formación del cálculo puede tener lugar en el mismo uréter por alteración de su mucosa que infectada con microorganismos procedentes de la vejiga, del riñón o del intestino. Casi siempre hay una estrechez congénita o adquirida del uréter que favorece el remanso y la infección de la orina. Otras veces es un cálculo desprendido del riñón y detenido en una estrechez.



FIG. 3.^a—Sombra en la región del uréter derecho que parece indicar un cálculo ureteral. Pus y bacilos Coli se hallaron en la orina de este riñón.

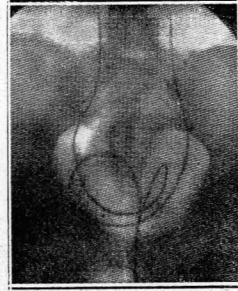


FIG. 4.^a—El mismo enfermo de la figura anterior con el catéter colocado para demostrar que la sombra no estaba en el uréter, sino junto al uréter.

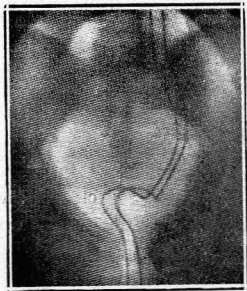


FIG. 5.^a—El mismo caso de las figuras anteriores radiografiado en dos posiciones distintas para cambiar la incidencia de los rayos. Se nota un intervalo entre el catéter más próximo a la línea media y la sombra. En cambio el catéter externo, parece estar en la misma línea que la sombra del presunto cálculo.



FIG. 6.^a—Cálculo del uréter derecho.



FIG. 7.^a—El mismo de la figura anterior radiografiado en dos posiciones distintas y en ambas el catéter y la sombras están juntos.

NOTA. Estos clisés están tomados de «Surgery Gynecology and Obstetrics. Noviembre, 1918.

Anatomía patológica.—Lo clásico era admitir como sitio de predilección la proximidad de la vejiga urinaria; pero a juzgar por lo que dicen los autores modernos, el mayor número se halla por detrás del ligamento ancho. También la salida de la pelvis renal es sitio de predilección para localizarse los cálculos.

Síntomas.—No se diferencian mucho de los cálculos renales: dolores, cólicos, hematuria y desprendimientos calculosos. El dolor, si se localiza muy intenso cerca del periné o en la espina iliaca, es bastante característico. La hemorragia puede faltar o ser tan pequeña, que sólo se demuestra microscópicamente. La expulsión de arenillas o cálculos es relativamente frecuente.

A veces, tras de un ataque de oclusión, aparece la orina turbia e infectada.

Diagnóstico.—Rara vez permite la palpación demostrar la existencia del cálculo en personas delgadas o a través del recto o de la vagina. Mejor resultado da el cateterismo del uréter porque se detiene el catéter en el sitio del cálculo. Sin embargo, puede suceder también que pase el catéter por hallarse el cálculo en un divertículo o que el catéter empuje hacia arriba la concreción.

En el diagnóstico del cálculo ureteral, cuando el cuadro sindrómico induce a sospecharlo, debemos, primeramente hacer la exclusión de las enfermedades que pueden simularlo estando colocadas fuera del uréter y segundo excluirlas, que pueden simular el ataque de cólico ureteral por estar situadas dentro del uréter pero sin ser cálculos. Entre las primeras están la apendicitis, la ovaritis, el riñón flotante, la colecistitis, la colitis, la ciática, la neurastenia.

El cólico ureteral puede ser determinado: 1.º Por el paso de partículas de un tumor. 2.º Por coágulos sanguíneos o pus. 3.º En caso de infección renal o ureteral. 4.º En las nefritis. 5.º En apendicitis cuando el uréter está en contacto con el apéndice enfermo. 6.º En la tabes dorsal. 7.º En estrecheces del uréter congénitas o adquiridas. 8.º En el acodamiento del uréter por riñón flotante. 9.º Por compresión del uréter o por una arteria suplementaria en el polo inferior del riñón.

El medio más eficaz son los rayos X. Desgraciadamente se requiere una técnica muy perfecta para este objeto y aun así debe tenerse presente que los resultados negativos no excluyen la existencia del cálculo. Modernamente se ha recurrido a la colocación de colargol o de thorio en el uréter para determinar las dilataciones de éste por encima del cálculo. Este procedimiento tiene la ventaja de determinar también el sitio del cálculo.

El diagnóstico de las sombras que aparecen en la placa es difí-

cil y podrá simplificarse introduciendo un catéter metálico para ver las relaciones que tiene con el cálculo.

1.º La radiografía debe emplearse con el catéter opaco colocado en el uréter. 2.º Haciendo una ureterografía y una pielografía. 3.º Tomando placas estereográficas. 4.º Con la cistoscopia y el cateterismo ureteral. 5.º Con la intensificación de la sombra sospechosa. 6.º Tomando dos radiografías cambiando la posición del tubo y sin variar la del enfermo ni la de la placa. 7.º Con el catéter resonante.

Las consecuencias que tiene el cálculo atascado en el uréter pueden ser graves para el riñón, comenzando por el estancamiento de orina y siguiendo por la infección que ella favorece.

Pero el mayor peligro es la oclusión de ambos uréteres que conduce a la anuria de aparición brusca. Por esta razón debe insistirse en tomar tantas radiografías como sean precisas para establecer el diagnóstico de los cálculos.

El pronóstico puede decirse que es benigno con una aplicación exacta de la cirugía. Pero la repetición de los fenómenos infecciosos, de las hemorragias y de la retención de orina, llegan a producir alteraciones permanentes en el parénquima renal que exigen a veces la nefrotomía o nefrectomía.

El pronóstico operatorio ha mejorado mucho desde que se diagnostica precozmente la enfermedad, especialmente en cuanto al sitio ocupado por el cálculo.

Sin embargo, es necesario saber que hombres tan calificados como Kummell, admiten un dos por ciento de fracasos en la determinación del cálculo ureteral, aun con las técnicas más perfectas, pues debe pensarse siempre en la imposibilidad de obtener la imagen del cálculo y en la del cambio de tomar un flebolito o una mancha cualquiera por un cálculo. En caso de duda habremos de recurrir a la nefrotomía con sondaje de arriba a abajo.

Tratamiento.—Es indudable que no todos los cálculos deben ser operados. Lo deben ser aquéllos que han producido ya una dilatación del tramo urinario superior y con más motivo si se acompañan de los síntomas de la infección o de hematurias. También deben ser operados los casos con oclusión litiásica de ambos uréteres.

Los unilaterales que demuestran en la placa radiográfica por su tamaño o por su movilidad condiciones para ser expulsados espontáneamente, podrán ser tratados sin operación.

Antes de la operación debemos colocar una sonda ureteral, que nos facilitará grandemente el hallazgo del uréter y del cálculo. Una vez encontrado el uréter incidiremos longitudinalmente el conducto previa la oclusión superior e inferior, con los dedos

del ayudante o con una pinza protegida. Después lo haremos saltar con los dedos o con una cucharilla, si tuviese adherencias. La sutura de la incisión, una vez extraído el cálculo, debe hacerse con todo cuidado, evitando cogerse en ella la mucosa. Dada la tendencia a cicatrizar rápidamente que tienen estas heridas, bastará dejar un tubo de desagüe o una gasa durante dos o tres días en el campo operatorio.

Cuando el cálculo asienta junto a las paredes vesicales o en el mismo espesor de la vejiga, habrá necesidad de operar a través de ésta.

Modernamente Hunner ha llegado a producir la evacuación espontánea del cálculo por medio de la dilatación gradual del uréter con sondas.

ADQUISICIONES Y CARACTERES DE LA MEDICINA ESPAÑOLA

POR EL DR. FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

DE LA FACULTAD DE GRANADA

La necesidad de estudiar las patologías regionales en España, se va haciendo sentir con más fuerza cada día, y va ganando prosélitos entusiastas a medida que se extienden y vulgarizan las sólidas razones en que apoya sus argumentos.

No han pasado todavía seis años desde que yo empecé a investigar las características patológicas de la Andalucía oriental, y los resultados obtenidos en ese lapso de tiempo son prenda segura del espléndido porvenir que el estudio nacional de la Medicina española brinda a los trabajadores que le ofrenden sus afanes.

Mis primeras pesquisas fueron acogidas con desconfianza y correspondidas con frialdad. La idea de buscar enfermedades nuevas, de estudiar procesos distintos de los conocidos hasta el día, de modificar el *statu quo* establecido y de destruir conceptos tenidos por magistrales, no fué bien recibida por la mayor parte de los que la conocieron.

Mis primeros pasos fueron encaminados a buscar el kala-azar infantil, recién descubierto por Pittaluga y por Vilá en la costa de Tortosa, y a esos efectos, yo redacté una carta circular en la que se relataban los principales caracteres de la enfermedad y se preguntaba a los médicos si conocían o recordaban algún caso parecido.

La mayor parte de los consultados me dieron la callada por

respuesta, y casi todos los que contestaron lo hicieron en términos análogos: habían visto niños con los síntomas que yo describía, pero se trataba de casos anómalos y raros de paludismo, de tuberculosis abdominal, de esplenopatías comunes o de procesos vulgares.

Con el descubrimiento del primer caso, quedó demostrado que al kala-azar pertenecían esos enfermos, pero todavía los médicos seguían pensando en sus diagnósticos antiguos, y ha sido preciso reiterar las autopsias, divulgar los casos clínicos y los tratados de la enfermedad y obtener la aprobación de los altos centros intelectuales del país, para llevar al ánimo de todos el convencimiento de que un nuevo proceso patológico hay que cotizar en el Mediodía de España.

Y sin embargo, el pueblo, la plebe, con esa maravillosa intuición de que está dotada distinguió la enfermedad, le aislaba de las demás, la separaba de todas las otras y estaba en este asunto mucho más enterado que los facultativos, harto apegados a la tradición y a la letra de los libros, en que estudiaron la patología.

Los labriegos alpujarreños, en efecto, conocían perfectamente la enfermedad en cuestión; la distinguían de las demás; sabían que tenían causa, evolución y terminación perfectamente definidas y habían constituido con ella una entidad individualizada tan autónoma y tan conocida como el sarampión o la difteria, que las madres diagnostican antes de llamar al médico.

El kala-azar, para ellos, es una enfermedad que ataca al bazo en la época del destete, y lo llaman *bazo de leche*, mal de bazo o simplemente bazo. Conocen perfectamente sus síntomas y su marcha y están tan enterados de su terminación fatal, que ni llaman al médico, ni propinan al enfermo—por diputarlos inútiles—los fármacos que por acaso se le recetan. Y es tan perfecto este conocimiento popular y tan claro el cuadro que los leishmaniosicos suelen ofrecer, que nunca he dejado de comprobar parasitológicamente, los casos que diagnosticados a su modo, me ofrecieron los alpujarreños, a quienes dí la comisión de buscármelos, dándose alguna vez, el caso lamentable, de que el médico me advirtiera previamente que no me molestase, porque se trataba de un caso ordinario de atrepsia infantil, o de enfermedad de Barlow, o de esplenomegalia port palúdico.

El kala-azar es, seguramente, una enfermedad antiquísima en el país, porque los más ancianos recuerdan que ya en sus mocedades era muy conocido—tanto como ahora—el mal de bazo, y porque no se puede producir en poco tiempo una noción vulgar tan extendida como ésta.

Han sido, pues, innumerables los casos que han pasado ante

os médicos y sin embargo ninguno diagnosticó la enfermedad. Muchos, y así me lo han confesado con posterioridad, tomaron a pechos el estudio de algún caso; pasaron sus libros de texto, leyeron la patología infantil en lo que se relaciona con las esplenomegalias o con las anemias y acabaron por creer que el caso era anómalo y raro, puesto que no encajaba bien en ninguno de sus cuadros, pero que se trataba, en último término, de una pseudo-leucemia o de una hemopatía de esas que constituyen los caóticos quipos de la patología hematoesplénica. Alguno me decía que una vez pensó en el kala-azar que había leído en una revista profesional, pero que en seguida rechazó la idea por no tener noticia de que esta enfermedad se encontrase entre nosotros.

Y véase aquí un poderoso argumento en pro del criterio que de antiguo vengo defendiendo. Es preciso sacudir el yugo del libro extranjero; porque esas obras magistrales, debidas a plumas por tantos conceptos ilustres, reflejan portentosamente la patología de Berlín o de París; pero no son exactamente aplicables a lo que sucede en nuestros climas, y como nuestra geografía no es igual a la de Francia o de Alemania, y como cada país tiene su Historia natural, y aun su historia política, perfectamente individualizada y *sui generis*, no es posible aplicar exactamente a nuestra raza la medicina que es buena para otros países donde son otras las enfermedades, los temperamentos y hasta la potencia terapéutica de los medicamentos.

Poco después, el hallazgo del botón de Oriente, vino a abundar en ese mismo sentido. También hice una especie de encuesta como para el kala-azar y también contestaron casi todos los médicos en sentido negativo, afirmando no existir en sus demarcaciones la lesión cutánea a que se refería mi pregunta; y, sin embargo, cuando ha muy poco tiempo fué descubierta la enfermedad y estudiados numerosos casos, resultó que la leishmaniosis cutánea era confundida con los tubérculos de la piel, con los forúnculos o con la sífilis terciaria, o no era diagnosticada porque la insignificancia de sus síntomas la libraba de la intervención facultativa.

Y, sin embargo, aquí también había una prenoción vulgar que conocí, la enfermedad con el nombre de *pupà viva* y sabía que evolucionaba lentamente, que no producía síntomas generales ni dolores, y que desaparecía espontáneamente al cabo de una porción de meses.

Más tarde fué hallado el primer caso de leishmaniosis canina, y también resultó que era una afección antiguamente extendida entre los perros andaluces y conocida con el nombre vulgar de *usagre*.

Algún tiempo después, dí en buscar la causa determinante de una diarrea muy frecuente en el país, que adoptaba modalidades clínicas muy variables, que alguna vez adquirió caracteres de gravedad, que siempre se distinguía por su extraordinaria rebeldía a la terapéutica, y que poseía, indudablemente, una individualidad clínica perfectamente definida.

El hallazgo de la ameba histolytica en las heces de estos diarreicos, me permitió identificar sus padecimientos con los de la llamada disenteria amebiana o tropical, habiendo sido preciso multiplicar las curaciones realmente estupendas que produce la Hemometina de Cusí para llevar el convencimiento al ánimo de los médicos, haciéndoles admitir la idea de que no se trata de enteritis disenteriforme banales o corrientes, sino de formas específicas de una protozoopatía específica.

Al estudio regional de la cirrosis de Laennec, hemos dedicado recientemente un extenso trabajo. En él se demuestra, con la aportación de 54 observaciones inéditas y personales, recogidas en Granada, que el alcohol tiene un papel preponderante en la génesis de las esclerosis del hígado, y se confirma la razón que ha asistido a los maestros clásicos, para darle primordial importancia. Viene luego en orden de frecuencia el tabaco y después el paludismo, luego los antecedentes hepáticos personales y en seguida los picantes, especias, salsas, condimentos y excitantes.

La pelagra es muy frecuente en el litoral andaluz, donde su origen maídico podría ser rechazado casi siempre, demostrándose en cambio la influencia de la alimentación defectuosa.

La lepra es objeto de especial interés desde los tiempos más antiguos, como lo demuestra la existencia del Hospital de San Lázaro, fundado para leprosería por los Reyes Católicos y dedicado desde entonces a tal fin.

La fiebre de Malta es muy frecuente en el país, sobre todo en las localidades de la costa y en algunos pueblos del interior, habiéndose desarrollado en alguno de ellos (Atarfe) curiosas epidemias muy dignas de estudio especial.

La enfermedad de Henie Medin, ha producido igualmente recientes epidemias locales, no desapareciendo nunca la presentación de casos esporádicos.

El paludismo ha sido objeto de algún trabajo en el cual refutamos los erróneos datos oficiales que referentes a él se daban para las provincias de Andalucía oriental.

La anquilostomiasis es frecuente en toda la zona minera de Linares, La Carolina, Posadas, etc., dándose también casos esporádicos en las zonas del litoral.

El escorbuto y la enfermedad de Barlow, son muy frecuentes en la costa.

Las tenias y parásitos intestinales han sido y son objeto de especial predilección para mi buen amigo el Dr. Rodríguez y López Neyra, que ya ha publicado algún trabajo relacionado con su repartición en Andalucía.

Del tipo especial que ofrece el quimismo gástrico en Andalucía, hemos hecho una reciente comunicación a la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias, con motivo de la celebración del Congreso de Sevilla.

El bocio va a ser objeto de un estudio regional que haré con los doctores Marañón y Goyanes, de Madrid.

Y el beri-beri ha sido recientemente hallado por mí en la Península ibérica, y comunicado a la Real Academia Nacional de Medicina, en una de sus últimas sesiones.

Una consecuencia se puede deducir fácilmente de esta rápida enumeración de hechos: la existencia de una porción de enfermedades que no se han conocido hasta que se han buscado, o mejor dicho, que han pasado desapercibidas mientras los médicos no se han atrevido a pensar en ellas, y han preferido atenerse a los moldes clásicos y a la letra de las afirmaciones de sus libros.

Hay, pues, en Andalucía, una serie de enfermedades distintas de las que se dan en otros lugares del Planeta, y evolucionan con caracteres especiales otra porción de ellas que son frecuentes en otras regiones, resultando, de todo ello, que la patología del Mediodía de España, tiene un sello de individualidad que permite distinguirla de la que en el resto de la península se puede observar, y permiten diferenciarla de la que en el resto del Planeta se puede observar.

Y como esto mismo ha de ocurrir en cada región, en cada comarca, en cada pueblo, de ahí la necesidad—de antiguo sostenida por mí—de estudiar las patologías regionales españolas para integrar después la medicina nacional.

En una conferencia de extensión de cultura médica que ante la Real Academia Nacional de Medicina tuve el honor de pronunciar hace algún tiempo, di estado oficial a esta opinión y pude convencerme de la solidez de sus fundamentos, al ver la simpatía con que fué acogida por aquel cenáculo de autoridades médicas.

Una conferencia pronunciada luego en el Instituto Rubio, de Madrid, y otra en el Congreso de las Ciencias de Sevilla, diéronme nuevas ocasiones para abundar en el criterio de la necesidad de estudiar las medicinas regionales, habiendo recibido alientos y entusiasmos sinceros y valiosos de la juventud médica que acudió al mencionado Congreso sevillano.

A partir de aquel momento, puede decirse que la idea se difundió por toda España, encontrando prosélitos en cada una de las comarcas, y cuando algunos meses más tarde lancé una proclama que reprodujeron casi todas las Revistas médicas de España, en la que concretamente se invitaba a constituir la Escuela médica, la orientación, el programa, que tuviera por fundamental designio estudiar la medicina española en todo aquello que tuviera de nacional y de característico, tuve la satisfacción de recibir adhesiones, alientos y ofrecimientos valiosísimos de una porción de figuras eminentes de la medicina patria.

Rodríguez Méndez, Martínez Vargas, Carracido, Gómez Ocaña, Royo Villanova, Rovira, Chabás, López Bonilla y otros muchos maestros, amigos y colegas se han adherido con entusiasmo a la idea, enviándome fervorosas ofertas de colaboración valiosa.

Una porción de Revistas han ofrecido igualmente su actuación y han publicado trabajos referentes al mismo tema: *Los Progressos de la Clínica*, *Jerez Médico*, *Gaceta Médica Catalana*, *La Medicina de los Niños*, *La Clínica Malagueña*, *Policlinica Sevillana*, *Revista Navarra de Medicina*, *Cirugía y Farmacia*, *Segovia Médica*, *Medicina Social*, *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, *Boletín Médico de Lérida*, *Revista Médica de Sevilla*, *Bios*, *El Eco Médico Quirúrgico*, *Archivos Españoles de Pediatría*, *Medicina y Libros*, *El Liberal*, de Barcelona, *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, *Los Nuevos Remedios*, *Tribuna Médica*, *Páginas de Higiene*, *Clinica Malagueña*, *Regeneración Médica*, *Boletín del Colegio Médico de Tarragona*, *Gaceta Gaditana de Ciencias Médicas*, *Boletín del Colegio Médico de Palencia*, *Revista de Tuberculosis*, *LA CLÍNICA MODERNA*, *Guipúzcoa Médica*, *Revista Médica Balear* y tantas otras han publicado trabajos de Patología nacional y han secundado con entusiasmo y eficacia mis puntos de vista, complaciéndome yo mucho en enviarles, desde aquí, la expresión de mi eterna gratitud.

Claro está, que en este concierto de voluntades y en esta colaboración de elementos valiosos e inteligentes, tenía que haber notas discordantes, resistencias activas y pasivas, labor negativa de odios y de envidias, representativa de la dureza cerebral de alguien que está arriba y de la biliosa ruindad de los de abajo; pero esas actitudes estaban ya descontadas por mí, y su manifestación ne me ha producido sorpresa ni ha distraído mi atención.

Si los médicos de las distintas regiones nos secundan y nos ayudan; si cada observador aporta los datos de su distrito, es seguro que muy pronto será un hecho el ideal más bello de cuantos podemos abrigar; la creación de una Medicina española, escrita

por y para los españoles, que no dependa del extranjero, que no copie servilmente lo que nos dicen de allá, que sea fiel reflejo de lo que aquí pasa y norma infalible para los que en solar hispano ejercemos la profesión.

A PROPÓSITO DE LA TÉCNICA A SEGUIR
 POR EL DR. LOZANO EN SUS OPERADOS DE ESTÓMAGO
 POR EL DR. VIDAURRETA

La cirugía del siglo XX sorprende por sus adelantos y exactitud de sus investigaciones.

Parece un sueño pensar que en nuestros días los hábiles y los sabios cirujanos lleguen con su bisturí a extirpar todo género de anormalidades estudiadas del organismo humano, con igual perfección y éxito, que el arquitecto quita o adiciona salas a su edificio proyectado sobre un plano.

Años atrás se creía inoperables ciertas regiones; de aventurarse a entrar en ellas, la muerte era segura. Para los buenos cirujanos de hoy, los más complicados misterios de la naturaleza humana son problemas con solución concreta, a base (como es natural suponer) que la reflexión más serena vaya unida a la ciencia adquirida en las clínicas y en los libros.

El léxico más copioso no basta para describir el efecto producido a «consagrados» y a profanos, al ver cómo un enfermo, acto seguido de ser operado (como ocurre en la clínica del Dr. Lozano), con paso bastante seguro, va avanzando hacia la Sala, sin sentir la más ligera molestia.

Y no va en ello exageración. Es asombroso. ¡Cuánto puede la Ciencia y la habilidad juntas! La ecuanimidad del médico, durante los resultados de su actuación, ya sean de éxito o de fracaso, puede turbarse, pues también está sujeto a emociones, al igual que el resto de los mortales; y, no es extraño suceda así, si consideramos que su habilidad científica se traduce en contemplar verdaderas metamorfosis. La muerte que avanzaba con el mal a paso de gigante, se transforma en salud próxima; ve cómo vuelve una voluntad perdida pensando en la vida, tras la desaparición de la causa engendradora del desequilibrio producido en su existencia.

La alegría y la tranquilidad vuelven al seno de la familia del que estuvo enfermo, éste y los suyos recuerdan con cariño a su

salvador, del mismo modo que, si son creyentes, invocan a Dios apeteciendo beneficios para su alma y su cuerpo.

La ciencia quirúrgica todavía promete mayores horizontes; hombres trabajadores y esclavos de su profesión, pacientemente esperan encontrar nuevas soluciones con las cuales contribuir a que la humanidad sufra menos en las múltiples enfermedades que pesan sobre su frágil naturaleza.

(De *Aragón Médico*, Enero 1919).

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS PSICOSIS PUERPERALES

COMUNICACIÓN LEÍDA EN LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS
 DE BILBAO, EN LA SESIÓN DE 15 DE MARZO DE 1918

POR EL DR. LAUZURICA

(CONCLUSIÓN)

Ahora bien; relacionando el caso del señor Fontán con el que acabo de señalar, a pesar de tratarse de una puerpera, ¿puede haber influido en el estado psíquico de la enferma la excitación dolorosa del desgarro de segundo grado para producir ese estado de confusión mental por vía refleja? Esta pregunta, formulada por el señor Fontán, señala en mi modesta opinión la verdadera génesis de ese estupor por la conmoción parcial consecutiva al trastorno vaso-motor eclámptico. ¿Pero se trata de un simple fenómeno de conmoción en el que la fisiología celular se queda como aletargada durante días o es que las sincitiotoxinas no destruidas por las defensas orgánicas, actúan sobre la célula nerviosa inhibiéndolas de sus funciones? ¿Es acaso el origen tóxico, de naturaleza endocelular, por dificultades eliminatorias de los productos de desasimilación de la misma célula nerviosa? Considero difícil contestar a estas dos preguntas, que más bien son del dominio de los neurólogos y de los que se dedican al estudio de la bioquímica; por lo mismo seré prudente, porque casi considero una osadía el formularlas, ya que neurólogos tan eminentes dieron en días pasados su parecer sobre la etiología de la psicosis puerperal.

En la serie de conferencias dadas por el señor López Albo, todas ellas matizadas de un carácter magistral y de gran estudio, han podido apreciar la complejidad de las funciones psíquicas. En el curso pasado y relacionando unos trabajos presentados por mi condiscípulo y distinguido médico señor Laguna, tuvo a bien ilustrarnos sobre localizaciones cerebrales, haciendo un estudio topo-

gráfico de los centros motores, sensitivos, sensoriales y psíquicos, es allí donde están admirablemente descritos y por tanto no debo inmiscuirme en tal terreno, lleno de espinas para el que no cultiva tal especialidad. En las últimas conferencias sobre tumores cerebrales, también nos señaló la patología del psiquismo, demostrándonos cómo en la corteza cerebral residen sus funciones y especialmente en la zona prefrontal o zona anterior de Flechsig; esta es la tendencia actual; baste citar los trabajos de Leonora de Welt, los de Jastrowitz, quienes relacionan alteraciones de dicha zona con las manifestaciones de la demencia con excitación alegre, de aspecto jovial, cómico o humorístico, otras veces con carta de naturaleza melancólica; las de Julio Sanz, según el cual en los trastornos del lóbulo prefrontal, se aprecia el estupor, la apatía, un atontamiento. Devic y Courmont, opinan que los tumores mentales se hallan emplazados en los lóbulos frontales. Raymond dice un tumor del lóbulo prefrontal, casi siempre ocasionará trastornos psíquicos, que pueden revestir caracteres muy variables, hipocondría, manía, demencia paralítica, etc. Consiglio manifiesta que los lóbulos prefrontales representan el centro del pensamiento humano, «son verdaderos centros ideogónicos, donde se haría la síntesis de la personalidad, por medio de todas las corrientes energéticas que llegan sin parar de las otras partes del cerebro, allí se forma la conciencia del yo y el pensamiento abstracto por la elaboración última de los elementos del pensamiento, que llegan preparados por un sistema extremadamente vasto de asociación». Este trabajo de Consiglio, citado en la fisiopatología de Grasset, está basado en los de Durante, quien ha podido intervenir felizmente en tumores del lóbulo prefrontal, fundándose en el déficit psíquico característico global y progresivo, con ausencia de todo elemento de localización motriz o sensitiva. En la citada obra puede verse todo esto que acabo de enumerar y otros muchos que tienden a corroborar los trabajos del señor López Albo, por tanto, su valiosa opinión puede interpretar los casos por mí presentados, ya que en ellos observamos desde lo alegre y humorístico hasta lo triste y melancólico, como el tercer caso de mi comunicación.

Un hecho digno de señalar en todas estas psicosis es la disociación de los dos psiquismos, existiendo una verdadera desagregación supra-poligonal, vemos cómo las ideas sensoriales se agrupan y se exteriorizan con un carácter verdaderamente automático, cómo los ideales más elevados, la asociación de las ideas bajo una acción frenatriz superior del centro O. desaparecen para dejar libre acción a las neuronas de los centros sensoriales y motores; dando lugar a manifestar actos que en la vida normal están en pugna con nuestra propia conciencia, así vemos cómo las pasiones

Casa Editorial: P. Salvat. — 39, calle de Mallorca, 51. — Barcelona

COLECCIÓN HORIZONTE

Formas clínicas de las lesiones de los nervios

por **Mme. Athanassio - Benisty**

Interna de los Hospitales de París (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de París

Traducido de la segunda edición francesa. Con 81 figuras en el texto y 8 láminas en negro y en colores.

Tratamiento de las lesiones y restauración de los nervios

por **Mme. Athanassio - Benisty**

Interna de los Hospitales de París (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de París

Con profusión de figuras en el texto y cuatro láminas sueltas.

Tratamiento de las heridas infectadas

por **A. Carrel y G. Dehelly**

TRADUCIDO DE LA SEGUNDA EDICIÓN FRANCESA, CORREGIDA

Un tomo en 8.º mayor de 247 páginas, esmeradamente impreso sobre excelente papel, ilustrado con 95 figuras en el texto y cuatro láminas.

Tratamiento ortopédico de los traumatismos y en especial de guerra

I

APARATOS, FRACTURAS, ETC.

CON 262 FIGURAS Y 2 LÁMINAS

por **F. Calot**

Cirujano en Jefe de los Hospitales Rothschild, Cazin, del Oise, del Dispensario y del Instituto ortopédico de Berck; Médico jefe de los Hospitales 22 (Rothschild) y 27 bis, Berck-Plage.

TRADUCIDO DE LA 2.ª EDICIÓN FRANCESA

por el **Dr. Girona y Cuyás**

3

Nociones de Oto-rino-laringología.—Aplicaciones al diagnóstico de las enfermedades comprendidas en la triple especialidad y que constituyen motivo de exclusión para el ingreso en el ejército, por el Dr. J. Simancas, Director del Consultorio Oto-rino-laringológico Municipal de Granada.—Precio, 4 pesetas. 3

Lo que deben saber todas las mujeres.—Cualidades que han de tener las enfermeras.—Los alimentos.—La fiebre.—La asfixia.—La hemorragia.—Los anestésicos.—Los anti-sépticos, por el Dr. Carlos Richet, Profesor de la Universidad de París. (Premio Nobel de Medicina)—Precio, 2 pesetas.—Sociedad general de Publicaciones. Barcelona. 3

Hijos de J. Espasa.-Editores.-Cortes, 581, Barcelona

Biblioteca Médico-Quirúrgica

COLECCIÓN DE MANUALES PRÁCTICOS

Manual de Medicina Legal y Toxicología

por el Dr. Ch. Vibert

Médico forense del Tribunal del Sena.

9.^a edición revisada y corregida, con un prefacio del

Dr. P. Brouardel

Traducción castellana enriquecida con notas y referencias de la Legislación española vigente

por el Dr. Manuel Saforcada

Profesor auxiliar de Medicina Legal y Terapéutica de Barcelona.

Tomo II. — Toxicología

Un volumen de 780 páginas, con una lámina y 80 grabados intercalados en el texto. — Precio al contado de la obra. Rústica, 30 pesetas. — Encuadernada, 35 íd.

MANUAL DE HIGIENE

por Julio Courmont

Profesor de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon. — Médico de los Hospitales.

CON LA COLABORACIÓN DE LOS

Prof. C. Lesiur

Director del Instituto municipal de Higiene de Lyon.

Dr. A. Rochaix

Profesor auxiliar y de Clases prácticas de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon

Traducción castellana enriquecida con notas, referencias a la Legislación española vigente; y un Prólogo por el

Dr. W. Coroleu

Secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Un tomo de 824 páginas, con 223 grabados, algunos de ellos a dos y a tres tintas y una lámina. — Precio al contado. — En rústica, 15 pesetas. Encuadernado, 17'50 íd.

MANUAL DE TERAPÉUTICA

por X. Arnozau

Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Burdeos. — Médico de los Hospitales.

con la colaboración de Ch. Mongour

Encargado del curso de Terapéutica de la Facultad de Medicina.

Traducido al español y anotado por el

Dr. F. Corominas

Médico de número de la casa de Maternidad de Barcelona.

TOMO I

Generalidades. — Terapéutica de las enfermedades de la nutrición y de las enfermedades infecciosas. — Revulsión.

4.^a EDICIÓN REVISADA Y CORREGIDA

Formará 2 tomos. El primero de 468 páginas, con grabados en el texto, precio al contado. Rústica, 8'50 pesetas. Encuadernado, 11 íd.

eróticas sexuales se manifiestan hasta en su más alto grado, desde el centro del lenguaje, hasta el centro de la mímica, todo está en plena actividad a rienda suelta, sin que el centro O. lo regule, como si éste estuviese sumido en profundo sueño, mientras los demás aprovechan para gozar su libertad, hasta que llega el cansancio de unos y el despertar del otro, llamándoles al orden y entrando de lleno a regir las funciones nobles que deben desempeñar, evolucionando de este modo hacia la curación. Raras veces el centro O. duerme del todo, en un estado sincopal, si me permiten la frase, y la psicopatía desarrollada en O. continúa su mal, atrofiando todos los demás centros y apagando de este modo la llama vital, conduce inexorablemente al sistema nervioso y al organismo a su último fin.

Perdonad, señores Académicos, si al distraer vuestra atención no lo he hecho en conformidad de vuestras aspiraciones; modesta es la comunicación, lo confieso, mas si vuestra amabilidad es tanto, que tienda un velo a las muchas faltas en que haya podido incurrir, no me queda más que decirles y manifestarles a todos sino la expresión más sincera de mi agradecimiento por la atención que me han dispensado.

HE DICHO.

(Gaceta Médica del Norte).

EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL BOCIO EXOFTÁLMICO

POR JAMES FRANCIS RICE

DE BUFFALO

Si ustedes me permiten el lujo de una teoría etiológica simplemente como una base para mi trabajo, yo creo que esto nos ayudará en la revisión de lo que debe hacerse con estos infortunados pacientes, y además nos suministrará una relación de trabajo entre el internista y el cirujano para la mejor solución del problema del tiroides.

La teoría de Crile de la conducción cinética ha sido, según creo probablemente, la que ha reportado mayores y más poderosas contribuciones al estudio de este problema, y con vuestra amable indulgencia yo deseo brevemente recordar los principales rasgos de esta teoría.

■ La conducción cinética, según Crile, es la excitación excesiva

del sistema cinético. El sistema cinético es el cerebro y los músculos juntamente con las suprarrenales, hígado y tiroides.

«Los órganos», dice Crile, que de momento a momento varían y controlan, acelerando o retardando la fuerza de conducción del cerebro son las *suprarrenales*; el regulador de función del sistema cinético es el *tiroides*, y el acto final de transformación adaptada de energía es verificado por los *músculos*.

Los activadores del sistema cinético son: lesión física, frío y calor, emociones, infección, autointoxicación, embarazo, alimentación excesiva, venenos y otros.

Crile nos dice: quizás la más típica de las enfermedades cinéticas es el bocio exoftálmico. En el bocio exoftálmico el sistema cinético está sometido a una continua excitación, a causa de que en esta enfermedad se ha establecido una interacción patológica entre el cerebro y el tiroides.

Los fenómenos principales del bocio exoftálmico son idénticos con aquéllos producidos por cualquier otro grado de excitación cinética de un cierto grado de intensidad, y puede duplicarse por el miedo, la cólera, excitación sexual, surmenaje o infección aguda. Muchas de estas activaciones ocasionan hiperplasia del tiroides. Así el miedo, cólera o emoción sexual, pueden originar un aumento de volumen temporal del tiroides; hay también aumento de tamaño en el embarazo, en las infecciones crónicas y quizás también en las autointoxicaciones intestinales.

El reconocimiento de una enfermedad como un proceso más bien que como un síntoma, no exige tanto el remedio como la norma de conducta.

Considerando el proceso del bocio exoftálmico como una forma de la conducción cinética, el problema de combatirlo se basa sobre la cuestión de impedir que los activadores ejerzan sus efectos sobre el sistema cinético. Esto puede cumplirse fácilmente y rápidamente, pero sólo temporalmente, mediante el uso del opio. Similarmente la disminución del riego sanguíneo en el tiroides o la extirpación de una cierta parte de esta glándula sirve para restaurar el equilibrio normal, disminuyendo la cantidad de substancias activas, libradas por el tiroides a la corriente sanguínea. La diferencia entre estos dos métodos del control sugiere su uso diferente en el tratamiento de la enfermedad. ¿Debemos de restringir el uso del opio en los períodos paroxísticos de la enfermedad y debemos considerar el procedimiento quirúrgico como curativo a causa de sus efectos sobre la restauración de la función?

La intervención quirúrgica no puede, sin embargo, producir la restauración completa de la salud del paciente a menos que la favorable situación producida se verifique ayudada de un trata-

miento médico prolongado y de una higiene mental y física del paciente. Debe de intentarse, no solamente el impedir los efectos de los activadores del sistema cinético, sino también procurar extirpar estos excitantes, al objeto de prevenir el restablecimiento del mismo círculo vicioso. El trastorno del paciente es originalmente un problema médico, y aunque la obra del cirujano sea de éxito, también es un problema médico. ¿No sugiere esto la idea de no recurrir a la cirugía hasta tener un conocimiento más definido de la enfermedad por el internista?

A este propósito podemos nosotros establecer la clasificación siguiente:

1.º Enfermedad de Graves *incipiente*, cuyo diagnóstico puede hacerse por el médico de familia o internista.

2.º *Casos ligeros avanzados*, en los que se pueden incluir aquéllos con marcado exoftalmo y bocio prominente, pero cuyos síntomas se presentan por períodos paroxísticos breves.

3.º *Casos de desarrollo rápido*; y

4.º *Casos graves avanzados*.

Los casos *incipientes* de la enfermedad de Graves deben de permanecer en reposo en un medio adecuado. Debe instituirse una higiene correcta, vigilarse la dieta y combatirse la autointoxicación, así como cualquier foco de infección que pueda existir; pero el requisito fundamental es el reposo y el medio apropiado.

Por ejemplo: una muchacha de diez y seis años, ambiciosa, que trabaja excesivamente en el colegio y que al mismo tiempo está sometida al influjo de ciertas responsabilidades en su casa, no se corrige solamente por la disminución de sus estudios o por las medidas higiénicas generales, sino que sus síntomas se mejoraron rápidamente por la vuelta a casa de sus padres, en donde estuvo sometida al reposo en un medio apropiado.

Esta paciente estaba evidentemente sometida a un estado de ansiedad constante que constituye uno de los «activadores» de Crile. Era indudablemente un caso apropiado para ser sometido a los cuidados de un internista.

Este caso se cita como ejemplo de la conveniencia de ajustamiento al medio, y no por su curso típico. Usualmente este curso de restauración es más prolongado, pues a menudo hay evidencia de toxemia intestinal o de infección de foco.

Un caso ligero avanzado de bocio exoftálmico puede llevarse con un minimum de tratamiento y atacar las crisis con escasas dosis de morfina.

Yo recuerdo el caso de una mujer de unos cincuenta años, viuda con hijos, ya crecidos, que me mandó llamar en dos o tres ocasiones por sentirse enferma después de excitaciones emociona-

les, y respondió muy satisfactoriamente a tres centigramos de morfina en el curso de veinticuatro o treinta y seis horas, dados por vía bucal en solución a cucharaditas pequeñas cada hora o dos horas, hasta que se sintió bien. (No se le dijo lo que estaba tomando). Este caso se cita como ejemplo de cuán poco necesita un médico en algunos de estos casos de desarrollo lento.

El caso de desarrollo rápido debe ser visto inmediatamente por el internista y el cirujano, por las siguientes razones: si se aplaza para ver si responde a otras cualesquiera medidas, pelagra la integridad del miocardio.

Por supuesto que el reposo en medio apropiado debe hacerse lo más rápidamente posible; pero en estos casos, tales procedimientos deben hacerse inmediatamente después de la operación; indudablemente que, a vía de preparación, pueden hacerse antes; pero cuando sea imposible, o por la gravedad del caso parece haber menos riesgo, efectuar primero la operación, que no aplazarla por semanas o meses, que puede llevar consigo trastornos graves cardíacos.

Un caso grave avanzado probablemente puede considerársele como un caso descuidado. Todas las medidas, bien sean médicas o quirúrgicas, son en estos casos de resultados dudosos en cuanto a la mejoría del enfermo.

Pocas esperanzas existen en ellos, pues el corazón, hígado y riñones están ya demasíadamente lesionados.

¿No parece, por lo tanto, que nosotros debemos seguir el diagnóstico precoz con la rápida llamada al cirujano? ¿No debemos en éste romper el círculo vicioso extirpando parte del tiroides, de forma que la cuidadosa aplicación de ulteriores medidas médicas puedan restaurar y completar la salud en un alto porcentaje de casos? Si la excitación cinética se disminuye por la obra del cirujano sobre el tiroides, su control debe continuarse durante semanas y meses, y el paciente, cuya cooperación en este programa es esencial, debe de animársele diciéndole que su corazón no está debilitado y que puede curarse.

Dieta.—El metabolismo acelerado, que es característico del bocio exoftálmico, hace muy necesaria la mayor atención hacia el problema de la nutrición. Algunas autoridades médicas nos dicen que el caso de hipertiroides debe de tener una dieta de disminución de proteína, mientras que otros ponen de relieve la importancia de una alimentación forzada mediante una dieta rica en proteínas. ¿Pero podemos nosotros considerar una sola dieta en este proceso aun no resuelto? En la práctica, la preeminencia de toxemia intestinal o de glicosuria será el factor determinante e indicador.

Productos Wassermann

Lecitina y Colesterina

— WASSERMANN —

RECONSTITUYENTE: Convalecencias lentas, Estados de consunción, Escrofulosis, Tuberculosis, etc.

— POR VÍA HIPODÉRMICA —

Inyectables de 1, 2 y 5 c. c.

Absolutamente inalterable e indolora.

VALERO FOSFER

— WASSERMANN —

RECONSTITUYENTE: Neurastenia, Anemia, Clorosis, etc.

POR VÍA GÁSTRICA: en elixir.

POR VÍA HIPODÉRMICA en inyectables esterilizados de 1 c. c.

A base de Glicerofosfatos, Formiatos y valeriana

IODOS

— WASSERMANN —

Sustituye ventajosamente a todos los demás preparados de iodo.

POR VÍA GÁSTRICA: en gotas.

POR VÍA HIPODÉRMICA en inyectables esterilizados de 1 c. c.

Solución titulada de Iodo-fibro-peptona

Sociedad Italo-Española de especialidades Fármaco Terapéuticas, A. WASSERMANN & C.^a S. en G.

Fomento, núm. 25 (S. M.) BARCELONA

Ciertamente que nosotros tendremos que acumular muchísimas más observaciones sobre metabolismo en la enfermedad de Graves antes que podamos generalizar un sistema de dietas en esta enfermedad. Mientras tanto, los casos agudos deberán alimentarse con aquellos alimentos más fáciles de retener. La dieta de leche constituye una esperanza en caso extremo.

Agua.—Casi todos los autores están conformes, aparentemente, en aconsejar que el paciente debe de beber un agua diferente a la de la localidad, en la cual ha vivido durante el desarrollo de la enfermedad.

Clima.—Ha sido indicado que el clima apropiado para los pacientes de bocio exoftálmico debe de ser seco y frío, con sol y sin nieblas, vientos moderados y una elevación de 1.500 a 2.000 pies. Pero puede decirse que ningún cambio de clima es conveniente para el paciente, ni será de valor, aunque lleve consigo también el cambio de agua.

Psicoterapia.—Pocas enfermedades existen que sean tan dependientes de ella como las que nos ocupa. La fatiga es el síntoma cardinal del bocio exoftálmico, y para que cualquier tratamiento tenga éxito se necesita un completo reposo mental.

Reposo.—Este puede preceder o seguir a la operación. La opinión de un eminente cirujano es que el 90 por 100 de todos los bocios pueden aliviarse de tal manera por el tratamiento médico, que hace innecesaria la operación; probablemente esta opinión estaba basada sobre la observación del efecto del reposo, puesto que éste constituye el elemento común de todas las formas de tratamiento que han demostrado ser eficaces. (Esta opinión es de Kocher, confirmada por Charles Mayo). El reposo en el lecho es indispensable en los casos graves. Si se nota alivio, puede ordenarse un cambio de escena, que producirá un nuevo comparativo reposo. La teoría de la conducción cinética nos indica cuán indispensable es para el éxito el reposo, tanto del cuerpo como de la mente.

Ejercicio y gimnasia.—Debemos tener exquisito cuidado respecto al tiempo de duración del reposo del paciente, de forma que no descuidemos cuándo deben comenzarse los ejercicios que al principio deben de ser pasivos y después activos, haciéndose por último, algo de gimnasia, pero siempre con una estrecha vigilancia.

Hidroterapia.—El uso de las diversas aplicaciones del agua, ciertamente que tiene su lugar en el tratamiento de estos pacientes. En los estados agudos, el efecto sedante del agua es de gran importancia, y probablemente, si se emplease más frecuentemente ésta, el problema de la nutrición mejoraría grandemente. En el

largo proceso de curación, la hidroterapia es de un valor indudable como estimulante y tónico.

Masaje y medidas mecánicas no quirúrgicas.—Estos procedimientos están indicados en la restauración del tono y fuerza muscular, lo que constituye una gran parte del programa de curación después que el estado agudo ha pasado.

Calor y frío; luz y electricidad.—Sólo debe de mencionarse el uso durante el período agudo de la bolsa del hielo sobre el tiroides, sobre el corazón o en ambas partes.

La luz y la electricidad sólo sirven para adular al paciente.

Radium.—Existen algunos médicos que creen que este agente es capaz de destruir el tejido tiroideo. Abbe, de New-York; Turner, de Edimburgo, y Wickham, de París, han aportado contribuciones al estudio de esta comparativamente reciente adición a nuestros recursos. Sin embargo, creo que podemos decir que ningún método nuevo en el bocio exoftálmico debe considerarse de resultados seguros hasta no haber sido confirmados después de una serie de años de experiencias.

Rayos Roentgen.—Es posible que la indicación de los rayos Roentgen en el bocio exoftálmico se encuentre en aquellos casos de timo retrógrado, especialmente en jóvenes pacientes, y de los cuales Halsted ha referido seis casos con resultados favorables. Halsted indica que también Capelle, ayudante de Garré, encontró persistente hiperplasia del timo en las autopsias en un 95 por 100 de casos fatales de enfermedad de Graves. Los casos de Halsted no se curaron después de extirpación de una parte del tiroides, y, sin embargo, mejoraron notablemente después de la roentgenización del timo.

Medicamentos, organoterapia, vacunas y sueros.—Llegamos a una parte del problema que presenta más diferentes aspectos para el que repasa la historia médica. Sería una gran labor y que ocuparía una gran extensión el siquiera indicar la cantidad y naturaleza de agentes químicos y bioquímicos que se han empleado en los tiempos pasados y en el presente para el tratamiento del bocio exoftálmico.

Cada uno de estos innumerables remedios ha tenido su período de éxito y popularidad. A cada uno de ellos ha sido atribuido gran parte de curaciones que hubiesen ocurrido probablemente aun en ausencia del medicamento.

Al presente, nosotros podemos concluir la consideración del tratamiento médico del bocio exoftálmico con la reflexión de que, así como el opio es el agente de un alivio temporal en las crisis paroxísticas de los casos ligeramente desarrollados, así la cirugía es probablemente el agente de adaptación interna que debe

ser invocada rápidamente en aquellos casos de rápido desarrollo para salvar al corazón del círculo vicioso de un proceso que, inexorablemente, conduce a lesionar al corazón.

Si se adopta generalmente este punto de vista, más bien que de la curación del bocio tendremos que tener cuidado con la protección del miocardio. Nosotros no podremos obtener la curación completa de la enfermedad en algunos casos, pero nominalmente podremos considerar curados a los pacientes si podemos librarlos de los accidentes fatales que producen la degeneración del miocardio.

(De *La Medicina Ibero*).

EL CHARLATANISMO MÉDICO

COMUNICACIÓN PRESENTADA A LA ASAMBLEA MÉDICA REGIONAL
VALENCIANA

POR JESÚS BARTRINA CAPELLA

Señores assembleistas:

Súplicas imperiosas de nuestro querido Presidente, atáronme al compromiso de hacerme oír aquí, donde tantas cosas buenas se han dicho y ante público que con tanta delectación las escuchó. Yo le perdono al que ayer fué discípulo de algunos de nosotros y hoy es maestro de todos, la difícil situación en que me coloca: discúlpanle cumplidamente su recta intención y la circunstancia atenuante de haberme impuesto el tema de mi trabajo, evitándome así el vértigo de la indecisión, achaque inherente a la tiranía de la libertad.

Del *charlatanismo médico* he de tratar: no de los charlatanes que se meten a médicos (que esos jamás pasarán de intrusos, por mucho que agudicen la charla de sus reclamos), sino de los médicos que salen a charlatanes, curanderos con título, mal avenidos, por naturaleza o por la fuerza de las circunstancias, con el carácter modesto, noble y serio que a nuestra profesión imponen sus progenitores la caridad y la ciencia.

Tema de perenne oportunidad y de ubicua pertinencia, no cometeré la injusticia de afirmar que ahora y entre nosotros, sea la ocasión óptima para tratarlo, a fin de aplicar merecido cauterio al mal en sus culminaciones supremas. Valencia y su región lo padecen. ¿Quién lo duda? En nuestros templos de Esculapio vociferan los mercaderes, pregonando sus mercancías averiadas, caras y faltas de peso; y holgárame yo de que mis manos pecadoras su-

pieran blandir el látigo purificador que de allí los arrojara. Mas no vaya a creerse que, porque así lo entendamos, sufrimos la referida calamidad en grado nunca ni en ninguna parte conocido. Ni nuestro gremio es tan malo, ni nuestro vulgo es tan tonto. A este respecto, nada pueden echarnos en cara otras ciudades y comarcas, ni hemos de añorar aquí la mayor pulcritud profesional de tiempos pasados. Ello no obstante, como, ni ajenas culpas, ni las nuestras de antaño, pueden mitigar el baldón que nos aflige, hablemos de él, no envanecidos por nuestra relativa indemnidad, sino avergonzados de cuánta nos falta, y con anhelos de conseguirla.

Procede comenzar por una definición del charlatanismo médico; y no hallándola ni en los diccionarios comunes ni en el que parecía más indicado para contenerla, o sea el Código penal, os propongo la siguiente, tal como yo imaginaba que allí la encontraría:

«Incorre en charlatanismo el médico que en actos de su profesión, y con fines de lucro próximo o remoto, dice y obra sin atenerse a sus convicciones científicas».

Por esta fórmula queda exculpada la mentira piadosa con que a diario engañamos al enfermo pusilánime, niño, delirante o desahuciado: verdadera falsedad médica; pero no enderezada al provecho del que la comete, sino al beneficio y consuelo de quien la sufre. Y, aunque con menos favorables pronunciamientos, hay que absolver también a los médicos que, en asuntos extraños a la Medicina, simulan opiniones que no tienen, aunque lo que persigan al hacerlo sea su medro profesional. Esos deben clasificarse en el grupo numerosísimo de los cucos que, así en política como en religión, fingen compartir el credo de las clases acomodadas, para mejor captarse su confianza y su dinero. *Hipócritas* pudiera llamárseles, si lo que remedan fuese una virtud. Realizan la argucia del mimetismo, tan repetido en la Naturaleza entre las formas fraudulentas de la lucha por vivir; pero no son charlatanes médicos, si, una vez en relación con sus presas, las tratan según su leal saber y entender. Convendréis conmigo en la importancia de tal distinguo, sin el cual tacharíamos de charlatanes a muchos de nuestros honorables colegas, concienzudos clínicos que disfrazan su personalidad filosófico-social con máscaras no arrancables ni con escoplo y martillo.

La manifestación más ostensible del charlatanismo médico es la injustificada suficiencia que el titulado clínico atribuye a su propio saber y a los medios de acción de que dispone; y como consecuencia obligada, el desdén agresivo que guarda para sus compañeros honestamente consagrados a la Medicina clásica. Hablando, miente; obrando, engaña o perjudica; en todas ocasiones,

difama. Mentira, temeridad y falta de compañerismo constituyen su triada característica. Su pedantería, su osadía y su insolencia, se extienden a cuantos órdenes comprende la ideología médica: etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. El adivina, como por encanto, las causas de las dolencias, siempre en consonancia con las aficiones y suspicacias del paciente, cuando no con inculpación de anteriores terapéuticas mal dirigidas o mal intencionadas; a él le bastan muy pocos síntomas para que se le revelen el asiento y la naturaleza de las enfermedades, lo cual no obsta para que sus medios de exploración (entiéndase explotación) sean aparatosos e inusitados. Con sólo mirar la pupila con lentes descomunales, o el cuero cabelludo a través de un tubo donde fulguran momentáneos artificios de pirotecnia; sin más que analizar, por procedimientos secretos, los humores, en busca y con hallazgo de resultados estupendos; con aplicar a todo trance los rayos X, que a saber si lo serán; con cualquiera de esas cosas u otras análogas y aun sin ninguna de ellas, le sobra para descubrir la lesión, que en muchos casos no es ninguna de las clasificadas y conocidas por el vulgo médico, sino nueva para la ciencia y estrenada por el enfermo.

En orden a los augurios es donde nuestro charlatán más se luce. «La catástrofe era inminente; suerte que él ha llegado a tiempo para conjurarla y enmendar la obra nefasta de otros galenos». Confesemos que él sabe más que nosotros en cuanto a un especial aspecto del pronóstico, ni siquiera mencionado en las obras clásicas de los grandes maestros. Ante un caso clínico, el profesor honrado se pregunta, escrutando lo futuro, qué será de la vida del enfermo, de su capacidad para el trabajo, de su razón, de su fecundidad o de su belleza, según las ocasiones. El intruso con título, antes que todo eso, o sin pensar nunca en eso, conjetura e indaga qué provecho podrá obtener de aquella su víctima. Y en verdad que no carece de lógica al anteponer el pronóstico profesional o *quod pecuniam* a cualquier otro juicio, ya que las normas de su conducta no han de obedecer a otras razones. Si el paciente es ya pobre hasta el agotamiento, se le declara de la competencia de una especialidad que otros cultivan con más acierto, ¿de algo ha de servir a veces la modestia!; pero si es rico, si se presta a jugoso vampiraje, parece que la Providencia lo haya puesto en las manos más idóneas del mundo, si bien precisan remedios heroicos reservados y costosos. Unas inyecciones de misteriosa preparación o un específico de secreta alquimia, obrarán maravillas; pero hay que vigilar sus efectos, viendo al enfermo una, dos o tres veces por día (horario según erario); y conviene, además, aplicar sucesivamente y con insistencia todos los agentes y aparatos que las

industrias médicas instalaron en el ostentoso gabinete del médico industrial.

Todo ello, con ser tan grave, parece un simple abuso, si se compara con otras maldades, por fortuna menos frecuentes, por las que el bisturí o el fórceps se truecan en el puñal del asesino o en el alfanje de las huestes de Herodes. Menos amantes de las diyuntivas que los salteadores de caminos, esos foragidos de la clínica exigen a la vez la bolsa y la vida. ¡Ah! si la cirugía conservadora tuviera personalidad para querrellarse contra todos los que la ultrajan, podría denunciar, como piezas de convicción, montones de miseros despojos, evocadores de las bárbaras mutilaciones colectivas, afrenta de las guerras de la antigüedad. Y como si un refinamiento de perversidad inspirase tales horrores, son los órganos de la generación femenina, troqueles de la humanidad, los predilectamente y con menos aprensión sacrificados. Consuélenos la consideración de que, algunas veces, esas operaciones, aun innecesarias o ya ineficaces, no pasan de meros simulacros, en los que, al salir del sueño clorofórmico, se exhiben al paciente piltrafas no suyas o que jamás a organismo racional pertenecieron.

Mas apartemos la vista de cuadro tan sombrío, o mejor, atendamos a su lado cómico: que en la farsa del charlatanismo médico, los mismos actores representan la tragedia y el sainete, claro es que sin olvidar ni un instante la taquilla. Curioso sería catalogar las formas risibles del reclamo y las bufas dejaciones del decoro. Hay en ello una extensa gama que, arrancando de inocentes argucias muy compatibles con un proceder honesto, van lentamente recargándose de gravedad moral y de ridiculez, hasta llegar a los más afrentosos procedimientos que nos harían morir de risa, si pudiéramos olvidar que tal vez maten de veras.

Aparentar más clientela de la que se tiene no lo hacen solamente los charlatanes. Todos conocemos compañeros muy dignos que se privan de ir al teatro o al casino por no parecer desocupados; y es cosa rara encontrar un médico, a las horas de sol, en los paseos. Saben los tocólogos noveles poner ojos de sueño, como quien lleva muchas noches sin dormir; y los cirujanos en agraz se perfuman con yodoformo o se ciñen dediles de caucho, protectores de fantásticas picaduras en no menos fantásticas operaciones. Viste poco acudir diligente al primer llamamiento del cliente nuevo, y fijar hora próxima para una consulta. Mejor es llegar en coche que a pie, y, en auto que en coche. ¡Tranvías, jamás! No merece la carroza de todos transportar el saber y la experiencia. El itinerario del vehículo de lujo, en el polígono de la clientela, obedece a la ley de las diagonales máximas; pero ya en cada casa, conviene fingir prisa. El proverbio que pone por modelo de breve-

dad la visita del médico, acaso tenga su origen, más en la vanidad de éste, que en la índole nunca sencilla de los problemas que se le someten. Las fichas de turno en las esperas de las clínicas son todas polidígitas, y la numeración ordinal de los recetarios da saltos mortales que afectan a las cifras de los miles. La letra de las prescripciones resulta ininteligible como firma de ministro, desgastada y veloz. ¡Pueriles artificios desprovistos de maldad, dirigidos, más que a granjearse los favores de la fortuna, a ocultar sus humillantes desdenes!

En peldaño más bajo de la escala figuran otros procedimientos dirigidos a captarse parroquia, con desprecio de la modestia y de la verdad. Lápidas, placas y carteles en las fronteras de las casas, en las jambas de las puertas y en los antepechos de los balcones, exhiben nombres pequeños con letras grandes, sobre fondos inmensos; y hay mármoles que, con holgura, cerrarian los nichos de media docena de clientes. Muéstrase allí el inventario de los muebles y cachivaches que hay dentro, con relación de los milagros que operan. Hay agentes fagocitarios, vulgo *ganchos*, en las estaciones, en las hospederías, en los balnearios, en las peluquerías, en los comercios; en las farmacias y hasta en las funerarias; y hay también fingidos clientes o enfermos comparsas, en las antesalas, en las escaleras, en los zaguanes, en los trenes, en los santuarios y en las peregrinaciones. Son cómplices, más o menos conscientes del reclamo, el vigilante, el sereno, el ordinario, el estudiante, el periodista, el académico, el adulador, el maldiciente, el polemista, el competidor, la autoridad con sus persecuciones, y aun el Gobierno con sus honores desde la *Gaceta*. Titúlase especialista en alguna cosa el que de otra ninguna entiende: yo lo fui en vocales cuando sólo esas letras conocía, y en adiciones, hasta que aprendí a restar. Con tal mérito negativo brindan sus habilidades y su ciencia, con garantías, economía y discreción. Se llaman discípulos de París o de Londres, quienes no pasaron de Moulin-roux o de Picadilly, si acaso transpusieron los Pirineos. Llevan a la prensa política o a los escaparates de las tiendas el testimonio de milagrosos éxitos, ilustrado a veces con las fotografías pareadas de antes y después del tratamiento: el calvo, sin peluca primero y luego con ella; el criado del propio taumaturgo, Sixto V, entrando con muletas en el cónclave y saliendo gallardo y gentil; el portero de enfrente, Rigoletto de guardarropía, transformado en Francisco I; un niño convaleciente, de seis meses, y su robusto hermanito de dos años.

Pero, ¿a qué recargar de tintas bufo-dramáticas el tipo del charlatán médico? Harto lo conocéis, y huelga detallarlo. En el que acabo de presentaros no veáis el retrato de nadie, sino la foto-

grafía compuesta de todos, donde la superposición de imágenes hace imposible la identificación de cada cual. Tanta perversidad y ridiculez tanta, no cabrían en uno solo. La enorme masa de la clínica amoral préstase a clasificaciones varias, según criterios diferentes: interesante aspecto que ni esbozar intentaré. Mas considero ineludible señalar la distinción fundamental entre el charlatanismo consciente y el inconsciente, ya que la frecuencia impresumible de este último y su curabilidad con sólo diagnosticarlo, le dan títulos preferentes para que nos detengamos en su estudio.

Se cometen, no lo dudéis, incursiones al campo de la deshonestidad profesional, ignoradas por el mismo que las realiza. No es ello una novedad de nuestro oficio, sino achaque común a todos, y percance siempre posible en los pilotajes de la voluntad. En las fronteras del deber, la pendiente de las culpas insinuantes conduce siempre, sin sobresaltos, a las regiones cenagosas de lo ilícito, y, no por llegar allí sin saberlo, es menos efectiva la caída. Ajenos de premeditación y sin desafecto a la humanidad, hay médicos que la engañan, moviéndose en una órbita grata para ellos, pero que no es precisamente la curva gallarda que determinan la caridad con su atracción universal, y la ciencia con su impulso. Clínicos existen, de recta intención, que no se han parado a mirar si su conducta responde siempre a convicciones hijas del saber y al bien del enfermo, o atiende más, y aun solo, a razones extracientíficas e inframorales. La imitación irreflexiva, la necesidad con sus sofisticas razones, la insensible agravación de pueriles vanidades, la sugestión y las exigencias de cierto público que pide ser engañado, y la anestesia moral que determinan los néctares del provecho, explican, si no disculpan a su modo, esos charlatanismos inconscientes que yo me complazco en creer que son los únicos que padecemos en Valencia. No me dirijo ahora a quienes me escucháis, sino a los que puedan leerme fuera de aquí, y les exhorto, en nombre de la dignidad de la clase, por la que todos debemos velar, a que miren si hay algún parecido entre ellos y el retrato que antes os brindé; y si, por rara desdicha, tal ocurriera, procuren disipar la enojosa semblanza, volviendo a los carriles éticos y lógicos que inadvertidamente dejaron. Y pensad vosotros y ellos, pensemos todos, cuán fácil es incurrir en apariencias de charlatanismo, dejándose llevar por ampulosas ostentaciones, meras flautencias de la vanidad, enfisemas de cerebro, que alguien pudiera confundir con esclerosis de corazón.

Por lo demás, quisiera, señores, ofreceros remedios eficaces contra el curanderismo titulado. Yo los conozco. Fáciles son de proponer, pero áridos y aun imposibles de aplicar: suprimir, de una parte, las causas que radican en el médico, y de otra, las acha-

Recete V. los productos del

Laboratorio Internacional Picomar

y quedará satisfecho de sus resultados.

TÓNICO KROMWELL ❖ PECTORAL KROMWELL

SOLUCIÓN ESTOMACAL KROMWELL

BIONAL (tónico inyectable). - HEMOFILAN (antisifilítico)

PIDA DETALLES A LAS OFICINAS Y ALMACÉN

Paseo de coches - Retiro - MADRID

**Tifus y todas las demás fiebres gastro-
intestinales, curación segura con la**

HYPSSINA

Específico que supera a todos los conocidos hasta la fecha por su acción inmediata sobre el bacilo de Eberth, que neutraliza y destruye.

Opoterapia cardíaca CARDIOBIOSA

Medicación hipertensiva, tónico cardíaca, reguladora de los latidos. Aumenta la presión arterial y la tensión. **Potente diurético.**

Opoterapia Cerebro medular BIOSTENOS

Extracto orgánico cerebro medular asociado a los fósforos organoquímicos y biológicos. **Potente tónico general** contra la **Neurastenia, Anemia, Tabes, Leucemia y todas las Astenias.** Reconstituyente por excelencia de todos los convalecientes.

Opoterapia gástrica GASTROBIOSA

Extracto orgánico de jugos gástricos naturales de pepsina y pancreatina, asociado a los fermentos duodenales e intestinales proteolíticos y amilolíticos. (Tripsina, Amilopsina, Stearopsina, Ptilina, Invertina, etc.). Específico heroico, rápido y seguro para el tratamiento de las enfermedades del estómago (atonía digestiva, catarro y atonía del intestino, catarro gástrico, etc.).

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

EN ZARAGOZA: RIVED Y CHOLIZ Y FARMACIA NUEVA

Déposito general: Armand Kurz. Oficinas: Calle Pelayo, 8. - Barcelona

Infecciones de tipo gripal, por los Doctores Antonio Piga, Médico de la Real Familia, Profesor del Instituto de Medicina legal, y Luis Lamas, Profesor del Instituto de Alfonso XIII y del Instituto de Medicina legal. Con notas de Terapéutica Clínica y Epidemiología de los Doctores Albasanz, Carro, Fernández Sanz, Grinda, Jiménez Azúa, Jiménez Encinas, Juarros, López Durán (B), Marañón, Márquez, Mut, Oliver, Palancar, Peresa, Sievert, Tolosa Latour, Verdes Montenegro.

Herederos de Juan Gilí.—Editores.—Cortes, 581, Barcelona

COMPENDIO DE MEDICINA LEGAL

por A. Lacassagne

Profesor de Medicina Legal en la Universidad de Lyon.

Con la colaboración del Doctor **ESTEBAN MARTIN**.

Sustituto de la Universidad.—Jefe de trabajos en el Instituto Médico-Legal.

Traducción de la segunda edición francesa, adicionada y anotada con la legislación Hispano-Americana, constitución de Tribunales, Estadísticas, etc.

por el Dr. Jorge María Angera

Vocal de la Academia de Higiene de Cataluña.

Ilustrada con numerosos grabados intercalados en el texto y dos láminas en colores.
Dos volúmenes en 8.º de 800 páginas cada uno.—Encuadernados en tela, 25 pesetas.

COMPENDIO PRÁCTICO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y SEROTERAPIA

por el Dr. José Crous e Illa

Con un prólogo del Doctor **RAMON TURRÓ**

Director del Laboratorio Microbiológico de Barcelona.

Un volumen en 8.º ilustrado con 53 grabados.—En rústica, 4 pesetas.— En tela inglesa, 5 ptas

TERAPEUTICA MEDICA DE URGENCIA

POR LOS DOCTORES

E. Hirtz

y **Clemente Simón**

Médico del Hospital Necker.

Médico de los Hospitales de Paris.

Traducción de **D. L. Formiguera**

Prólogo del Dr. P. Esquerdo.

Un tomo en 8.º de 260 páginas en rústica, 3 pesetas.— Encuadernado en tela inglesa, 4 ptas.

MANUAL DE SOCORROS DE URGENCIA Y TRANSPORTES DE HERIDOS

por el Dr. Ramón Jori Biscamps

Un volumen en 8.º con numerosos grabados.— En rústica, 3 pesetas.— Encuadernado en tela inglesa, 4 pesetas.

LA NEURASTENIA. — SU NATURALEZA, CURACIÓN Y PROFILAXIS

por el Dr. Alfredo Baumgarten

Versión castellana del Dr. COLLET

Un volumen de 516 páginas.—En rústica, 5 pesetas. En tela inglesa, 6 pesetas.

LA INFANCIA

Su desarrollo espiritual y corporal y éxitos de la cura Kneipp en las enfermedades nerviosas de los niños. Con un apéndice sobre la parálisis infantil

por el Dr. Aldalberto Kupferschnid

Versión castellana directa del alemán, por **D. MANUEL M.ª ANGELON**

Segunda edición.—1 volumen en 8.º, encuadernado en tela inglesa, 3'50 pesetas.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

por el Dr. Pla y Armengol

Ex-Médico interno del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.

Un volumen en 4.º menor de más de 400 págs. y 56 grabados.—En rústica, 6 ptas. En tela, 7 ptas.

Para pedidos, dirigirse a la Administración de esta Revista, Coso, 18, Zaragoza. 1

cables al público. La gestación universitaria de los futuros clínicos, debe, si es acertada, preservar de torcidas fermentaciones morales, a sus engendros. Cuanto más médico se sale de las aulas, más difícilmente se degenera en charlatán: el propio valer impone el propio respeto. Sobre pequeña base científica, la moral del técnico se tambalea y cede al menor impulso. Si la enseñanza fuese intensa y rigorista, los pocos que ostentasen un título, ni pensarían en mancharlo, ni, acosados por la competencia, descenderían a vergonzosos pugilatos. Siete años de ímprobos trabajos, en el período constituyente de la vida, inclinan forzosamente a la seriedad y a la honradez. Hágase que esa etapa, lenta en transcurrir, con sus plasticidades y sus ternuras, se consagre con ahinco al estudio y contemplación de las maravillas y miserias del hombre, y se hará nacer una devoción ardiente hacia él, o caerán en el camino los refractarios a sentirla. Pero si ese tiempo se dedica, no a seguir, sino a trampear una carrera, ¿cómo extrañar que luego se continúe trampeando, en lucha desigual con los que tienen las manos atadas por el decoro? ¡Catedráticos de Medicina que con tanta lenidad ejercéis la selección, no dáis el mejor ejemplo de amor a la Humanidad, cuando contra ella lanzáis legiones de ineptos defensores!

Y en cuanto a las gentes, ¿cómo convencerlas de que el verdadero médico no es el omnisciente, adivino, brujo y facilitario que la fantasía popular ha creado cual figura sacada de película detectivesca o personaje de romántico folletín? Así lo piden y así se les brinda. Labor de cultura secular desvanecerá tales errores. Vaya aprendiendo el público a no pagarse de jactancias y promesas; que ciencia y pedantería son inconciliables; que el sabio auténtico cree saber poco, aunque a veces incurra en la triste vanidad de que otros saben menos; que la santa avaricia de la inteligencia siempre juzga mezquinos e inciertos sus tesoros; que cuanto más grande es la esfera de lo conocido, más amplio es el contacto con lo infinito ignoto que la rodea, y más acertado el provechoso arqueo de la propia ignorancia; y que confesarla a cada momento, es mostrarse digno de vencerla.

Piensen esas víctimas tan fáciles a la expoliación, que remedio calificado de secreto, o no es tal remedio, o quien lo guarda y explota es un ente miserable y soez; que hurtar, al común conocimiento, eficaces consuelos de la humanidad, sería traicionarla; y que no merece la confianza de uno, quien se confiesa o finge culpable de vender a todos. Mediten asimismo, cuán improbable es que la casualidad, el destino o la Providencia hayan entregado talismanes de salud a inteligencias que buscan la complicidad de la sombra, y a manos que, moralmente, no son manos, sino garras;

que si las grandes conquistas de la Terapéutica, en vez de ser reveladas y difundidas por los Lister, los Pasteur, los Roux, los Koch, los Ehrlich... santos comunes a todas las religiones, águilas de la ciencia, se diesén de ocultis a las urracas de la clínica, que a la vez esconden y roban, habría que suspender la lucha entre la duda y la piedad y convenir unánimes en la blasfemia absurda de que un espíritu de infinita maldad gobierna el Mundo.

¡Oh efigie augusta de la Medicina modesta y honrada! Yo rindo mi homenaje ante la más idónea de tus representaciones, ante la nobilísima falange de médicos de pueblo. Ante vosotros, héroes anónimos de la sanidad nacional, que sumidos en un ambiente de hostilidad, de incultura, de miseria y de aburrimiento, atados a la tortura por el cacique, por el alcalde y por la iguala, zaheridos por los pedantes de la ciudad y brutalmente cotejados con ellos dedicáis vuestra vida a defender la de los pobres y los ingratos, y sin carteles ni reclamos, entendéis de todo sin titularos especialistas en nada. Pero digo mal, porque en vuestras frentes humildes y limpias lleváis anunciada, con letras luminosas, la más difícil de las especialidades: la especialidad de la modestia.

CONCLUSIONES

I

El charlatanismo médico titulado se constreñiría a su mínimo si las dificultades para obtener los Títulos se aproximasen a su máximo.

II

Cuantas medidas legales se adopten para conseguir la autenticidad moral de los Títulos y la consiguiente reducción de su número, serán ineficaces sin la acción conjunta de todo el cuerpo docente médico español, en su misión selectiva, con miras humanitarias y criterio ecuánime y severo.

III

El charlatanismo médico sería incompatible con un ambiente social de sensatez; y ello es otra de las mil razones que debieran orientar la política general del país, hacia la rápida extensión e intensificación de la cultura.

ACERCA DE UN PADECIMIENTO, MUY POCO CONOCIDO, DE LA RODILLA

POR A. MARTÍNEZ ANGEL

Inmediatamente detrás del ligamento rotuliano hállase una pelota de tejido céluo-adiposo, provista de una prolongación que se insinúa en el espacio intercondíleo del fémur, hasta llegar al surco formado entre los ligamentos cruzados ántero-externo y póstero-interno.

Esta pelota grasosa, impropriamente llamada *ligamento adiposo*, aunque intraarticular, respecto a la envoltura o cápsula fibrosa, no lo es en cuanto a la sinovial se refiere. Situada, como he dicho, inmediatamente detrás del ligamento rotuliano, forma un especie de cuña en la articulación que empuja hacia dentro y atrás a la serosa.

Conviene no confundir con ésta, tomándola por un divertículo de la misma, a la bolsita, también serosa, completamente independiente, colocada entre la parte más alta del borde anterior de la tibia y la extremidad inferior del ligamento rotuliano.

Dicho ligamento adiposo, ¿es una franja más o menos hipertrofiada de la serosa articular? ¿Es una modificación ontogénica del supuesto tabique divisorio entre dos articulaciones cóndilo-tibiales, primitivamente independientes?

Difícil es, por ahora, mientras no se hagan estudios más detallados, tanto de la embriología como de la anatomía comparada de la rodilla, resolver en un sentido o en otro este problema anatómico, por lo demás de escaso interés desde el punto de vista patológico.

Para esos espíritus teleológicos y finalistas que creen ver en toda obra de la Naturaleza *una cierta premeditación funcional*, tampoco encuentro razón que ofrecerles respecto al *para qué* pueda servir este artificio orgánico. Lo que sí parece cierto es que *no debe de ser absolutamente indispensable*; pues aquellos individuos a quienes hubiese de extirpárselo continuaron funcionando con su rodilla, sin echar de ver su falta y mucho mejor que antes, ya que la tal extirpación, como comprenderá el lector, no fué caprichosa y por mero deporte quirúrgico, sino motivada por una lesión siempre molesta y en ocasiones dolorosa del referido ligamento adiposo.

Cuando ponemos en completa extensión la pierna, asoman a uno y otro lado del ligamento rotuliano dos eminencias redondeadas que corresponden al adiposo empujado desde atrás por el fémur, conteni-

do por delante y estrangulado en forma de clepsamos horizontalmente colocado, por aquél puesto en tensión por el cuadriceps femoral contraído. En cambio, cuando se ejecuta la flexión, ambas eminencias desaparecen en virtud de la inmersión de dicho ligamento adiposo, entre uno y otro cóndilo femoral.

No en todos los individuos ofrece la misma cantidad de grasa este ligamento. Mientras que en unos (los más delgados) apenas se notan aquellas dos eminencias, pese a la más rigurosa tensión del rotuliano, en otras (los más obesos) llegan a constituir dos verdaderos tumores uno a cada lado de este ligamento.

Todo lo dicho hasta aquí no responde, como es fácil suponer, al simple y vacuo deseo de mostrar una erudición barata en asuntos de anatomía, sino al muy justo y racional de dar base anatómica al estudio de cierto proceso de naturaleza inflamatoria, que a veces he hallado, durante mi práctica, en la articulación de la rodilla.

Hay sujetos que de vez en vez, y *al parecer*, sin motivo traumático, sufren ataques inflamatorios, por lo general no muy intensos, ya en una, ya en ambas a la vez; ataques que se caracterizan por un derrame simple de líquido sinovial, sin grandes manifestaciones dolorosas, sin fiebre y sin más trastorno funcional que una ligera angulación de la rodilla y un poco de cojera.

Con unos cuantos días (no suelen ser precisos muchos) de quietud y de suave compresión, mediante un vendaje apropiado, desaparecen el derrame, los dolores, el ángulo articular y la claudicación, para volver a presentarse idéntico o muy parecido cuadro sintomático al cabo de un tiempo más o menos largo.

En ocasiones, con tanta frecuencia se repiten estos ataques y son tan cortos los intervalos, de relativa normalidad entre uno y otro, que dan lugar a un estado patológico permanente, constituido por un derrame, una cojera y una flexión articular también permanentes, y a su vez por un cierto empaste con engrosamiento de la membrana serosa, acompañado de una atrofia cada vez más acentuada de los músculos del muslo, sobre todo del cuadriceps. En una palabra; el cuadro sintomático local de una artritis crónica.

Por muy antigua que sea la dolencia, *la radiografía nada dice en cuanto a modificaciones de forma y estructura de los huesos; éstos aparecen completamente sanos.*

Lo mismo de la anamnesia que de la exploración y demás requisito de todo buen estudio clínico, por lo general, nada se desprende respecto a que los individuos afectados de tal dolencia sean reumáticos, ni

gotosos, ni blenorragicos, ni tuberculosos, etc., etc. Claro está que no es imposible, ni mucho menos, el que sufran, al mismo tiempo que de ese padecimiento completamente local, de alguno de estos estados, bien infectivos, bien tóxicos, del organismo; pero en este caso no hay entre lo uno y lo otro relación de causalidad, sino influencia modificadora, haciendo que la enfermedad en cuestión pierda en gran parte su característica *simplicidad* para hacerse *más borrosa* al tomar el carácter *de manifestación local* de tales infecciones o de tales toxemias. Lo cierto es, que hasta ahora no he visto en ninguno de los casos verdaderamente típicos de ella, ni colecciones purulentas intra o extra-articulares, ni mucho menos trayectos fistulosos.

A no ser en el estado de agudeza, en el cual como dije antes, aunque simple, hay una verdadera sinovitis, la presión sobre el cóndilo interno del fémur no produce el dolor característico de las ósteo-artritis de la rodilla. Lo únicamente doloroso en los períodos de calma de esta dolencia, es el *movimiento de extensión máxima de la pierna respecto al muslo, y la presión a los lados del ligamento rotuliano* (sobre todo en el interno) *cuando la masa adiposa hace prominencia.*

Estos dos síntomas y *la radiografía* puede decirse que son lo único verdaderamente patognomónico de esta enfermedad.

Para que la imagen radiográfica sea lo más demostrativa posible, conviene, si el enfermo se halla en un período de agudización con derrame sinovial, hacer que esta desaparezca, lo cual, como he dicho, es fácil de conseguir en poco tiempo, bien con un vendaje compresivo, bien con unas cuantas sesiones de amasamiento de resorción, bien con el empleo de la caja de Bier, y sobre todo con la asociación de estos tres medios terapéuticos.

Desaparecido el derrame, puede ya procederse, con garantías de buen resultado, a radiografiar la articulación.

La imagen es preciso tomarla transversalmente, es decir, con la placa, en la parte interna o externa, y la ampolla de Roentgen en el extremo opuesto de este eje. Además de esto, hay que cuidar de que la incidencia de los rayos corresponda a la parte anterior de la articulación.

Como no se trata de apreciar lesiones óseas, sino de distinguir diferencias de matiz entre las sombras proyectadas por las partes blandas, la técnica común y corriente de radiólogos de fracturas y luxaciones no basta en estos casos. Estas son radiografías que deben encomendarse a personas muy duchas en la materia.

Si en la figura roentgegráfica no se destaca el ligamento rotuliano, puede afirmarse de modo terminante, que no sirve a este propósito.

Comparando la radiografía, así obtenida, con la del lado sano o con la de otro individuo de la misma edad y energía muscular del cuádriceps aproximadamente y del mismo sexo, cuando se trata de padecimiento en ambas rodillas; hechas una y otra en iguales condiciones de claridad, tiempo de exposición, fuerza de penetración de los rayos, distancia del punto de origen de éstos a la placa, etc., etc., comparándolas, se observará que en la articulación sana el espacio semitriangular formado por el ligamento rotuliano, los cóndilos femorales y la cara anterior de la epifisis central de la tibia, aparece *completamente claro*; tan sólo allá en el fondo de este espacio, entre los susodichos cóndilos y los patillos de la tibia, aprécianse dos pequeñas sombras correspondientes a los meniscos, y *en línea recta*, desde el borde inferior de la rótula hasta la tuberosidad tibial, la proyectada por aquel ligamento.

En la enferma, el *ligamento rotuliano no forma una línea recta* como en la sana, sino *un arco o convexidad anterior*, y el espacio triangular antes citado no ofrece la claridad que en el estado fisiológico, sino *una mancha grisácea que se confunde en tonalidad, y hace un todo borroso e indistinto con los meniscos fibrosos y con el citado ligamento*.

Para diferenciar *esta mancha* de la producida por las fungosidades articulares de los padecimientos tuberculosos de la rodilla, haré observar al lector que es siempre regular, bien limitada, de un tono igual, y nunca pasa a la parte superior de la rótula, ni por detrás de los cóndilos.

El padecimiento objeto de estos mal hilvanados renglones, *corresponde a una inflamación de tipo crónico del ligamento adiposo, con propagaciones de irregular periodicidad a la serosa articular de la rodilla*.

La anatomía patológica *consiste en una transformación paulatina del tejido célula-adiposo de aquél en otro célula-fibroso*.

Si bien, como dije más arriba, ni las agudizaciones periódicas, o dicho con mayor exactitud, los ataques concomitantes de sinovitis, ni la enfermedad original (inflamación del ligamento adiposo), acusan, *al parecer*, un origen traumático en el sentido común y corriente que suele darse a la palabra traumatismo; en los casos que yo tuve ocasión de observar, *siempre existió uno*, si poco ostensible, real y evidente; bien en forma de *pellizcamiento brusco* de la pelota grasosa, al ejecutar una violenta hiperextensión de la pierna entre el fémur y la tibia (caso de un futbolista), bien en forma de estímulos e irritaciones su-

cesivas de la parte, como en el caso de una profesora de amasamiento, obligada a practicar éste, la gran mayoría de las veces, sobre esas camas de madera, hoy día tan en boga, cuyo marco cae precisamente a nivel de las rodillas de quien manipula, opera o reconoce al que está echado sobre ellas. El continuo roce y la casi no interrumpida presión un día y otro, durante muchas horas, de las rodillas contra el citado marco, determinó, claro que a la larga, una inflamación de ambos ligamentos adiposos.

Esta relación de causalidad, que he creído observar, entre este proceso y los movimientos bruscos de hiperextensión de la pierna, parece, a primera vista, no compadecerse con el hecho de no haber dado jamás con él en ninguno de esos individuos que sufren de genu-retro. Sin embargo, esta aparente contradicción explícase, en mi concepto, por la circunstancia de ser esta deformidad de aquéllas que aparecen muy pronto en las criaturas (parálisis infantil de los flexores de la pierna) o que nacen con el individuo (posición viciosa en hiperextensión de las piernas, en el útero materno). En íntimo contacto, por consiguiente, desde los comienzos del desarrollo o, por lo menos, de su evolución, las partes anteriores de los patillos tibiales y los cóndilos del fémur, no es posible desenvolverse al ligamento adiposo, y de ningún modo cargarse de grasa como en los individuos normalmente configurados.

Mal puede, pues, traumatizarse o ser pellizcada, entre uno y otro hueso, una cosa que no existe, o cuando más, hállase reducida a su forma embrionaria de simple membrana.

De la misma manera que estos individuos tienen rudimentaria la rótula casi siempre, de igual suerte carecen de ligamento adiposo propiamente dicho.

En cuanto al tratamiento de esta enfermedad, sucede algo semejante a lo que ocurre con otra, con la cual tiene cierto parecido, la bunitis subacromial. En los comienzos de ambas es relativamente fácil detener su evolución con un plan resolutivo y de dieta de función; pero cuando la prolongación del padecimiento, y sobre todo, las repetidas agudizaciones han acarreado fenómenos de degeneración, no hay otro tratamiento que el quirúrgico de extirpación: en un caso, de la bolsa subacromial, y en el otro, del ligamento adiposo.

Para esto hácese sendas incisiones a los lados del rotuliano; incisiones que deben comprender la piel y la envoltura fibrosa de la articulación. Una vez practicadas éstas, por una de ellas introdúcese una pinza de dientes de ratón, con la cual se muerde una parte, lo más grande posible, de la masa adiposa, que habrá hecho hernia apenas se

incindiera la cubierta fibrosa; y por la otra, un ayudante introduce una pelotita de gasa, montada en una pinza de Kocher, para empujar la susodicha masa adiposa hacia el operador.

Con una tijera curva roma, pero muy fina, se va despegando a pequeños cortes el ligamiento en cuestión de la parte ántero-superior de la tibia, de los meniscos fibrosos, de la cara posterior del rotuliano, del borde inferior de la rótula y de las paredes del surco intercondíleo.

Para desprenderlo del ligamiento cruzado ántero-externo, y sobre todo de la rima formada por éste y el posterior, es muy conveniente poner la rodilla, que se está operando, doblada en ángulo recto. A este fin utilizo una de las horquillas usadas por los ginecólogos en sus intervenciones vulvo-vaginales.

De esta suerte he conseguido a veces extirpar entero, y en absoluto *extra-articularmente*, el ligamiento adiposo; o lo que es lo mismo, sin herir la serosa, que, como dije antes y es bien sabido, aísla dicho ligamiento de la cavidad articular propiamente dicha.

Aun cuando no se logre esta idea, y se pellizque o corte en algún punto aquella membrana; gracias a los recursos de una buena asepsia, el riesgo no suele ser grande. Se ponen unos puntos de *catgut* fino a la serosa y queda remediado el contratiempo operatorio.

De la literatura de esta enfermedad nada puedo transcribir, pues no he hallado, fuera de unas ligerísimas indicaciones de Wollenberg, acerca de la degeneración fibrosa *secundaria* de este ligamiento, en las sinovitis a granos riciformes de la rodilla, descripción ni estudio de casos clínicos más o menos aislados, ni siquiera mención de ella en tratados y revistas de la especialidad. Quizás alguno de los lectores haya sido más afortunado, y pueda ilustrar la materia con mayor copia de datos propios o ajenos.

(Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas).



Salvat y Compañía S. en C.—Editores.—Mallorca, 220, BARCELONA

Diccionario terminológico de Ciencias Médicas

Contiene cuantas voces y términos son propios de.

Medicina, Cirugía, Odontología, Farmacia, Veterinaria y demás Ciencias biológicas

DIRIGIDO POR EL

Dr. León Cardenal

Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid

Con la colaboración de los Doctores Aguilar (F.); Azua; Capdevila; Cardenal (S.);
Coroleu; Fernández Sanz; Marquez; Pi Suñer; Recasens; Salvat (M.);
Soler y Batlle; Tapia; Turró

Edición profusamente ilustrada con láminas en negro y colores. La obra constará de cuatro fascículos de 240 páginas, cada uno, aproximadamente, siendo el precio del primer fascículo 7'50 pesetas al contado.

Episodios de la Guerra Europea.—A nuestra redacción han llegado los cuadernos 93, 94, 95 y 96 de esta importantísima obra, que publica la casa editorial de Alberto Martín, de Barcelona, y cuyo autor es el brillante periodista D. J. Pérez Carrasco, redactor-jefe de uno de los rotativos más importantes de España.

Integran el cuaderno 93, veinticuatro páginas de texto profusamente ilustrado, y el 94 diez y seis páginas y un mapa de Francia a escala de 1 : 6.000.000, a varias tintas.

Se compone el cuaderno 95 de diez y seis páginas de ilustrado texto y un hermosísimo mapa de Alemania a varios colores y a escala de 1 : 6.000.000. En el 96, compuesto de 24 páginas, se dan pormenores de la campaña de los Dardanelos y Gallípoli.

Tanto por la modicidad de su precio (25 céntimos cuaderno) como por su excelente presentación, imparcialidad en sus comentarios, veracidad de sus descripciones y otras relevantes cualidades que esta obra atesora, la recomendamos eficazmente a nuestros lectores.

Se halla de venta en las librerías, centros de suscripciones y en casa del editor D. Alberto Martín, Consejo de Ciento, 140, Barcelona. 3

Memoria del Santo Hospital civil de Bilbao.—Año 1917. En la que se exponen por medio de cuadros estadísticos, hasta los más pequeños detalles del movimiento hospitalario y de la parte administrativa del precitado hospital. 2

Estudio clínico de la litiasis urinaria.—Casuística.—Cálculos del riñón, del uréter, de la vejiga y de la uretra, por el Dr. Angel Pulido Martín, Cirujano del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.

El Dr. Pulido Martín, con la maestría que le caracteriza y de la que tienen conocimiento nuestros lectores por los diversos artículos que ha publicado en nuestra Revista, ha recogido de numerosas observaciones, aquellos datos que merecen por su importancia, el prestar la atención en ellos y los ha publicado en un tomo de 238 páginas, ilustrado con varios fotografías. 2

Prurigo epidémico microbiano.—Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina de Sevilla, por el Dr. Rafael Sancho Fall, Profesor numerario del Hospital provincial y agregado de la Facultad de Medicina de Sevilla. 1

A. Maloine et fils, editeurs.—27, Rue de l'Ecole de Medecine.—PARIS

La pratique des maladies de l'estomac

par **L. Prou**

1 vol in 8.º de VIII-288 pages (1919) prix 6 francs.

En este nuevo libro, que descansa en la observación de más de tres mil enfermos, y que se separa notablemente de los manuales clásicos, el Dr. Prou expone la cuestión y la presenta bajo una forma completa, sin entrar en inútiles detalles científicos, dándolo bajo el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento, a cada método de exploración su valor exacto.

Este trabajo no es una refundición de las obras anteriores del autor, constituyendo un libro enteramente nuevo, responde a su título siendo este el mejor elogio que puede hacerse del mismo.

Etudes cliniques sur la tuberculose 1908-1918

par **Emile Sergent**

Medecin de la Charité

In 8.º 1919.—Prix 14 francs.

Dos ideas directrices han orientado las investigaciones clínicas del autor sobre la tuberculosis; de una parte la necesidad de fijar los elementos de diagnóstico de la tuberculosis y de otra la importancia del conocimiento del terreno en la patogenia y en el modo de evolución de la tuberculosis.

Con arreglo a ello el autor ha agrupado sus estudios clínicos en cuatro partes: En la primera ha reunido sus publicaciones concernientes a la sintomatología y al diagnóstico (nociones generales sobre el diagnóstico y elementos de diagnóstico de localizaciones).

En la segunda figuran sus trabajos acerca del papel del terreno en la tuberculosis y sobre la patogenia de la tuberculosis.

En la tercera se encuentran sus observaciones acerca del pronóstico y del tratamiento.

En la cuarta agrupa todas sus publicaciones de guerra acerca de la tuberculosis. 1

Cómo se curan los tísicos

LECCIONES DE CLÍNICA TERAPÉUTICA

— POR —

RICARDO ROYO VILLANOVA

Catedrático por oposición,

de Patología y Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Zaragoza

Un tomo de cerca de 600 páginas..... 8 pesetas
A nuestros suscriptores..... 7

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 13 de Enero de 1919

Preside el Dr. Hernando.

El Dr. Blanc: «Tratamiento de las obstrucciones del colédoco». En realidad el tema debía titularse «Aportación personal al tratamiento de las obstrucciones». Dice que los enfermos por él tratados presentaban un proceso periférico. Aconseja el tratamiento quirúrgico en época temprana, pues prolongar una obstrucción coledociana es grave por los peligros que encierra y entonces la intervención no debe hacerse. Abunda en razonamientos científicos en pro de la intervención, pues muchas veces la negativa de los enfermos a ser operados dan lugar a practicar la operación en condiciones deplorabilísimas por el gran número de adherencias que se forman y que hacen que al abrir el vientre no se vea nada.

Se mostraba en un principio partidario de extirpar la vesículas, pero prácticas posteriores convencieron al comunicante de la necesidad de su conservación por el importante papel de guía del cirujano. Se da el caso que al abrir el vientre y despegar adherencias no se ve el ileo hepático y en este caso la vesícula sirve de guía para llegar a los conductos principales. Entiende que después de hecha la talla del colédoco y extraído el cálculo, debe procederse al desagüe biliar en evitación de que se forme una fistula biliar, y hace responsable de esta fistula al pancreas por cirrosis pancreática que de ninguna manera ha podido vencer el conferenciante. Sienta como premisa concluyente que la cirugía biliar exige práctica. En cuanto a los procesos neoplásicos cita el caso de una enferma que al ser operada presentó una cantidad enorme de cálculos (unos 200) y el ileo hepática presentaba también fenómenos de neoplasia.

Insiste en la precocidad de la intervención.

El Dr. Slocker: Cree con Blanc en que debe hacerse la pronta intervención quirúrgica. Dice que en Madrid no se ha podido reunir grandes estadísticas de enfermos biliares. Habla de una excursión científica a Barcelona, de la que recuerda la visita a la Clínica del Dr. Raventós, el cual es partidario del amplio desagüe en estas operaciones; la gasa que emplea no la renueva y se sirve de puntos de sutura.

Defiende así mismo lo aportado por Blanc en cuanto a conservación de vesícula cuando en ella no tenga cálculos. Es frecuente encontrar la vesícula dilatada por torcedura o por cálculo y lo mismo en un caso que en otro debe, corriéndose un riesgo mayor, extirparla.

Respecto a anestesia anuncia una comunicación a la Academia sobre «Raquianestesia».

El Dr. Cardenal: Dice que una de las causas de que se opere poco en enfermos de hígado es porque todos mueren. Divide en dos grupos estas operaciones:

Primero: En que se opera vesícula sana. A este objeto recuerda que el alcanzar tan alta cifra la estadística en Norte América es porque allí hay verdadera filia operatoria, extirpándose vesículas completamente sanas.

Segundo: En las que está justificada la intervención. Dice que la tendencia actual es que en cuanto las operaciones son difíciles para llegar al colédoco, debe llegarse a la anastomosis de la vesícula con el duodeno y si es preciso con el estómago.

El Dr. Blanc dice que lo expuesto por Slocker es una ampliación de su comunicación. Habla de las dificultades de operar por las adherencias peritoneales que hacen sospechar el sitio de la vesícula.

Da gracias al Dr. Cardenal por su actuación y termina recomendando la precocidad en la intervención.

LOS MÉDICOS Y LA AUTONOMÍA

MANIFIESTO A LA OPINIÓN

Como representantes autorizados de la Federación Nacional de Sanidad Civil (Sociedad general de Médicos Españoles), nos sentimos en el deber de acudir a la opinión pública en demanda de su asistencia contra el peligro que amenaza a la clase médica rural, consecuencia de las concesiones autonomistas que se anuncian.

Recientes están los humanitarios y meritísimos servicios que con motivo de la epidemia gripal ha realizado en toda España esta abnegada clase, que, por contagio adquirido en el cumplimiento de su deber, ha visto sucumbir a más de 200 facultativos titulares, dejando a sus familias en el mayor desamparo económico.

Como premio a tanto heroísmo, los médicos rurales sólo han recibido hasta ahora el anuncio de un 30 por 100 de aumento en la contribución industrial y la amenaza de continuar sometidos a las vejaciones caciquiles, que a tal equivale la amplitud que se otorga a los Municipios en lo referente a los servicios benéficos y sanitarios.

La realidad ha demostrado, tras larga y dolorosa experiencia, que el caciquismo rural, de cuyo seno surgen los Ayuntamientos, abandona y

malogra las más esenciales funciones de la vida ciudadana; así ocurrió con la enseñanza primaria, cuyos profesores morían de hambre, hasta que el Estado se hizo cargo del pago de sus haberes; así aconteció también con los funcionarios de Prisiones, sometidos a la esfera local, hasta que el Estado los tomó a su cargo; y así está ocurriendo, desdichadamente, con los facultativos titulares, a quienes los Ayuntamientos deben *más de quince millones*, en concepto de atrasos.

Y en estos tiempos en que todos los funcionarios reclaman y obtienen justas concesiones, que les permiten fortalecerse frente a la creciente carestía de la vida, vemos cómo se redimen y mejoran los empleados civiles y militares; cómo hasta el clero rural acrece y asegura sus modestos haberes; solamente los facultativos titulares, que sirven una función *nacional*, cual es la Sanidad pública, viven sujetos a la férula municipal, sin ninguna garantía económica.

Los ilustres miembros de la comisión extraparlamentaria, que estudian la concesión de la autonomía, deben considerar, que mientras los Ayuntamientos no liquiden los millones que adeudan a los Médicos, están incapacitados para merecer el régimen autónomo; lo contrario, será entregar la víctima al verdugo.

La clase médica española pide que la Sanidad, como la Enseñanza, como la Defensa Nacional y la Magistratura, sea función privativa del Estado, corriendo a cargo del mismo la organización y pago de los servicios. A esto tiende la próxima celebración del Tercer Congreso Nacional de Sanidad Civil, y para conseguirlo solicitamos reiteradamente el apoyo de la opinión pública, afirmando por adelantado, que cualquier grave determinación que adopte el Cuerpo Médico rural, estará sobradamente justificada, tanto por las desatenciones recibidas, como por la esclavitud eterna con que se ve amenazado.

Por el Directorio de la Federación, *Doctor José María Albiñana*, Presidente.—*Doctor Isidoro Bajo*, Secretario.»

SOLUTO VITAL

RECONSTITUYENTE GENERAL DEL ORGANISMO. ■ ELIXIR E INYECTABLE

Preparado por J. ARRANS.—Farmacéutico

FÓRMULA: El Elixir, en cada cucharada grande (20 gramos), contiene: Glicerofosfato de cal y de sosa, aa. 0'05 gr.; Arrhenal, 0'02 gr.; Hipofosfito de quinina, 0'01; Fósforo, 0'001 gr.

El Inyectable se presenta en cajas de 15 ampollas de 1 c. c. perfectamente dosificadas y esterilizadas, conteniendo cada una las mismas dosis de la fórmula anterior, sustituyendo en ella el hipofosfito de quinina por $\frac{1}{2}$ miligramo de Cacodilato de Estricnina.

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS.—Aduana, núm. 21, SEVILLA

Productos Lambiotte

GRAN PREMIO - PARIS 1900

LAMBIOTTE Y C.ª; PARIS - BRUSELAS
SUCESORES DE LAMBIOTTE FRÈRES

FABRICAS DE DESTILAR MADERAS - PRODUCTOS QUÍMICOS

Productos farmacéuticos Creosota :: Guayacol y derivados :: Fosoto :: Taphosoto
Tuberculina Marechal :: Creosoformo :: Arhina :: Cloroformo para la anestesia
Formaldehida 40 %, Desinfectante poderoso

PERLAS TAFOSOTO

LAMBIOTTE H.ª NOS

CATARROS * TOS * BRONQUITIS * COQUELUCHE
Afecciones de las VIAS RESPIRATORIAS

Precio: Pesetas 3 en todas farmacias

Muestras gratis a los señores Médicos

Agentes generales: NAVARRO Y CAPO; Rambla del Centro, 8 y 10 - BARCELONA

- D: Mateo Cañellas.—Palma (Baleares).—Pagó la suscripción del año 1919
» Fidel Fernández.—Granada.—Pagó la suscripción del año 1919.
» Manuel Ferrer.—Pamplona (Navarra).—Pagó la suscripción del año 1919.
» Benito Gállago.—El Ferrol (Coruña).—Conforme con su atenta postal.
» Alfonso Perés.—Bilbao (Vizcaya).—Recibido el giro postal.
» Nemesio Lon.—Ayerbe (Huesca).—Cambiada la dirección.
» Luis de Juana.—Araya (Alava).—Anotada la suscripción.
» Hipólito Irigaray.—Urdax (Navarra).—Conforme con su atenta carta.
» Emilio Bonilla.—Teruel.—Conforme con su atenta postal.
Instituto Médico.—Valencia.—Remitido el número 326.

FARMACIA NUEVA de RAMON PUIG

TELÉFONO N.º 129

Azoque, 7 = ZARAGOZA = Coso, 6

FIRMUGENOL

Medicamento de elección para combatir las enfermedades del sistema linfático en sus diversas manifestaciones

YODO - ARSÉNICO - HIERRO. Principios tónicos y depurativos de plantas silvestres, extraídos por procedimiento especial.

Medicación típica de los trastornos de la pubertad.

Pedro de la Rosa, Farmacéutico

De venta en todas las Farmacias.—Depósito para Aragón: Farmacia de Don Martín Gómez, Calle de San Pablo, núm. 51.—Zaragoza.

APENAS HABRÁ MÉDICO QUE NO HAYA RECETADO EN LA MAYOR PARTE DE LAS AFECCIONES DEL TUBO DIGESTIVO EL

ELIXIR ESTOMACAL de SÁIZ de CARLOS

Su crédito es ya tal, que ha tomado puesto preeminente en la terapéutica y se le prescribe como un agente poderoso, cuyos admirables resultados no se hacen esperar. Sus efectos son aumentar la secreción del jugo gástrico, auxiliar su poder digestivo, aumentar la tonicidad muscular y nerviosa del estómago e intestino; aumenta el apetito; suprime la pirosis, hiperacididad y vómitos; tonifica, no sólo el aparato digestivo, sino la economía en general, pues el enfermo come más, digiere mejor, y por consiguiente se nutre, por lo cual es utilísimo en las anemias que dependen de digestiones imperfectas; disminuye y evita las fermentaciones anormales y quita el dolor y la pesadez gástrica, curando la úlcera del estómago, la dilatación y los catarros intestinales en niños y adultos. Es de agradable sabor y completamente inofensivo, lo mismo para el enfermo que para el que está sano; puede usarse a la vez que las aguas minero-medicinales y en sustitución de ellas y de los licores de mesa.

Serrano, 30, Farmacia, MADRID, y principales de España, Cuba, Filipinas, México, América del Sur, Estados Unidos e Inglaterra

PREPARADOS ESPECIALES

DE LA

FARMACIA DE BOSQUED

Independencia, número 16 - Zaragoza

Granulados Medicinales

Glicerofosfato de cal.
Glicerofosfatos de cal, sosa y hierro.
Kola, Ruibarbo, Ovolectina, etc.

Esterilización de Medicamentos

Hay preparadas las soluciones inyectables más corrientes, en ampollas de cristal Jena, normal é inalterable, condición necesaria, para preparaciones de esta naturaleza. Sueros, etc.

SOLUCIÓN TÓNICA RECONSTITUYENTE

Cada c. c. contiene: Glicerofosfato de sosa, 10 centigramos.—Cacodilato de sosa, 3 centigramos.—Cacodilato de estrignina, 5 diezmiligramos.—Caja con 10 ampollas, 2'50 pesetas.

FARMACIA DE RÍOS HERMANOS

Dr. C. RÍOS Sucesor

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

NACIONALES Y EXTRANJERAS

AGUAS MINERALES

COSO, 43 y 45, Zaragoza

ESTERILIZACIONES

PREPARACION

DE MEDICAMENTOS COMPRIMIDOS

MANUAL DEL PRACTICANTE

POR EL

Dr. D. Felipe Saenz de Cenzano

Inspector provincial de Sanidad por oposición,
Profesor clínico por oposición, encargado de la enseñanza oficial de la carrera
de Practicantes en la Facultad de Medicina de Zaragoza

CON UN PRÓLOGO

DEL

Dr. D. Ricardo Lozano Monzón

Catedrático por oposición de Patología y Clínica Quirúrgicas

Forma dos tomos con más de 400 grabados, tratando cada uno de ellos las materias correspondientes a cada curso.

Está de venta en las principales librerías y en casa del autor, Coso, núm. 18, 2.º, Zaragoza, al precio de 23 pesetas en rústica y 26 lujosamente encuadernado en tela.

LIBRO NUEVO

PIOGENIAS

por el Dr. D. RICARDO LOZANO

Catedrático de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Zaragoza.

«Tenemos ante la vista una nueva producción de este hombre infatigable.

El libro, si cabe, es mejor que los anteriores, por llenar a la perfección el fin que se propone: la enseñanza.

Este arte que posee el Dr. Lozano, de reunir en un tomo pequeño, de 200 páginas lo más, tanto material de estudio, no es patrimonio de todos. Sólo una habilidad innata, un dominio muy grande de los asuntos que trata, y «veinte años de enseñanzas», como él dice en el último prólogo, características del profesor de Zaragoza pueden realizar esta labor difícilísima.

En *Piogenias* aparecen perfectamente agrupadas todas aquellas enfermedades capaces de formar pus.

Y este pus al poder formarse en la *piel*, en las *mucosas*, en los *vasos linfáticos* en los *intersticios musculares*, en las *serosas*, en los *huesos*, en las *articulaciones*..., verá el lector, con este solo enunciado, lo extenso que es el asunto y la cantidad de material de enseñanza que en él se encuentra.

Y este es el mérito del libro: recopilar en un tomo asuntos tan diversos y, sin embargo, tan enlazados. ¿No es diversa una *uretritis* de una *amigdalitis*? Pues teniendo una misma patogenia, siendo capaces de formar pus, y asentando en mucosas, la una en la *uretral* y la otra en el *antro-bucó naso-faríngeo*, aparecen juntas, reunidas entre las *piogenias* de las *mucosas*.

No nos podemos detener en ir glosando capítulo por capítulo todo el libro; no es nuestra intención, ni podríamos tampoco realizarlo. Basta con lo dicho y con repetir que es un libro como todos los del doctor Lozano.

Es este ilustre profesor el único en España que lanza a la venta, de vez en cuando, estos compendios, que son tan útiles para todos: para estudiantes y médicos de partido, como libros didácticos; para médicos de población como obras de consulta.

Por esta labor que realiza el Dr. Lozano de recopilación y divulgación, tan frecuentemente y tan a la perfección, merece las mayores alabanzas.

En varias ocasiones, y en este mismo sitio, hemos apuntado nuestros justos elogios. Repetimos ahora los mismos (si cabe en mayor grado), con el entusiasmo y la sinceridad de siempre.

RÍOSALIDO».

(De la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*).

Precio del libro: 8 pesetas, con descuento del 10 por 100 a los suscriptores de «La Clínica Moderna»

Jesús M.^a Zuloaga S. en C.

Alfonso I, n.º 8 y Cuatro de Agosto, n.º 2

ZARAGOZA

BAZAR MÉDICO

Instrumental Quirúrgico.—Mobiliario para Clínicas y Hospitales.—Ortopedia, Higiene y Gomas.

Depositarios exclusivos en Aragón, Rioja y Navarra de todos los artículos de la antigua casa J. Clausolles, de Barcelona, por lo cual vendemos á los mismos precios que en Madrid y Barcelona.

DROGUERÍA MEDICINAL

Productos químicos y farmacéuticos de las marcas más acreditadas del mundo.—Medicamentos modernos.—Especialidades farmacéuticas.—Aguas minerales.

Esponjas y gamuzas recibidas directamente.—Perfumería de todas las marcas nacionales y extranjeras.

Farmacia antigua del Dr. Bayod

Embalsamamientos.—Instrumental y aparatos completos.

Formalina.—Desinfección de habitaciones y ropas Diez céntimos por metro cúbico mas Cinco pesetas por local.



Digalène "ROCHE"

la más manejable de las preparaciones digitalicas

MEDICAMENTO de URGENCIA
INYECTABLE
DIURESIS RÁPIDA e INTENSA
ACCIÓN CONSTANTE y CIERTA

"La Digalène tiene una acción en todos los puntos parecida a la de la maceración de las hojas frescas de digital, pero posee sobre esta última la ventaja de ser siempre idéntica y sobre todo inyectable"

SOLUCIÓN AMPOLLAS
COMPRIMIDOS.



Muestras y Literatura a
Productos: F. HOFFMANN - LA ROCHE & C^o
21 Place des Vosges PARIS.

SULFURINA JIMENO

SULFURO DE CALCIO Y GLICERINA

Superior á todas las aguas y preparados sulfurados para curar las enfermedades herpéticas, así internas como externas. Irritaciones de la garganta, pecho, estómago, vejiga, etc., flocos en las piernas, costras secas ó húmedas en la piel, etc., etc. Se toma una cucharadita de las de café disuelta en un vaso de agua á la mañana ó igual dosis á media tarde.

FARMACIA del GLOBO del Dr. JIMENO, Plaza Real, 1, Barcelona
y en todas las principales Farmacias

PIPERACINA JIMENO

GRANULAR EFERVESCENTE

Tratamiento de la diatesis úrica, reumática, gota, cálculos y diabetes

FARMACIA del GLOBO del Dr. JIMENO

Plaza Real, 1.—BARCELONA

CITRATO DE LITINA JIMENO

GRANULAR EFERVESCENTE

Para las enfermedades de la orina, arenillas, cálculos vesicales, ataques de reumatismo y gota, etc., etc.

Farmacia del Globo del Dr. Jimeno.—Plaza Real, 1. Barcelona.

JARABE DE HASCHISCH BROMURADO DEL DR. JIMENO

Compuesto de Haschisch y Bromuro de Estroncio, Litio y Manganeso. Tónico y sedante nervioso poderosísimo. Especialmente recomendado en la Enajenación mental, Neurastenias con manifestaciones de *excitabilidad*, insomnio, etc., y en las Dismenorreas ó menstruaciones dolorosas.

FARMACIA del GLOBO del Dr. JIMENO, Plaza Real, 1. Barcelona.

ELIXIR DIGESTIVO JIMENO

Pepsina y pancreatina en estado natural y diastasa.

Digestivo completo de los alimentos, excitante del aparato gástrico.

Aperitivo, antiemético.

FARMACIA del GLOBO del Dr. JIMENO

Plaza Real, 1.—BARCELONA

Donacion = R - 11 - 1919

ALIMENTOS VEGETARIANOS y de RÉGIMEN marca

“NATURA”

Unicos diastasados, concentrados, elaborados y dosificados bajo dirección Médico-Farmacéutica

SON ESTOS ALIMENTOS EL MEJOR AUXILIAR DEL MÉDICO en la diabetes, obesidad, albuminuria, artritis, reuma, estreñimiento, raquitismo, estómago, hígado y vientre, infecciones, cólicos, embarazo, ññez y en la anemia y sus causas, etc., y en todas las convalecencias.

Productos marca “NATURA” que se expenden

Diversidad de panes para régimen, Caldo de cereales en pastillas, Cafés de Malte, Vino sin alcohol, Mantecas de frutas, Panés y Postres a base de Gluten de almendra, avellana, etc., Pastas para sopa, Harinas y purés diastasados, etc., etc.

Pídanse siempre marca «NATURA» en comestibles y farmacias de España y Extranjero

Depósitos “NATURA” Calle del Call, 22. Teléfono 3115.—BARCELONA

Sitios de venta en Zaragoza: J. Echevarría, Alfonso I, 34; Rived y Choliz, Don Jaime I, 21; E. Yarza, Cuatro de Agosto, 33; E. Oliete, Don Jaime I, 10; H. Seral, Cerdán, 30; J. M.^o Ballarín, Estébanes, 21; y R. Puig, Coso, 8.



Gran Hotel y Balneario TERMA PRIMITIVA

(Antes viejos de San Roque)

EN

= ALHAMA DE ARAGON =

a cargo de PETRA SANZ E HIJOS

Terma donde existe el famosísimo «BAÑO DEL MORO» construido en 1129

Este Establecimiento, libre de las inundaciones del río Jalón, cuenta con los más ricos manantiales, de los que se surten directamente las duchas y baños en la misma roca con toda la eficacia y temperatura de sus aguas que es de 34° centígrados y desde este año contará dentro del balneario de una cascada o sala de inhalaciones construida con arreglo a la más rigurosa higiene terapéutica. En el Gran Hotel construido a la parte Sur del antiguo edificio y montado a la moderna, encontrará el bañista espaciosa e higiénicas habitaciones, comedores amplios, salón de baile, etc., etc., dominando un variado paisaje.

Telegramas y correspondencia: **JOSÉ MARTÍNEZ.**—Alhama de Aragón

Medicine

AÑO XVIII

Zaragoza 1.º de Febrero de 1919

NÚM. 336

La Clínica Moderna

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Premiada con Medalla de Oro en la Exposición Hispano-Francesa de 1908

PUBLICADA

BAJO LA DIRECCIÓN DE LOS DOCTORES

RICARDO ROYO VILLANOVA RICARDO LOZANO MONZON

CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA
Y CLÍNICA MÉDICAS

CATEDRÁTICO DE PATOLOGIA
Y CLÍNICA QUIRÚRGICAS

ADMINISTRADOR-GERENTE

F. Saenz de Cenozo

Inspector provincial de Sanidad por oposición
Profesor-Auxiliar
de la Facultad de Medicina



SUMARIO

GRACIA (A.): Endocarditis y embolias en el puerperio y por afecciones ginecológicas.—BECERRO DE BENGEOA (R.): Notas acerca del diagnóstico precoz de la gestación ectópica.—YÁÑIZ (E): Modalidades de la oclusión intestinal, y oportunidad de la intervención.—GONZÁLEZ LUGO (V.): El uretroscopio.

Revista de Semeiología.—Alteraciones hemáticas en la úlcera gástrica.

Revista de Terapéutica.—La gálvano palpación en las afecciones del tractus digestivo.—Nuevo tratamiento de la salpingitis aguda.—Método práctico para la dosificación del azúcar en la orina.—El permanganato potásico en las infecciones anaeróbicas de las heridas.—Etiología y tratamiento de la enuresis.

Fuera de texto.—Vacantes.—Sección oficial.—Academia Médico-Quirúrgica Española.—Real Academia Nacional de Medicina.—Sociedad Ginecológica Española.—Bibliografía.—Anuncios.

Véase correspondencia administrativa, pág. 2, sección de anuncios.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

España, un año	12 pesetas
Extranjero, un año	15 francos
Número corriente	75 céntimos
Id. atrasado	1'50 pesetas

Anuncios según tarifa que se remite a quien la solicite

NO SE ADMITEN LIBRANZAS DE LA PRENSA PARA EL PAGO DE SUSCRIPCIONES

DIRECCIÓN PARA LA CORRESPONDENCIA: COSO, NÚMERO 18 — TELÉFONO 321

HIJOS DE PRIM, Ortopédicos

DESPACHO:
Preciados, 33

MADRID

FABRICA:
Naciones, 13

Gran casa constructora de toda clase de Aparatos Ortopédicos y que para la construcción de los mismos, cuenta con fábrica dotada de cuantos elementos exige la Ortopedia Moderna, siendo la casa más antigua y acreditada.—Se fabrican las sólidas y bien combinadas **Piernas Artificiales** con pie de goma y **Brazos** con muñeca y dedos articulados. Pies artificiales, **Sistema-Prim**, para pies defectuosos (privilegio especial) los que hacen desaparecer las voluminosas botas de corcho.—Corsés para las desviaciones de la columna vertebral, aparatos para debilidades de las piernas, parálisis, tumores blancos en las articulaciones, pies varus, equinos, fajas todo elásticas para toda clase de enfermedades del abdomen, etc., etc.

HERNIAS: Braguero especial PRIM (privilegiado)

Es el aparato que la mayoría de los herniados usan, por ser el más perfecto, cómodo, y que contiene absolutamente las hernias por voluminosas que sean. Los Señores médicos lo recomiendan porque los herniados encuentran un alivio inmediato y seguro, y que por contener permanentemente las hernias, están exentos de que puedan estrangularse.

Los diferentes aparatos, modelo exclusivo de la casa, son un verdadero auxiliar de la Cirugía, pudiendo ofrecer como mejor garantía de éxito, el creciente favor de la clase médica.

Esta casa ha montado una sección especial para la venta al por mayor y menor de toda clase de artículos de Cirugía, Ortopedia y Gomas, a precios sin competencia.—Algodón hidrófilo químicamente puro, gasas y vendas, irrigadores, pulverizadores, medias de goma.—Aparatos de masaje e higiene, últimas novedades.

HIJOS DE PRIM

Preciados, 33. — MADRID



CÁPSULAS EUPEPTICAS

DE

MORRHUOL

PRINCIPIO ACTIVO DEL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

DEL DR PIZÁ

PRIMER PREPARADOR ESPAÑOL DE DICHO MEDICAMENTO

PREMIADAS CON MEDALLA DE ORO EN CUANTAS
EXPOSICIONES SE HAN PRESENTADO



Únicas aprobadas y recomendadas por la Academia y Laboratorio de Ciencias médicas de Cataluña. Academia Médico Farmacéutica de Barcelona y Reales Academias de Medicina de Barcelona y Palma de Mallorca.

El más seguro e inofensivo medicamento para tratar con éxito la escrofulosis, raquitismo, osteomalacia y demás diátesis que depauperan el organismo; 27 años de éxito creciente. Cada cápsula contiene 0,25 de *morrhuel*. Frasco, 2'50 pesetas. 12 frascos, 24 pesetas.

CAPSULAS EUPEPTICAS DE MORRHUOL: HIPOFOSFITOS Y CUASINA. Substituye con ventaja fácilmente apreciables la emulsión Scott y jarabe Féllow. — Frasco, 16 reales.

CAPSULAS EUPEPTICAS DE MORRHUOL CREOSOTADO. — De grandes resultados en el tratamiento de la diátesis depauperantes, tuberculosis, escorbuto, escrófula y afecciones del corazón. — Frasco, 14 reales.

CAPSULAS EUPEPTICAS DE MORRHUOL IODO FERRUGINOSO. Poderoso reconstituyente y anti-dicrásico en las afecciones escrofulosas, anemia y clorosis. — Frasco, 14 reales.

CAPSULAS EUPEPTICAS DE MORRHUOL: FOSFATO DE CAL Y CUASINA. — Reconstituyente de los pulmones, centros nerviosos y aparato óseo. Frasco, 14 reales.

CAPSULAS EUPEPTICAS DE EUCALIPTOL PURO, IODOFORMO Y CREOSOTA DE HAYA DE EUCALIPTOL, IODOFORMO Y GUAYACOL. — Anti-pepsia de las vías respiratorias, bronquitis, catarros, tisis. Antibacilar por excelencia. Tolerancia perfecta. — Frasco, 12 reales.

CAPSULAS EUPEPTICAS DE GUAYACOL. — Poderoso desinfectante y tónico astringente de las membranas mucosas y de resultados positivos en la tuberculosis. — Frasco, 10 reales. — De Guayacol iodo fórmico. — Frasco, 12 reales.

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

CAPSULAS EUPEPTICAS DE ETER AMILICO VALERIANICO. — Específico de las enfermedades nerviosas, neuralgias, hemicránea, cólicos hepáticos, nefritis y uterinos. — Frasco, 10 reales.

CAPSULAS EUPEPTICAS DE HEMOGLOBINA SOLUBLE. — Principio ferruginoso natural. Reparador de los glóbulos de la sangre. El mejor reconstituyente contra la anemia, clorosis, abatimiento, debilidad general, y nunca produce dolores de estómago ni estreñimiento de vientre. — Frasco, 12 reales.

CAPSULAS EUPEPTICAS LE TERPINOL. — Diurético modificador de las secreciones catarrales, enfermedades de las vías respiratorias y génito-urina-rias. — Frasco, 10 reales.

Carbón naftolado granulado

Desinfectante intestinal, dispepsia, gastralgia, flatulencias, diarreas pútridas, disenterías, diarreas de los países cálidos. — De 3 a 9 cucharadas al día. — Frasco: 3 pesetas.

En venta: Farmacia del autor, Plaza del Pino, 6, Barcelona, y principales farmacias de España

CORRESPONDENCIA ADMINISTRATIVA

En esta sección daremos contestación a las cartas de nuestros suscriptores que no remitan dos sellos de quince céntimos para la contestación particular.

- D. Alfonso Perés.—Bilbao (Vizcaya).—Conforme con su atenta carta.
 » Luis Aznar.—Villanueva (Huesca).—Remitido el libro del Dr. Lozano «Piogenias».
 » Antonio Ascorbe.—Haro (Logroño).—Conforme con su atenta carta.
 » Epifanio García.—Alcañiz (Teruel).—Pagó la suscripción de 1919.
 » Justino Prado.—Santo Domingo (Logroño).—Pagó la suscripción del año 1919.
 » Roberto Sánchez.—Montearagón (Toledo).—Recibido el giro postal.
 » Filiberto Calvillo.—Trujillo (Cáceres).—Pagó la suscripción del año 1919.
 » Tomás Navarro.—Biota (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1919.
 » Mariano Banzo.—Torres (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1919.
 » Manuel Muñoz.—Salamanca.—Remitidos los números 330 y 332.
 » Alfonso Perés.—Bilbao (Vizcaya).—Remitido el libro del Dr. Lozano, «Piogenias».
 » José Hernando.—Teruel.—Recibido el giro postal.
 » Pablo Gasque.—Calanda (Teruel).—Pagó la suscripción de 1919.

Sigue en la página 19



LOS CONVALECIENTES

son seres desmineralizados propensos á enfermar de nuevo si no se regenera su mineralización.

EL CANCER, LA TUBERCULOSIS, ETC.
es imposible su curación sin remineralizar al paciente.

LA ENERGIA VITAL

no puede conservarse sin renovar constantemente el gasto mineral fosfo-magnesiano de los elementos nerviosos.

LA ENOFOSFORINA SERRA

proporciona alimento mineral necesario á los convalecientes, á los enfermos y á los que tienen su ENERGÍA VITAL comprometida.

SE VENDE EN TODAS PARTES

Depósito General: PELAYO, 9.-BARCELONA

VACANTES

La de médico titular, por falta de aspirantes en la anterior convocatoria, de Codos (Zaragoza), habitantes 927, dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, y 2.750 por la asistencia a las familias pudientes, satisfechas en igual forma por una Junta de suficientes garantías responsable al pago. Solicitudes hasta el 20 de Febrero al alcalde don Leonardo Mañes.

—La de médico titular, por dimisión, de El Frasco (Zaragoza), habitantes 1.150, dotada con 1.000 pesetas anuales, por la asistencia a 25 familias pobres, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, más 2.000 pesetas por iguales, que le satisfará por trimestres una Junta de contribuyentes responsables a su pago. Solicitudes hasta el 20 de Febrero al alcalde D. Francisco Jimeno.

—La de médico titular, por dimisión, de El Poyo (Teruel); su dotación consiste en 500 pesetas la primera, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal y de 2.750 pesetas la segunda, a cuya cantidad responderá a su pago una Junta de contribuyentes formada al efecto. Este pueblo consta próximamente de 200 vecinos, está en la línea del Ferrocarril central de Aragón, distante de las estaciones más próximas 3 kilómetros, buen terreno, lo cruza el río Jiloca, terreno de huerta y sin masías. Además al agraciado se le facilitará casa franca y libre de alquiler, y estará exento de todos los pagos municipales. También existe una Sociedad minera con la cual será fácil podrá contratar con ella. Solicitudes hasta el 16 de Febrero al alcalde D. Román Sánchez.

—La de médico titular, por segunda vez, de Ventosa del Río Almar (Salamanca), dotada con el haber anual de 750 pesetas, satisfechas por trimestres vencidos, por la asistencia hasta 15 familias pobres y demás servicios que se encomiendan en las disposiciones vigentes. Solicitudes hasta el 16 de Febrero al alcalde D. Claudio González.

—La de médico titular de La Puebla de Valdivia (Palencia), dotada con el haber anual de 750 pesetas por la asistencia de las familias pobres que el Ayuntamiento designe y transeuntes que la soliciten, cuya suma cobrará el agraciado de los fondos municipales por trimestres vencidos o anualmente, previo convenio, así como igualmente por las igualas con los vecinos de esta villa y Barrio de la misma, que dista 800 metros, dando acceso al mismo un camino real en buenas condiciones, el importe de 160 fanegas de trigo, pagadas por anualidades, precisamente durante la segunda quincena del mes de Septiembre de cada año de duración del contrato, haciendo constar que el agraciado no necesita emplear ningún utensilio de locomoción dada la proximidad del agregado que se cita. Solicitudes hasta el 17 de Febrero al alcalde D. Félix Zumaque.

—La de médico titular de Zahinos (Badajoz), habitantes 2.594, dotada con el sueldo anual de 1.250 pesetas, pagadas de los fondos municipales por la asistencia de las familias pobres, quedando el agraciado en libertad de celebrar contratos particulares con los vecinos

puddientes. Solicitudes hasta el 18 de Febrero al alcalde D. Manuel Díaz Lima.

—La de médico titular, por dimisión, de Mazaleón (Teruel), habitantes 1.584, dotada anualmente con 1.000 pesetas, pagadas trimestralmente del presupuesto municipal. Asimismo el agraciado con la titular percibirá la suma de 4.000 pesetas más, por trimestres, durante un año, que hará efectivas una Junta para facultativos nombrada al efecto. Solicitudes hasta el 18 de Febrero al alcalde D. Manuel Yuste.

—La de médico titular, por renuncia, de Casas de Juan Núñez (Albacete), habitantes 1.203, dotada con el haber anual de 750 pesetas y 2.750 de igualatorio, cobrado por una Junta de responsables. Solicitudes hasta el 22 de Febrero al alcalde D. Leopoldo Galdámez.

—Las plazas de médico de los partidos de Muez y Estenez, del valle de Guesalas (Navarra), compuestos el primero de cinco pueblos y el segundo de siete y ambos con 3.250 pesetas de sueldo anual, a pagar de fondos municipales y por trimestres vencidos. Solicitudes por correo certificadas acompañadas de los documentos justificativos de su derecho para la de Muez, en el plazo de diez días, por no haber aceptado el cargo el nombrado en el primer concurso; y para la de Estenez en el de treinta días, por haber renunciado la plaza el que la ejercía en propiedad, que terminan los días 10 y 30 del actual, respectivamente. Viguria de Guesalas, 1.º de Febrero de 1919.—El alcalde, Severiano Navarcoreno.

—La de médico titular, por dimisión, del 4.º distrito de Baracaldo (Vizcaya), habitantes 19.429, dotada con el sueldo anual de 2.000 pesetas, pagadas de los fondos municipales por la asistencia de las familias que le correspondan, quedando en libertad de concertar igualas con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 22 de Febrero al alcalde D. Juan de Garay.

—La de médico titular, por dimisión, de Fuentes de Magaña (Soria), que lo componen unas 290 familias de este partido, que lo constituyen Cerbón con su agregado Fueros, Castillejo, Villarraso, Valtajeros con la Torre y esta villa como matriz, estando el pueblo más distante 6 kilómetros, con la dotación anual por ambas plazas de 4.000 pesetas, pagadas por trimestres, disfrutando además el profesor de casa que tiene destinada y libre de consumos. El profesor dimisionario tiene además otros pueblos fuera del partido. Las solicitudes a esta Alcaldía hasta el 20 de Febrero, con el fin de proveer las plazas antes de marcharse el dimisionario.—El alcalde, Angel Izquierdo.



ROBORRENAL ROBERT

(RECONSTITUYENTE)

PREPARADO POR

JOSÉ ROBERT Y SOLER

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT: Lauria, 74.
BARCELONA.

Los Sres Médicos lo recetan en las tres formas:

GRANULAR · ELIXIR · INYECTABLE



LA CLÍNICA MODERNA

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

AÑO XVIII

ZARAGOZA, 1.º FEBRERO 1919

NÚM. 336



ENDOCARDITIS Y EMBOLIAS EN EL PUERPERIO Y POR AFECCIONES GINECOLÓGICAS

POR EL DR. ALVARO GRACIA

DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

Por cariñosa invitación de nuestro querido presidente, el doctor Cospedal, y por haber sido aludido en las últimas sesiones del curso pasado por el Dr. Vital Aza, me permito molestar vuestra atención breves momentos, para ocuparme de las «Endocarditis y embolias en el puerperio y por afecciones ginecológicas», procesos que justifican el que en determinadas ocasiones tengamos que obrar conjuntamente ginecólogos e internistas.

Trató el Dr. Vital Aza de un caso de edema agudo pulmonar post-partum, en el que ambos intervinimos. Me complace en manifestar que en dicha enferma de estrechez aórtica, que hace tiempo trató, cuando yo llegué a su lado había sido resuelto el conflicto con gran habilidad por tan distinguido tocólogo.

Del tema que he elegido he de tratar, presentando a vuestra consideración algunos casos prácticos de mi experiencia, para que sirvan de fundamento a las consideraciones breves de índole clínica que me propongo hacer.

Es la endocarditis proceso de no bien delimitada personalidad nosológica en la actualidad. Al antiguo criterio localicista, en virtud del cual, todo se reducía a la inflamación del revestimiento interno del corazón, ha substituído el concepto etiológico, por el cual, todo proceso infeccioso puede contar, entre sus posibles localizaciones, la lesional del endocardio. Ahora bien; de entre éstos,

las infecciones puerperales son de las que con bastante frecuencia producen cardiopatías endocárdicas y embólicas.

El primer hecho de endocarditis en el estado puerperal ha sido publicado por Builland en la 98 observación de su tratado clínico de las enfermedades del corazón.

Posteriormente, las publicaciones de Simpson y de Virchow, que encontró varios casos de lesiones mitrales en 83 autopsias por afecciones puerperales, y las clásicas de Hervieux, en donde ya queda establecida su naturaleza infecciosa, cuando antes de él se pensaba en la discrasia por retención de urea, y de ácido láctico como elementos irritantes del endocardio, han establecido en definitiva su existencia clínica.

Modernamente, Pasteur y Doleris, en sus investigaciones, ponen de relieve, lo mismo que Netter y Weichselbaum, su hallazgo en las vegetaciones endocárdicas de un estreptococo patógeno. Otros investigadores han encontrado el estafilococo, el colibacilo y aun el pneumococo y gonococo.

Todas las obras clásicas establecen como predominante la localización de las lesiones en el corazón derecho, válvula tricúspide y sigmoideas de la pulmonar. Son bastantes, sin embargo, los casos de lesiones mitrales y aórticas encontradas en necropsias de endocarditis infectantes de origen puerperal.

Mi primera observación se refiere precisamente a un caso de estrechez mitral embolígena, con hemiplejía derecha y afasia, ocurrida en un puerperio séptico. Se trataba de una señora de treinta y seis años, plurípara, que ingresó en mi sala del Hospital de la Princesa en Diciembre del año 1916, a los treinta y cinco días de haber dado a luz y a los dos de haberla ocurrido el accidente de embolia cerebral, con parálisis del lado derecho y afasia. Nos refieren que había tenido *fiebes* todos los días, y que, encontrándose ya *limpia* de calentura, comenzaba a levantarse, cuando bruscamente se sintió indispueta.

En el examen practicado en el hospital se aprecia la matriz con huellas de una involución retardada por atenuada infección residual.

En el corazón, triada sintomática evidente de lesión estonósica de la mitral, redoble presistólico, desdoblamiento del segundo tono y refuerzo del pulmonar. El redoble presistólico es intenso, áspero y con trill, lo cual indica que la lesión mitral es no reciente, retráctil por esclerosis, y cabe pensar que es posiblemente preexistente a la infección puerperal.

Esta enferma por asistolia pulmonar progresiva falleció a los veinte días de estar en la clínica, y en la autopsia comprobamos el siguiente estado de cosas:

Corazón de regular tamaño, grande la aurícula izquierda y las válvulas y anillo de inserción de la mitral, con rugosidades y excrescencias, que al ser comprimidas entre los dedos dan pus. El ventrículo izquierdo, sembrado de rugosidades poliposas, no sólo en el aparato valvular, sino en las paredes.

Ambos pulmones con doble infarto congestivo en las bases, que cruje al escalpelo.

En el lóbulo frontal del hemisferio cerebral izquierdo, región de Broca y territorio de la silviana, fuerte inyección congestiva y trombósica en las ramas anteriores de la arteria.

Sospechamos que esta enferma fuese endoacrdítica antigua, porque al lado de lesiones blandas del endocardio, y francamente purulentas, existían tractus fibrosos en el anillo y valvas de la mitral, así como algunas placas callosas de adherencias pericárdicas, que no suelen observarse en los procesos de tan corta duración y tipo ulceroso.

Al lado de esta forma grave, casi siempre mortal, de endocarditis infectante maligna, de origen puerperal, es preciso acostumbrarnos a descubrir, pues la endocarditis *requiere ser buscada*, otra benigna en cuanto a su evolución, de tipo plástico, exudativo, y en la que es posible un total y completo *restitutio ad integrum* si se trata bien y se evitan los serios peligros de embolia. Es decir, que el concepto de benignidad es relativo.

Caso de embolia mortal ocurrido en los primeros días de infección puerperal localizada y de apariencia benigna. Voy a referiros uno que me impresionó bastante en los primeros años de mi carrera.

Una señora de veinticinco años de edad, en su segundo parto, al cual asistí en concepto de cloroformizador, por aplicación de fórceps en presentación de cara, llevada a cabo por un distinguido tocólogo con esmerada asepsia, y cuya habilidad operatoria fué coronada por la extracción de una niña viva, bien desarrollada, sufrió un desgarro pequeño en el periné.

Curado éste atentamente por el tocólogo, el puerperio se deslizaba en completa apirexia; cuando al séptimo día se hablaba ya de levantar a la enferma, se inician elevaciones térmicas pequeñas, con escalofríos; se observa infectado el pequeño desgarro de aspecto difteroiide, estado general algo deprimido, y tres días más tarde súbitamente es atacada de un intenso dolor en el costado derecho, violenta disnea, tos con expectoración sanguinolenta cada vez en aumento, y por auscultación se comprueba la existencia de un enorme infarto congestivo de casi todo el pulmón derecho con gran soplo bronquial, exageración de vibraciones, macidez y estertores en la base. Es decir, cuadro claro de embolia ma-

siva pulmonar, que en creciente ortopnea y asistolia aguda arrebato a la enferma en el transcurso de ocho horas, haciendo inútil todos cuantos recursos terapéuticos se emplearon.

En los antecedentes de esta enferma pude averiguar existía un primer parto anterior, con feto muerto y puerperio febril de pocos días. ¿Microbismo latente de la mucosa uterina?

Como ejemplo de endocarditis puerperal benigna y de curación completa, total, aunque larga y con los naturales sobresaltos, he de exponeros el por mí observado recientemente de una señora de veinte años, primípara, que dió a luz en 22 de Octubre próximo pasado, en parto rápido, cuatro horas, y que al tercer día comienza su puerperio con elevaciones térmicas. Fué asistida por comadrona. Al solicitar nuestro concurso, compruebo la existencia de rotura cervical uterina en el borde derecho, flemón doloroso en el fondo de saco lateral de ese sitio y sensibilidad grandemente dolorosa en la fosa iliaca derecha, región ovárica. Perdonad si no puntualiza con detalle datos ginecológicos, que en todo caso hará el Dr. García López (D. Tomás), con quien en el acto celebré consulta, y cuyo estado de cosas apreció en dicho día.

Para no cansaros, os diré que en el tratamiento de lavados intrauterinos y cura de la lesión local, llevado a cabo con los ferriamientos de este competente cirujano, el éxito fué total; regularización y cicatrización de la lesión cervical por mí vista a diario; desaparición del flemón parametrial, y cuando el estado local hacía prever una pronta curación a los veintitantos días de proceso, con temperaturas febriles de décimas, algún día sin ellas por las tardes, abandonadas las curas o muy retardadas, volvemos a observar escalofríos y elevaciones mayores de 39 y 39°8, algún día 40°, y la aparición de dos complicaciones a distancia, *flebitis* de la pierna izquierda, dolorosa y con gran tumefacción, que posteriormente se propagó a la derecha, y la existencia de dolores *precordiales* con angustia, lipotimias, sudores y cuadro indudable de *endocarditis* de ventrículo izquierdo. Estaba éste constituido por apagamiento, con sordina de ambos tonos en la punta y foco aórtico, impuro el primero, sin llegar a verdadero soplo de insuficiencia valvular, pero atenuado de intensidad y dando la sensación de lo que llaman los autores en cardiología el estado tomentoso de infiltración del endocardio.

Esta enferma, que desde el comienzo de su infección fué tratada, previo análisis de productos de exudación cervical, con el suero antiestreptocócico cada cuarto o quinto día, vuelto a inyectar en esta fase venosa y endocardítica y con el aceite alcanforado, reulsión yodada precordial, tintura de valeriana, etérea e inyecciones de cafeína en pequeñas dosis, en los estados de eretismo car-

díaco o adinamias múltiples, con los sustos correspondientes, ha curado completamente de su lesión endocardítica puerperal en el transcurso de cinco meses, siendo dada de alta y trasladándose en perfecto estado de salud a Cuenca, donde reside.

Dos cosas quiero consignar como importantes en estos estados, y que someto a la consideración de la Academia. La primera es que conviene a todo trance diagnosticar pronto estos procesos, siendo capitalísima la indicación que hace Barié de que la endocarditis que se espera a diagnosticar oyendo soplos intensos y de tonalidad elevada es endocarditis en periodo de estadio, que ha alterado de tal modo el aparato valvular, que seguramente terminará por la muerte o por la constitución de una cardiopatía indeleble.

La segunda advertencia que hago a los ginecólogos que me escuchan es que ausculten con frecuencia en sus puerperios, y cuando aprecien variantes en el timbre de los tonos normales del corazón se pongan en guardia para llenar dos indicaciones esenciales: el *más profundo reposo* y la *abstención* de los tónicos cardíacos en *dosis elevadas*, sobre todo digital, porque pueden contribuir con su empleo a la producción de embolías.

En las afecciones ginecológicas de tipo gonocócico, salpingítico, he observado dos casos de endocarditis; una aguda, tifoidea, y otra septicémica, de forma lenta, que creo interesante conozcáis.

Es el primero el de una joven de diez y nueve años, casada, que en Marzo de 1913 fuí llamado a asistir en la siguiente situación: llevaba varios días en cama, con dolores agudos en el lado derecho del vientre, febril; y según manifestaciones de la familia, habiendo expulsado en gran cantidad por su vagina un flujo purulento, fétido, verdoso, del cual observé muestras, aunque en menor producción, en gasas que con frecuencia retiraban de su vulva. Por antecedentes que no son del caso y por examen de estos productos, se probó su naturaleza gonocócica.

Requerido el dictamen, por mi parte, de ginecólogo, intervino en exploración y consulta nuestro eminente presidente Dr. Cospedal. Sus palabras textuales fueron: endometritis purulenta, sin que pueda precisar hasta qué punto esa secreción haya podido ser algún pioxalpinx abierto al exterior. Ligera parametritis derecha. Plan de cura local de antisépticos en relación, reposo, hielo, etc.

Se dibujan ya en la enferma signos de hipertermia, estupor, no en relación con la fiebre, sin embargo, y en dos o tres días a lo sumo se constituye un estado de los más alarmantes con el cuadro siguiente: lipotimias frecuentes, escalofríos y sudores vespertinos, temperatura casi constante de 40° 41 y hasta 41,5 muchas tardes.

Del lado cardíaco, ensordecimiento de tonos, taquicardia, hipotensión, gran angustia y terror de muerte próxima.

Con pocas variantes, y sin complicación alguna de otros órganos, este estado duró cuarenta y cinco o cincuenta días, llegándose a curar completamente al cabo de los mismos, y encontrándose hoy indemne de su estado cardíaco; pero, no obstante, ha dado a luz una niña, que le vive hermosa y bien, sufriendo de cuando en cuando ataques salpingíticos, que, aunque leves, han sido objeto de vigilancia por parte del ginecólogo, por si fuese prudente intervenir.

En el tratamiento de esta enferma se empleó el baño general a 33° a diario, durante la hipertemia; suero artificial Hayen—150° cada veinticuatro horas,—aceite alcanforado y cafeína en los momentos de adinamia cardíaca, además de inyecciones de adrenalina e hipofisina.

La segunda historia se refiere a la de una señora de cuarenta y cinco años, que desde hace nueve sufría de un proceso salpingítico del lado izquierdo, con variadas exacerbaciones. En Noviembre del año 1916 solicitó mis cuidados por abscesos de disnea, palpitaciones y crisis de dolores articulares ambulantes reumatoideos.

En la exploración encuentro dolorimiento en la región de anejos del lado izquierdo, fiebres de 37,5 a 38,5, con alternativas casi a diario; palidez extrema de su cuerpo y alteraciones gastrointestinales frecuentes en forma de náuseas, algún vómito, y sobre todo, diarreas. Tiene leucorrea constante.

De su lado cardíaco, tonos impuros, oscuros, suaves, apagados, debilidad de pulso y tendencias disneicas al menor esfuerzo; duerme con tres almohadas. Diagnóstico: endocarditis gonocócica, forma séptica lenta.

En el curso de su proceso, durante cinco meses, observó un día dolor intenso en el riñón derecho, con ligera hematuria. Posteriormente, dolor y tumefacción hepática con ictericia, y, por último, en sus últimos veinte días, intenso dolor en la pierna izquierda, palidez marmórea, con algidez y anestesia, y aparición de manchas violáceas difusas que invaden todo el miembro, propagándose, por fin, y con los mismos síntomas, al otro lado, constituyéndose un síndrome de gangrena simétrica de Reynaud.

Es indudable que estos episodios embólicos sépticos de riñón, de hígado y obstructivos de terminación de arterias aorta o ilíaca, han determinado arteritis múltiples con sus correspondientes trastornos necróticos en los tejidos.

En esta enferma se emplearon sin éxito alguno las vacunas gonocócicas.

Falleció la enferma por el avance de su gangrena con fenómenos de delirio y coma.

* * *

Estos son los hechos que, vosotros mejor que yo, habéis de interpretar; siquiera para terminar os diga algo del tratamiento de estas endocarditis.

Regla interesante de conducta profiláctica ha de ser para vosotros vigilar vuestras embarazadas, reconociendo su corazón con detenimiento, como investigáis la albúmina en previsión de eclampsias. Esas endocarditis antiguas y esos microbismos latentes de la mucosa uterina, que algunos pretenden antecedentes obligados de la mayor parte de las infecciones puerperales, deben ser cuidados en la gestación, exagerando, si cabe, los preparativos asépticos en el acto del parto.

Las infecciones estreptocócicas, estafilocócicas y gonocócicas determinantes de las mismas, son combatidas hoy por las vacunas de Wright, tan bien estudiadas por Mauté.

Resultados favorables se han obtenido. Mi experiencia es satisfactoria en formas monoarticulares de pseudorreumatismos gonocócicos. En un caso de endocarditis gonocócica en un hombre, he visto descender la fiebre y los síntomas generales, a la cuarta inyección de vacuna polivalente. Los fracasos, sin embargo, son numerosos entre los distintos autores que las han empleado.

En cuanto al suero antiestreptocócico o estafilocócico, también les han sido atribuidas curaciones.

La variabilidad del cuadro morbozo y los estados intermedios de gravedad de unas a otras infecciones, hace sembrar la duda respecto al valor de estas medicaciones.

Así, por ejemplo, es difícil pronunciarse sobre el valor preciso de las inyecciones intravenosas de colargol (6 a 10 c. c. de la solución al centésimo), que Netter y Chauffard han encomiado.

Me parece prudente emplear las inyecciones intramusculares de electrargol (5 a 10 c. c.) o las fricciones con la pomada de colargol. Son de menos exposición y se obtienen con ellas los mismos resultados.

Respecto a tónicos cardíacos, opino lo siguiente: en el curso de la endocarditis, sin insuficiencia cardíaca, abstenerse. La digital no es medicación de urgencia.

Pero tan pronto aparezcan los extrasístoles, se debilite el pulso y si, con mayor motivo, el hígado se congestiona y en las bases de los pulmones aparecen estertores y albúmina en las orinas, es preciso recurrir a tres medicaciones: *la digital*, en todos los ca-

sos; cinco gotas de la solución de digitalina cristalizada al 1 por 1.000; diez días, interrumpir cinco y volver otros diez. Además, si el eretismo cardíaco molesta, *hielo* con bolsa aplicada sobre la región precordial, y la tintura etérea de valeriana o el bromuro de quinina en pequeñas dosis y sostenidas. El *aceite alcanforado* al 10 ó el 20 por 100, en inyecciones cada dos o tres horas, un centímetro cúbico, y en casos extremos la de cafeína corriente, de 10 centigramos a 25 centigramos cada seis horas, serán los más convenientes. La digital, en dosis grande, expone a embolías.

La dietética será sencilla; en caso de fiebre, régimen hidrolácteo: un litro de leche y un litro de tisana. Si cede la fiebre, litro y medio de leche y uno o dos potajes con leche.

Reposo prolongado siempre, en la cama, cuando hay fiebre, y reposo en butaca o *chaise-longue*, cuando cesó el movimiento febril.

Pasado el periodo agudo, ante residuos de la endocarditis, soplo ligero mitral o aórtico, hay que acudir a la doble medicación propuesta por Huchard, el yoduro y los arsenicales, y, por último, las aguas minerales cloruradosódicas, tipo Puenteviego.

Respecto a éstas, esperar que el proceso esté bien extinguido, y que un posible episodio endocardítico no esté en evolución. En general, de tres a cuatro meses deben separar el envío de las aguas del ataque agudo de endocarditis.

El objeto del tratamiento termal es el de favorecer el estado general, tonificar el miocardio, calmar el eretismo y prevenir el retorno de un ataque posible.

(Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas)

NOTAS ACERCA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA GESTACIÓN ECTÓPICA

POR EL DR. RICARDO BECERRO DE BENGUA

En algunas ocasiones hemos diagnosticado la existencia del embarazo extrauterino antes de sobrevenir los fenómenos de hemorragia interna por perforación o por aborto tubárico, y con ello hemos podido predecir tales accidentes, y desde el primer momento, tratarlos del modo que, según nuestro criterio, es el más conveniente.

Este diagnóstico precoz, tan sólo en dos ocasiones, ha servido para proponer la intervención laparotómica y extirpar sendos hematosalpinx, uno de ellos a punto de perforarse, e indudable-

mente, portadores de tramas gestantes como en evidencia fué puesto por los análisis histológicos consecutivos.

En otros casos en que hemos anunciado la posible presentación de fenómenos cataclísmicos, se presentaron éstos, en tres, de cinco que lo presagiamos, y las enfermas cumplieron nuestros consejos terapéuticos, aplicándose el hielo al vientre en bolsa de goma y tomando morfina en píldoras de dos centigramos.

Y esto lo aconsejamos, porque teniendo como tenemos anotadas más de cuarenta observaciones de hemorragias internas por embarazo extrauterino, de tres a doce semanas de probable existencia, no hemos visto *ningún caso de muerte*, y de los casos que sabemos que tienen otros ginecólogos, terminados fatalmente, tenemos la idea que fueron laparotomizados con urgencia, y en realidad, no podrían decir si el final desgraciado se debió a lo hemorrágicolesional o a la técnica.

Nosotros, pues, cuando diagnosticamos precozmente la existencia de una gestación ectópica incólume, gestación de poco tiempo, claro está, nos limitamos a esperar la aparición de los fenómenos de hemorragia interna, si es que se producen, para tratarlos primeramente por procedimiento médico.

Damos interés a este diagnóstico, porque los accidentes de hemorragia y su repercusión general y abdominal pueden determinar un cuadro clínico que se presta a confusiones, confusiones que pueden ser desde con el aborto uterino, la indigestión, el íleus, la apendicitis, la torsión del pedículo de ciertos tumores, las perforaciones viscerales, etc. De todas éstas, la confusión más grave y más frecuente es la más vulgar y más tosca; es decir, la confusión con el cólico intestinal, porque es la que pueden cometer las personas menos cultas, y porque los medios que sugiere la dolencia son los purgantes, lavativas, fricciones en el bajo vientre, etc., etc.

La confusión con las otras entidades clínicas, las tendrían tan sólo los ginecólogos y cirujanos o los médicos cultos, y los remedios que emplearían serán, en primer término, prudentes y útiles, tales como la quietud, el hielo y el opio, y más pesadamente, la intervención quirúrgica abdominal, que en manos hábiles, sea la lesión la que fuera, bien puede arreglarse en vientre abierto.

Por estos motivos tiene gran interés práctico todo lo que al diagnóstico del embarazo ectópico se refiere, muy en primer término el conocimiento de los fenómenos cataclísmicos, tan elocuentes de la roturación tubárica, y de un modo particular, especializado el diagnóstico de la gestación ectópica sin romper o «incólume».

La rotura y el aborto tubárico suceden con mucha frecuencia a la gestación salpingiana, aquélla, cuando el injerto ovular se

hace en el istmo de la trompa, y éste, el aborto, cuando la nidación se verifica en la parte ampular. Esto, al menos, lo dicen algunos autores, y como las razones que dan son lógicas, podemos sin escrúpulo, seguir corriendo tan inocente especie. Pero lo que también puede decirse, porque es cierto, es que muchas gestaciones extrauterinas alcanzan tan sólo un muy limitado desarrollo, y luego, habiendo producido o no un hematosalpinx, van reabsorbiéndose lentamente hasta que la trompa adquiere los caracteres de normalidad. Muchos casos quedan como hematosalpinx, que son los que hallamos en algunas intervenciones hechas por otro motivo, y es muy probable que, dada la alteración vascular que en la pared de la trompa se verifica durante la vida de la gestación salpingiana, sobrevengan más tarde hidrosalpinx, del todo inofensivos, o a lo más, ligeramente dolorosos.

Las mujeres que acuden al diagnóstico ginecológico y que lo que tienen es una gestación ectópica incólume, lo hacen porque se creen por algo, con algún proceso obstétrico o ginecológico; la que no tiene ninguna molestia ni ninguna preocupación, no acude al dispensario del especialista.

Puede suceder que la enferma desee ser examinada porque esté amenorreica durante más o menos tiempo, generalmente corto.

Pudiera ocurrir que se presente porque, por el contrario, tenga una menorragia o una metrorragia de mayor o menor duración e intensidad.

Otras se presentan al reconocimiento porque han expulsado por sus genitales colgajos de caduca o una caduca entera.

Y por fin, algunas llegan al ginecólogo para que diagnostique y suprima los padecimientos que las hacen sufrir.

Aquellas que están amenorreicas o creen que están embarazadas de poco tiempo y desean saberlo con exactitud, o sin notarse ningún síntoma de embarazo, quieren saber el motivo de su retraso menstrual. La amenorrea no es un fenómeno constante en el embarazo ectópico, pero durante tres o cuatro semanas suele ser muy frecuente; nosotros casi siempre hemos visto que las enfermas la tienen. Hemos visto varios casos de embarazos ectópicos terminados por accidentes abdominales que no habrían presentado tal signo negativo. En general, sin embargo, puede admitirse como fenómeno constante. Evidentemente tiene la fecundación o el injerto ovular un efecto inhibitorio sobre la hemorragia catamenial, tanto se produzca el injerto en la trompa, en el útero o en el ovario.

Muy de tener en cuenta es la percepción por parte de la mujer de los fenómenos subjetivos del comienzo del embarazo; pero nos-

otros hemos observado que son generalmente mucho más amortiguados que en la gestación normal.

Las mujeres que tienen menorragia o metrorragia detallan como particularidades de las mismas el color oscuro de la sangre y su aspecto siruposo o mucilaginoso. Puede ser, conforme hemos dicho, la pérdida de sangre menorragica, porque sobre poco más o menos se presenta al tiempo correspondiente de la menstruación que siguió a la anterior normal, o puede ocurrir que la metrorragia aparezca antes del tiempo en que debía venir la menstruación normal, después de una completamente fisiológica, o poco o mucho tiempo después de la fecha en que debió presentarse la regla que faltó. Estas pérdidas de sangre lacada, mucoidea, no suelen ser abundantes, pero sí muy duraderas.

En gran parte de los casos estudiados por nosotros han aparecido, coincidiendo con la presentación de fenómenos, *cataclísmicos benignos*; en algunos de ellos, tan escasa importancia han tenido, que las mujeres al percibirlos, apenas si han hecho otro descanso más que echarse durante poco tiempo en la cama, o tan sólo sentarse un rato. Lo que sí ha ocurrido es la repetición de estos fenómenos de *dolor pelviabdominal y mareo, pasajeros*. Esto hay que buscarlo cuidadosamente en la historia clínica de la enferma que se reconoce.

Tampoco la pérdida de sangre es decididamente característica de la existencia del embarazo ectópico, según varios autores; pero nosotros que la damos mucha importancia nos ha inducido, junto con los datos obtenidos por la exploración, a diagnósticos positivos.

La expulsión de mucosa caduca, más o menos completa, es un fenómeno de bastante elocuencia sintomática; pero nosotros, en los cuatro casos que hemos visto ocurrir, ha sobrevenido después de accidentes hemorrágicos peritoneales de diferente intensidad.

La expulsión de membranas deciduales, sin previos accidentes, pueden tener valor si al mismo tiempo reconocemos la existencia de una tumoración anexial. De todos modos, es cosa que se presta a confusiones hasta con la dismenorrea membranosa. He observado un caso de dismenorrea membranosa con expulsión de molde completo y con la existencia de una tumoración lateral; la mucosa tenía los caracteres que antes se consideraban como típicos de la dismenorrea esfoliatriz, tales como las glándulas en sierra, y que ya sabemos que no tienen nada de característico, puesto que han sido halladas constantemente en la etapa prehemorrágica del ciclo histológico menstrual que tiene la mucosa uterina normal; había también en la preparación (hecha por Macau) unas células

grandes en la parte del dermis, que podían tomarse por deciduales; el útero de esta enferma era *pequeño, duro y sin ningún carácter de gestación*; la tumoración anexial muy adherente a las partes vecinas y fluctuante, la diagnosticamos de piosalpinx, pero resultó ser conforme lo vimos en la intervención abdominal que practicamos.

Algunos autores, Ayres entre ellos, han dado tanta importancia a la reacción decidual del dermis mucoso del útero vacío acompañado de tumoración anexial, que en casos dudosos ha llegado a legar la mucosa para estudiarla y ver si existía la tal reacción decidual, y, por lo tanto, asegurar el diagnóstico de embarazo extrauterino. (*Amer. Jour. of. Obst.*, 1892, XXVI, 289 y 306).

Nosotros consideramos tal proceder como muy mala técnica diagnóstica, puesto que sus resultados pueden ser desastrosos. Además, que con razón opina Whitridge Williams, que la falta de reacción decidual de la mucosa uterina no excluye la existencia de gestación ectópica.

Tenemos un caso de embarazo extrauterino que histerectomizamos por el abdomen, porque el útero quedaba muy mal después de la salpingectomía, en el que el estudio histológico de la mucosa, hecho por Coca, no reveló la existencia de reacción decidual. Esto también ha sido aclarado por el estudio de las mucosas uterinas hechos en casos de embarazos ectópicos por Pillier, Cazeams, Tussembroek, Whitridge Williams, etc. A mayor abundamiento, hay investigaciones recientes que demuestran que la caduca falta por completo o está muy poco desarrollada, aun *en la misma trompa* en gestación.

Las molestias que pueden sufrir las enfermas de gestación extrauterina pueden ser o los dolores francamente tubáricos por dilatación del órgano, por distensión del espesor de la pared o por sufusiones hemorrágicas subserosas que producen reacciones peritoneales con náuseas o vómitos que acompañan al dolor. Las molestias dolorosas se presentan, nos parece, con más frecuencia en las mujeres que tenían lesiones crónicas de perímetroanexitis.

En todos los casos que hemos indicado, que constituyen los motivos por los que las mujeres se deciden a ser examinadas por el ginecólogo, podemos hallar más o menos grande una tumoración anexial.

Esta tumoración anexial se distingue a cierta edad del embarazo extrauterino y en ciertas condiciones de morfología, relativa, local, de la mujer que la padece. A veces, antes que la tumoración sea fácilmente apreciable, las molestias sufridas por la enferma y la amenorrea nos ponen en camino de hacer el diagnóstico; pero en la generalidad de los casos, bien prontamente puede hallarse

que la trompa afecta está aumentada de volumen. Algunos autores han escrito que la trompa grávida sufre un prolapso precoz hacia el Douglas. Nosotros creemos que esta afirmación de Taylor no tiene ningún valor clínico. Por lo pronto, los embarazos tubáricos ístmicos es imposible que determinen el prolapso tubárico. Los ampulares sí pueden ser motivo de que su trompa caiga hacia atrás, pero este detalle es tan eventual que no merece siquiera consignarse.

En los muchos casos operados ya de embarazos extrauterinos, en quince años, al principio con mi maestro Recasens, y luego en mi práctica privada y clínica, he visto que la trompa en gestación conserva su situación sobre poco más o menos, y si menciono este detalle es porque, a mi juicio, no debe darse importancia clínica al prolapso salpingiano, como Taylor lo hace.

La tumoración, al principio de la gestación, la hemos hallado casi siempre muy alta, muy difícilmente por la vagina, y mucho mejor con la mano, que por la pared del vientre, contribuye al tacto combinado. Claro está que la tumoración gestante puede estar haciendo juego con otra lesión de los anexos del otro lado, porque ésta preexistiese a aquélla. En este caso pierde interés el carácter de unilateralidad que a la gestación extrauterina se la asigna.

Pudiéramos hallar una enferma que en un lado tuviera un quiste ovárico pequeño, y en el otro una gestación tubárica. El quiste se apreciaría redondeado, resistente, movilizable, en sentidos anteroposterior, interoexterno e interosuperior, y le tocaríamos muy bien por el vientre, colocando a la mujer en posición de *rodillas y besando el suelo* (plegaria mahometana). Esta es una posición que nosotros hacemos adoptar a las enfermas para observar si las tumoraciones pélvicas tienen pedículo, y que es más sencilla y la resisten las enfermas mucho mejor que la de Jayle, que es igual a la de Trendelenburg.

El embarazo tubárico tendría el aspecto de una tumoración a argada, de contornos difusos, bastante elevada, y siguiendo la dirección del borde del ligamento ancho. Su consistencia resulta pastosa y no es dolorosa más que cuando se la comprime mucho.

El quiste völfiano del ligamento ancho suele tener forma alargada como la vejiga natatoria de un pez; su eje mayor, generalmente, sigue la dirección desde el cuello del útero hacia el ligamento infundíbulo pelviado; casi siempre abomba más la hoja posterior del ligamento ancho que la anterior, pero, sobre todo, se percibe muy bien por el fondo lateral de la vagina hacia el fondo posterior, y se le halla tan claramente en la mayoría de casos, que parece que tiende a herniarse y más de una vez he visto

yo que se le ha confundido con *enteroceles* (j). Este quiste, formado a expensas de los restos embrionarios, a nuestro juicio, es fácil de diferenciar de la tumoración formada por el embarazo tubárico, que es muy característico; su consistencia es resistente marcada, su exploración es totalmente indolora y su yacimiento es en pleno parametrio.

Cuando este quiste sobresale mucho hacia el fondo posterior, así como si un quiste ovárico pequeño está enclavado en la pelvis por incarceration sacra pudiera confundirse con un conglomerado lesional, constituido por la trompa gestante, llena de sufusiones hemorrágicas y casi, con seguridad, rodeada de coágulos y de hematomas de la porción tubárica distal, todo ello prolapsado en el Douglas. En este caso, la tumoración es de desigual consistencia en diversos puntos, sus límites laterales son muy difusos, y seguramente la lesión ha quedado así después de accidentes pelviabdominales y de fenómenos lipotímicos más o menos intensos.

El hidrosalpinx también puede confundirse con el tumor tubárico gravídico, pero el hidrosalpinx se aprecia casi siempre con ocasión de una perimetrioanexitis, o acompañando a un piosalpinx del otro lado. Son los hidrosalpinx inexpresivas colecciones tubáricas que se ven como añadidas a otras lesiones, que son las que tienen la verdadera responsabilidad del cuadro clínico que se ofrezca. Podremos encontrar al hidrosalpinx, formando parte de un conjunto lesional de perimetrioanexitis; complicando una retroversión uterina; acompañando a un fibroma, o recordando, en fin, una lesión anterior que pudo darle origen como el piosalpinx (Recasens), o un hematosalpinx, que, por su origen, casi únicamente ligado a la gestación ectópica que determina tan profunda alteración vascular en la pared, daría más tarde lugar a la hidropesía de la trompa, conforme nosotros creemos y ya en otro lugar hemos dicho. Estos caracteres de *lesión muda* y de *acompañamiento* contrastan con los de la gestación tubárica, que tiene *expresión actual* y nos permiten hacer diferencialmente el juicio diagnóstico.

El piosalpinx también tiene suficientes características de producción y de definición lesional para ser confundido con el embarazo tubárico. La historia clínica que ha conducido a su formación puede reconstruirse con facilidad casi siempre, y la reacción perisalpingiana que le sujeta, permitiendo una movilidad dolorosa o no consintiendo la movilización de la tumoración remitente, contribuyen a la conclusión del diagnóstico. Nada diremos si el piosalpinx está en período subagudo o agudo, aun cuando haya reacción pelviabdominal, puesto que esta reacción séptica o *paraséptica* es por parte del peritoneo de lo más elocuente que hallamos en clí-

nica. De la ayuda que puede prestarnos el estudio de la fórmula leucocitaria y proporcionalidad de núcleos, también podemos echar mano para mayor ventaja.

Todas las lesiones anexiales que pueden confundir el diagnóstico de la trompa preñada, por coexistir con un aborto de pocas semanas, daría lugar a un cuadro objetivo muy difícilmente diferenciable del de la gestación tubárica con fenómenos de falso aborto; nuestros cuidados tendrían que tender en estos casos a detallar las características de la lesión anexial y su independencia de la tierna gestación uterina de terminación inminente o consumada. Los caracteres del útero, en tales circunstancias, nos daría motivos de confusión, y esos caracteres tendríamos que aquilatarlos, relacionándoles con la edad del presunto embarazo ectópico, tamaño relativo de la tumoración tubárica, volumen del útero, duración de la amenorrea, etc., etc.

Puede confundir alguna vez para el diagnóstico de la gestación tubárica del lado derecho, los accidentes de apendicitis y los bloques que, dependientes de ésta, pudieran formarse en las proximidades de los anexos. En estas circunstancias podría hallarse una tumoración apendicoanexial, con antecedentes apendiculares, tal vez muy ligeros, que hasta pudieran haber pasado desapercibidos o considerados equivocadamente. El dolor de estómago, los vómitos muy poco repetidos y la fiebre transitoria, podrían haber sido la única manifestación clínica de un absceso cuneiforme apendicular de Aschoff, y, sin embargo, ser el punto de partida de un exudado que, corriéndose hacia los anexos, determinase su inflamación, coagulación y constitución de un bloque adosado al útero. De todos modos, estos bloques se pueden diferenciar bien, y es raro confundirlos con el tumor de la gestación tubárica.

El tumor formado por la trompa que en su pared tiene injerto un óvulo fecundado, es antes de romperse movilizable y no forma un bloque adherente a los parajes vecinos. Su tamaño no es grande, alcanza a lo sumo el de dos dedos de una mano, apretado el uno contra el otro, pero generalmente no alcanza ni ese volumen. Su consistencia es carnosa y no suele ser doloroso ni a la presión ni a los intentos de movilización. Hay que tener muy en cuenta lo fácilmente que puede reventarse la trompa con las maniobras exploradoras poco cuidadosas. Esto debe pensarse al tratar de alcanzar el órgano, que con frecuencia está un poco alto y no prolapsado, como afirmó Taylor.

Aparte de los caracteres de la trompa, en el período que está íntegra, se hallan en el útero modificaciones que ayudan al esclarecimiento del diagnóstico. La matriz está reblandecida, aumentada de volumen y presenta el cuello con el orificio ensanchado,

y su brocal como edematoso. El aumento de tamaño de la matriz no es muy pronunciado; es lo suficiente para apreciar muy bien, y próxima al fondo vaginal anterior su cara inferoanterior y para reconocer su fondo por la profunda palpación yxstasuprapúbica, ayudada del tacto vaginal; en la cara anteroinferior del útero se encuentran los relieves longitudinales que, como estrías gruesas y blandas, resultan tan típicas del embarazo. El tamaño que hemos dicho que llega a alcanzar el útero y que es relativamente escaso, no llega ni en las gestaciones extrauterinas que evolucionan hasta «meses mayores» a pasar del que tiene la matriz en una gestación normal de dos meses cumplidos. Así lo hemos visto en un caso de gestación ectópica a término, con feto muerto hacía pocos días; en otro, con feto del tamaño de cinco meses de vida intrauterina, y otro, tres meses y medio.

Finalmente, hemos de decir que nunca olvidamos el examen de las mamas para ayudar al diagnóstico de la gestación tubárica incólume, porque en ellas hay siempre la suficiente evolución para hallar un dato más en que apoyarnos. QUITAN valor a este fenómeno las circunstancias en que las mamas se hallan durante el año y medio que sigue a un parto, durante cuyo tiempo se ven con frecuencia relativa la nidación ectópica del huevo. Ya hace años nos ocupamos de esto en un artículo que se publicó en los *Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*.

(La Medicina Ibero).

MODALIDADES DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL, Y OPORTUNIDAD DE LA INTERVENCIÓN

POR EL DR. ENRIQUE YÁÑIZ

(SAGUA LA GRANDE) (1)

No me propongo describir todas las variedades de oclusión intestinal, porque esto se hallará, por todo el que lo desee, en cualquier tratado de Patología y Clínica Quirúrgicas, ni es mi objeto molestar la atención de ustedes con una prolongada disertación sobre un tema tan extenso, sino traer a este lugar la relación de algunas observaciones personales, hasta cierto punto, casos raros algunos de ellos, y que ofrecen gran enseñanza.

Sin embargo, no será posible entrar en materia sin antes recordar algunas generalidades sobre la cuestión que nos ocupa y describir la oclusión intestinal propiamente dicha: la interrupción

(1) Leído ante el cuarto Congreso Médico Cubano.

Señor Doctor: ¿Tiene enfermos de ciática o reumatismo articular? Emplee las *Inyecciones hipodérmicas oxigenadas*, dos veces por semana.

¿Son de pulmonía, fiebres tíficas o puerperales? Use *Inyecciones oxigenadas*, de una a dos por día y en cantidades de 500 a 1.000 c. c. Pero en estos casos, debe emplearlas al comienzo de la enfermedad, después son inútiles. Compatibles con todos los tratamientos.

Se alquilan aparatos a los enfermos, previa fianza de 135 ptas.

AGUAS OXIGENADAS.— Retiro, MADRID

Opoterapia pulmonar PULMOBIOSA - A

Extracto orgánico de jugo pulmonar de carnero inmunizado, asociado al fósforo orgánico, para combatir la **Tuberculosis crónica, Bronquitis, Supuraciones pleurales, Osteoartropatía**, etc., etc.

Opoterapia pulmonar PULMOBIOSA - B

Extracto orgánico de jugo pulmonar de carnero inmunizado, conteniendo los fermentos digestógenos microbianos (microcitas, etc.), y los principios vasoconstrictores de la Ergotina y de la Ipeca, para combatir rápidamente la **Tuberculosis aguda, Congestión pulmonar, Neumonía, Bronconeumonía, Pleuresía, Bronquitis aguda, Hemoptisis**, etc., etc. — **ANTIASMÁTICO INCOMPARABLE.**

Pulmo-Aseptina. (Solución inyectable).—El más poderoso antiséptico y tónico de las **Vías respiratorias**. Contra la **Tuberculosis crónica apirética, Bronquitis crónica**, etc. Eleva la Fagocitosis hasta 300 %. En menos de diez días el enfermo recobra todas sus fuerzas de manera asombrosa. El aumento de peso es *inmediato* y la *Tos desaparece rápidamente*.

Pulmo-Aseptol. (Solución inyectable).—Contra los microbios de asociación en la **Tuberculosis aguda**. Antiséptico-febrífugo; regularizador de los *látidos del corazón*. Tónico *Cardíaco* y general.

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

EN ZARAGOZA: RIVED Y CHÓLIZ Y FARMACIA NUEVA

Depósito principal: Armand Kurz. Oficinas: Calle Pelayo, 8. - Barcelona

Infecciones de tipo gripal, por los Doctores Antonio Piga, Médico de la Real Familia, Profesor del Instituto de Medicina legal, y Luis Lamas, Profesor del Instituto de Alfonso XIII y del Instituto de Medicina legal. Con notas de Terapéutica Clínica y Epidemiología de los Doctores Albasanz, Carro, Fernández Sanz, Grinda, Jiménez Azúa, Jiménez Encinas, Juarros, López Durán (B), Marañón, Márquez, Mut, Oliver, Palancar, Peresa, Sievert, Tolosa Latour, Verdes Montenegro.

Herederos de Juan Gilí.—Editores.—Cortés, 581, Barcelona

COMPENDIO DE MEDICINA LEGAL

por A. Lacassagne

Profesor de Medicina Legal en la Universidad de Lyon.

Con la colaboración del Doctor **ESTEBAN MARTIN**.

Sustituto de la Universidad.—Jefe de trabajos en el Instituto Médico-Legal.

Traducción de la segunda edición francesa, adicionada y anotada con la legislación Hispano-Americana, constitución de Tribunales, Estadísticas, etc.

por el Dr. Jorge María Angera

Vocal de la Academia de Higiene de Cataluña.

Ilustrada con numerosos grabados intercalados en el texto y dos láminas en colores. Dos volúmenes en 8.º de 800 páginas cada uno.—Encuadernados en tela, 25 pesetas.

COMPENDIO PRÁCTICO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y SEROTERAPIA

por el Dr. José Crous e Illa

Con un prólogo del Doctor **RAMON TURRÓ**

Director del Laboratorio Microbiológico de Barcelona.

Un volumen en 8.º ilustrado con 53 grabados.—En rústica, 4 pesetas. — En tela inglesa, 5 ptas

TERAPEUTICA MEDICA DE URGENCIA

POR LOS DOCTORES

E. Hirtz

y **Clemente Simón**

Médico del Hospital Necker.

Médico de los Hospitales de Paris.

Traducción de **D. L. Formiguera**

Prólogo del Dr. **P. Esquerdo**.

Un tomo en 8.º de 260 páginas en rústica, 3 pesetas. — Encuadernado en tela inglesa, 4 ptas.

MANUAL DE SOCORROS DE URGENCIA Y TRANSPORTES DE HERIDOS

por el Dr. Ramón Jori Biscamps

Un volumen en 8.º con numerosos grabados.— En rústica, 3 pesetas. — Encuadernado en tela inglesa, 4 pesetas.

LA NEURASTENIA. — SU NATURALEZA, CURACIÓN Y PROFILAXIS

por el Dr. Alfredo Baumgarten

Versión castellana del Dr. **COLLET**

Un volumen de 516 páginas.—En rústica, 5 pesetas. En tela inglesa, 6 pesetas.

LA INFANCIA

Su desarrollo espiritual y corporal y éxitos de la cura Kneipp en las enfermedades nerviosas de los niños. Con un apéndice sobre la parálisis infantil

por el Dr. Aldalberto Kupferschnid

Versión castellana directa del alemán, por **D. MANUEL M.ª ANGELON**

Segunda edición.—1 volumen en 8.º, encuadernado en tela inglesa, 3'50 pesetas.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

por el Dr. Pla y Armengol

Ex-Médico interno del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.

Un volumen en 4.º menor de más de 400 págs. y 56 grabados.—En rústica, 6 ptas. En tela, 7 ptas.

Para pedidos, dirigirse a la Administración de esta Revista, Coso, 18, Zaragoza. 1

del curso de las materias fecales y de los gases. Se la divide en aguda y crónica, completa e incompleta. La primera evoluciona en algunas horas y hasta en dos y tres días, y la segunda puede prolongarse hasta semanas. Puede ser ocasionada por causas que tengan su asiento fuera del intestino, dentro o en sus paredes.

Fuera.—Exteriores: hernias estranguladas, bridas dependientes de inflamaciones del diafragma, o de la pared abdominal o retroperitoneales.

Dentro.—Interiores: cuerpos extraños de cualquier clase, atascamiento fecaloideo.

Del mismo intestino.—Torsiones, vólvulos, estrangulación, tumores de las paredes intestinales, cicatrices, divertículos, etc.

Entre las hernias estranguladas, las hay fáciles de diagnosticar y difíciles. Las primeras ocupan los orificios y conductos apreciables al exterior, por la inspección, por la palpación, como las inguinales, crurales, umbilicales y ventrales.

Las segundas son las llamadas hernias internas, que no se pueden apreciar por la inspección porque no llegan a manifestarse al exterior, y éstas son las más graves, no solamente por las dificultades que ofrecen al diagnóstico, sino también al tratamiento, y son las que requieren la oportunidad de la intervención lo más pronto posible. Son las estrangulaciones internas a través de fosas normales que existen en la cavidad abdominal y que se dejan distender por un asa intestinal a virtud de la presión abdominal aumentada por ejercicios violentos o repetidos. Las más frecuentes son: la hernia de Treitz, de la fosa duodenoyeyunal; la de la cavidad del epiploón o fosa del omento y hiatus de Winslow; la de las fosas retrocecal, ileocecal superior o inferior e ileoapendicular; la de las hendiduras adventicias de la pared abdominal, y las diafragmáticas.

He tenido oportunidad de tratar dos casos de hernia estrangulada diafragmática; uno de ellos debido a la estrangulación del intestino a través de uno de los orificios naturales que dan paso a los vasos y nervios y conductos de la cavidad torácica a la abdominal. Desde luego confieso que a ciencia cierta ignoro en cuál de ellos tuvo lugar; pero por el sitio que ocupaba creo que fuera a través del agujero de Morgagni. A primera vista parecerá extraño que no describa exactamente el lugar preciso de esta hernia; pero si alguno de ustedes ha tenido ocasión de operar un caso de esta índole, admitirá como bien justificada esta excusa.

Resulta asimismo muy difícil el diagnóstico del lugar en que reside una oclusión intestinal cuando la palpación y la exploración de los conductos y orificios naturales no nos dicen nada, y el de la oclusión de que me ocupo en este momento, es uno de

ellos. Únicamente pensando en la posibilidad de que pueda ser de esta categoría el caso que se tiene delante y después de un examen muy atento de los síntomas—sobre todo desde el lado de la exploración de la cavidad torácica—podrá sospecharse y tal vez diagnosticarse como causa de la oclusión una hernia diafragmática.

Ha ocurrido que después de diagnosticada o sospechada se ha tenido que cerrar el vientre sin haber podido descubrir el sitio de la oclusión; esto les ocurrió a Schwart y Rochard, los cuales después encontraron en la autopsia el sitio de la hernia diafragmática estrangulada.

Uno de los casos en que intervine fué el siguiente: Hace dos años y medio, el Dr. Canut y yo vimos a un individuo joven, de naturaleza francés y de oficio curtidor, el que nunca había recibido ningún traumatismo en el tórax. Se encontraba en buena salud, cuando de repente fué acometido de un fuerte dolor hacia el lado izquierdo por debajo de la arcada costal y profundamente en la cavidad abdominal. El compañero atendía al paciente desde tres días antes y le había diagnosticado oclusión intestinal, diagnóstico que acepté, y procedimos a la intervención.

Cuando reconocí al paciente pude observar meteorismo marcado sobre el trayecto del colon transversal, prolongándose la sonoridad hacia la base del tórax. Acusaba a intervalos intenso dolor e insomnio, hipo, desasosiego, gran sequedad en la boca, impermeabilidad en los intestinos, etc.; era evidente el cuadro de la oclusión intestinal. Después de cerciorarnos de que el obstáculo no estaba en el recto, procedimos a la operación, la que se llevó a cabo en el curso del cuarto día.

La anestesia por el método de Laborde. Incisión mediana de doce centímetros a igual distancia por encima y por debajo del ombligo, al objeto de buscar la primera asa del yeyuno, según el procedimiento por mí descrito, tomándola a cielo abierto (*Revista Médica Cubana*, 1904). Esto me permitió recorrer todo el intestino hasta llegar al obstáculo que residía en el ángulo izquierdo del colon, el cual se hallaba rechazado hacia la parte postero-superior de la cavidad abdominal. Llegamos al sitio de la oclusión. Se apreciaba el colon descendente colapsado; tomé éste con la mano derecha y el transversal con la izquierda, y en cuanto cesaban las tracciones volvía a tomar su forma cóncava. Vista la imposibilidad de reducir, de atraer hacia la cavidad abdominal el asa herniada, procedí a ensayar el anillo constrictor con un bisturí de botón, lo que llevé a cabo y pude con facilidad reducir el asa, la cual no había sufrido alteración alguna apreciable en sus paredes.

El aire penetró en la cavidad pleural; así nos lo reveló el ruido característico. Como mejor pude, y en vista de la imposibilidad de suturar el diafragma, dejé colocadas tres pinzas largas de Kocher a manera de agrafes.

El paciente volvió de la anestesia, y al cabo de pocas horas evacuó y expelió gases; el intestino recobró su permeabilidad, desapareció el dolor y el paciente, con gran tranquilidad, nos preguntaba qué era lo que había motivado su enfermedad.

El pulso que durante el acto operatorio decayó mucho, continuó después, decayendo cada vez más a pesar de los excitantes difusibles, hasta que falleció sin un dolor y con todo su conocimiento. Las causas del fallecimiento fueron la estercoremia y el shock.

Resulta grande la dificultad del diagnóstico en esta clase de hernias, al extremo de que algunos cirujanos no han podido llegar a él ni aun durante el acto operatorio, y únicamente en la autopsia han podido darse cuenta del sitio de la oclusión. Nuestro enfermo nos proporcionó un dato que de por sí era un diagnóstico: preguntó si la operación que se le iba a practicar se haría por el pecho.

Las dificultades con que se ha tropezado para la operación por el vientre han hecho el que se recomiende a pesar de los peligros del pneumotórax, para lo que se ha propuesto la operación en una cámara especial de aire enrarecido, dejando también fuera la cabeza del paciente y asimismo los que lo rodean, en virtud de aparatos que tienen por objeto llevar a las vías respiratorias aire comprimido y otros aparatos que conducen oxígeno por unos tubos. De esta manera se pueden realizar grandes intervenciones torácicas, aun en ambas cavidades pleurales a la vez.

Cuando tengamos necesidad de realizar alguna intervención de esta clase y no dispongamos de los aparatos descritos, y que pertenece su invención a Sauerbruch (el de aire enrarecido) y Brauer (aire comprimido) ni del más sencillo de Tiegel, ni el de sobre-presión de Schoemaker, emplearemos el procedimiento de suturar el pulmón a los labios de la herida o a la pleura costal, para disminuir la cavidad, impidiendo la retracción del órgano, o bien taponaremos lo más rápidamente posible con compresas para tratar de evitar el contacto del aire, o que éste no tenga lugar sino lentamente.

Me he extendido algo en la descripción de este caso, porque no obstante la rareza de esta clase de hernias pudieran ser útiles los datos que llevo anotados; pero seré muy breve en la exposición de otro caso de oclusión intestinal producido por una hernia

diafragmática del estómago, duodeno y primera porción del yeyuno.

Esta hernia tuvo lugar a través de una cicatriz consecutiva a herida por instrumento perforo-cortante (puñalada) que hacía doce años había recibido el paciente, y la cicatriz de la pared costal se hallaba al nivel de la línea axilar, en el lado izquierdo. Este individuo tuvo muy poco tiempo de enfermedad y de supervivencia al acto operatorio. El shock se produjo con gran rapidez.

He tenido ocasión de tratar otra variedad de hernia interna, variedad properitoneal. El paciente aquejaba un dolor al nivel del conducto o del anillo inguinal interno (con respecto a la cavidad abdominal) y, sin embargo, ni a la inspección ni a la palpación se descubría nada; pero introduciendo el índice profundamente en el conducto inguinal se percibía dentro de la cavidad del abdomen un tumor duro. Abierto el vientre encontramos que se trataba de una hernia estrangulada a través de una hendidura adventicia de la pared anterior del vientre, próximo al anillo inguinal. El individuo curó.

Otro caso análogo operé después. Se trataba de un individuo de la raza negra, de 60 años de edad, que tenía una hernia inguinal directa en el lado derecho, que antes se reducía con facilidad. Su enfermedad actual databa de cinco días, y durante ese tiempo no pudo evacuar; tenía vómitos y dolor en la región inguinal derecha, meteorismo, apirexia y pulso a 110. Laparatomía lateral; se cae sobre el tumor que era un saco herniario a través de un intersticio del peritoneo próximo al anillo, inguinal. Extraje 16 centímetros de asa delgada, la que presentaba en el sitio de la estrangulación señales de hoja seca, teniendo necesidad de sepultarlas con un Lambert de seda fina. El paciente curó.

Un caso muy interesante es el que voy a referir. Un individuo de mediana edad, cliente del Dr. Mariscal, le llegó al citado compañero con el cuadro clásico de la oclusión intestinal. Decidimos la intervención y encontramos un atascamiento fecaloideo constituido por un tumor estercoreo en la última porción del íleo y que no pudo franquear la válvula íleocecal. A la presión se moldeaba perfectamente, y merced a presiones convenientemente dirigidas, pudimos hacer pasar las materias al ciego.

Esta sencilla intervención, seguida de una enteroclistis, fué coronada por el éxito: el paciente, al poco rato desocupaba su vientre y recobró la salud. El año próximo pasado publiqué en la *Prensa Médica* una observación de estrangulación interna provocada por una diverticulitis, debida a la presencia de un divertículo de Meckel. El paciente era un niño de 14 años, en muy

grave estado. La distensión de las asas intestinales era en tal grado, que tuve que incidir la primera asa que se presentó en la herida para dar salida a más de un litro de materias fecales líquidas. La estrangulación estaba constituida por una brida del mesenterio, la que se cortó entre ligaduras.

En este caso también obtuve éxito: el niño salió curado radicalmente antes de veinte días.

Los casos que acabo de enumerar se refieren todos a oclusión aguda, y voy a describir ligeramente uno de oclusión crónica que operé como a los veinte días del comienzo. Se trataba de un niño de siete años de edad, que ingresó en el Hospital «Pocurull», de esta villa, con síntomas evidentes de una invaginación. A simple vista se notaba el sitio del tumor, que se dibujaba al través de la pared abdominal, lo que es fácil de admitir si se tiene en cuenta que el paciente evacuaba todos los días varias veces y el meteorismo era poco marcado. Encontré el íleon, el apéndice, el ciego y parte del colon ascendente invaginados en el transversal. No existían adherencias a pesar del tiempo transcurrido, y con el auxilio del Dr. Hernández me fué fácil desinvaginar todos estos órganos. Extirpé el apéndice, que estaba excesivamente edematoso, y fijé el ciego a la pared abdominal mediante dos puntos de catgut en asa, al objeto de impedir que se reprodujera la invaginación. El ciego también estaba muy edematoso. El niño salió curado.

El diagnóstico de la oclusión intestinal resulta fácil en muchas ocasiones, difícil en otras e imposible algunas veces; puede resumirse diciendo que por regla general es difícil.

En presencia de un individuo en quien sospechamos una oclusión intestinal por aquejar un dolor localizado—o haberlo tenido con anterioridad, dentro del mismo ataque,—vómitos, meteorismo e imposibilidad de evacuar ni de expeler gases, buscaremos los lugares en que con frecuencia existen hernias, como los anillos y conductos inguinal, crural y umbilical. Además exploraremos los sitios en que tienen lugar alguna vez hernias raras, como las lumbares, isquiáticas, y hasta desconfiar de algún *absceso* de las márgenes del ano o del pliegue de la nalga que pudieran ser una hernia isquiática.

Palparemos en lo posible el vientre al objeto de descubrir una zona dura o pastosa, fijándonos sobre todo en el sitio en que el elemento dolor—que generalmente es el primero en presentarse—hizo su aparición; por último, tendremos en cuenta todas las posibilidades de hernias raras de las que he dado algunos ejemplos, y sobre todo, no perderemos el tiempo esperando reunir un acopio de síntomas para formular el diagnóstico, y mucho menos espere-

mos el signo patognomónico de los vómitos fecaloideos, porque un diagnóstico adquirido de esta manera no nos servirá más que para llenar *el lugar de la causa indirecta de la muerte en el certificado de defunción*. No debe olvidarse que al clínico más experimentado puede ocurrirle que a raíz de haber formulado un diagnóstico de oclusión intestinal se produzca un desatasco de materias retenidas a virtud de pases intestinales crónicas, y no por eso debemos de pensar que nos habíamos equivocado. Lo que sí debemos distinguir es el íleon paralítico, el que es justiciable de un tratamiento médico. Debemos resolver el diagnóstico antes de las 24 horas del comienzo, para no privar al paciente de los beneficios de una intervención oportuna.

El tratamiento médico debe ser empleado siempre que se pueda descartar desde un principio el tratamiento quirúrgico porque encontramos en el recto un atascamiento fecaloideo o bien percibimos en la S iliaca el plastrón que revela un atascamiento; pero aun en estos casos claros pueden fracasar los recursos terapéuticos de orden médico—motivado por la dureza de las materias que no pueden progresar ni diluirse,—y entonces se hará necesario un tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico debe concretarse a la enteroclisia con agua esterilizada y ajustándose a las reglas de cantidad de líquido en relación con la edad del paciente y observando una altura conveniente del depósito, cuidando de no someter los intestinos a presiones exageradas.

Está probado que seis u ocho litros en el adulto, inyectados a una presión moderada, son suficientes para recorrer todo el tubo digestivo y llegar hasta el estómago. En el niño serán suficientes uno o dos litros.

Empleo con frecuencia en mis operados de vientre, para provocar las contracciones intestinales, las inyecciones de pituitrina, y creo que tienen su indicación en las oclusiones intestinales como parte del tratamiento médico, siempre que no sea evidente una causa de orden quirúrgico. El enema eléctrico, metodizado, según las reglas que deben presidir a su aplicación, es un recurso del que he obtenido importantes servicios.

Creo que el tratamiento médico debe concretarse a estos recursos principales, y desde luego que en los atascamientos de la ampolla rectal será preciso algunas veces emplear la cucharilla Kelsey para segmentar los enterolitos, y pudiera prestarnos también mayor servicio nuestro índice. El masaje de la pared abdominal puede servir de coadyuvante.

La oportunidad del tratamiento quirúrgico es indiscutible, desde los primeros momentos, en todo caso de hernia estrangulada, en los de invaginación cuando ha fracasado la enteroclisia

y demás recursos de orden médico, o cuando, desconociéndose la causa, continúan los síntomas a pesar del tratamiento médico. No debe esperarse a que la estercoremia haya agotado las fuerzas del enfermo, y debe plantearse la intervención desde el final del primer día o antes si fuera posible.

El acto operatorio se ajustará a las necesidades de cada caso, y solamente debe concretarse a un año temporal cuando recibimos al paciente profundamente intoxicado o en estado de manifiesta gravedad que no permita llevar a cabo sobre él maniobras de importancia. Así resolví un caso de hernia crural estrangulada, con flemón estercoráceo, en una mujer joven; incidí el absceso y después de minuciosa limpieza del foco suturé a la piel la mucosa intestinal. La paciente reaccionó, y al cabo de cuatro semanas le practiqué la resección de seis centímetros de intestinos e hice una entero-anastomosis latero-lateral con feliz resultado. El asa estrangulada correspondía a la última porción del íleon, de tal modo, que la anastomosis del extremo distal tuve que hacerla a expensas del íleon y del ciego, interesando la válvula de Bohin. En este caso cualquier otra operación que no fuera el ano artificial, hubiera precipitado un desenlace fatal.

(Revista Médica Cubana).

EL URETROSCOPIO

POR EL DR. V. GONZÁLEZ LUGO

DE CARACAS (VENEZUELA)

Al hablar de los nuevos procedimientos de diagnóstico, podemos decir, que la vieja medicina empírica de Hipócrates y Galeno, ha sido vencida, que asistimos a una nueva faz de la Ciencia, es una nueva terapéutica, racional y científica, la que sirve de base a los descubrimientos del último siglo.

Al empirismo ciego de ayer ha seguido una era de luz, en donde el médico moderno, aprovechando los progresos, los utiliza eficazmente, para curar a veces, para aliviar siempre.

Cuánta labor en un siglo de experiencias, que ha dotado a nuestra Ciencia de medios no soñados por nuestros antepasados: la microbiología, nacida entonces, las nociones acerca de la inmunidad, las propiedades de los sueros, los progresos de la cirugía, agigantados en la guerra, que hoy resta millares de hombres a la vida civilizada y tantos otros adelantos que sería prolijo señalar.

Por esa gran brecha, abierta a perfeccionamientos extraordinarios, el médico de hoy llega a penetrar hasta los repliegues más ocultos, antes inexplorados del cuerpo humano, armado para ello con los nuevos aparatos endoscópicos.

Las paredes de la uretra, no han escapado naturalmente a estas exploraciones; el uretroscopio va a permitirnos ver la lesión, hacer un diagnóstico exacto, seguir una terapéutica racional y consciente.

Pero, me dirán ciertos críticos: no hay necesidad de uretroscopio para diagnosticar y curar una uretritis crónica, por ejemplo, ya que sus síntomas clínicos lo permiten fácilmente.

La gota matinal, tan frecuente y tan descuidada, aun de aquellos que bien conocen sus peligros, no nos permitirá, dirán ellos, hacer un diagnóstico de uretritis crónica? El procedimiento de los vasos, no es suficiente para indicarnos qué parte de la uretra es la enferma?

A esto les respondería, que por útil que sea la sintomatología, por precisos que fuesen los medios de localización de la lesión uretral, ellos sólo nos indicaría vagamente la especie, el sitio, en fin, el tratamiento de una de las enfermedades más rebeldes que debemos tratar.

Sería interesante saber si la lesión está, por ejemplo, en la uretra anterior; y ahora yo pregunto, ¿trataríamos de la misma manera las estrecheces situadas en la uretra membranosa, o las del ángulo peneo-escrotal o una lesión localizada a la uretra posterior? Claro que no. Un tratamiento así aplicado sería un procedimiento seguido a ciegas, y cuántas gotas militares le deben a este modo de proceder, su desagradable persistencia.

A estas uretritis crónicas, desesperantes para especialistas y enfermos, apliquemos el uso del uretroscopio y cuando bajo su luz brillante hayamos visto los folículos inflamados, las glándulas de Littré infectadas, las lagunas de Morgagni supuradas; cuando hayamos comprobado la existencia de formaciones poliposas, o de infiltraciones u otras lesiones, sólo entonces desaparecerá el velo impenetrable que hasta ese instante cubría la causa de la rebelde uretritis. Entonces, allí, en el propio foco del mal, llevaremos todo nuestro esfuerzo, y sin irritar en vano, con tratamientos inadecuados, la mucosa sana de la uretra, trataremos eficazmente la fuente de la desesperante infección.

En estas uretritis crónicas, difíciles de curar, será el uretroscopio quien nos informará de una lesión de la uretra anterior, o de la posterior; será él, quien nos permitirá ver al verumontano, ese espejo de las vesículas seminales; diagnosticar una vesiculitis, explicarnos así las recidivas después de clásicos tratamientos, po-

Hijos de J. Espasa.-Editores.-Cortes, 581, Barcelona

Biblioteca Médico-Quirúrgica

COLECCIÓN DE MANUALES PRÁCTICOS

Manual de Medicina Legal y Toxicología

por el Dr. Ch. Vibert

Médico forense del Tribunal del Sena.

9.^a edición revisada y corregida, con un prefacio del

Dr. P. Brouardel

Traducción castellana enriquecida con notas y referencias de la Legislación española vigente

por el **Dr. Manuel Saforcada**

Profesor auxiliar de Medicina Legal y Terapéutica de Barcelona.

Tomo II. — Toxicología

Un volumen de 780 páginas, con una lámina y 80 grabados intercalados en el texto. — Precio al contado de la obra. Rústica, 30 pesetas. — Encuadernada, 35 íd.

MANUAL DE HIGIENE

por Julio Courmont

Profesor de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon.—Médico de los Hospitales.

CON LA COLABORACIÓN DE LOS

Prof. C. Lesiur

Director del Instituto municipal de Higiene de Lyon.

Dr. A. Rochaix

Profesor auxiliar y de Clases prácticas de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon

Traducción castellana enriquecida con notas, referencias a la Legislación española vigente; y un Prólogo por el

Dr. W. Coroleu

Secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Un tomo de 824 páginas, con 223 grabados, algunos de ellos a dos y a tres tintas y una lámina. — Precio al contado. — En rústica, 15 pesetas. Encuadernado, 17'50 íd.

MANUAL DE TERAPÉUTICA

por X. Arnozau

Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Burdeos.—Médico de los Hospitales.

con la colaboración de **Ch. Mongour**

Encargado del curso de Terapéutica de la Facultad de Medicina.

Traducido al español y anotado por el

Dr. F. Corominas

Médico de número de la casa de Maternidad de Barcelona.

TOMO I

Generalidades. — Terapéutica de las enfermedades de la nutrición y de las enfermedades infecciosas. — Revulsión.

4.^a EDICIÓN REVISADA Y CORREGIDA

Formará 2 tomos. El primero de 468 páginas, con grabados en el texto precio al contado. Rústica, 8'50 pesetas. Encuadernado, 11 íd.

Salvat y Compañía S. en C.—Editores.—Mallorca, 220, BARCELONA

Diccionario terminológico de Ciencias Médicas

Contiene cuantas voces y términos son propios de

Medicina, Cirugía, Odontología, Farmacia, Veterinaria y demás Ciencias biológicas

DIRIGIDO POR EL

Dr. León Cardenal

Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid

Con la colaboración de los Doctores Aguilar (F.); Azua; Capdevila; Cardenal (S.);
Coroleu; Fernández Sanz; Marquez; Pi Suñer; Recasens; Salvat (M.);
Soler y Batlle; Tapia; Turró

Edición profusamente ilustrada con láminas en negro y colores. La obra constará de cuatro fascículos de 240 páginas, cada uno, aproximadamente, siendo el precio del primer fascículo 7'50 pesetas al contado.

Episodios de la Guerra Europea.—A nuestra redacción han llegado los cuadernos 93, 94, 95 y 96 de esta importantísima obra, que publica la casa editorial de Alberto Martín, de Barcelona, y cuyo autor es el brillante periodista D. J. Pérez Carrasco, redactor-jefe de uno de los rotativos más importantes de España.

Integran el cuaderno 93, veinticuatro páginas de texto profusamente ilustrado, y el 94 diez y seis páginas y un mapa de Francia a escala de 1 : 6.000.000, a varias tintas.

Se compone el cuaderno 95 de diez y seis páginas de ilustrado texto y un hermosísimo mapa de Alemania a varios colores y a escala de 1 : 6.000.000. En el 96, compuesto de 24 páginas, se dan pormenores de la campaña de los Dardanelos y Gallípoli.

Tanto por la módicidad de su precio (25 céntimos cuaderno) como por su excelente presentación, imparcialidad en sus comentarios, veracidad de sus descripciones y otras relevantes cualidades que esta obra atesora, la recomendamos eficazmente a nuestros lectores.

Se halla de venta en las librerías, centros de suscripciones y en casa del editor D. Alberto Martín, Consejo de Ciento, 140, Barcelona. 3

Memoria del Santo Hospital civil de Bilbao.—Año 1917. En la que se exponen por medio de cuadros estadísticos, hasta los más pequeños detalles del movimiento hospitalario y de la parte administrativa del precitado hospital. 3

Estudio clínico de la litiasis urinaria.—Casuística.—Cálculos del riñón, del uréter, de la vejiga y de la uretra, por el Dr. Angel Pulido Martín, Cirujano del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.

El Dr. Pulido Martín, con la maestría que le caracteriza y de la que tienen conocimiento nuestros lectores por los diversos artículos que ha publicado en nuestra Revista, ha recogido de numerosas observaciones, aquellos datos que merecen por su importancia, el prestar la atención en ellos y los ha publicado en un tomo de 238 páginas, ilustrado con varios fotografías. 3

Prurigo epidémico microbiano.—Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina de Sevilla, por el Dr. Rafael Sancho Fall, Profesor numerario del Hospital provincial y agregado de la Facultad de Medicina de Sevilla. 2

nernos de relieve, este último refugio del gonococo, que allí elabora en silencio sus toxinas, y sus colonias, que asaltan la uretra, en desesperante intermitencia.

El uretroscopio, en fin, indispensable para asegurarnos de la curación completa, definitiva, nos permite afirmar a nuestro cliente la seguridad de la salud.

Otros dirán que el uso del uretroscopio, es un medio de exploración peligroso, que puede ser causa de complicaciones, tales como la cistitis, o la epididimitis. A esto podíamos responder, que con una buena técnica, no habrá lugar a tales objeciones.

Todos sabemos que no se debe intentar la uretroscopia, sino pasado el período agudo, seis semanas del principio de la blenorragia, jamás en el período inflamatorio, reciente, agudo; es cuando el primer vaso de orina emitida esté clara, que podemos hacer uso de él, sin peligro para el enfermo.

El gonococo, es un microbio poco móvil, posee raros movimientos brownianos, sólo poco a poco, y más bien por sus colonias recientes, es que penetra profundamente en la mucosa; además, el esfínter membranoso, es la barrera de seguridad que la Naturaleza nos ha legado. Si en esta circunstancia, introducimos en la uretra así infectada, un tubo uretroscópico, sin duda correríamos el peligro de favorecer la propagación de un mal que tiende naturalmente a hacerlo espontáneamente.

No podemos reprochar tampoco al uso del uretroscopio dificultades infundadas. Los aparatos actualmente usados: el de Luys y el de Goldschmidt, que todos conocemos, son tan simples y prácticos, que su uso puede estar al alcance de cualquier médico que se haya familiarizado un poco con ellos, y visto las imágenes fotográficas de la uretra, en sus distintas fases de infección, en las obras especiales de la materia.

No quiero decir con esto que el uretroscopio es la panacea universal, que con él se curen todas las uretritis; no, pero sí puedo decir que él pone bajo nuestros ojos la mucosa uretral, nos permite hacer un diagnóstico exacto, ver directamente sus lesiones, aplicarles un tratamiento eficaz, y llegar por un medio racional, a un resultado satisfactorio. Y si a veces, la existencia de glándulas de Littré profundamente enquistadas, escapan a su control, si abscesos para-uretrales, o cowperitis quísticas, etc., no podrán ser descubiertas, asociemos entonces el tacto digital, palpemos la uretra bajo el beniqué recto; busquemos en la esponja prostática, o en las vesículas, o en las glándulas de Cowper, el asiento de la lesión, que escapa en vano, y que no descubrimos con la ayuda de tan precioso medio.

Como he dicho, los aparatos más en uso son el de Luys y el de

Goldschmidt, ambos a iluminación interna. El de Luys, se compone de dos tubos, de calibres diferentes, provistos de sus conductores, y de un mango, para colocar la lámpara, provista de un aro, destinado a la lente que agranda la imagen uretral.

Este aparato es destinado al examen de la uretra anterior, aunque algunos practican con él la uretroscopia posterior, exponiéndose a dificultades por su forma rectilínea, a traumatizar la uretra posterior, que sangra, durante la exploración, y entorpece la nitidez de la imagen.

El otro, el de Goldschmidt, se usa para la uretra posterior, es un uretroscopio provisto de un sistema de irrigación, que permite distender la uretra durante el examen. No es rectilíneo como el de Luys, y esta circunstancia facilita su introducción hasta el fin de la uretra. Lleva un aparato óptico, que permite abarcar una gran parte de la uretra posterior.

Para hacer mejor resaltar la importancia que en la práctica tiene el uso del uretroscopio, basta recordar algunas nociones de la anatomía normal y patológica de la uretra, y esto nos permitirá también mejor comprender el mecanismo de la cronicidad de las infecciones de origen blenorragico.

Uretra normal: anatómicamente, se divide en tres partes: uretra esponjosa, uretra membranosa y uretra prostática. Clínicamente, se divide en uretra anterior, formada por la parte esponjosa; la otra, la uretra posterior, formada por la parte membranosa y prostática.

La uretra tiene dos curvaturas: la una anterior, que desaparece con la erección, la otra posterior, que es relativamente fija.

La uretra esponjosa comienza en el meato, y se termina en la uretra membranosa, en su parte posterior se dilata, formando el fondo de saco del bulbo. En ella encontramos repliegues, lagunas y glándulas, llamadas de adelante a atrás: la válvula de Guerin, las lagunas de Morgagni, situadas en serie en la parte superior y laterales de la uretra, verdaderos fondos de saco, surcos de la mucosa, de una profundidad de 3 a 4 milímetros. Las glándulas de Littré, situadas en toda la uretra anterior, sobre todo en su pared superior, y lateral, en donde aparecen bajo la forma de pequeños cráteres, que son los orificios de sus canales excretores. En fin, los orificios de los conductos excretores de las glándulas de Cowper, situados en la pared inferior y perineal, al nivel del fondo de saco del bulbo uretral, que ya conocemos.

En la uretra membranosa, algunas glándulas de Littré, y la uretra prostática, en cuya pared inferior vemos la cresta del verumontano, en cuyo vértice se abre el orificio de la utricula, y a cada lado de éste, la desembocadura de los conductos eyaculadores.

Tres tunicas forman la uretra: una vascular, una muscular y la otra mucosa. Esta última es la que más nos interesa, en el asunto que tratamos.

La mucosa comprende dos capas: la primera superficial, que es la capa epitelial; la segunda profunda, o capa conjuntiva. La mucosa en el estado normal es roja, brillante, uniforme y elástica, al examen uretroscópico.

El estudio de la uretra patológica, la comprobación de las lesiones que el gonococo deja en la mucosa sana, constituyen propiamente hablando, el objeto de la uretroscopia: allí, en pleno campo infectado, en donde el organismo envía sus legiones de leucocitos, allí en el propio epitelio de la uretra, inflamado, tumefacto, traumatizado por los gérmenes invasores, es en donde vamos a comprobar las huellas dejadas, entre elementos extraños a la vida normal, y las reacciones de la defensa leucocitaria.

Al cabo de 36 horas, el gonococo, depositado en la superficie de la mucosa uretral, penetra en ella, hasta su capa conjuntiva; en esta travesía queda herido el epitelio en lo más íntimo de su vida protoplasmática, se degenera, y desaparece a trechos, dejando en estos lugares, descamada la mucosa. Células embrionarias invaden estos sitios, células éstas desprovistas de elasticidad, y dispuestas a neoformaciones, de un tejido también embrionario: el conjuntivo.

Las lagunas y las glándulas, participan de la infección; los gonococos han invadido sus conductos excretores, que como el resto del epitelio, se infiltra de elementos embrionarios.

Más después, a este período inflamatorio, reaccional, descrito a grandes rasgos, llamado infiltración blanda, se sustituye otro, constituido por la aparición de fibras conjuntivas, la infiltración embrionaria se organiza, un epitelio neoformado, pavimentoso, duro, difícilmente permeable a las substancias medicamentosas, constituye el otro período más avanzado de las uretritis a gonococo: el de infiltración dura. Detrás de este epitelio, cuya impermeabilidad lo asemeja al de la piel, puede refugiarse una infección latente, que después de mucho tiempo de silencio, puede encender la agudeza de su origen.

En este período de desorganización, al color rojizo brillante de la uretra normal, se sustituye otro más acentuado, turgesciente, cianótico, hiperhémico. A los pliegues longitudinales, que en número de 4 a 10, dan a la imagen normal de la uretra la forma de los rayos de una rueda, se implanta otra: la infiltración, localizada a los pliegues, con focos mal delimitados, con espesamiento de ellos, dando entonces la imagen comparada por los especialistas a paquetes de hemorroides.

Las glándulas inflamadas, muestran sus orificios excretores enrojecidos, a bordes tumefactos. Las lagunas de Morgagni, están rojas también, salientes, inflamadas, y hasta sangrando al menor contacto.

Estas imágenes descritas a la ligera, son la característica del período subagudo, de ese período congestivo, hiperhémico; más después cuando los vasos sean comprimidos por el tejido conectivo de invasión embrionaria, entonces disminuye el tinte de la mucosa, su color será más pálido, el tejido fibroso ha invadido la delicada mucosa y ha quedado organizada la lesión irremediable; que sin piedad llegará a la estrechez, con sus terribles consecuencias.

Después de lo dicho, queda demostrada sin duda la importancia que el uretroscopio tiene en el diagnóstico de las enfermedades de la uretra; pero no sólo a ello se limita su empleo, si que también, y muy especialmente, a seguir con él un tratamiento racional, adecuado, científico. Allí en el mismo sitio enfermo, bajo el control de nuestra vista, llevamos la solución suficientemente concentrada, allí obramos enérgicamente, sin temor a difundir el cáustico, a la mucosa sana, que debe ser respetada. La electrolisis glandular será dirigida conscientemente, los puntos de fuegos, exactamente localizados, y en fin, las incisiones de abscesos, o estrecheces resistentes, y hasta el cateterismo de los canales eyaculadores.

El uretroscopio, después de haber contribuido tan eficazmente a aclarar el diagnóstico, viene ahora a permitirnos aplicar una terapéutica racional a cada lesión; a tratar las viejas lesiones de la uretritis crónica, fuente de desesperante tenacidad, indócil a los antiguos métodos, a controlar el resultado de la terapéutica instituida, y a afirmar, en fin, la curación completa, sirviendo así de manera precisa a salvar úteros vírgenes que, sin su auxilio, serían contaminados en las primeras caricias de la noche de bodas.

REVISTA DE SEMEIÓTICA

Alteraciones hemáticas en la úlcera gástrica, por el Dr. S. Carro.—No se pueden aceptar como únicas las teorías del aumento de la acidez del jugo gástrico y la disminución de resistencias de la mucosa para la producción de las úlceras de estómago. Cree el autor que hay otros factores hematológicos más que la alcalinidad de la sangre defensiva a tener en cuenta como determinantes para la aparición de la úlcera, y apunta la anemia y clorosis, particularmente en muchachas jóvenes, en las que las cifras del quimismo pueden no estar aumentadas o visiblemente disminuidas, pero esto sólo a considerarse como un factor coadyuvante y no fatalmente determinante.

Desde hace algún tiempo viene haciendo estudios cuidadosos sobre las fórmulas leucocitarias y nulación globular de ulcerosos y esto le va permitiendo formar idea bastante aproximada de la intensidad del proceso y el pronóstico que de él se deriva.

Crítica.—Procedimiento parecido nos había imbuído persona para nosotros queridísima, dosificando la riqueza en hemoglobina de los ulcerosos, para tener una idea algo aproximada de sus pérdidas hemáticas después de gastrorragias. Esperamos impacientes la confirmación de esta nota previa del Dr. Carro, que, genial y sesudo en sus concepciones, nos ofrece un procedimiento de gran utilidad en la práctica profesional.

(El Siglo Médico.—Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas).

REVISTA DE TERAPÉUTICA

La galvano-palpación en las afecciones del tractus digestivo, por el Dr. Sáenz de Santa María.—Uno de los bornes de la corriente galvánica se une a una placa metálica cuyo fieltro se moja en el electrolito y se fija en el dorso; el otro polo es una pequeña bola, también humedecida, para colocarle donde convenga. Se hace pasar la corriente de un miliamperio y se desliza el electrodo móvil por la pared del vientre, sin que produzca sensación en los sanos; pero al llegar a una zona de hiperestesia en los enfermos viscerales, sentirán dolor más o menos intenso y será posible apreciar al propio tiempo rubicundez cutánea y contracción muscular al cierre de la corriente.

Estos fenómenos se verifican solamente en una zona de piel limitada que muchas veces no pasa de un centímetro cuadrado y hasta suele no coincidir con la localización del dolor espontáneo; pero la reacción vasomotriz es un seguro indicador.

La reacción galvánica indica irritación de los nervios terminales en piel, músculos, vasomotores, etc.; más la experiencia ha demostrado que

la irritabilidad de estos nervios terminales corresponde a procesos viscerales.

Cita algunos casos para afirmar el método y propone que los cirujanos lo utilicen antes de las intervenciones como contraprueba.

Critica.—Parece ser de reales aplicaciones el procedimiento; pero no perdamos de vista para las deducciones del mismo, los cambios que en la topografía abdominal pueden existir. Y a este propósito recordamos una señora multipara, pero sin señales de embarazo, que ofrecía en el vacío izquierdo, descansando en plena fosa iliaca sobre sus músculos, una tumoración grande como un útero grávido de cinco meses, libre, algo desplazable, sin pedículos, con una forma de pirámide triangular irregular derribada; reconocida por competentes ginecólogos para ver si debía intervenir, contestaron negativamente, porque..... ignoraban de lo que se trataba. Mas una cuidadosa exploración, después de aquella negativa por tórax y vientre, permitió encontrar que la zona correspondiente al hígado tenía un sonido claro, algo más timpánico que el pulmón inmediato, y que en aquel tumor que se apreciaba parecía hundirse la mano en su parte superior como en la cara superior del hígado; y así era en realidad. ¿Qué hubiese hecho la galvano-palpación en este caso? Perdida de vista la enferma, nada hemos vuelto a saber de ella.

Un nuevo tratamiento de la salpingitis aguda, por J. Ark.—Butt recomienda el uso del sulfato de magnesia cuya agua se cristaliza de la salpingitis aguda. Coloca con un espéculo una media onza de sulfato de magnesia, cuya agua de cristalización ha sido sacada por el calor; es puesta sobre la pared posterior de la vagina y sostenida allí por un tapón de algodón absorbente.

Este procedimiento se repite cada 24 horas, por un período de tiempo de seis a doce días. Se tiene a dieta a la enferma y con un purgante salino.

Lo racional del procedimiento es explicado por el autor, por el hecho de que el sulfato de magnesia es un deshidratante, lo cual alivia el dolor, disminuyendo la tensión de los exudados en las trompas y en la pelvis.

El autor ha usado esta forma de tratamiento en 15 casos de salpingitis aguda, y si no puede asegurar que él cura la salpingitis, él cree que alivia el ataque agudo.

Método práctico para la dosificación del azúcar en la orina, por Camidge.—En vez del licor de Fehling, emplea el autor la solución de Bénédic modificada de la siguiente manera:

Citrato sódico.....	200	gramos.
Carbonato de sosa anhidro.....	100	»
Bicarbonato de sosa.....	10	»

Se disuelven las tres sales en unos 600 c. c. de agua destilada, calentando, y se añade, agitando continuamente, el sulfato de cobre disuelto en 150 c. c. de agua destilada. Después de enfriamiento se completa un litro con agua destilada.

Esta solución es diez veces más sensible que el licor de Fehling y se conserva indefinidamente.

Para emplearlo se miden 5 c. c. del reactivo y se le añaden ocho gotas de la orina en ensayo. Se mete el tubo cinco minutos en baño maría hirviendo y se deja en reposo otros dos minutos.

Si la orina contiene menos de 0,1 por 100 de azúcar o si la sustancia reductora está formada principalmente por pseudolebulosa, aparece una ligera opalescencia verde. Si el contenido en azúcar es de 0,1 a 0,5 por 100, se nota un precipitado verde abundante. De 0,5 a 2 gramos por 100, precipitado amarillo, y más allá de 2 por 100 el precipitado es rojo.

El permanganato potásico en las infecciones anaeróbicas de las heridas, por Fraser B. Gurd.—Una de las principales complicaciones de las heridas de guerra por proyectil, y de las más temibles, es la infección de las superficies cruentas por microbios anaerobios y más particularmente por el vibrión séptico (*Bacillus aerogenes capsulatus*).

Durante varios meses se ha servido el autor del permanganato de potasio en solución acuosa, para la limpieza de las grandes heridas con destrozos considerables, y ha podido comparar su acción con las de otros antisépticos.

Por supuesto, antes del empleo del permanganato y para que su acción sea más eficaz, son indispensables ciertas precauciones, como son: cohibir las hemorragias, drenar y abrir ampliamente las cavidades llenas de sangre o de exudados; excindir todos los tejidos necrosados, sea esta necrosis causada por el proyectil mismo, o por la acción de microorganismos, o por la detención circulatoria local; conservar el riego circulatorio.

En los casos de gangrena gaseosa o de heridas muy infectadas, limpia el autor las heridas con una solución de permanganato potásico al 2 ó 3 por 100 si se opera con anestesia, del $\frac{1}{2}$ al 1 por 100 en el caso contrario. La sensación de quemadura de que se quejan algunos pacientes, es de muy corta duración y desaparece casi siempre en menos de cinco minutos.

Las ventajas del empleo del permanganato son las siguientes:

- 1.^a Es barato, aun en la actualidad;
- 2.^a Es un oxidante poderoso;
- 3.^a Es un germicida activo, aun en disoluciones más diluídas que las indicadas;
- 4.^a Es hemostático, astringente que detiene el desenvolvimiento del edema intersticial;
- 5.^a No macera la piel ni los demás tejidos;
- 6.^a Es un irritante débil a las dosis empleadas, que activa la circulación sanguínea en los tejidos inmediatos;
- 7.^a Su empleo es poco doloroso;
- 8.^a Provoca la aparición rápida de botones carnosos cicatriciales y la eliminación de los elementos necrosados;
- 9.^a No colorea los tejidos normales.

El único pero que se le puede poner, es que ensucia las ropas de cama y las del herido.

Etiología y tratamiento de la enuresis, *por H. C. Cameron.*—Diversas causas se han atribuido a la enuresis. Achacada por unos a la asfixia parcial producida durante el sueño por las vegetaciones adenoideas; por otros a la fimosis; causada en opinión de ciertos autores por deficiencia tiroidea; quien la atribuye a la acción irritante, sobre la vejiga, de una orina excesivamente ácida. El autor sospecha que la verdadera causa de la enuresis es la sugestión.

Para hacer esta afirmación se funda en que este trastorno se observa rarísimamente en los niños muy pequeños, siendo frecuente en cambio en la segunda infancia. La influencia de la sugestión se demuestra por el aspecto del niño cuando es llevado a un hospital a observación: se siente entonces como libre de la obsesión que le dominaba y concluye por no orinarse en la cama. En ocasiones, niños ya curados de la enuresis han vuelto a recaer en cuanto les ha dominado el temor de no poder retener la orina, en circunstancias especiales. Este nervosismo es suficiente motivo de que nuevamente aparezca la enfermedad.

La incontinencia urinaria no se limita, en ciertos casos, a la noche: se hace extensiva también al período de vigilia, y aun alguna vez se observa además incontinencia de heces fecales.

Varios tratamientos se han propuesto:

1. *Operatorios.*—Extirpación de tonsilas y vegetaciones adenoideas. Circuncisión.

2. *Manuales.*—Inyecciones subcutáneas de solución salina en las regiones perineal o pubiana, con objeto de disminuir, por contrairritación, la excitabilidad de la vejiga. Distensión gradual de la vejiga por presión hidrostática. Elevación de los pies de la cama, para que la orina se acumule en el fondo de la vejiga, y deje libre al trigeno vesical de la irritación provocada por el contacto.

3. *Educativo.*—Limitación de bebidas. Despertar al niño por la noche para que orine. Reprensiones y castigos.

4. *Medicamentoso.*—Belladona; extracto tiroideo.

5. *Sugestión simple e hipnótica.*

El autor sostiene que las cuatro primeras clases de tratamientos enunciados son casi inútiles. Alguna rara vez y con médicos muy experimentados, podrán producir algún beneficio, pero esto es excepcional.

La sugestión ejercida sobre el niño, tendrá por objeto devolver la confianza en sí mismo, haciéndole perder el miedo. Muchas veces convendrá, y hasta será necesario, cambiarle de medio, de ambiente. En los casos muy rebeldes se aducirá a la sugestión hipnótica que, según el autor, combate la causa y puede hacerla desaparecer con bastante rapidez.

(España Médica.—Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas.—La Clínica Castellana.—The Lancet.—The Journ. of the Royal Army.—Medical Review).

COLECCIÓN HORIZONTE

Formas clínicas de las lesiones de los nervios

por **Mme. Athanassio - Benisty**

Interna de los Hospitales de París (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de París

Traducido de la segunda edición francesa. Con 81 figuras en el texto y 8 láminas en negro y en colores.

Tratamiento de las lesiones y restauración de los nervios

por **Mme. Athanassio - Benisty**

Interna de los Hospitales de París (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de París

Con profusión de figuras en el texto y cuatro láminas sueltas.

Tratamiento de las heridas infectadas

por **A. Carrel y G. Dehelly**

TRADUCIDO DE LA SEGUNDA EDICIÓN FRANCESA, CORREGIDA

Un tomo en 8.º mayor de 247 páginas, esmeradamente impreso sobre excelente papel, ilustrado con 95 figuras en el texto y cuatro láminas.

Tratamiento ortopédico de los traumatismos y en especial de guerra

I

APARATOS, FRACTURAS, ETC.

CON 262 FIGURAS Y 2 LÁMINAS

por **F. Calot**

Cirujano en Jefe de los Hospitales Rothschild, Cazin, del Oise, del Dispensario y del Instituto ortopédico de Berck; Médico jefe de los Hospitales 22 (Rothschild) y 27 bis, Berck-Plage.

TRADUCIDO DE LA 2.ª EDICIÓN FRANCESA

por el **Dr. Girona y Cuyás**

3

Nociones de Oto-rino-laringología.—Aplicaciones al diagnóstico de las enfermedades comprendidas en la triple especialidad y que constituyen motivo de exclusión para el ingreso en el ejército, por el Dr. J. Simancas, Director del Consultorio Oto-rino-laringológico Municipal de Granada.—Precio, 4 pesetas.

3

Lo que deben saber todas las mujeres.—Cualidades que han de tener las enfermeras.—Los alimentos.—La fiebre.—La asfixia.—La hemorragia.—Los anestésicos.—Los anti-sépticos, por el Dr. Carlos Richet, Profesor de la Universidad de París. (Premio Nobel de Medicina) —Precio, 2 pesetas.—Sociedad general de Publicaciones. Barcelona.

3

A. Maloine et fils, editeurs.—27, Rue de l'Ecole de Medecine.—PARIS

La pratique des maladies de l'estomac

par L. Prou

1 vol in 8.º de VIII-288 pages (1919) prix 6 francs.

En este nuevo libro, que descansa en la observación de más de tres mil enfermos, y que se separa notablemente de los manuales clásicos, el Dr. Prou expone la cuestión y la presenta bajo una forma completa, sin entrar en inútiles detalles científicos, dándolo bajo el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento, a cada método de exploración su valor exacto.

Este trabajo no es una refundición de las obras anteriores del autor, constituyendo un libro enteramente nuevo, responde a su título siendo este el mejor elogio que puede hacerse del mismo.

Etudes cliniques sur la tuberculose 1908-1918

par Emile Sergent

Medecin de la Charité

In 8.º 1919.—Prix 14 francs.

Dos ideas directrices han orientado las investigaciones clínicas del autor sobre la tuberculosis; de una parte la necesidad de fijar los elementos de diagnóstico de la tuberculosis y de otra la importancia del conocimiento del terreno en la patogenia y en el modo de evolución de la tuberculosis.

Con arreglo a ello el autor ha agrupado sus estudios clínicos en cuatro partes: En la primera ha reunido sus publicaciones concernientes a la sintomatología y al diagnóstico (nociones generales sobre el diagnóstico y elementos de diagnóstico de localizaciones).

En la segunda figuran sus trabajos acerca del papel del terreno en la tuberculosis y sobre la patogenia de la tuberculosis.

En la tercera se encuentran sus observaciones acerca del pronóstico y del tratamiento.

En la cuarta agrupa todas sus publicaciones de guerra acerca de la tuberculosis. 1.

Trabajos publicados por el Dispensario de «Enfermedades del aparato digestivo» del instituto Rubio.—Curso de 1917 a 1918. Indice: Conversación clínica, Dr. A. Lara Ruiz.—Manifestaciones agudas de la colemia familiar y su tratamiento, Dr. S. Carro.—Tratamiento fisioterápico de la úlcera de estómago, Dr. S. Carro.—Diagnóstico de la insuficiencia hepática, Dr. S. Carro.—Tratamiento de los ulcerosos gástricos con quimismo hipoclorhídrico, Dr. R. Luis Yagüe.—Formas clínicas de la dilatación gástrica, con un recuerdo de las alteraciones de motilidad y tono del estómago, Dr. A. Lara.—Los nuevos remedios del estreñimiento habitual, Dr. F. Fernández.—Alteraciones hemáticas en la úlcera gástrica, Dr. S. Carro. 1

Cómo se curan los tísicos

LECCIONES DE CLÍNICA TERAPÉUTICA

— POR —

RICARDO ROYO VILLANOVA

Catedrático por oposición,
de Patología y Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Zaragoza

Un tomo de cerca de 600 páginas..... 8 pesetas

A nuestros suscriptores..... 7 »

SECCIÓN OFICIAL

Jubilación de Subdelegados computando para completar los 30 años de servicios los prestados después de cumplir los 65 años de edad.

En la villa y Corte de Madrid, a 16 de Octubre de 1918; en el pleito que ante Nós pende en única instancia entre D. Leonardo Sancho Bonal, demandante, representado por el Procurador D. Eduardo Morales, y la Administración general del Estado, demandada, y en su nombre el Fiscal, sobre revocación o confirmación de la Real orden expedida por el Ministerio de la Gobernación en 16 de Junio de 1917:

Resultando que D. Leonardo Sancho Bonal fué nombrado, con carácter interino, Subdelegado de Medicina de Caspe en 30 de Agosto de 1883, nombramiento que le fué ratificado con el carácter de propietario en 22 de Octubre de 1885:

Resultando que aquel interesado continuó desempeñando el referido cargo, en propiedad y sin interrupción, desde la fecha últimamente citada hasta el 26 de Noviembre de 1915, en que cesó por habersele admitido la renuncia del cargo, que presentó por motivos de salud y por tener sesenta y seis años de edad:

Resultando que durante el desempeño del mismo no consta que se le impusiese nota alguna desfavorable:

Resultando que al ser admitida la dimisión, se juzgó con derecho, D. Leonardo Sancho Bonal, a la pensión remuneratoria de retiro de 800 pesetas anuales, por haber desempeñado durante más de treinta años consecutivos el mencionado cargo y la solicitó del Ministerio de la Gobernación:

Resultando que este Ministerio, por Real orden de 16 de Junio de 1917, dictada de conformidad con lo propuesto por la Inspección general de Sanidad, la Asesoría jurídica y el Real Consejo de Sanidad, en pleno, resolvió: «que el reclamante no tenía derecho a la pensión solicitada», por no concurrir en aquel interesado la segunda ni la tercera de las condiciones que para tener derecho a pensión exigen el artículo 4.º de la ley de 11 de Julio de 1912 y en el 5.º del Reglamento de 5 de Enero de 1915:

Resultando que contra esta Real orden ha interpuesto recurso contencioso en 18 de Julio del propio año 1917 D. Leonardo Sancho Bonal, representado por el Procurador D. Eduardo Morales, formalizando su demanda con la súplica de que se revoque la Real orden recurrida y se declare que por haber desempeñado el referido cargo durante treinta años sin nota desfavorable y haber cesado en él por dimisión fundada en tener cumplida la edad que señalan las disposiciones vigentes, tiene derecho a la pensión remuneratoria de 800 pesetas anuales que le concede la ley de 11 de Julio de 1912 y el Reglamento de 5 de Enero de 1915:

Resultando que el Fiscal ha contestado la demanda con la pretensión de que se confirme la resolución recurrida:

Visto, siendo Ponente el Magistrado D. Pedro María Usera:

Visto el artículo 2.º del Real decreto de 3 de Febrero de 1911, que dice:

«Los Subdelegados cesarán en sus cargos cuando hubiesen cum-

plido los sesenta y cinco años, o antes, si se inutilizasen físicamente y serán separados del servicio cuando incurran en falta grave, justificada en el oportuno expediente, con audiencia del interesado e informe de la Junta provincial de Sanidad en pleno».

Visto el artículo 4.º de la ley de 11 de Julio de 1912, que expresa: «Los Subdelegados de Sanidad que hubiesen desempeñado el cargo sin nota desfavorable, contasen en su desempeño treinta o más años de servicios y cesen o hubieran cesado, por la edad que marca el Real decreto de 3 de Febrero de 1911 (sesenta y cinco años), gozarán de una pensión anual del Estado, de 1.000 pesetas, en las capitales de provincia, y de 800 en las demás poblaciones, en calidad de jubilación remuneratoria de los servicios que vienen prestando gratuitamente, sin necesidad de probar que han realizado servicios extraordinarios».

Considerando que los Subdelegados de Sanidad, con arreglo al artículo 4.º de la ley de 11 de Julio de 1912, y el 5.º del Reglamento de 5 de Enero de 1915, tienen derecho a gozar de una pensión anual del Estado, de 1.000 pesetas, en las capitales de provincia, y de 800, en las demás poblaciones, en calidad de jubilación remuneratoria de los servicios que prestan gratuitamente, siendo preciso, para que puedan adquirir este derecho, que reúnan las condiciones siguientes: Que hayan desempeñado el cargo sin nota desfavorable, que cuenten en su desempeño treinta o más años de servicios y que cesen o hayan cesado en el mismo por haber cumplido la edad de sesenta y cinco años, que es la que marca el Real decreto de 3 de Febrero de 1911, en su artículo 2.º, condiciones todas que se dan y concurren en el recurrente:

Considerando que la Real orden recurrida, al denegar al demandante el derecho a la remuneración que solicita, se funda en que no reúne las condiciones segunda y tercera de los artículos 4.º y 5.º de la ley y Reglamentos citados, no porque desconozca ni niegue que el demandante, Sr. Sancho Bonal, al cesar en el cargo de Subdelegado y tuviera sesenta cinco años ni lo hubiera desempeñado durante menos de treinta, sino porque, prescribiendo el Real decreto de 3 de Febrero de 1911, en su artículo 2.º, que los Subdelegados cesarán en sus cargos cuando hubieren cumplido sesenta y cinco años, deduce que habiendo nacido en 8 de Noviembre de 1849, cumplió la edad reglamentaria en 8 de Noviembre de 1914, en cuyo día debió cesar, no debiendo, en su virtud, serle computado el tiempo que con posterioridad continuó desempeñando el cargo, porque la continuación en el mismo fué ilegal y con infracción del precepto referido, consecuencia indiscutiblemente errónea, porque ni el Real decreto prescribe que no sea computable, a los efectos de la jubilación de los Subdelegados, el tiempo que continúen prestando sus servicios después de cumplida la edad de los sesenta y cinco años, ni disposición alguna legal existe en que por analogía pudiera aplicarse que prescriba no sea abonable a los funcionarios públicos de todo orden en que la jubilación sea forzosa a determinada edad, el tiempo que continúen desempeñando el cargo después de haberla cumplido, si el Gobierno no hubiere hecho uso de su facultad para jubilarle, siendo el propósito y fin de la ley, al conceder a los Subdelegados de Sanidad la pensión en calidad de jubilación, el recompensar los servicios gratuitos y meritorios que prestan, servicios que no pueden desconocerse, ya se hayan prestado antes o después de cumplida la edad de sesenta y

cinco años; y como se halla plenamente justificada la prestación de esos servicios por el recurrente durante más de treinta años, y la causa única de dejar de prestarlos y cesar en su cargo fué la de haber cumplido la edad que marca el Reglamento, su derecho al percibo de la pensión remuneratoria es indiscutible:

Considerando, además, que funcionario alguno público, sin incurrir en responsabilidad, puede abandonar su cargo, ni cesar en él sin estar debidamente autorizado, y, por tanto, el demandante Sancho Bonal no podía «motu proprio», y por el hecho de cumplir la edad reglamentaria, cesar automáticamente en el cargo de Subdelegado, sino que necesariamente hubo de continuar desempeñando hasta que le fué admitida la renuncia, pudiendo en todo caso, si existió responsabilidad, exigirse a la Autoridad o Autoridades infractoras de los preceptos legales; pero sin hacer partícipe de la misma al Subdelegado, que cumplió con celo su deber hasta el momento en que legalmente pudo cesar en su cargo.

Fallamos que debemos revocar y revocamos la Real orden dictada por el Ministerio de la Gobernación en 16 de Junio de 1917, y en su lugar declaramos que el demandante, D. Leonardo Sancho Bonal, tiene derecho a gozar de una pensión anual del Estado de 800 pesetas, en calidad de jubilación remuneratoria por los servicios que durante treinta años ha prestado como Subdelegado de Medicina, de Caspe:

Así por esta nuestra sentencia, que se publicará en la *Gaceta de Madrid* e insertará en la *Colección Legislativa*, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.—Antonio Marín de la Bárcena.—José Bahamonde.—Alfredo de Zavala.—Carlos Groizard.—Pedro María Usera.—Camilo Marquina.—Manuel Velasco.

Publicación.—Leída y publicada fué la anterior sentencia por el Excmo. Sr. D. Pedro María Usera, Magistrado del Tribunal Supremo, celebrando audiencia pública, en el día de hoy, la Sala de lo Contencioso-administrativo, de lo cual, como Secretario de la misma, certifico.

Madrid, a 16 de Octubre de 1918.—Domingo Salazar.

(*Gaceta* 15 Enero 1919)

Sobre cómo debe entenderse en las votaciones que ha de obtenerse la mitad más uno de votos y los votantes son en número impar.

En la villa y Corte de Madrid, a 21 de Octubre de 1918; en el pleito que ante Nós pende en grado de apelación interpuesto por la Administración general del Estado, y en su nombre el Fiscal y don Santiago Prats, también apelante, representado por el Procurador D. Juan García Coca, contra la sentencia dictada por el Tribunal provincial de Barcelona en 27 de Octubre de 1917, sobre nombramiento del Médico titular de Hospitalet de Llobregat; habiendo comparecido como apelado D. Jaime Isern, representado por el Procurador D. Eduardo Morales:

Resultando que abierto concurso por el Ayuntamiento de Hospitalet de Llobregat para cubrir la plaza de Médico titular de dicha población, y solicitado el cargo por los concursantes D. Jaime Isern

y D. Santiago Prats, fué convocada la Junta municipal de dicho Ayuntamiento para la elección interesada, habiendo obtenido, de los 24 concursantes al acto, 12 votos D. Jaime Isern y 11 D. Santiago Prats, apareciendo una papeleta en blanco; en virtud de cuyo resultado, el Alcalde y Síndico, con el Secretario del Ayuntamiento, estipularon las condiciones y formalizaron el correspondiente contrato con el Médico elegido, Sr. Isern, y habiendo recurrido en alzada contra el acuerdo el otro concursante, D. Santiago Prats, en 6 de Julio del propio año, el Gobernador civil de la provincia, previo informe de la Comisión provincial, revocó el referido acuerdo, fundándose en que no se había obtenido la mitad más uno de los sufragios de los asistentes, infringiéndose por lo mismo el artículo 105 de la ley Municipal:

Resultando que contra esta resolución interpuso recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal provincial de Barcelona don Jaime Isern Hombradella, suplicando en la demanda que se revoque el acuerdo del Gobernador recurrido y se declare, por tanto, válido el acuerdo de la Junta municipal de Hospitalet de Llobregat, en virtud del cual se nombró Médico titular del mismo al demandante, y se ordene que se consideren retrotraídos los efectos de dicho nombramiento a la fecha en que fué hecho y condenando en costas a la Administración y a los que se opusieron a estas pretensiones:

Resultando que emplazados sucesivamente el Fiscal y D. Santiago Prats Comas, coadyuvante de la Administración, para contestar a la demanda, evacuaron por su orden el traslado pidiendo se confirme la resolución recurrida, imponiendo las costas al actor, y tramitado el pleito, el Tribunal provincial de Barcelona dictó sentencia el 27 de Octubre de 1917 por la que se revoca la providencia del Gobernador impugnada y se declara, por tanto, válido el acuerdo de la Junta municipal de Hospitalet de Llobregat, a virtud del cual, por votación válida y mayoría absoluta de votos, fué nombrado para el cargo de Médico titular de dicha localidad D. Jaime Isern Hombradella, ordenando que se consideren refraídos los efectos de dicho nombramiento a la fecha en que se realizó, sin hacer expresa condena de costas:

Resultando que contra esta sentencia interpusieron recurso de apelación D. Santiago Prats Comas y el Fiscal, y admitido en ambos efectos y emplazadas las partes han comparecido ante esta Sala el Fiscal a sostener la apelación y los Procuradores García Coca y Morales Díaz, a nombre del citado D. Santiago Prats y de D. Jaime Isern Hombradella, respectivamente, siendo tenidos por partes en la representación con que comparecieron:

Resultando que la sentencia apelada cita como vistos los artículos 1.º y 2.º de la ley de 22 de Junio de 1894; 105, 106, 110, 111, 114 y 140 de la ley Municipal; 40 y 43 del Reglamento del Cuerpo de Médicos titulares de 11 de Octubre de 1904, 12 del Reglamento para el Servicio Sanitario de 14 de Junio de 1891, las Reales órdenes de 1.º de Julio de 1880, y 20 de Febrero de 1881, y las sentencias de 24 de Febrero de 1898, 24 de Noviembre de 1904, 7 de Diciembre de 1910 y 11 de Octubre de 1915, y contiene como fundamentos:

«1.º Que el voto en blanco, que en las votaciones secretas no se puede evitar, no es aplicable a solución alguna en sentido determinado, carece de valor y debe conceptuarse como no emitido, puesto que el que lo emitió no es verdadero votante, sino que finge serlo,

resultando igual que si no hubiera votado, y no sirviendo su presencia para otro efecto aparte de la discusión, que el de figurar en la suma de individuos que deben reunirse para proceder válidamente a la votación.

»2.º Que el artículo 99 de la ley Municipal, al prohibir las abstenciones en la votación pública, establece implícitamente igual prohibición o censura para los votos en blanco, que son verdaderas abstenciones, y es razonable, por lo tanto, que se les aplique la única sanción que puede imponérseles: la de conceptuarles ineficaces y nulos de derecho, como de hecho resultan por su propia inexpressión.

»3.º Que estando impuesta por la ley la obligación de votar, y prohibido el abstenerse, es irrespetuoso y falta de obediencia el excusarlo, con el voto en blanco, defraudando el objeto social para que el votante fué llamado; y resulta ilógico y contrario a las reglas de justicia y de moral que no pudiendo surtir dicho voto efecto alguno útil, haya el de producir, no obstante, el de invalidar la votación total y hacer inútiles los otros votos ajustados a la ley y emitidos por los demás votantes en justa obediencia y cumpliendo sus deberes de ciudadanía.

»4.º Que cuando en una votación el número de votantes no es divisible por dos, no es posible establecer la mayoría con la mitad más uno, ni computar la mitad matemática, porque la persona que hace número impar no ha de conceptuarse fraccionada; y en este caso tan frecuente que normalmente ha de producirse en la práctica la mitad de veces que de votación se trate, la ley no ha podido dejar que se produzcan ocasiones de nulidad y de pleito, debiendo, pues, entenderse, según el espíritu de la ley misma, que al recaer votación acerca de dos únicas personas entre las que se repartan todos los votos válidos asistentes, la mayoría está constituida por un voto de diferencia en más sobre los que tuvo la designación contraria.

»5.º Que el artículo 105 de la ley Municipal, en que se apoya el decreto gubernativo, no es en este caso aplicable, porque se refiere exclusivamente a las votaciones públicas nominales y al caso de empate, que aquí no ocurrió, puesto que hubo un voto de diferencia entre uno y otro de los concursantes.

»6.º Que siendo 12 un voto más que 11 de los 23 válidos que se emitieron y no conceptuándose útil ni bien emitido el voto en blanco, procedía entender elegido a D. Jaime Isern, que fué proclamado; habiendo revestido el acto por completo todas las formalidades legales y sin que, de consiguiente, haya motivo alguno aceptable para fundamentar su nulidad:

Visto, siendo Ponente el Magistrado D. Pedro María Usera:

Aceptando los Vistos y los Considerandos, con excepción del 5.º, de la sentencia apelada; y

Visto el artículo 474 del Reglamento orgánico de esta jurisdicción de 22 de Junio de 1894;

Considerando que aun cuando el artículo 105 de la ley Municipal pueda dar lugar a dudas y a interpretaciones distintas por no haber previsto la ley, que impone a todos los Regidores la obligación de emitir su voto y les prohíbe abstenerse por ningún concepto de emitirlo, el caso de que algún Concejal, prevalido del secreto de la votación, pudiera evadir el cumplimiento de su deber votando en blanco, es razonable, sin embargo, afirmar que cuando un acuerdo ha sido adoptado por una mayoría de votos no puede depender la eficacia

del mismo del capricho o malicia de determinado Concejal que, inconsciente o con olvido de su deber, vote en blanco, pues que el caso de que se trata no es aquel en que la ley exija para la validez del acuerdo un determinado número de quienes hayan de adoptarlo, como en el del artículo 124, porque en este caso y si la votación fuera secreta y resultase en la misma uno o más votos en blanco, entonces ni podrían éstos ser computados en concepto alguno ni estimar que tales votantes integran el número de los que aquélla exige para la expresada validez:

Considerando que para la resolución del caso que se debate ha de tenerse presente que se trata del nombramiento de un Médico titular que se rige por reglas especiales determinadas concretamente en los Reglamentos de 14 de Junio de 1895 y 11 de Octubre de 1904, en el primero de los que y en su artículo 12 se prescribe que el nombramiento de Facultativo se hará por mayoría de votos, ordenándose por el artículo 40 del Reglamento de 1904 que el Ayuntamiento, en unión con la Junta de Asociados, elegirá libremente el Médico titular entre los concursantes, de cuyos preceptos se deduce que para el nombramiento de los Médicos titulares lo que se exige es que el elegido haya obtenido la mayoría de votos o de sufragios en relación o comparación con sus contrincantes, puesto que lo que ha de sumarse es el número de votos obtenidos por cada concursante y no los votos en blanco, por no haber posibilidad de computar éstos a favor de nadie; y como el Sr. Isern obtuvo 12 votos y el Sr. Prats 11, y descontando el voto en blanco que es ineficaz, evidente aparece que el primero resultó con mayoría con respecto al segundo, no pudiendo, en su virtud, ponerse en duda la validez y eficacia del nombramiento del Médico Sr. Isern:

Considerando que a tenor del artículo 474 del Reglamento de 22 de Junio de 1894 las sentencias dictadas en apelación contendrán la condena en costas de la segunda instancia para la parte apelante si confirman las sentencias apeladas.

Fallamos que debemos confirmar y confirmamos la sentencia dictada por el Tribunal provincial de Barcelona el 27 de Octubre de 1917, con las costas al apelante.

Así por esta nuestra sentencia, que se publicará en la *Gaceta de Madrid* e insertará en la *Colección Legislativa*, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.—Antonio Marín de la Bárcena.—José Bahamonde.—Carlos Groizard.—Pedro María Usera.—Camilo Marquina.—Manuel Velasco.—Bernardo Longué.

Publicación.—Leída y publicada fué la anterior sentencia por el Excmo. Sr. D. Pedro María Usera, Magistrado del Tribunal Supremo, celebrando audiencia pública en el día de hoy la Sala de lo Contencioso-administrativo, de lo cual, como Secretario de la misma, certifico.

Madrid, a 21 de Octubre de 1918.—Diego María Crehuet.

(*Gaceta* 15 Enero 1919).

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 21 de Enero de 1919

Preside el Dr. Hernández.

El Dr. Villaverde: «La amiotrofia de Charcot-Marie Footh».

Comienza manifestando que son cuestiones poco bien estudiadas hasta el punto de que consultados los principales autores se ven infinidad de disparidad de criterios.

Un autor alemán presenta a las amiotrofias clasificadas en tres grupos:

- 1.º Por ausencia de núcleos motores.
- 2.º Por miositis y por poliositis.
- 3.º Por circunstancias especiales que se presentan en la tetania.

Otro autor presentó una numerosa estadística en el Congreso de Londres y dividía en dos grandes grupos estas enfermedades. Enfermedades de los músculos congénitas y enfermedades o miopatías adquiridas.

De todas las miopatías, la que tiene más personalidad es la amiotrofia que se caracteriza por la atrofia de los músculos en las extremidades inferiores.

Se refiere a dos casos. El primero lo vió en Suiza. Se trataba de un joven de 23 años, sin antecedentes individuales. Al llegar a los 15 años notó debilidad en los movimientos, que iba aumentando progresivamente acompañada de algunos dolores.

Levantaba mucho los pies al verificar los movimientos y explorado presentaba atrofia de los músculos de la región antero-externa muy marcada en el vasto externo, llevando muy difícilmente los movimientos de flexión y abolición.

Reconocido, presentó abolición de la corriente galvánica, en los nervios y trastornos de sensibilidad traducidos en hipoestesia e hipoalgesia.

El segundo caso es el de un muchacho de 12 años, sin antecedentes patológicos: a los seis años comenzó a notar pocas fuerzas y hasta llegó a caerse por causa de esta debilidad. Estos síntomas se presentaron asimismo en la otra pierna.

Cuando le observó vió en los músculos de la mano una gran atrofia de los músculos de la región tenar.

En las extremidades inferiores presenta como dato importante la caída de la punta del pie.

La exploración eléctrica en los músculos y nervios de las extremidades inferiores acusa inexcitabilidad absoluta.

Los trastornos de la sensibilidad estaban poco o nada marcados.

En cuanto a los reflejos, estaban abolidos los de Aquiles y algo marcado el rotuliano.

Seguidamente presenta al enfermo que, efectivamente, en su marcha progresiva levanta exageradamente los miembros inferiores como si caminase por un plano irregular y no completamente llano y se nota a simple vista la caída del pie por su punta y una gran atrofia de los músculos de la pierna.

El Dr. Sánchez Herreros interviene para felicitar al Dr. Villaverde por los casos que ha presentado y para hacerle al mismo tiempo las siguientes aclaraciones, o mejor dicho, preguntas aclaratorias:

1. Uno de los puntos a saber es todo lo referente al concepto de la atrofilidad: si admite si es esencial del protoplasma nervioso o de los nervios tróficos.

2. Sobre el valor que en todas las amiotrofias tiene la reacción de degeneración, que cree conveniente puntualizar.

3. Puntualizar asimismo el valor de faradización y galvanización en relación con electro-diagnóstico o terapéutici.

El Dr. Villaverde rectifica y dice que la atrofilidad es un asunto complicado, pero en general se puede decir que depende del nervio o de las fibras nerviosas.

El valor de degeneración en el caso por él presentado, es fácil que dé lugar a la necesidad de caer dentro del campo quirúrgico, haciendo alguna tenotomía.

El Dr. Landete. Hace uso de la palabra para presentar un caso de «Glositis crónica de forma ulcerosa».

Dice que es una afección que da lugar a confusiones lamentables con neoplasias de la lengua, que dan lugar a su extirpación, hasta el punto de que a pesar de haber visto muchos enfermos de boca, no ha visto ninguno, después de operado, por cáncer de lengua.

Recuerda a este propósito una comunicación presentada por él sobre «Cáncer lingual».

Cree que el caso que va a presentar tendría más probabilidades de curación si la boca hubiese estado previamente limpia y desinfectada.

Presenta a la enferma, que es una señora de edad avanzada, que manifiesta llevar dos meses de enfermedad y que presenta ulceración en la parte media de la lengua en su lado derecho, de forma atrófica con endurecimiento propio de las neoplasias.

El Dr. Gallego. Presenta una comunicación sobre «Cáncer y tuberculosis». El alcance de esta comunicación es más para hablar de su tratamiento. A este efecto dice que la radiumterapia, que según el comunicante se debe a Gaztelu, ha fracasado hasta el punto de que numerosos cancerosos curados por este medio han vuelto a tener reproducciones.

Preconiza el tratamiento combinado del radio con la tuberculina y afirma la existencia de antagonismo entre cáncer y tuberculosis, hasta el punto de que individuo canceroso no es tuberculoso, y al contrario.

El Dr. Ciga. Dice que creía el objeto del tema sobradamente juzgado y que se ha demostrado no existir antagonismo de ninguna clase, habiéndose patentizado por trabajos hechos el año 1879, la coexistencia del cáncer y tuberculosis.

Otro punto que refuta es el que se refiere a quien hizo la primera observación sobre radiumterapia, que no fué Gaztelu, sino Comar, en Barcelona, con muchísima anterioridad.

El Dr. García Triviño. Suscribe lo dicho por el Dr. Ciga. Habla a propósito de la tuberculina, de la cual se muestra partidario, pero dice que el Dr. Gallego es el que más la desacredita, por cuanto que ha hablado de cáncer tratado por ella.

Respecto a que no haya coexistencia, él ha demostrado lo contrario, y ruega al Dr. Gallego que traiga a la Academia historias clínicas que demuestren su afirmación.

Termina diciendo que la tuberculina es útil, pero no para tratar cánceres.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión inaugural celebrada el 26 de Enero de 1919

Bajo la presidencia del Dr. D. Carlos M. Cortezo y con asistencia de buen número de Académicos, celebró esta Corporación su sesión inaugural.

El Sr. Secretario perpetuo de la misma, Dr. D. Manuel Iglesias Díaz, dió lectura a la Memoria en que se exponen los diferentes trabajos realizados por la Academia en el año anterior, enumerando asimismo las sesiones públicas y solenmes celebradas por la misma para dar posesión de Académicos numerarios a los señores siguientes: don Enrique Fernández Sanz, D. Antonio García Tapia, D. Antonio Simonena Zabalegui, D. Francisco Murillo Palacios, D. José Casares Gil y D. José Goyanes Capdevila.

Después de esta lectura el Presidente concede la palabra al doctor D. Ramón Giménez y García, Catedrático de esta Facultad y Académico encargado por la Corporación para leer el discurso inaugural.

Este versa sobre el interesante tema «El estado actual de la cirugía operatoria del cáncer de estómago».

Comienza manifestando que es conveniente desechar los escepticismos que sobre esta grave lesión han imperado y que son más que nada resultados del acertado diagnóstico en los comienzos de su evolución.

Habla de la antisepsia como único y eficaz medio para llegar tan fácilmente al resultado feliz de estas graves operaciones y considera a la terapéutica médica como complemento del acto quirúrgico.

De tal modo cree en la eficacia del tratamiento quirúrgico de algunas gastropatías, que afirma poder catalogarse la cirugía gástrica en el grupo de las operaciones más usuales y numerosas.

Hace historia retrospectiva de esta terapéutica quirúrgica y desde la simple intervención de fístula gástrica de Sedillot, Verneuil, etc., sigue enumerando los perfeccionamientos de la técnica, citando las gastrotomías valvulares por arquitectura de torsión o por disposiciones tubulares.

Habla de la gastroenterostomía, a la que califica como genial operación de Volfer y enumera las modificaciones que la técnica operatoria ha ido introduciendo, borrando complicaciones que había en su primitiva práctica.

Las perforaciones de las úlceras, recaba una opinión tan unánime en lo relativo a su tratamiento, que todos los cirujanos están de acuerdo en la intervención *a las doce horas* de haberse producido dicha perforación, y esta precocidad en el tratamiento es tan elocuente, que siendo la proporción de mortalidad por este accidente del 90 por 100, con el criterio de la pronta intervención se ha reducido al 28 por 100.

Después de lo expuesto, pasa a detallar lo que estima más interesante de la operatoria del cáncer gástrico.

Gastrectomía.—La primera operación de gastrectomía por cáncer, fué realizada por Cean en 1879, y por el poco resultado que dió, cayó en verdadero descrédito, hasta el punto de que Le Fort, en 1888, dijo que conceptuaba la resección del estómago canceroso como *una detestable operación*.

El año 1898, el Dr. Guinard, publicó un trabajo encabezado con la siguiente proposición: «El cáncer de estómago es una afección quirúrgica en todos los períodos de su evolución. La extirpación del cáncer gástrico, en sus comienzos, es una operación benigna y eficaz. El cáncer del estómago cura por la resección».

Desde entonces comienza el entusiasmo en el cirujano, pero debido a sufrir los enfermos la operación en época avanzada de su lesión por la espera del médico a la presentación del síndrome completo para indicar aquélla, las estadísticas eran poco consoladoras.

Sin embargo, esta operación, puede decirse que pasa por dos fases: una desde 1879 a 1891, en que la resección no alcanza más que a la zona pilórica, y un segundo período, desde esta fecha hasta nuestros días en que la resección de estómago es tan necesaria como la separación de cualquier tumor maligno, cualquiera que sea su localización.

El cáncer del estómago tiene preferencias topográficas, y según estadísticas de Mathieu y Montier, el 70 por 100 tiene su localización al nivel de los orificios y el resto en el píloro.

Se presenta bajo tres formas: cáncer vegetante, cáncer infiltrado y úlcero-cáncer.

Después de estudiar cada una de estas tres modalidades, pasa a estudiar el mecanismo y vías de propagación del cáncer, y dice que esta propagación comprende dos fases: la primera, en el estómago, y la segunda, fuera de él.

Indicaciones operatorias.—Clasifica bajo dos aspectos estas indicaciones: Naturaleza de la enfermedad y condiciones individuales como primer aspecto, y elección del procedimiento más en armonía con las particularidades del proceso patológico, como segundo aspecto.

Para las indicaciones operatorias considera como de gran importancia la existencia más o menos evidente de adenopatía paraestomacal, razonando extensamente esta contraindicación.

Se muestra partidario de alcanzar en la intervención la *extensión máxima*, hasta tal punto, que la simple pilorectomía por cáncer debe desaparecer para convertirse en pilorogastrectomía extensa, habiendo demostrado la clínica con sus resultados postoperatorios no agravarse el pronóstico con estas exéresis extensas.

Demostrada la necesidad de reconocer como único tratamiento del cáncer la intervención quirúrgica, pasa a estudiar los medios operatorios, clasificándolos de este modo: Gastrectomías, gastroenterostomías, gastrotomías y yeyunostomías. Seguidamente pasa a señalar los accidentes postoperatorios, citando entre éstos el shock, la peritonitis, complicaciones gastrointestinales, la inanición y el agotamiento.

Termina su bien documentado discurso diciendo que no ha sido la novedad del tema lo que le ha movido a exponerlo, sino el deseo de insistir sobre la necesidad de no sentir desmayos *ante un problema que dentro de la Cirugía* tiene fácil solución.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural celebrada el 29 de Enero de 1919

Bajo la presidencia del Dr. Cortejarena, se celebró en esta Sociedad la sesión inaugural del curso académico de 1919.

El Secretario general, Dr. Villanueva, dió lectura a la Memoria-resumen, en la que relata detalladamente los trabajos y comunicaciones presentadas durante el año 1918, algunas de las cuales fueron objeto de detenida discusión por la importancia de su tema.

A continuación hace uso de la palabra el Dr. Barragan y Bonet, encargado de la lectura del discurso inaugural. «Relaciones patológicas entre el aparato genital y el urinario de la mujer», es el tema en que fundamenta su discurso el Dr. Barragan.

El disertante hace unas breves consideraciones anatómicas para recordar la estrecha relación que existe entre los dos aparatos, relación que no es de extrañar que exista también en el orden patológico. Estudia a continuación la acción patológica del útero y sus anejos sobre el aparato urinario, que puede manifestarse de tres modos distintos: acción refleja, acción mecánica y por infección.

Habla de la excitación vesical y predisposición a las infecciones vesicales producidas por la repercusión de las congestiones activas de la menstruación y pasivas de la menopausia. Recuerda la influencia de las neuropatías genitales de la mujer, traducidas en dolor vesical y micciones frecuentes. La poliaquiuria y el dolor van casi siempre asociadas y se observan en las metritis con desviaciones: salpingitis, salpingo-ovaritis, prolapsos, cistoceles, etc.

Estudia las perturbaciones de orden mecánico, retención e incontinencia que se presentan en los prolapsos genitales, colpocele anterior, cistocele, alargamiento del cuello uterino, retroversión y tumores pélvicos y abdominales.

La última parte de su discurso, está dedicada al estudio de las infecciones, en sus relaciones con los aparatos genital y urinario, ocupándose extensamente de las diversas formas de cistitis y su tratamiento médico y quirúrgico, cistocele vaginal y uretrocele, rupturas de vejiga y de uretra, infecciones anexiales y flemones pélvicos abiertos en la vejiga, heridas de vejiga en el curso de la laparotomía y cálculos secundarios formados alrededor de los hilos de sutura, pielonefritis gravídica, y por último, la eclampsia.

Al hablar de la eclampsia, estudia la parte que pueda tener en su patogenia la ureogénesis y la ureosecreción. Encarece la necesidad de poner a contribución todos los recursos posibles para diagnosticar la toxemia gravídica, responsable de la eclampsia. La hipertensión, los edemas periféricos y viscerales, el insomnio originado por la toxemia, la disnea nocturna que es su consecuencia y los datos aportados por el análisis químico de la orina, obligan al tocólogo a investigar a fondo los órganos de defensa, estudiando especialmente el valor funcional del hígado y del riñón, y para ello—dice el Dr. Barragan—lo más útil es el estudio de la sangre y más aún, el de ésta comparado con el de la orina, porque todos los factores extrarrenales que actúan sobre la composición química de la orina están, en último término, representados por la composición de la sangre; por tanto, lo que tra-

duce más fielmente el estado funcional del hígado y del riñón es el estudio de la «azotemia» y «constante de Ambard». Insiste nuevamente en que el tocólogo, a la más ligera sospecha de toxemia gravídica, debe ordenar la investigación de la «ureogénesis» y la «ureosecreción».

El trabajo del Dr. Barragan fué muy aplaudido.

El presidente Dr. Cortejarena, pronuncia breves palabras para excusar la ausencia del Ministro de Instrucción pública y recuerda los trabajos que la Sociedad Ginecológica ha realizado en los años que lleva de existencia. Declara inauguradas las tareas de la Sociedad en el presente curso y hace votos para que su labor sea fructífera.

El Secretario, Dr. Villanueva, anuncia la concesión de un premio de 500 pesetas para el autor de la mejor Memoria que se reciba acerca del tema siguiente: «Endocrinología en relación con la patología infantil» y otro premio de 250 pesetas, instituido por el Dr. Cortejarena, para el mejor trabajo de Obstetricia o Ginecopatía, tema libre y de actualidad. El concurso se cerrará el 31 de Octubre de 1919.

BIBLIOGRAFÍA

El número 49 de la *Revista Quincenal* (6.º tomo) contiene interesantísimos trabajos de actualidad, firmados por escritores de primer orden. He aquí el sumario:

- I. «A nuestros suscriptores».
 - II. «Lo que piensan los alemanes», por Georges Blondel.
 - III. «Ideas modernas de educación física», por R. Blanco y Sánchez, Profesor de Pedagogía, fundamental de la Escuela Superior del Magisterio.
 - IV. «La guerra y el catolicismo», por M. Sancho Izquierdo.
 - V. «Una agalla de ciprés», por Tomás Aguiló.
 - VI. «Sobre política tradicionalista», por José Burch y Ventós.
 - VII. «Juan Duns Escoto», por Fr. Mariano J. de Andoih, Franciscano.
 - VIII. «Reyes», por E.
 - IX. «Revista de Revistas», por H.
 - X. «Crónica general», por Pedro Sangro y Ros de Olano.
- Hojas suplementarias.—Nuestros colaboradores.—Libros nuevos.—Publicaciones recibidas.



“JARABE BEBÉ”

(NOMBRE REGISTRADO)

INFALIBLE Y COMPLETAMENTE INOFENSIVO

Cura toda clase de **TOS** lo mismo **nerviosa, seca, catarral, ronca, fatigosa, bronquial, pulmonar, crónica** y especialmente la **TOS FERINA** de los niños.

Evita los tratamientos enérgicos, tan perjudiciales a niños y adultos.

NO CONTIENE bromoformo, ácido fólico, morfina, codeína, heroína ni ningún otro anestésico, cáustico activo y peligroso.

Preparado por **J. Lara Vidal** Farmacéutico, Burjasot (Valencia).

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS DE ESPAÑA

Agentes exclusivos: **J. URIACH y C.ª S. en C., Barcelona**

Productos bio-químicos del Dr. Pagés Corominas

SEROFORCIL (suero biovital)

Excelente regenerador del organismo, activante de las funciones nutritivas y antitóxicas y regulador de los cambios metabólicos.

COMPOSICIÓN

POR VÍA PARENTAL (indoloro por completo)		POR VÍA GÁSTRICA (Polifosforina compuesta)	
Cerebro colesteroína cristalizada	5 centigramos	10 centigramos
Cerebro lecitina cristalizada	5 »	5 »
Núcleo histona del cerebro	2 »	Núcleo legumina	20 »
Cacodilato de sosa	2 »	Arrenal	2 »
Sulfato de estircina	1 miligramo	Nuez vómica polvo	2 »
Agua destilada	2 centigramos	Lecicristalina de huevo	5 »

DOSIS.—Salvo prescripción facultativa, una inyección diaria subcutánea o intramuscular.

DOSIS: Tres cucharaditas de las de café al día, una antes de cada comida.

Indicaciones.—Sorprendentes resultados en los casos de depauperación orgánica o fisiológica. Marasmo. Adinamia de enfermedades agudas y crónicas. Anemias. Convalecencias de enfermedades infecciosas. En todas las enfermedades y trastornos del sistema nervioso central y periférico (gran éxito). Neurastenias, Impotencia. Enfermedades distróficas.

POLIFOSFORINA

(Polvo o inyectable) «indolora», el reconstituyente más poderoso del sistema nervioso. Compuesta de Lecitina cristalizada de cerebro, de yema de huevo y núcleo legumina o fosfonuclina.

Última observación.—Como que las lecitinas y colesteroínas después de cristalizadas para su purificación, son incorporadas al vehículo acuoso en estado coloidal, debe agitarse el tubo antes de la inyección.

Único representante en Aragón: **C. Hernández, Cerdán, núms. 57 y 59, Zaragoza**

BRONQUIOPSÓN

VACUNA MIXTA Para el tratamiento de las afecciones crónicas de los bronquios

Bronquitis crónicas. — Bronquiectasias. — Asma. — Bronquitis fétidas. — Tos ferina, etc.

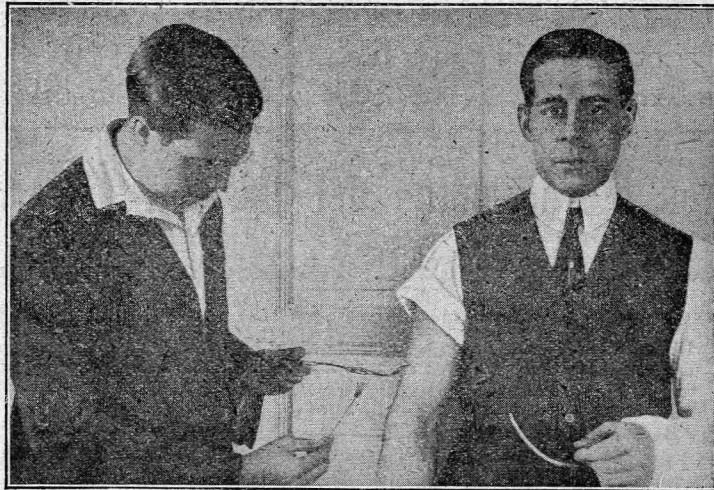
Tratamiento completo en 12 inyectables. — Único preparado español

Muestras y Literatura al Laboratorio HISPANUS de Bacterioterapia

Príncipe Alfonso, núm. 16. — VALENCIA

Análisis clínicos.—Reacciones biológicas.—Autovacunas de todas clases. Vacuna antitífica preventiva, en envases especiales, para vacunación individual, familiar y colectivas numerosas.

YODÓGENO CUBAS



Generador de vapor de yodo inyectable. Poderoso, infalible e insustituible antiséptico que reemplaza ventajosísimamente al yodo y yoduros, en sus múltiples indicaciones, por ser su acción más eficaz y no determinar trastornos de yodismo.

Declarado de petitorio oficial en los Hospitales provinciales, según acuerdo de la Excm. Diputación provincial, en su sesión del 23 de Febrero de 1916, en vista del éxito obtenido en las clínicas de los Doctores D. Francisco Huertas, D. Enrique Capdevila y D. Laureano Olivares, según informe oficial de los referidos médicos, con el visto bueno del doctor D. Enrique Isla, Decano del Cuerpo.

Recomendado con éxito eficaz para combatir el artrismo, la arterioesclerosis, tuberculosis quirúrgica, bien sea de localización cutánea (lupus), sinovial ósea, articular, ganglionar, glandular, las neurosis de origen artrítico, bronquial, gástrico y cefalea crónica; las litiasis y nefritis crónicas, cirrosis hepática y lesiones cardíacas compensadas, lesiones cerebrales y medulares crónicas y en general, en todas las enfermedades en que el tratamiento del yodo y sus sales están indicados.

Caja de ampollas, 5 pesetas. Aparato yodonizador, 3'50 íd.

En provincias, 0'50 pesetas de aumento.

PEDIDOS DE PROSPECTOS Y MUESTRAS A

YODOGENO CUBAS, S. A., Huertas, núms. 15 y 17, MADRID

- D. José Aragonés.—Lérida.—Remitida la conferencia del Dr. Royo, «Enseñanzas de la guerra».
- » Francisco Hidalgo.—Ahillones (Badajoz).—Recibido el giro postal.
- » Félix Ilarri.—Tarazona (Zaragoza).—Remitido el núm. 311.
- » Abelardo Lorenzo.—Ciudad-Rodrigo (Salamanca).—Anotada la suscripción.
- » Arturo Escudero.—Barcelona.—Pagó la suscripción de 1919.
- » Sebastián Justríbó.—Mequinenza (Zaragoza).—Anotada la suscripción.
- » Julián Velilla.—Santa Eulalia (Zaragoza).—Remitidos los números 323 y 326.
- » Mauricio Almazán.—Sigüenza (Guadalajara).—Remitido el número 313.
- » José Torrademé.—Perelló (Tarragona).—Recibido el giro postal.

Solución Benedicto de Glicero-fosfato de Cal con Creosotal

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc. **Frasco 2,50 ptas.** Depósito: Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 43, Madrid, y principales farmacias.

PANTOPON "ROCHE"

Opio total inyectable

PANTOPON "ROCHE" JARABE
Niños: 1a4 cucharaditas de las de café por día.
Adultos: 1a4 cucharadas de las de sopa por día

PANTOPON "ROCHE" COMPRIMIDOS
Adultos: 1a4 por día

PANTOPON "ROCHE" AMPOLLAS
1cc = 0.02 centig. PANTOPON
Adultos: 1a4 amp. por día según los casos
Niños: 1/4 a 1 amp. por día según la edad.

F. HÖFFMANN-LA ROCHE & C^{ie}. PARIS.

Solicítense muestras y literatura al representante para España Don A. Ambroa, Calle Claris, 80- Barcelona

AGUAS DE PANTIGOSA

Prototipo de las nitrogenadas en España.

Sulfurosas sódicas, las de la Fuente del Estómago.

Verdadero clima de altura (1636 metros)

Esta singular y muy importante triada teraréutica constituye un conjunto eficazísimo y único en el mundo para prevenir el desarrollo de la **tisis pulmonar** y curar esta en sus comienzos. La especialidad de las aguas de Panticosa, es tradicional y está comprobada por infinitos hechos repetidos sin interrupción, así en la **tuberculosis** como en la mayoría de las **enfermedades crónicas de las vías respiratorias** y en todos los casos de debilidad orgánica general como en la **anemia** y el **linfatismo** siendo también sumamente útiles en la **dispepsia**, **gastritis**, **enteritis**, **nefritis**, **cistitis**, **infartos del hígado y bazo**, **cálculos hepáticos y renales**, y en todas las enfermedades producidas por retracción de los vicios reumático y herpético.

El balneario dista 32 kilómetros de la estación férrea de Sabiñánico, en la línea de Zaragoza a Jaca, y 50 de la de Laruns en la de Pau; recorriéndose después ambos trayectos en automóviles en unas dos horas. Servicio completo de balneoterapia, hidroterapia y atmíatría.

Lavadero mecánico y estufa de desinfección instalados en 1901.

Tres fondas con cocina española y francesa; habitaciones pintadas al óleo; ascensor en dos de los Hoteles, Iglesia; Hospital para pobres legales; correo y telegrafo, luz eléctrica, Casino, bazares y todo lo que requieren establecimientos de su índole.

Temporada oficial: de 15 de Junio a 21 de Septiembre, dividida en tres períodos, que se diferencian por distintos precios en las habitaciones, a saber:

Precios ordinarios: de 1.º a 15 de Julio y de 16 a 31 de Agosto.

Precios ordinarios rebajados en un 50 por 100 durante los meses de Junio y Septiembre.

Y precios ordinarios aumentados en un 20 por 100 de 6 de Julio a 15 de Agosto.

Las tan renombradas y privilegiadas aguas de Panticosa se exportan en cajas de 12 y 24 litros y 25 y 50 medios, expendiéndose en todas las capitales y poblaciones importantes de España.

Para detalles e informes dirigirse a la Administración general de la Sociedad Aguas de Panticosa instalada en el Balneario en los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre, y en Zaragoza, D. Jaime I. núm. 54, 2.º, el resto del año.

Gran Hotel y Balneario TERMA PRIMITIVA

(Antes viejos de San Roque)

IN

= ALHAMA DE ARAGON =

a cargo de PETRA SANZ E HIJOS

Terma donde existe el famosísimo «BAÑO DEL MORO» construido en 1129

Este Establecimiento, libre de las inundaciones del río Jalón, cuenta con los más ricos manantiales, de los que se surten directamente las duchas y baños en la misma roca con toda la eficacia y temperatura de sus aguas que es de 34º centígrados y desde este año contará dentro del balneario de una cascada o sala de inhalaciones construida con arreglo a la más rigurosa higiene terapéutica. En el Gran Hotel construido a la parte Sur del antiguo edificio y montado a la moderna, encontrará el bañista espaciosas e higiénicas habitaciones, comedores amplios, salón de baile, etc., etc., dominando un variado paisaje.

Telegramas y correspondencia: JOSÉ MARTÍNEZ.—Alhama de Aragón

LIBRO NUEVO

PIOGENIAS

por el Dr. D. RICARDO LOZANO

Catedrático de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Zaragoza.

«Tenemos ante la vista una nueva producción de este hombre infatigable.

El libro, si cabe, es mejor que los anteriores, por llenar a la perfección el fin que se propone: la enseñanza.

Este arte que posee el Dr. Lozano, de reunir en un tomo pequeño, de 200 páginas lo más, tanto material de estudio, no es patrimonio de todos. Sólo una habilidad innata, un dominio muy grande de los asuntos que trata, y «veinte años de enseñanzas», como él dice en el último prólogo, características del profesor de Zaragoza pueden realizar esta labor difícilísima.

En *Piogenias* aparecen perfectamente agrupadas todas aquellas enfermedades capaces de formar pus.

Y este pus al poder formarse en la *piel*, en las *mucosas*, en los *vasos linfáticos* en los *intersticios musculares*, en las *serosas*, en los *huesos*, en las *articulaciones*..., verá el lector, con este solo enunciado, lo extenso que es el asunto y la cantidad de material de enseñanza que en él se encuentra.

Y este es el mérito del libro: recopilar en un tomo asuntos tan diversos y, sin embargo, tan enlazados. ¿No es diversa una *uretritis* de una *amigdalitis*? Pues teniendo una misma patogenia, siendo capaces de formar pus, y asentando en mucosas, la una en la *uretral* y la otra en el *antro-buco naso-faríngeo*, aparecen juntas, reunidas entre las *piogenias* de las *mucosas*.

No nos podemos detener en ir glosando capítulo por capítulo todo el libro; no es nuestra intención, ni podríamos tampoco realizarlo. Basta con lo dicho y con repetir que es un libro como todos los del doctor Lozano.

Es este ilustre profesor el único en España que lanza a la venta, de vez en cuando, estos compendios, que son tan útiles para todos: para estudiantes y médicos de partido, como libros didácticos; para médicos de población como obras de consulta.

Por esta labor que realiza el Dr. Lozano de recopilación y divulgación, tan frecuentemente y tan a la perfección, merece las mayores alabanzas.

En varias ocasiones, y en este mismo sitio, hemos apuntado nuestros justos elogios. Repetimos ahora los mismos (si cabe en mayor grado), con el entusiasmo y la sinceridad de siempre.

RÍOSALIDO».

(De la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas).

Precio del libro: 8 pesetas, con descuento del 10 por 100 a los suscriptores de «La Clínica Moderna»

GRANDES PREMIOS - PARÍS 1900 - LYON 1914

Creosota, Guayaacol y derivados
Fosoto, Tafosoto, Creosoforno
Arhina, Cloroformo
extra puro

PRODUCTOS
LAMBIOTTE HERMANOS

Productos
químico-farmacéuticos
extraídos de la madera y elabora-
dos en sus fábricas. Carbón vegetal,
Alquitrán, Acetato de sosa, Acetato
de cal, Pyrolignito, Acido acético, Acetona,
Metileno, Trioximetileno, Formaldehyda

MUESTRAS Y LITERATURA A LOS
SEÑORES MÉDICOS QUE LO SOLICITEN

Afecciones de las vías respiratorias
Bronquitis, Tos
Coqueluche
Catarrro
etc.

PERLAS TAFOSOTO
LAMBIOTTE HERMANOS

La Creosota
combinada conocida
por Tafosoto da resultados
maravillosos y rápidos en las
afecciones microbianas que producen
el coriza, la bronquitis aguda y crónica,
la coqueluche, la tuberculosis, etc.

Agente general para España: S. NAVARRO
Rambla del Centro, 8 y 10 - BARCELONA

El mejor disolvente de los uratos
Asepsia de las vías urinarias
Reuma articular, Nefritis
Cólicos nefríticos
Tifus, Gota

UROMETINA
LAMBIOTTE HERMANOS

SINONIMOS: Urotropina, Hexametileno tetramina, Formina
Sus principales
propiedades son regenerar
lentamente el formol y disolver
los uratos. Ambas constituyen el punto
de partida para el empleo de "Urometina"

LAMBIOTTE ET C^{IE} SUC^{RES} PARIS-BRUSELAS



SOLUTO VITAL

RECONSTITUYENTE GENERAL DEL ORGANISMO. □ ELIXIR E INYECTABLE

Preparado por J. ARRANS.—Farmacéutico

FÓRMULA: El Elixir, en cada cucharada grande (20 gramos), contiene: Glicerofosfato de cal y de sosa, aa. 0'05 gr.; Arrhenal, 0'02 gr.; Hipofosfito de quinina, 0'01; Fósforo, 0'001 gr.

El Inyectable se presenta en cajas de 15 ampollas de 1 c. c. perfectamente dosificadas y esterilizadas, conteniendo cada una las mismas dosis de la fórmula anterior, sustituyendo en ella el hipofosfito de quinina por $\frac{1}{2}$ miligramo de Cacodilato de Estricnina.

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS.—Aduana, núm. 21, SEVILLA

JARABE ARRANS

— DE —

AMAPOLAS FOSFO-CREOSOTADO

MEDICAMENTO ESPECÍFICO DE LAS ENFERMEDADES
DEL PECHO Y VÍAS RESPIRATORIAS

FÓRMULA

Por cucharada grande:

Fosfo-Creosota soluble.....	0'25	gramos
Codeína	0'005	»
Cloruro Cocaína.....	0'001	»
Alcoholaturo raíces Acónito.....	2	gotas

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS.—Aduana, núm. 21, SEVILLA

17-2-1919

FIRMUGENOL

Medicamento de elección para combatir las enfermedades del sistema linfático en sus diversas manifestaciones

YODO - ARSÉNICO - HIERRO. Principios tónicos y depurativos de plantas silvestres, extraídos por procedimiento especial.

Medicación típica de los trastornos de la pubertad.

Pedro de la Rosa, Farmacéutico

De venta en todas las Farmacias.—Depósito para Aragón: Farmacia de **Don Martín Gómez, Calle de San Pablo, núm. 51. — Zaragoza.**

Extracto de carne del Dr. Castell

PRODUCTO NACIONAL ELABORADO CON LA MEJOR CARNE DE BUEY

Es el «Extracto de carne» del *Dr. Castell*, insustituible por su bondad y esmerada preparación, en los casos de Anemia, Debilidad general, Desnutrición, Tuberculosis, Convalecencias, etc., etc.

PÍDASE EN TODAS LAS FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECÍFICOS

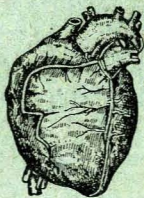
Depósito: Rived y Chóliz, D. Jaime I, 21, Zaragoza

APENAS HABRÁ MÉDICO QUE NO HAYA RECETADO EN LA MAYOR PARTE DE LAS AFECCIONES DEL TUBO DIGESTIVO EL

ELIXIR ESTOMACAL de SÁIZ de CARLOS

Su crédito es ya tal, que ha tomado puesto preeminente en la terapéutica y se le prescribe como un agente poderoso, cuyos admirables resultados no se hacen esperar. Sus efectos son aumentar la secreción del jugo gástrico, auxiliar su poder digestivo, aumentar la tonicidad muscular y nerviosa del estómago e intestino; aumenta el apetito; suprime la pirosis, hiperacidéz y vómitos; tonifica, no sólo el aparato digestivo, sino la economía en general, pues el enfermo come más, digiere mejor, y por consiguiente se nutre, por lo cual es utilísimo en las anemias que dependen de digestiones imperfectas; disminuye y evita las fermentaciones anormales y quita el dolor y la pesadez gástrica, curando la úlcera del estómago, la dilatación y los catarros intestinales en niños y adultos. Es de agradable sabor y completamente inofensivo, lo mismo para el enfermo que para el que está sano; puede usarse a la vez que las aguas minero-medicinales y en sustitución de ellas y de los licores de mesa.

Serrano, 30, Farmacia, MADRID, y principales de España, Cuba, Filipinas, México, América del Sur, Estados Unidos e Inglaterra



CARDIODINAMO

del Dr. Subirá. —. —.

TÓNICO EFICAZ

para combatir las . —. —.

enfermedades del corazón.

— DE VENTA: EN PRINCIPALES FARMACIAS Y OROGUERIAS —

La Clínica Moderna

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Premiada con Medalla de Oro en la Exposición Hispano-Francesa de 1908

PUBLICADA

BAJO LA DIRECCIÓN DE LOS DOCTORES

RICARDO ROYO VILLANOVA RICARDO LOZANO MONZON

CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA
Y CLÍNICA MÉDICAS

CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA
Y CLÍNICA QUIRÚRGICAS

ADMINISTRADOR-GERENTE

F. Saenz de Cenozo

Inspector provincial de Sanidad por oposición
Profesor-Auxiliar
de la Facultad de Medicina



SUMARIO

SALHI (H.): Naturaleza y etiología de la influenza. Concepto del virus complejo.—GARCÍA NAVARRRO (V.): Breve estudio de la etiología, patogenia y diagnóstico de los cálculos vesicales.—ALOU (P.): Nuevas orientaciones opoterápicas.—PERDOMO HURTADO (B): Relación de un caso de epilepsia, de origen específico, curado con el mercurio.—RATERA (S. Y J.): Un caso de rinofima curado con radio.

Revista de Terapéutica.—Tratamiento del chancro blando y del bubón abierto por medio de la fumigación yodada.—El escorbuto en los niños.

Fuera de texto.—Vacantes.—Academia Médico-Quirúrgica Española.—Real Academia Nacional de Medicina.—Sociedad Ginecológica Española.—Asamblea de Médicos titulares.—Concursos.—Anuncios.

Véase correspondencia administrativa, pág. 2, sección de anuncios.

PRECIOS DE SUSCRIPCION

España, un año	12 pesetas
Extranjero, un año	15 francos
Número corriente	75 céntimos
Id. atrasado	1'50 pesetas

Anuncios según tarifa que se remite a quien la solicite

TRATAMIENTO RACIONAL

de la ANEMIA y todos los CASOS de DESNUTRICION

HORSINE

 (JUGO de CARNE de CABALLO concentrado é inalterable)

La **HORSINE** es el más poderoso regenerador del organismo

Dosis y empleo : 3 à 6 cucharadas diarias.

Depósito general para España: Cebrían y C.^a, Puerta Ferrisa, 18. BARCELONA

Tuberculosis Pulmonar y Quirurgica

RADIODINE

 (Iodo-Menthol) Radifère

Mode Implear de la RADIODINE :

Una inyeccion intramuscular diaria durante un mes ; Despues una cada dos dias durante tres semanas, o sea por todo cuarenta inyecciones.

NO SE ADMITEN LIBRANZAS DE LA PRENSA PARA EL PAGO DE SUSCRIPCIONES

DIRECCION PARA LA CORRESPONDENCIA: COSO, NUMERO 18. — TELEFONO 321

FARMACIA DE RÍOS HERMANOS

Dr. G. RÍOS Sucesor

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

NACIONALES Y EXTRANJERAS

AGUAS MINERALES

ESTERILIZACIONES

PREPARACION

DE MEDICAMENTOS COMPRIMIDOS

COSO, 43 y 45. Zaragoza

PREPARADOS ESPECIALES

DE LA

FARMACIA DE BOSQUED

Independencia, número 16 - Zaragoza

Granulados Medicinales

Glicerofosfato de cal.
Glicerofosfatos de cal, sosa y hierro.
Kola, Ruibarbo, Ovolecitina, etc.

Esterilización de Medicamentos

Hay preparadas las soluciones inyectables más corrientes, en ampollas de cristal Jena, normal é inalterable, condición necesaria, para preparaciones de esta naturaleza. Sueros, etc.

SOLUCIÓN TÓNICA RECONSTITUYENTE

Cada c. c. contiene: Glicerofosfato de sosa, 10 centigramos.—Cacodilato de sosa, 3 centigramos.—Cacodilato de estrignina, 5 diezmiligramos.—Caja con 10 ampollas, 2'50 pesetas.

FARMACIA NUEVA de RAMON PUIG

TELÉFONO N.º 129

Azoque, 7 = ZARAGOZA = Coso, 6

APENAS HABRÁ MÉDICO QUE NO HAYA RECETADO EN LA MAYOR PARTE DE LAS AFECCIONES DEL TUBO DIGESTIVO EL

ELIXIR ESTOMACAL de SÁIZ de CARLOS

Su crédito es ya tal, que ha tomado puesto preeminente en la terapéutica y se le prescribe como un agente poderoso, cuyos admirables resultados no se hacen esperar. Sus efectos son aumentar la secreción del jugo gástrico, auxiliar su poder digestivo, aumentar la tonicidad muscular y nerviosa del estómago é intestino; aumenta el apetito; suprime la pirosis, hiperacidéz y vómitos; tonifica, no sólo el aparato digestivo, sino la economía en general, pues el enfermo come más, digiere mejor, y por consiguiente se nutre, por lo cual es utilísimo en las anemias que dependen de digestiones imperfectas; disminuye y evita las fermentaciones anormales y quita el dolor y la pesadez gástrica, curando la úlcera del estómago, la dilatación y los catarros intestinales en niños y adultos. Es de agradable sabor y completamente inofensivo, lo mismo para el enfermo que para el que está sano; puede usarse á la vez que las aguas minero-medicinales y en sustitución de ellas y de los licores de mesa.

Serrano, 30, Farmacia, MADRID, y principales de España, Cuba, Filipinas, México, América del Sur, Estados Unidos é Inglaterra

Gran Hotel y Balneario TERMA PRIMITIVA

(Antes viejos de San Roque)

EN

ALHAMA DE ARAGON

a cargo de PETRA SANZ E HIJOS

Terma donde existe el famosísimo «BAÑO DEL MORO» construido en 1122

Este Establecimiento, libre de las inundaciones del río Jalón, cuenta con los más ricos manantiales, de los que se surten directamente las duchas y baños en la misma roca con toda la eficacia y temperatura de sus aguas que es de 34° centígrados y desde este año contará dentro del balneario de una cascada o sala de inhalaciones construida con arreglo a la más rigurosa higiene terapéutica. En el Gran Hotel construido a la parte Sur del antiguo edificio y montado a la moderna, encontrará el bañista espaciosas e higiénicas habitaciones, comedores amplios, salón de baile, etc., etc., dominando un variado paisaje.

Telegramas y correspondencia: **JOSÉ MARTÍNEZ.**—Alhama de Aragón



Digalène "ROCHE"
la más manejable de las preparaciones digitalicas

MEDICAMENTO de URGENCIA
INYECTABLE
DIURESIS RÁPIDA e INTENSA
ACCIÓN CONSTANTE y CIERTA

"La Digalène tiene una acción en todos los puntos parecida a la de la maceración de las hojas frescas de digital, pero posee sobre esta última la ventaja de ser siempre idéntica y sobre todo inyectable"

SOLUCIÓN AMPOLLAS
COMPRIMIDOS.

Muestras y Literatura:
Productos: F. HOFFMANN - LA ROCHE & C^o
21 Place des Vosges PARIS.

CORRESPONDENCIA ADMINISTRATIVA

En esta sección daremos contestación a las cartas de nuestros suscriptores que no remitan dos sellos de quince céntimos para la contestación particular.

- D. Sabino de Bengoechea.—Ermua (Vizcaya).—Recibido el giro postal.
» Julio Calatayud.—Madrid.—Conforme con su atenta carta.
» Francisco Hidalgo.—Ahillones (Badajoz).—Remitido el «Anuario de Ciencias Médicas».
» Mariano Herrero.—Utrillas (Teruel).—Pagó la suscripción del año 1919.

Sigue en la página 17

SOLUTO VITAL

RECONSTITUYENTE GENERAL DEL ORGANISMO. ■ ELIXIR E INYECTABLE

Preparado por J. ARRANS.—Farmacéutico

FÓRMULA: El Elixir, en cada cucharada grande (20 gramos), contiene: Glicerofosfato de cal y de sosa, aa. 0'05 gr.; Arrhenal, 0'02 gr.; Hipofosfito de quinina, 0'01; Fósforo, 0'001 gr.

El Inyectable se presenta en cajas de 15 ampollas de 1 c. c. perfectamente dosificadas y esterilizadas, conteniendo cada una las mismas dosis de la fórmula anterior, sustituyendo en ella el hipofosfito de quinina por $\frac{1}{2}$ miligramo de Cacodilato de Estricnina.

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS.—Aduana, núm. 21, SEVILLA

Extracto de carne del Dr. Castell

Rogamos a la clase Médica emplee nuestro preparado en todos los casos de Anemia, Debilidad, Escrofulismo, Convalecencias, etc., pues dado lo esmerado de nuestra preparación se consiguen tan buenos resultados como con los preparados extranjeros y al mismo tiempo se favorece la industria nacional.

PÍDASE EN TODAS LAS FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECÍFICOS

Depósito: Rived y Chóliz, D. Jaime I, 21, Zaragoza

VACANTES

La de médico titular de Santa Lucía de la Sierra (Avila), disuelta la Asociación de este pueblo y Tremedal de la titular del partido médico de uno y otro por renuncia presentada por el señor alcalde, se anuncia solo y exclusivamente la titular de éste para la asistencia de 10 familias pobres y demás casos anejos a la misma, con el sueldo anual de 500 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal. Este pueblo se compone de 100 vecinos, los cuales satisfarán por trimestres vencidos por medio de una Comisión encargada de la cobranza 2.000 pesetas anuales. También se le da casa-habitación gratis y libre de pagos municipales. Los aspirantes que deseen optar a la plaza, dirigirán sus solicitudes acompañadas de sus hojas de méritos y servicios a esta Alcaldía en el término de treinta días, contados desde la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial* de la provincia, transcurridos los cuales será agraciado con la plaza el que mejores condiciones reúna a juicio de la Corporación. Santa Lucía de la Sierra, 12 de Febrero de 1919.—Antonio Pérez.

—La de médico titular del primer distrito de Somiedo (Oviedo), dotada con el sueldo anual de 2.000 pesetas, pagadas de los fondos municipales. La residencia del agraciado será en Pola de Somiedo. Solicitudes hasta el 20 de Marzo al alcalde D. Faustino Alvarez.

—La de médico titular, por renuncia, de Villada (Palencia), dotada con el haber anual de 999 pesetas por la asistencia de 200 familias pobres, con más 501 que como médico-cirujano de la Beneficencia municipal percibirá por asistir a los enfermos que ingresen en el Hospital, las cuales cobrará por trimestres vencidos de los fondos municipales. Solicitudes hasta el 12 de Marzo al alcalde D. Mariano Morate.

—La de médico titular, por defunción, de Azofra (Logroño), con la dotación anual de 750 pesetas, satisfechas del presupuesto municipal por trimestres vencidos, siendo de una a siete el número de familias pobres a que habrá de prestar su asistencia facultativa. Solicitudes hasta el 13 de Marzo al alcalde D. Jesús Arceniaga.

—La de médico titular de Gavilanes (Avila), por dimisión voluntaria del que la venía desempeñando, y para su provisión se abre concurso por término de treinta días, a contar desde el siguiente al que aparezca inserto este anuncio en el *Boletín Oficial* de la provincia, dentro del cual los aspirantes a dicha plaza remitirán a esta Alcaldía las correspondientes solicitudes debidamente documentadas. La plaza se halla dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, pagadas de fondos municipales por trimestres vencidos por la asistencia de 1, a 30 familias pobres clasificadas por el Ayuntamiento, pobres transeuntes, niños expósitos y demás obligaciones reglamentarias. El que resulte agraciado, percibirá además por la asistencia a los vecinos pudientes y sus familias, la cantidad de 2.750 pesetas, satisfechas por mensualidades vencidas, y tanto éstas como las anteriores, se pagan con puntualidad. Este pueblo no tiene anejo alguno y está situado en el valle de Tietar, a 4 kilómetros de la carretera de Ramacastaña

a San Martín de Valdeiglesias, tiene servicio diario de automóvil desde Arenas de San Pedro, cabeza de partido, hasta Almorox, en combinación con la línea del ferrocarril de este punto a Madrid; su término es abundante en todas clases de legumbres, cereales, frutas y líquidos, por lo que la vida es sumamente barata con relación a otros países. Gavilanes, 12 de Febrero de 1919.—El alcalde, Fernando Fernández.

—La de médico titular, por traslado, de Galve de Sorbe (Guadalajara) y su agregado La Huerce, con la dotación anual de 1.000 pesetas, que serán satisfechas por los respectivos Ayuntamientos por trimestres vencidos, y el igualatorio de los vecinos de esta villa, que son unos 120, que producen 2.250 pesetas, las que serán entregadas al agraciado por mensualidades vencidas, y de las que responderá el Ayuntamiento y varios vecinos mayores contribuyentes, disfrutando además casa gratis y libre de pagos municipales. Solicitudes hasta el 14 de Marzo al alcalde D. Miguel Sánchez.

—La de médico titular de Lezama (Alava), con la dotación anual de 1.000 pesetas, que serán satisfechas por trimestres vencidos, más 4.900 pesetas por las igualas de 220 a 230 vecinos pudientes, con obligación de poner practicante que alternarán su residencia cada cuatro años en Lezama y Barambio. Solicitudes en el plazo de quince días Lezama, 18 de Febrero de 1919.—El alcalde, Nicanor Garnica.

—La de médico titular de Zamarramala y su agregado La Lastrilla (Segovia), dotada con el sueldo de 700 pesetas, pagadas por trimestres vencidos, correspondiendo anualmente a este pueblo 500 pesetas, por la asistencia de 25 familias pobres y casos de oficio; y al de La Lastrilla, 250 pesetas, por la asistencia de las familias pobres que tengan designadas y casos de oficio. El agraciado podrá contratar las igualas con los vecinos de ambos pueblos, si le conviniese. Solicitudes hasta el 12 de Marzo al alcalde D. Zoilo Mateo.

—La de médico titular y clases acomodadas de Cañamaque (Soria), por dimisión y traslado del que la desempeñaba, y sus anejos Valtruera y Maján, distante el primero 4 kilómetros y 5 el segundo, de buen camino. La dotación consiste en 200 pesetas la primera y 3.950 la segunda, satisfechas unas y otras por trimestres vencidos, respondiendo del pago al profesor los respectivos Ayuntamientos. Este pueblo matriz se halla a 12 kilómetros de distancia de la estación de Monteagudo de Vicarías (línea de Valladolid a Ariza), y a 4 y 5 kilómetros de la carretera del Burgo a Ariza, y la de Monteagudo a Gómara, respectivamente. Todo el partido tiene 1.030 habitantes y en el pueblo matriz hay establecida farmacia y veterinario. Cañamaque, 10 de Febrero de 1919.—El alcalde, Higinio Peña.



ROBORRENAL ROBERT

(RECONSTITUYENTE)

PREPARADO POR

JOSÉ ROBERT Y SOLER

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT : LAURIA, 74.
BARCELONA.

Los Sres. Médicos lo recetan en las tres formas:

GRANULAR · ELIXIR · INYECTABLE



LA CLÍNICA MODERNA



REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

AÑO XVIII

ZARAGOZA, 15 FEBRERO 1919

NÚM. 337

NATURALEZA Y ETIOLOGÍA DE LA INFLUENZA

CONCEPTO DEL VIRUS COMPLEXO

POR EL PROFESOR DR. H. SAHLI (BERNA)

Naturaleza y etiología de la influenza.—Voy a anticipar unas palabras sobre el nombre de la enfermedad, sin intención de explicar la etimología de las palabras influenza y gripe, de la que se puede enterar en los manuales. Mas quiero aclarar el cambio del empleo de los dos nombres y la terminología actual.

Al principio, las palabras gripe e influenza han sido empleadas como sinónimas, aplicándolas a las grandes fiebres catarrales de índole infecciosa. Más tarde empezaron a distinguir los casos esporádicos a los que se les llamaba gripe, suponiendo que debían tener otra etiología que las pandemias, para las cuales se reservaba el nombre de influenza.

Pero en la época más moderna, el público ha puesto la cosa al revés, gozando la pandemia actual del nombre de gripe. Tiene interés averiguar esta variación. El asunto se ha desarrollado de la manera siguiente: como numerosos casos esporádicos siguieron a la epidemia de 1889-94, lo que suele ocurrir al final de las epidemias y como el diagnóstico es tanto más difícil cuanto el carácter epidémico disminuye, se empezó a emplear de modo libre el nombre influenza, que ya se había vulgarizado. El nombre era muy estimado por los médicos y por el público.

Así la palabra influenza volvió a servir para todo; pues toda enfermedad febril no diagnosticada, cada catarro ligero se le llamó influenza. A consecuencia de esto se perdió todo respeto a la

palabra influenza. Ahora, en la epidemia reinante, se ha empleado el nombre «gripe», para demostrar que es otro proceso más grave que los mencionados pseudo-influenza. Me parece poco conveniente que se añada al nombre de gripe el de «gripe española». Por casualidad, las primeras noticias de la enfermedad nos llegaron de España, quizá sea debido no a que se desarrolle en mayor escala, sino a que la censura era menos rigurosa que en los países beligerantes. Este regalo diabólico habrá salido de la miseria de las trincheras.

Posteriormente encuentro una afirmación de mi opinión en el trabajo reciente de Levinthal, en el que habla de un número grande de casos de gripe en la primavera y otoño de 1916 en un campamento principal alemán septentrional. La epidemia española habrá sido, por consiguiente, sólo un ramo de la pandemia que se había extendido ya antes en los ejércitos beligerantes y que fué ocultada cautelosamente.

Datos precisos no sabremos quizás nunca, pero deben los médicos afrontar enérgicamente el nombre misterioso y equívoco de «gripe española», o peor, «enfermedad española». Nunca conviene asustar a la gente con nombres injustamente aplicados.

¿Qué es la influenza?

El concepto original es puramente clínico y sintomático. En este sentido se la puede definir como una fiebre catarral infecciosa acompañada de síntomas generales tóxicos más o menos graves. En contra de esto se citará, los casos que tienen síntomas catarrales apenas pronunciados; a esta clase pertenecen las formas llamadas nerviosas y puramente febriles, las que sin embargo hay que atribuirles a la influenza por la existencia de transformaciones y por la epidemiología análoga. En el comienzo de estos casos se observan ligeras alteraciones de la mucosa, las cuales demuestran que también aquí la infección se basa en la mucosa. Menciono nada más que el cuadro conocido de la lengua gripal o de la faringe gripal y de la irritación conjuntival.

Entre estas fiebres catarrales se distinguen las formas esporádicas y las formas epidémicas o sean pandémicas... Pfeiffer descubrió su bacilo de la influenza en la pandemia de 1889 y se le atribuyó a este bacilo una importancia esencial por lo menos en esta pandemia, pero la tiene también general aunque se haya protestado contra aquella importancia. Este bacilo se ha encontrado muy raramente en los casos esporádicos y en las epidemias más pequeñas, pero siempre en abundancia pneumococos, y de cuando en cuando estreptococos. Desde entonces, predomina la opinión de que los casos esporádicos de la influenza consisten en infecciones por el pneumococo, si corresponde de veras al concep-

to clínico de una fiebre catarral infecciosa, y que la infección por el bacilo de Pfeiffer origina los casos de las grandes epidemias y pandemias.

Y en efecto, en la pandemia actual, el bacilo de la influenza ha vuelto a ser encontrado, aunque no en todos los sitios ni en todos los casos, pero con tanta frecuencia, que esta opinión fué comprobada muchas veces y que el reconocimiento del bacilo de Pfeiffer ganó terreno también en hombres que, como yo mismo, se habían portado reservados en el principio por el diagnóstico inconstante. Yo mismo he visto en los casos esporádicos solamente el pneumococo, y en la epidemia actual el bacilo de la influenza inconstante y acompañado casi siempre por muchas bacterias, a saber: por el pneumococo, el estreptococo, no muy raramente por el *micrococcus catarralis*, en pocos casos por el bacilo diftérico.

De aquí resulta que se tiene derecho a identificar la pandemia actual con la de los años 89 al 94. A pesar del diagnóstico inconstante, el bacilo de la influenza, sea la causa.

Estos diagnósticos bacteriológicos, para ser comprendidos y utilizados, necesitan una interpretación especial; mejor me parece la patología clínica que se basta, en contra de la idea producida por el nombre de «enfermedad española», como si indicase que se trata de algo nuevo, para afirmar que es la misma enfermedad que en los años 89-94 y que las epidemias registradas en la historia de la medicina desde hace muchos siglos.

Sin detallar el cuadro clínico que me reservo para publicaciones más tarde, os diré que volvemos a encontrar el cuadro clínico de la influenza en la pandemia actual en todos sus detalles, aunque de vez en cuando con alguna variación (como a consecuencia de las experiencias en la pandemia del 89 se han publicado en compendios modernos).

También hoy la forma más frecuente en que se presenta es la llamada catarral, en la cual, además de la fiebre, los síntomas catarrales muy a menudo complicados con pulmonía; luego, la forma llamada febril o la fiebre gripal legítima, en la cual los síntomas catarrales y otros locales apenas aparecen y a menudo faltan en el momento de la investigación; otra forma es la gastrointestinal con trastornos estomacales, a menudo con descomposiciones más o menos graves, hasta con deposiciones sanguinolentas, algunas veces con síntomas de cólera, y por último, la forma nerviosa, en cuyo terreno caben todos los trastornos funcionales, vértigos, neuralgias, hasta graves alteraciones anatómicas, meningitis, encefalitis, polineuritis y enfermedades mentales.

El lazo común de todas estas formas es generalmente la fiebre. Sin embargo puede suceder que no exista, o que sea insignifi-

cante y pasajera. Debido a estos casos apiréticos, los errores de diagnóstico son fáciles por tenerlos que colocar en la influenza solo por su epidemiología o por sus síntomas que son característicos y no admiten otra interpretación. De modo que si expuestas las formas y sus complicaciones, la patología entera está ya representada, y si además la presencia o ausencia de la fiebre no determina el diagnóstico, no se pueden fijar límites para ella. Por eso el abuso de muchos médicos de diagnosticar de influenza durante una epidemia. Otro peligro es el de no reconocer ciertos casos de influenza, porque no pueden comprobarse de veras, en los que se ocupan severamente del diagnóstico.

Algunas veces la resolución científica es imposible por el polimorfismo de esta enfermedad; así es que influye mucho la conciencia científica del médico y su temperamento para la auto-sugestión, en el diagnóstico de la influenza, ocurriendo algo parecido cuando se hace el diagnóstico de una apendicitis o de una úlcera duodenal. En consecuencia, la estadística de la influenza nunca puede ser exacta por no recibirse datos ciertos y completos de los médicos.

Clínicamente se ha querido diferenciar la epidemia del 89 y la actual, por ser ésta mucho más grave y presentar una mortalidad mayor; pero esta razón no vale por ser sabido que la gravedad de una epidemia cambia con los tiempos. La gravedad de una enfermedad infecciosa es la expresión directa de lo que yo llamo la *virulencia relativa*, que comprende la virulencia absoluta primitiva del microbio y el grado de predisposición del enfermo. Así, por ejemplo, de una virulencia absoluta del valor de 1 multiplicada por una predisposición del valor de 1, resulta una virulencia relativa o gravedad de la enfermedad de valor de 1. El mismo valor resulta, si una virulencia absoluta de $\frac{1}{2}$ ataca a un organismo de la predisposición 2, o al revés.

Si la virulencia absoluta y la predisposición no se alteran sino de un modo recíprocamente proporcional, resultan todas las graduaciones de la gravedad de la enfermedad. De esto se deduce que la gravedad de una enfermedad epidémica, o de una epidemia, depende del producto de la virulencia absoluta del microbio por la predisposición del enfermo o de la población.

En la epidemia actual no se puede decir con seguridad en qué consiste la gravedad aumentada de la enfermedad y la gran virulencia relativa. Sabemos que la virulencia absoluta de los microbios cambia a menudo por causas desconocidas (mutaciones, crías en la natura según las leyes de Darwin o Lamarck). Esto puede ser también en la influenza; en ésta existen casi siempre infecciones mixtas; de aquí la posibilidad de que el aumento de

la virulencia primitiva sea mayor que en los virus sencillos, porque los efectos de la mutación de cada microbio se pueden combinar y multiplicar potencialmente.

Pero en la epidemia actual hemos de pensar en el otro factor, cual es la predisposición de la población, ya que las malas condiciones de la alimentación de toda Europa desempeña un papel importante en el caso presente.

Aunque el peso del cuerpo y el aporte de calorías sea suficiente, cualquier alimento inferior puede trastornar las sustancias celulares por no tener los elementos precisos, dando lugar a que la infección sea más fácil y el curso grave; estas alteraciones químicas muy finas aclaran la diferencia de los individuos en su predisposición. El organismo, aparte de combustibles que suministren calorías, necesita componentes para reparar sus tejidos. En los hospitales donde se acumula la miseria, se puede ver lo mala que es la alimentación de la población; el profano no lo nota, el médico lo registra más veces. Además, la sociedad y la clase media no se encuentran en situación mejor respecto a la calidad de la alimentación.

Se ha dicho que la influenza no pertenece a las epidemias llamadas de guerra o del hambre. Esto es justo y se comprende, pues no necesita estas circunstancias para su desarrollo, como lo prueba la historia de las epidemias. Pero no es menos cierto que estas circunstancias anómalas favorecen la epidemia y la agravan. Sin embargo, nuestro cronista Diebold Schinling, cuenta que la carestía y la falta extrema de comestibles después de las guerras de Borgoña, producían no solamente la peste que se presentaba más tarde, sino también la epidemia que reinaba en 1482 en Berna que la diferencia de la peste, y que según los síntomas, ha sido la influenza.

La gravedad más grande de la epidemia actual no es motivo para diferenciarla de la del 89. La enorme causa de contagio, la manera de extenderse solamente por el tránsito y por el contagio directo de hombre a hombre, todo esto así como la pulmonía como causa más frecuente de la epidemia actual también se dió en la del 89, aunque esta complicación parece hoy más frecuente que entonces. De igual modo los síntomas, cursos especiales y las complicaciones de diferente índole que esta enfermedad origina en los diferentes órganos se observaban también en la del 89.

Debemos recurrir a los resultados bacteriológicos que son muy curiosos y complicados para aclarar la naturaleza de la infección gripal y las relaciones entre la pandemia actual y la del 89. El bacilo de Pfeiffer no se presenta siempre ni es encontrado por todos los investigadores, y casi en todos los casos se encuentran en

el esputo asociados con él, en otros casos solo los pneumococos, los estreptococos, los cocos catarrales, no pudiéndose negar que ellos también desempeñan un papel en la causa de la enfermedad. Ya en la epidemia del 89-94, Tielicke, Richter, Voges, Pfuhl, Wassermann, Scheller y otros habían dicho que estas bacterias se encontraban muy a menudo.

Este cambio aparente en el cuadro bacteriológico tiene que producir curiosidad en los médicos que ponen interés en las relaciones etiológicas. Pfeiffer proclamó en 1892 su bacilo de la influenza como autor de la misma, y las otras bacterias como causantes de las complicaciones. Hay que criticar su trabajo en varios puntos, en especial en cuanto a la afirmación de que los bacilos de la influenza fueron vistos en todos los casos, lo que no se ha visto ni en la otra epidemia ni en ésta. Dice Pfeiffer que encontró su bacilo en todos los casos de influenza sin complicaciones en el esputo bronquial casi en cultivo puro, mientras que cuando se encuentra asociado a otros microbios él considera las complicaciones causales, o producidas por haberse ensuciado las vías aéreas sin demostrarlo.

No citaba los casos en que el resultado del esputo era negativo a su bacilo; él creía que la ausencia era debido a que los bacilos habían desaparecido pronto o los otros microbios les habían quitado de su lugar.

Los trabajos de Pfeiffer, a pesar de sus faltas, tienen el valor etiológico del bacilo de la influenza por presentarse en determinados casos en los focos pneumónicos en cultivo puro. Este bacilo es raro y no es vulgar. Pfeiffer no admitía relaciones de otras bacterias con su bacilo en el papel de la infección.

Por todo lo anterior resulta que la bacteriología de la influenza parece hasta ahora no organizada para quien exige más del estudio de los fenómenos de la natura, dependiendo la importancia del bacilo de la voluntad y fe de cada uno.

Estas dudas sobre la importancia del bacilo de Pfeiffer han vuelto también en la epidemia actual, pues las investigaciones negativas se presentan más a menudo en la actualidad.

Los trabajos experimentales han sido algo precipitados y ligeros por desconocimiento de técnica, como hace notar Uhlenhut, siendo esto motivo de la frecuencia de los resultados negativos. Hay que investigarlo varias veces; además presentan dificultades estas experiencias. Hoy vemos que la técnica mejora, pues los bacilos crecen mejor, como hemos podido observar en los cultivos de Devintal, que en los propios de Pfeiffer. Debemos recordar que los microbios de enfermedades infecciosas bien conocidas (tuberculosis, septicemia) pueden pasar inadvertidos.

Además, en contra de la descripción original de Pfeiffer, los bacilos son polimorfos. Especialmente los pseudobacilos son más gruesos, se tiñen de un modo desigual y los que degeneran en forma de matraz son bacilos legítimos de la influenza. Levinthal obtiene de los pseudobacilos las formas típicas en el agar de sangre por él inventado. Por tanto, en adelante se encontrarán más a menudo los bacilos si se logra mejorar los cultivos y los medios de coloración, no sólo en los enfermos de influenza, sino en los sanos y en las enfermedades de otra índole. Esto indicaría que al igual que otras bacterias patógenas se halla en el cuerpo humano dispuesto a entrar en ataque por aumentarse su virulencia y la predisposición del individuo atacado, dando lugar así a infecciones esporádicas, epidemias y hasta pandemias.

No satisface el conocimiento actual de la etiología de la influenza hasta el punto de que algunos autores nieguen la importancia del bacilo de Pfeiffer y también declaran que se ignora la naturaleza del virus específico de la influenza y le creen perteneciente al grupo de los microbios llamados invisibles, que pasan el filtro y que son ultramicroscópicos. Algunos autores hacen publicaciones de este virus; sin embargo, estas investigaciones no resisten a la crítica.

Los microbios que se han encontrado hasta ahora en la influenza, tienen calidades morbificas. El bacilo de Pfeiffer se ha mostrado patógeno para el hombre por estar en cultivo puro en las pneumonías de Pfeiffer de la época de 1889-94 y también en las complicaciones meningitis, encefalitis, miocarditis. Lo mismo se puede decir del pneumococo y del estreptococo.

Con los resultados bacteriológicos creo que se podrá lograr una explicación sobre la etiología de la influenza, pues hasta ahora existe solo el intento defectuoso de Pfeiffer.

Cuando en una enfermedad infecciosa, junto con su bacilo específico, se encuentran otros microbios patógenos, se suele hablar de infección secundaria o mixta. A estos microbios agregados se cree culpables de las complicaciones; refiriéndonos a la influenza, Pfeiffer así explica las complicaciones y además cree que sólo su bacilo es el productor de la influenza.

Planteemos el concepto de infecciones múltiples necesario para aclarar la patología complicada de las epidemias de influenza. Es verdad que se consideran los bacilos de Pfeiffer muy importantes en el cuadro de la influenza; pero si se les encuentra, se les ve siempre acompañados por las bacterias mencionadas, y aun a veces se hallan éstas solas sin el bacilo de Pfeiffer.

Mi idea es que todas estas bacterias se juntan formando una simbiosis (unidad más elevada), especie de sociedad para mutuo

provecho. A esto llamo yo formas del virus complejo, dejando la denominación de virus compuesto para las infecciones mixtas casuales.

Este virus complejo, compuesto por diferentes microbios mutuamente graduados, llevan en sí condiciones favorables por su afinidad, no sólo para hallar una predisposición general y extenderse como carácter pandémico como ocurre con la influenza, sino también para conservarse en la composición mencionada filogenéticamente como una especie buena.

En condiciones normales no hay bacterias aisladas, ni en la natura ni en el organismo; si suponemos como medio de transmisión de la influenza las gotas de saliva, éstas, a pesar de su pequeñez, son lo suficiente para transmitir numerosas bacterias y llevan el virus complejo, si lo hay, con todos sus componentes.

Las variaciones clínicas y bacteriológicas de la influenza se explican por diferencias cuantitativas del número en que las especies de las bacterias se hallan en las gotas; y también por diferencias de la virulencia de cada uno y de las diferencias de predisposición de los organismos. Así se aclaran de un lado los casos que Pfeiffer ha descrito con los bacilos de la influenza en cultivo puro, de otra parte los casos numerosos que tienen únicamente pneumococos y estreptococos; estos casos están justificados epidemiológicamente que se consideren como casos de influenza.

La explicación de los casos sin bacilo de influenza no se precisa ni aun la suposición hecha por Pfeiffer, que en ciertas circunstancias dicho bacilo se haya muerto pronto en el cuerpo infectado. El bacilo, es probable que en muchos casos no entre nunca en el cuerpo. De manera que una epidemia de influenza se puede desdoblarse en casos y epidemias diferenciadas por sus productores, si en el principio la epidemia fué ocasionada por una virulencia específica, que por su parte resultó de la cooperación de los bacilos de la influenza, de los pneumococos y de los estreptococos (para citar las bacterias más importantes). En estos casos cada bacilo puede desempeñar un papel variable respecto a la cantidad, hasta desaparecer algunas de las especies.

Las epidemias pueden variar según el sitio y el tiempo; esta variabilidad de la enfermedad encuentra su explicación por el virus complejo que admito, y la enfermedad recibe su aspecto típico por esta mezcla singular de especialidad y variabilidad, frente a todas las otras infecciones.

En estos virus complejos, a pesar de que el bacilo de la influenza aparece frecuentemente en número reducido, él es el *primus inter pares*, esto quiere decir, el autor principal de la enfermedad, en el sentido de que por su cooperación en la cría natural del

virus total, las otras bacterias han adquirido su virulencia específica y su contagiosidad enorme que son características para la pandemia.

No es este problema tan fácil como se imaginaba Pfeiffer. Yo no pretendo que la explicación dada por mí de la naturaleza de la influenza, sea aceptada sin oposición; pues aún se mantiene demasiado la idea que una especie simple corresponde a cada una de las infecciones, lo que ocurre alguna vez, pero no siempre.

La idea de las infecciones simples se apoya en las investigaciones de Robert Koch, que fueron la cumbre de nuestros anteriores conocimientos. Pero el reconocimiento de los virus complejos me parece ser un engrandecimiento de nuestro horizonte en la patología de las enfermedades infecciosas. Se trata aquí de una mezcla de especies determinadas, no casualmente, sino por obligación unidas que representan un completo, un cuadro característico, ya porque exigen las mismas condiciones de la vida, o porque se favorecen mutuamente en su desarrollo.

Es probable que el desarrollo filogenético de los virus complejos se efectúe por adaptación de los componentes a condiciones exteriores iguales y por mutuo provecho.

Los ensayos de Neisser, Grassberger, Sochmann y Allen, van en favor del mutualismo, puesto que han logrado favorecer el desarrollo de los bacilos de la influenza en cultivos artificiales por varias bacterias, a saber: estafilococos, gonococos, bacilos de la difteria, y según Fochmann, también especialmente por los pneumococos y estreptococos que desempeñan papel tan importante en la influenza. Sería útil experimentar también el microco cataralis.

Algunas de las bacterias citadas favorecen el crecimiento de los bacilos de la influenza de tal modo, que éstos crecen hasta en cultivos sin sangre, lo que no se puede lograr sin la simbiosis. En este caso se ven las colonias gigantes del bacilo de la influenza; por esto se han llamado tales bacterias las «nodrizas» de los bacilos de la influenza.

Las facultades patógenas de los bacilos de la influenza se aumentan por las bacterias asociadas en animales que en general son muy poco susceptibles para el bacilo de la influenza, adquiriendo una septicemia solamente si se les inyecta al mismo tiempo estreptococos vivos o muertos.

No se ha estudiado aún en qué grado los bacilos de la influenza favorecen el desarrollo de las bacterias asociadas en el cultivo y en los animales. Pero puede admitirse por datos bacteriológicos, que por lo menos en el organismo humano, también este mutualismo se efectúa.

Con la teoría del virus complejo vemos, pues, que se pueden aclarar muchas variabilidades, tanto patológicas como epidémicas, que ahora dificultan el entendimiento.

La teoría del virus complejo no es más que un suplemento necesario de la teoría de las infecciones secundarias y de las infecciones mixtas. Ya se tiene bastante material bacteriológico para aclarar la etiología de la influenza de un modo que satisface: aquí vale la sentencia de Claude Bernard: «La science ne consiste pas en faits, mais dans les conséquences que l'on en tire».

Si a pesar de esto se insiste en buscar el virus invisible de la influenza e irreprochablemente se lograra comprobarle, por esto no se debe abandonar las ideas patológicas generales de un virus complejo de la influenza que he defendido aquí. Los hechos bacteriológicos no se pueden abandonar aunque se encuentre un virus invisible, pues el bacilo Pfeiffer conservaría su importancia para la etiología, en el efecto que produce, la virulencia específica en las bacterias asociadas.

Los partidarios de teorías simplificadoras calificarán cómo me preveo de simple hipótesis mi teoría; más yo rechazo ese término, pues más bien se trata de una teoría basada en hechos, sin suposiciones hipotéticas.

En resumen, digamos el fundamento de mi teoría: Las bacterias prefieren las culturas mixtas para su desarrollo, como se ha comprobado especialmente en la influenza; la virulencia de las bacterias se aumenta, si éstas se asocian con otra especie de bacterias; la predisposición del organismo favorece la cría de la virulencia; algunos organismos se distinguen por su predisposición específica; hay infecciones, especialmente por gotas, que no se producen por una bacteria sola, sino siempre por un mayor número de bacterias que por su naturaleza representan a menudo mezclas que pertenecen a un virus complejo: las epidemias originales pueden partirse en epidemias parciales. En todo esto se apoya mi teoría, que sirve muy bien para aclarar los problemas de la patología de la influenza. Rechazo el término hipótesis y me adjudico para mí el término de Ostwald «prototesis», en el sentido de una teoría que todavía hay que examinar.

En el momento de editar este trabajo, he observado en la clínica un ejemplo muy típico para la variabilidad de los resultados bacteriológicos de la influenza.

En una mujer que padecía una pneumonía del tipo de la influenza se encontró en el esputo los bacilos de la influenza, en tanta abundancia, como no se había visto hasta ahora; al día siguiente los bacilos de la influenza habían desaparecido completamente, pero el esputo formaba casi una cultura pura de pneumo-

cocos; el virus complejo había variado dentro de un día y dentro de una sola infección. Esto parece comprobar la suposición de Pfeiffer, que por lo menos en algunos casos, los bacilos de la influenza pueden ser sustituidos pronto por otras bacterias. Sin embargo, nosotros hemos observado muchas veces lo contrario: que los bacilos de la influenza han aparecido más tarde.

BREVE ESTUDIO DE LA ETIOLOGÍA, PATOGENIA Y DIAGNÓSTICO DE LOS CÁLCULOS VESICALES

POR V. GARCÍA NAVARRO

Los cálculos vesicales son concreciones que se encuentran en la vejiga urinaria y que, o bien se producen en esta cavidad, o bien formándose en el riñón, descienden por el uréter a aquel órgano. La vejiga, por sí sola, es impotente para expelerlos y para su extracción, exigen una operación quirúrgica.

Los cálculos vesicales y las arenillas, considerados en sí, no presentan más diferencia que su volumen (1). Pero atendiendo a los síntomas que producen estas concreciones urinarias, aparte de la intervención que precisan para su extracción, fácil es separar unos de otros. Las concreciones urinarias pueden ser tan finas que no produzcan síntoma local alguno, ni alteren en nada la salud, pueden hasta pasar desapercibidas (arenillas), pero a medida que aumentan de volumen, determinan síntomas tan violentos y manifiestos, que pueden producir la desorganización.

Tanto los cálculos como las arenillas, han sido conocidos desde la más remota antigüedad, como lo atestiguan las descripciones de Galeno y Aretes (2). Posteriormente Sydenham y Fed. Hoffmann, han dado la sintomatología más aceptable de esta enfermedad, y es preciso llegar a Marcet, Brugnatelli, Prout, Magendie y Civiale para encontrar la sintomatología acabada, el tratamiento de los cálculos urinarios y sobre todo, que merced a las más modernas investigaciones químicas, nos han dado a conocer su composición.

La etiología de la calculosis, a pesar de todos los trabajos llevados a cabo y de las teorías más o menos fundadas y fantásticas que sobre ello se han dado y emitido, hay que convenir que que-

(1) Segalas. — «Essai sur la gravelle et la pierre». — Paris, 1838.

(2) «De curat morb. dint.», lib. II.

dan muchos puntos rodeados de duda y obscuridad. Entre ellas merecen especial mención, aparte de las antiguas de Van-Helmont y Heckel, de la fuerza petrificante y del catarro litógeno, las de Valdeyer y Galippe, microbianas; las de Scherer, Ord, Elstein y Nicolaier, físicas, químicas e histonecróticas, y por último, la del profesor Guyón, que es la que parece tener más adeptos.

La teoría química (Scherer, 1843), supone dos fermentaciones a la orina, una ácida, que pone en libertad el ácido úrico, y otra alcalina, que transforma la urea en carbonato amónico; este carbonato amónico es el que da lugar a la formación de cálculos.

La teoría física defendida por el profesor inglés Ord, atribuye a la orina la presencia de coloides, para que sirviendo éstos de núcleo, venga el crecimiento ulterior del cálculo.

La histonecrótica (Elstein y Nicolaier, 1889). «Para la producción de los cálculos, se necesita siempre una armazón constituida por una substancia albuminoidea, que luego queda infiltrada de cuerpos excretados que toman la forma cristalina». Esta armazón (núcleo), procede de la descamación epitelial del tramo urinario (riñón, uréteres y vejiga) y se funda la teoría en las experiencias llevadas a cabo con los animales tratados con oxamida.

Teoría bacteriana (Ruhne, Valdeyer y Galippe). Semejante a la anterior e inadmisibles para los cálculos úricos, que se forman en el aparato urinario aséptico.

El profesor Guyón supone que los cálculos urinarios pueden depender o de una diátesis general, *cálculos primitivos* (cálculos de organismo), o consecuencia de una afección anterior de la vejiga, *cálculos secundarios* (cálculos de órgano).

Los más frecuentes son los cálculos secundarios, que atribuyen como primera causa la infección de la vejiga. Cuando la vejiga está infectada, los agentes microbianos puestos en presencia de la urea de la orina, la descomponen y dan lugar a la formación de carbonato amónico, y este carbonato amónico libre hace a su vez precipitar a los fosfatos, que lo hacen al estado de fosfato-amónico-magnésico.

En general, puede admitirse que todos los cálculos secundarios son fosfáticos. La inversa puede no ser cierta, es decir, pueden existir cálculos fosfáticos que sean primitivos, consecuencia de alguna diátesis fosfática.

Los cálculos primitivos dependen del retraso de las combustiones orgánicas. Cuando los albuminoides no se queman en su totalidad, en lugar de dar como residuo la urea, producen ácido úrico y uratos. De aquí que el exceso de alimentación, la vida sedentaria y en general todas las causas que favorecen el retraso de las

Recete V. los productos del

Laboratorio Internacional Picomar

y quedará satisfecho de sus resultados.

TÓNICO KROMWELL ❖ PECTORAL KROMWELL
SOLUCIÓN ESTOMACAL KROMWELL

BIONAL (tónico inyectable). - **HEMOFILAN** (antisifilítico)

PIDA DETALLES A LAS OFICINAS Y ALMACÉN

Paseo de coches=Retiro=MADRID

**Tifus y todas las demás fiebres gastro-
intestinales, curación segura con la**

HYPSSINA

Específico que supera a todos los conocidos hasta la fecha por su acción inmediata sobre el bacilo de Eberth, que neutraliza y destruye.

Opoterapia cardíaca **CARDIOBIOSA**

Medicación hipertensiva, tónicocárdica, reguladora de los latidos. Aumenta la presión arterial y la tensión. **Potente diurético.**

Opoterapia Cerebro medular **BIOSTENOS**

Extracto orgánico cerebro medular asociado a los fósforos organoquímicos y biológicos. **Potente tónico general** contra la **Neurastenia, Anemia, Tabes, Leucemia** y **todas las Astenias**. Reconstituyente por excelencia de todos los convalecientes.

Opoterapia gástrica **GASTROBIOSA**

Extracto orgánico de jugos gástricos naturales de pepsina y pancreatina, asociado a los fermentos duodenales e intestinales proteolíticos y amilolíticos. (Tripsina, Amilopsina, Stearopsina, Pتيالina, Invertina, etc.). Específico heroico, rápido y seguro para el tratamiento de las enfermedades del estómago (atonía digestiva, catarro y atonía del intestino, catarro gástrico, etc.).

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

EN ZARAGOZA: RIVED Y CHOLIZ Y FARMACIA NUEVA

Depósito general: Armand Kurz. Oficinas: Calle Pelayo, 8. - Barcelona

Infecciones de tipo gripal, por los Doctores Antonio Piga, Médico de la Real Familia, Profesor del Instituto de Medicina legal, y Luis Lamas, Profesor del Instituto de Alfonso XIII y del Instituto de Medicina legal. Con notas de Terapéutica Clínica y Epidemiología de los Doctores Albasanz, Carro, Fernández Sanz, Grinda, Jiménez Azúa, Jiménez Encinas, Juarros, López Durán (B), Marañón, Márquez, Mut, Oliver, Palancar, Peresa, Sievert, Tolosa Latour, Verdes Montenegro.

Herederos de Juan Gili.—Editores.—Cortés, 581, Barcelona

COMPENDIO DE MEDICINA LEGAL

por A. Lacassagne

Profesor de Medicina Legal en la Universidad de Lyon.

Con la colaboración del Doctor **ESTEBAN MARTIN**.

Sustituto de la Universidad.—Jefe de trabajos en el Instituto Médico-Legal.

Traducción de la segunda edición francesa, adicionada y anotada con la legislación Hispano-Americana, constitución de Tribunales, Estadísticas, etc.

por el Dr. Jorge María Angera

Vocal de la Academia de Higiene de Cataluña.

Ilustrada con numerosos grabados intercalados en el texto y dos láminas en colores. Dos volúmenes en 8.º de 800 páginas cada uno.—Encuadernados en tela, 25 pesetas.

COMPENDIO PRÁCTICO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y SEROTERAPIA

por el Dr. José Crous e Ila

Con un prólogo del Doctor **RAMON TURRÓ**

Director del Laboratorio Microbiológico de Barcelona.

Un volumen en 8.º ilustrado con 53 grabados.—En rústica, 4 pesetas. — En tela inglesa, 5 ptas

TERAPEUTICA MEDICA DE URGENCIA

POR LOS DOCTORES

E. Hirtz

y

Clemente Simón

Médico del Hospital Necker.

Médico de los Hospitales de París.

Traducción de **D. L. Formiguera**

Prólogo del Dr. **P. Esquerdo**.

Un tomo en 8.º de 260 páginas en rústica, 3 pesetas — Encuadernado en tela inglesa, 4 ptas.

MANUAL DE SOCORROS DE URGENCIA Y TRANSPORTES DE HERIDOS

por el Dr. Ramón Jori Biscamps

Un volumen en 8.º con numerosos grabados.— En rústica, 3 pesetas. — Encuadernado en tela inglesa, 4 pesetas.

LA NEURASTENIA. — SU NATURALEZA, CURACIÓN Y PROFILAXIS

por el Dr. Alfredo Baumgarten

Versión castellana del Dr. **COLLET**

Un volumen de 516 páginas.—En rústica, 5 pesetas. En tela inglesa, 6 pesetas.

LA INFANCIA

Su desarrollo espiritual y corporal y éxitos de la cura Kneipp en las enfermedades nerviosas de los niños. Con un apéndice sobre la parálisis infantil

por el Dr. Aldalberto Kupferschnid

Versión castellana directa del alemán, por **D. MANUEL M.º ANGELON**

Segunda edición.—1 volumen en 8.º, encuadernado en tela inglesa, 3'50 pesetas.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

por el Dr. Pla y Armengol

Ex-Médico interno del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.

Un volumen en 4.º menor de más de 400 págs. y 56 grabados.—En rústica, 6 ptas. En tela, 7 ptas.

Para pedidos, dirigirse a la Administración de esta Revista, Coso, 18, Zaragoza. 1

combustiones ayudan a la formación de los cálculos primitivos (de uratos).

La *insuficiencia funcional* del órgano que dificulta la expulsión de los cálculos en los comienzos de su formación, hace que su permanencia en la vejiga sea causa del crecimiento subsiguiente.

Los obstáculos que se oponen a la micción normal, estrecheces de la uretra, hipertrofia de la próstata, catarro crónico, divertículos o recodos que se puedan encontrar en el trayecto génito-urinario y en los que queda estancada la orina, también pueden fomentar la formación de cálculos. Y como a esto casi siempre se añade la alcalinidad de la orina y la insuficiencia funcional, con mayor motivo pueden originar la calculosis.

En la mujer, a causa de la distensibilidad y mayor calibre de la uretra, es relativamente raro la formación primitiva de cálculos.

Por lo que respecta a *la edad*, se observa que en la infancia y en la vejez, es cuando mayor número de casos se presentan, siendo raros entre los 20 y 40 años. Se comprende que en la edad avanzada sea frecuente la calculosis, pues las estrecheces de la uretra e hipertrofia prostática, así como la vida más sedentaria y deficiencia en las combustiones de los principios cuaternarios pueden ser capaces de originarla; pero en la infancia, no hay explicación satisfactoria para la frecuente formación de cálculos.

Con respecto a *la herencia*, ha dicho Lommius: «Este vicio, es el más hereditario de todos, de tal modo, que jamás han perdonado las afecciones crueles calculosas, a los que han nacido de padres que las hayan padecido.»

Como agentes etiológicos también se han invocado *el clima* y *las condiciones atmosféricas*, las de *los alimentos*, las de *la agua*, etc.

Se ha dicho que los países muy cálidos o muy fríos, eran menos propensos a padecer la enfermedad que nos ocupa, que los templados; pero la práctica se ha encargado de desechar esta opinión. En efecto, se da la calculosis lo mismo en Egipto que en Suecia, y en Dinamarca como en Francia e Inglaterra.

El régimen azoado y compuesto especialmente de carnes negras, es la causa principal de los cálculos úricos (Magendie); pero habiendo localidades en que la alimentación es casi exclusivamente animal y a pesar de eso es una rareza en sus habitantes la formación de cálculos urinarios, hay que pensar, que la influencia del régimen azoado tiene menos importancia que lo que se ha creído en un tiempo.

Se ha observado, que los alimentos que contienen gran cantidad de ácidos vegetales, presentan en la orina el oxalato de cal y el hecho de que en las costas americanas del Pacífico, se haya dado gran número de calculosis oxalúricas, y en mayor proporción

que las demás, ha hecho pensar a Chismore como origen de ello, la costumbre de comer mucha fruta los habitantes de esas regiones.

A las aguas que contienen ciertas sales y en especial las de cal, se ha atribuido la formación de cálculos. Pero también aquí la experiencia ha dado un mentís a la teoría, puesto que habitantes de comarcas en donde sus aguas llevan una gran cantidad de carbonato de cal, pueden no padecer por eso de litiasis.

Vemos, pues, de todo lo expuesto, que para la producción de los cálculos se necesita *un algo*, sin el cual, resultan impotentes las causas en apariencia más eficaces.

Palogenia.—Todo cálculo se compone de una parte central (nódulo) y otra periférica (corteza). El nódulo puede estar constituido por sustancias muy diversas (ácido úrico y uratos en la proporción de 80 por 100, oxalatos, fosfatos, fibrina, sangre, mucus, restos de las paredes de los conductos urinarios, huevos de entozoarios y distintos cuerpos extraños).

Una vez formado el núcleo, va aumentando paulatinamente de volumen a medida que sobre él se depositan precipitadas las sales de la orina. Las contracciones de la vejiga y el movimiento a que el cálculo está sujeto dentro de ella, hace que las capas que se superponen sobre el núcleo sean más regulares y su crecimiento más homogéneo. El régimen y la medicación pueden influir de un modo cierto en el acrecentamiento del mismo, de tal modo que las distintas etapas de su desarrollo pueden observarse en el cálculo al fragmentarlo.

Con bastante aproximación puede decirse que un cálculo de ácido úrico o de oxalato de calcio, aumenta por año de 4 a 8 gramos. Para llegar a estos datos, se han valido los autores de diferentes medios. Croes divide el número de gramos que pesa el cálculo por el de años que hace que el enfermo experimenta los síntomas de calculosis, y Ultzmann sumerge en su propia orina, que renueva todos los días, cierto número de piedrecillas y observa su crecimiento, aumento de volumen y peso.

El desarrollo de los cálculos no tendría más límites que los de la vejiga de la orina si antes no se presentaran síntomas y complicaciones que pusieran fin a la afección.

La existencia en la vejiga de un solo cálculo es la regla, sobre todo cuando se trata de cálculos úricos u oxálicos de cierto volumen, sin embargo pueden llegar hasta un número inverosímil. Se cita el caso del célebre naturalista Bufón que tenía 55 y en la literatura médica se encuentran de 200, 500 y hasta 1.000.

Su forma es ovoidea, raramente esférica, muchas veces aplastados; su superficie lisa, áspera, rugosa o erizada; el peso muy variable, oscilando entre unos gramos y kilo y medio, como el que

se conserva en París en el Museo Dupuytren. Su color variable, también amarillo leonado o grisáceo, blanquecino o negruzco, dependiendo, lo mismo que la forma y su consistencia (que está entre límites muy extensos), de la composición química de los mismos.

Relaciones de los cálculos con la vejiga.—Según su asiento, los cálculos pueden ser *vesicales*, que son en general los cálculos pequeños y de mediano volumen, que obedeciendo a las leyes de la gravedad, van al fondo de la vejiga y se encuentran sueltos y móviles y casi siempre, por debajo del cuello vesical, como acontece gran número de veces en los viejos, a causa de la hipertrofia del lóbulo medio de la próstata. Las concreciones que se desarrollan alrededor de un cuerpo extraño cualquiera clavado en la mucosa, quedan fijas.

Los cálculos *diverticulares* están aprisionados en un divertículo, ya congénito, ya adquirido (que no es infrecuente en los viejos). Se trata, pues, de vejigas que tienen en su interior columnas que las separan en compartimientos y que coadyuvan a ello fascículos musculares hipertrofiados. Los cálculos pasan de uno a otro compartimiento, de la pequeña cavidad que se forma a la gran cavidad de la vejiga.

Los cálculos *vesico-prostáticos* en forma de reloj de arena, están representadas sus mitades, la una por la vejiga y la otra por la uretra prostática, el estrangulamiento de entre las dos corresponde al cuello vesical.

Es natural que el roce continuo y la presencia del cálculo en la vejiga, origine en primer término la hipertrofia de las paredes musculares y más posteriormente la inflamación, la infección vesical y con ésta puede venir la uretero-pielitis ascendente, la cistitis, que pueden producir la ulceración y hasta la gangrena, saliendo el cálculo al exterior y originando una fistula.

Composición química.—Gracias a las conquistas de la química moderna y a la microquímica, se sabe la composición tan variada y diferente que pueden tener los cálculos urinarios. Estos pueden ser de ácido úrico, uratos, oxalatos, cistina, xantina, carbonatos, fosfatos, etc.

Para proceder a su análisis, se toma una pequeña cantidad finamente pulverizada y se calienta en una espátula de platino. Si el cálculo se carboniza, después arde y no deja residuo sensible, es que se halla compuesto de materia orgánica (ácido úrico, urato amónico, cistina o xantina). El ácido úrico libre o formando una sal, se reconocerá tratando el polvo del cálculo por ácido nítrico, evaporando la solución, añadiendo al residuo amoníaco y sometiendo de nuevo a la evaporación con calor débil. Así se produce

una coloración roja por formarse purpurato amónico (murexido).

La cistina y la xantina se disuelven en ácido clorhídrico diluído y el ácido úrico, no. La xantina cristaliza en agujas en forma de piedra de afilar y se distingue del ácido úrico por su fácil disolubilidad en el amoníaco diluído, y porque evaporada su solución en el baño maría y con ácido nítrico fuerte, deja un residuo blanco amarillento, el cual, si se calienta con cuidado al calor directo de una llama, se tiñe de un color amarillo intenso, y de rojo amarillento, añadiendo lejía de potasa.

La cistina se reconoce disolviendo el polvo en amoníaco, filtrando y dejando evaporar en un cristal de reloj. Entonces la cistina cristaliza en láminas exagonales características.

Si el cálculo pulverizado finamente y calentado en la espátula de platino se carboniza, arde y deja un residuo sensible, se hallará formado por materias orgánicas y minerales al mismo tiempo. Las substancias orgánicas se reconocerán siguiendo el procedimiento indicado más arriba. Las materias minerales pueden ser fosfatos u oxalatos de cal o magnesia. Si una porción del cálculo se disuelve completamente en ácido clorhídrico diluído, es señal que no hay ácido úrico. Los carbonatos desprenden anhídrido carbónico. Los oxalatos se reconocen porque si su solución en ácido clorhídrico se neutraliza por el amoníaco, añadiéndole después ácido acético, precipita en forma de enturbiamiento que se deposita lentamente en el fondo del recipiente.

Síntomas y diagnóstico.—Según el volumen que tengan los cálculos vesicales, su diagnóstico será más o menos fácil; muy sencillo, cuando sea voluminoso; pero es preciso diagnosticarlos precozmente, ya que el pronóstico operatorio es tanto más benigno cuanto menor sea el cálculo, y en los comienzos de la enfermedad, puede hacerse la elección del procedimiento más adecuado, cosa que no sucede al final de la misma.

En general, los enfermos de calculosis tienen antecedentes de litiasis renal. La orina en el principio conserva su acidez y transparencia normales, sólo alguna vez, teñida más roja, debido a la presencia de sangre, que en ocasiones se necesita la ayuda del microscopio para afirmarla.

Para llegar al diagnóstico de la enfermedad que nos ocupa, hemos de guiarnos por los *síntomas* que presenta, los cuales pueden ser *de probabilidad y de certeza*.

Son síntomas probables el dolor, la hematuria, la polaquiuria y la interrupción del chorro al orinar; cuando estos síntomas existen o cuando se encuentran la mayoría de ellos, seguramente que les acompaña la infección de la vejiga.

El dolor es producido por el contacto del cálculo con el cuello

Productos Wassermann

Lecitina y Colesterina

— WASSERMANN —

— POR VÍA HIPODÉRMICA —

Injectables de 1, 2 y 5 c. c.

Absolutamente inalterable e indolora.

RECONSTITUYENTE: Convalecencias lentas, Estados de consunción, Escrofulosis, Tuberculosis, etc.

VALERO FOSFER

— WASSERMANN —

POR VÍA GÁSTRICA: en elixir.

POR VÍA HIPODÉRMICA en injectables esterilizados de 1 c. c.

A base de Glicerofosfatos, Formatos y valeriana

RECONSTITUYENTE: Neurastenia, Anemia, Clorosis, etc.

== **IODOS** ==

— WASSERMANN —

POR VÍA GÁSTRICA: en gotas.

POR VÍA HIPODÉRMICA en injectables esterilizados de 1 c. c.

Solución titulada de Iodo-fibro-peptona

Sustituye ventajosamente a todos los demás preparados de iodo.

Sociedad Italo-Española de especialidades Fármaco Terapéuticas, A. WASSERMANN & C.^a S. en C.

Fomento, núm. 25 (S. M.) BARCELONA

de la vejiga, el cual es extraordinariamente sensible. Este dolor, se irradia con frecuencia a la punta del pene o hacia el ano. Mientras la vejiga está llena, el traumatismo y peso del cálculo sobre la misma no es tan manifiesto, pues al estar sumergido en la orina, disminuye de peso, según el principio de Arquímedes; pero a medida que se vacía y las paredes musculares se contraen, hacen su contacto más íntimo y es llevado hacia el cuello, al cual comprime. En los viejos, a causa del desarrollo de la próstata que impide llegar el cálculo al cuello vesical, el síntoma dolor puede hallarse muy modificado.

El ejercicio violento aumenta el dolor. En los comienzos de al enfermedad, solo se presenta este al final de la micción.

La polaquiuria (frecuencia en la micción) presenta caracteres especiales. Se exacerba con el ejercicio físico, proporcionalmente a la violencia del mismo (marcha a pie, en coche, ferrocarril, a caballo, etc.), disminuye con el reposo y desaparece casi por completo durante el sueño.

La hematuria, es un síntoma que, aunque no constante, cuando se presenta es de gran valor. Es tanto más manifiesta cuanto mayor va siendo el volumen del cálculo. En los niños, puede no existir y es más frecuente su presencia en el adulto. Como los anteriores síntomas, tiene la particularidad de desaparecer con el reposo y ser provocado con el ejercicio activo.

La interrupción del chorro durante la micción es uno de los síntomas que mayor valor le han atribuido los médicos y el vulgo. Sin embargo, en todos los casos de calculosis no se presenta, y en cambio hay otras afecciones de las vías urinarias y de los centros nerviosos en que se manifiesta la interrupción brusca del chorro de la orina.

Para que se interrumpa el chorro, es necesario que el cálculo sea de un volumen suficientemente pequeño, para que arrastrado por la corriente líquida obture el orificio interno de la uretra. La posición puede influir de un modo palpable en la presencia de este síntoma. Un enfermo orinando de pie, puede ver interrumpirse el chorro al orinar y acostado o en decúbito dorsal que desaparezca. En este caso es muy probable que fuese una piedra la que obturaba el cuello.

A esta fase de trastornos funcionales, sigue la fase de cistitis, caracterizada por fenómenos dolorosos más intensos, por la transformación amoniacal de las orinas y por la ineficacia de los medios para hacer desaparecer enteramente los dolores y clarificar la orina.

Los síntomas que anteceden y que se presentan en la calculosis vesical, pueden darse en otras enfermedades del aparato génito-

urinario, y como no todos los síntomas son constantes, sino que puede faltar alguno de ellos, según el período de la enfermedad en que se observen, de aquí la utilidad de hacer su diagnóstico diferencial. Hay ocasiones, en que es hasta casi imposible la diferenciación de los cálculos vesicales con otros procesos, sin más auxilio que los síntomas, tales son, por ejemplo, las neoplasias de la vejiga o de la próstata, tumores renales, estrecheces e inflamaciones crónicas de la uretra, las cuales pueden dar lugar a confusión.

En la *hipertrofia de la próstata* se dan algunos de los síntomas de la calculosis, según se halle más o menos hipertrofiada esta glándula. En los comienzos de la enfermedad hay polaquiuria, pero ésta presenta sus caracteres especiales que la pueden distinguir de la polaquiuria de los calculosos. En éstos, la polaquiuria disminuye con el reposo y desaparece casi por completo durante el sueño, mientras que en la hipertrofia prostática la polaquiuria es nocturna y limitada particularmente en las últimas horas de la noche y primeras de la mañana. A medida que avanza la hipertrofia, se presentan otros síntomas que vienen a completar el diagnóstico, a saber: la orina sale babeando, sin fuerza, hay erecciones nocturnas, después viene la retención que puede ser pasajera o que exija el cateterismo, más tarde se presenta la polaquiuria diurna y al final del proceso hipertrofico, la dilatación de la vejiga por insuficiencia a la contracción de sus paredes, como consecuencia de la dilatación, el rebosamiento continuo de orina a medida que llega ésta a la vejiga. A todos estos síntomas, suele adherirse la poliuria; en lugar de 1.200 ó 1.500 gramos de orina diarios, los hipertrofos orinan 2 ó 4 litros. Si estos síntomas no fuesen suficientemente claros para el diagnóstico, el tacto rectal nos sacará de dudas.

El primer síntoma que se presenta casi siempre en las *neoplasias de la vejiga*, es la hematuria, pero su aparición no indica la fecha de la enfermedad, puesto que hay neoplasias que llevan años de existencia y ni la hematuria, ni ningún otro síntoma funcionales dan a conocer su presencia.

La hematuria en las neoplasias es espontánea, apareciendo de un modo súbito y sin que nada la haya hecho sospechar. La cantidad de sangre que originan, no está en relación con el volumen del tumor, pues los puede haber pequeños, que den una gran hemorragia. Más bien dependa del sitio de implantación y de la vascularización. La hematuria desaparece tan bruscamente como apareció, siendo la excepción que disminuya poco a poco.

En los calculosos, el reposo hace desaparecer la hemorragia, pues bien, en los neoplásicos, ni el reposo, ni la medicación, influyen en la disminución de la hematuria.

Además de la hematuria hay otros síntomas propios de los tumores vesicales; la cistitis, gran número de veces la acompaña; en el sedimento de la orina pueden encontrarse partículas del tumor que el microscopio dirá su naturaleza. Mecánicamente pueden los tumores producir retención o incontinencia, bien sea obturando por completo el cuello, bien ocluyéndolo incompletamente con prolongaciones que se introduzcan en él. La interrupción del chorro al orinar, puede darse en los tumores a causa de algún coágulo que haya en la vejiga o que el tumor sea muy pediculado y obture el cuello durante la micción. Cuando se da la fibrinuria, es un síntoma de gran valor; la orina, al cabo de un rato de expulsada, se coagula, dando un aspecto semejante a la gelatina.

El dolor en los neoplásicos o es nulo o se presenta muy tardíamente cuando ya hay cistitis.

Si durante un período hemático no aparecen todas las micciones con sangre, sino que unas veces hay y otras no y van acompañadas de dolores en los hipocondrios, entonces hay que pensar en las *nefrorragias*. Si encontramos algún coágulo largo, de algunos centímetros, como modelado por el uréter, no cabe duda del origen renal de la hemorragia.

Dolor, hematuria y polaquiuria puede haber en la *cistitis crónica blenorragica*, pero estos tres síntomas, que también existen en los casos de calculosis, tienen sus características especiales. El dolor que produce el cálculo, es al final de la micción cuando se pone en contacto con el cuello; en la blenorragia, durante toda la micción.

La hemorragia que se da en los gonocócicos, es muchas veces uretrorragia; el algodón puesto en el pene para recoger la secreción de la uretra y evitar las manchas en la ropa, puede estar teñido de sangre, y si es cistorragia, sale la sangre con las últimas gotas de orina, mientras que en las calculosis, toda la orina sale más o menos teñida de color rojo.

La polaquiuria en los calculosos desaparece durante el sueño; los afectos de cistitis blenorragica orinan durante la noche una porción de veces. El examen del pus al microscopio y en ausencia de él, el de los filamentos que se presentan en la orina, nos dará la solución todavía más completa.

Los *signos físicos* o *signos de certeza*, son los que nos dan de un modo directo o indirecto la certidumbre de la piedra.

El tacto rectal en el hombre y vaginal en la mujer pueden, en algunas ocasiones, proporcionar datos de la existencia de los cálculos, pero no de su volumen, forma y demás caracteres. Es preciso hacerlo de modo parecido a como lo practican los tocólogos, in-

introduciendo el dedo en el ano o vagina y con la otra mano en el hipogastrio, hasta percibir el peloteo del cálculo.

Cateterismo por calculosis.—Para poder afirmar la existencia de un cálculo en la vejiga, es preciso recurrir a este medio de exploración, sin el cual, tendremos la sospecha más o menos fundada, guiados por los síntomas que nos proporcione, pero no la seguridad de su presencia. La práctica de él, como medio diagnóstico en la calculosis, puede hacerse con sondas de goma o con exploradores metálicos.

La exploración con sondas de goma y con el explorador olivar de Guyón, ya que fué éste quien más insistió sobre el valor del examen con instrumentos blandos, puede darnos sensación de roce con un cuerpo duro, de choque contra el mismo cuerpo, de inmovilidad y resistencia, etc., pero solamente para una mano bien educada, tendrá valor patognomónico; será preciso, pues, comprobar con el instrumento metálico las sensaciones que nos haya dado el explorador de seda o goma.

El cistoscopio en las vejigas dilatables, es un excelente medio de exploración.

Las condiciones en que se ha de practicar el cateterismo, así como la técnica del mismo y las maniobras que hay que ejecutar, una vez el explorador dentro de la vejiga; prescindiendo de ellas, ya que lo sucinto de este trabajo y el ser de todos conocidas, me relevan del mismo.

Los rayos X son un medio complementario, que en los casos que el cálculo está profundamente encerrado en una cavidad vesical, o recubierto de tractus fibrosos que impidan percibir la sensación de roce con el cálculo, nos servirán para poner en claro la duda en el caso que exista.

NUEVAS ORIENTACIONES OPOTERÁPICAS

POR EL DR. PEDRO ALOU

Al decidirme a dar publicidad a mi poca valiosa experiencia en cuanto a medicación opoterápica se refiere, no lo hago con la intención de elevar esta medicación a una altura superior a la que le corresponde, sino para demostrar la confianza que esta rama de la terapéutica me inspira por los resultados excelentes que en la práctica proporciona, y sobre todo, para señalar una nueva orientación diagnóstica que de sus conocimientos se desprende, y

que sería, de comprobarse de lleno, de excepcionalísima importancia.

Y antes de señalar estas nuevas orientaciones, permitidme que exponga algunas consideraciones que debemos tener siempre presentes al hacer uso de la terapéutica opoterápica.

A este propósito, creo no exagerar nada la nota al decir que el ejercicio de la clínica y de la terapéutica aplicada a las enfermedades de las glándulas endocrinas, constituye hoy, dado el estado de inestabilidad de nuestros conocimientos, el capítulo más difícil de la Patología interna.

Y ello no es extraño, la endocrinología, comienza hoy a crearse una personalidad científica y ello tiene que ser forzosamente, como todas las ramas de la investigación humana, a fuerza de fracasos y desengaños.

¿Y cuántos no habrá cosechados de estos fracasos y desengaños todo médico que, ilusionado por las doctrinas seductoras de la endocrinología, haya puesto en práctica, a diestro y siniestro la medicación opoterápica?

Y es que la opoterapia, aplicada sistemáticamente, no dará al médico más que desengaños, y precisamente a esta forma ciega de aplicarla y no a ella, es a lo que se deben sus fracasos.

Un consejo, hijo de la experiencia, es el que debe guiarnos siempre en el uso de esta medicación y él consiste en que *la eficacia de la opoterapia está en razón directa de la oportunidad de la aplicación, en referencia a la exactitud del diagnóstico.*

Y en efecto, lo difícil de esta terapéutica no radica en la administración del medicamento, sino en la precisión del diagnóstico.

Los grandes accidentes, los grandes tipos endocrinos como la esclerodermia, el mixedema, el idiotismo, no son los más propicios para un éxito opoterápico y en cambio son los más sencillos para el diagnóstico.

El secreto de la opoterapia está pues en el diagnóstico *de los pequeños cuadros clínicos que obedecen a trastornos de la secreción glandular, que son los más difíciles de diagnosticar, los más frecuentes en clínica y los que más éxitos dan al médico práctico.*

Y se comprende: cuanto más ligero es el trastorno funcional de una glándula o aparato glandular, tanto más fácil de volver a la normalidad, pero en cambio tanto más difícil de diagnosticar.

Y ¿qué pocas veces se nos ocurre en clínica, motivado por la falta de costumbre, referir, por ejemplo la miastenia gástrica, esencial, y la astenia muscular o nerviosa a un síndrome suprarrenal; o la constipación pertinaz y la enteritis mucómenbranosa a un síndrome hepático y explorar en todos los enfermos el signo de la ceja, la pigmentación y consistencia cutánea, la línea blanca

suprarrenal, sensaciones de frío en la espalda, obesidades regionales, impresionabilidad al calor y al frío, ligeros temblores, trastornos pilosos, edemas transitorios, demacración, tendencia a los sudores, etc., etc., síntomas importantísimos para orientarnos hacia un diagnóstico de pequeña endocrinología. Después de esto, debemos tener presente al explorar la función endocrina, de no dar preferencia a los trastornos del hipo e hiper sobre los de la disfunción, pues éstos son de tanta importancia, por no decir de más, que aquéllos.

Otro dato que debemos tener en cuenta al formar juicio clínico es que las glándulas de secreción interna no son glándulas independientes unas de otras y de significación peculiar, sino que existen glándulas y tipos glandulares de significación análogas unas y contrarias otras, pero siempre más o menos definidos. Así por ejemplo, puede darse el caso de presentarse en una enferma síntomas evidentes de una insuficiencia ovárica, y curar, no con la ovarina, sino con la tiroidina, y ello se explica perfectamente por la simpatía funcional que entre ambas glándulas existen.

El caso contrario o sea de antagonismo funcional, está representado por la función activadora del crecimiento óseo que provoca la hipertrofia de la hipófisis y la acción trófica que sobre el crecimiento óseo ejerce la glándula genital.

Tenidas en cuenta estas nociones, viene la cuestión indecisa de la dosificación terapéutica de los productos opoterápicos; eso de administrar sistemáticamente las dosis de los productos opoterápicos que los prospectos señalan igual para todos los casos clínicos, es un error; puede haber insuficiencias glandulares tan poco intensas, que la administración de una dosis común, puede hacer traspasar el límite de la suficiencia y entrar en el de la hiperfunción; de este caso tenemos todos los días con el uso de la tiroidina.

De aquí se desprende que la dosis inicial no será la misma para todos los enfermos y para su dosificación tendremos en cuenta el grado de intensidad del trastorno, la tolerancia del enfermo y la dosificación rigurosa del preparado terapéutico con relación a su equivalente glandular.

Y no estará demás que llame la atención sobre la necesidad de tener en cuenta ya desde el principio del tratamiento, la posibilidad de que éste tenga que prolongarse durante mucho tiempo y de lo cual enteraremos al enfermo para ponernos a salvo de su impaciencia.

Hechas estas elementales salvedades voy a sintetizar muy esquemáticamente éxitos ciertos de la medicación opoterápica, fun-

dados sobre mi experiencia personal y de asistencia hospitalaria durante dos años de ampliación científica.

La ovarina da buenos resultados en las insuficiencias ováricas y en ciertas insuficiencias tiroideas; así como con ella he curado dos enfermas de psoriasis rebelde a todo tratamiento, cuyos casos clínicos tengo documentados.

La ovaribromina me ha dado buenos resultados en casos de histerismo y en otros de histeroepilepsia.

La tiroidina me ha curado un caso típico de asma esencial de larga fecha con solo tomar dos frascos, cuya historia clínica conservo.

Con la tiroidina he logrado avivar notablemente la inteligencia de una enana, adiposa, semi-imbécil, y disminuir notablemente los paquetes adiposos que cubrían sus fosas supraclaviculares.

Con la hipofisina he visto al Dr. Guardia curar al menos durante todo el tiempo de la observación tres casos de epilepsia.

El extracto de suprarrenal he visto que daba buen resultado en dos adisonianos del Hospital clínico.

Con la paratiroidea Parke Davis he visto curar al Dr. Guardia una enferma que había sido tratada por profesores de fama de Madrid y Valencia sin resultado y que presentaba un síndrome compuesto de constipación, temblor de las manos y sensación intensa de frío en la espalda.

Con el extracto de glándula pituitaria he visto robustecer grandemente las contracciones de un útero ya fatigado.

Con la hepatina he obtenido resultados en casos de constipación pertinaz.

Con la refrina he obtenido algún éxito en varias nefritis agudas y curado un caso de nefritis crónica postífrica que databa de tres años.

Con la adrenalina he logrado corregir grandemente el cuadro clínico general en tuberculosis pulmonares de primero y segundo grado.

Con el extracto de jugo cardíaco he visto bajo la dirección del Dr. Ferrer Solervicens, de Barcelona, disminuir notablemente la zona de matidez de dos casos de dilatación cardíaca por lesión y mejorar el cuadro clínico de insuficiencia cardíaca.

Con inyecciones de espermina vi volverse potente a un morfomano afecto de impotencia.

Vómitos incoercibles de embarazadas rebeldes a toda medicación, incluso a la opoterapia ovárica, han cesado con la medicación adrenalínica a la dosis de V gotas repetidas dos o tres veces al día.

Pero todos estos hechos, más otros muchos que están en vías

de consolidación, no son más que el preámbulo de la eficacia opoterápica.

Porque hoy día, entre otras cosas, con los progresos de la clínica endocrinológica y opoterápica hemos podido derrumbar por completo las antiguas concepciones de los estados constitucionales y ver de ellos el origen en la acción preponderante de una glándula o de un sistema de glándulas endocrinas; y ello es también de capital importancia, porque una vez conocida la intensidad y naturaleza del trastorno de secreción que motiva cada uno de estos estados, podremos en fecha no lejana, enérgicamente desarrollar una terapéutica específica para corregirlos o modificarlos.

Y por último, y ello es para mí lo más importante, los que profesan por la opoterapia el cariño que merece, debemos intentar descubrir el importantísimo e indudable papel que las glándulas de secreción interna desempeñan en el curso de enfermedades consideradas hoy como a ellas exógenas, ya sean agudas, ya sean crónicas, con la esperanza de poder sacar de este estudio los correspondientes frutos. Quizás con ello lograríamos crear un concepto patognomónico diferente del que hoy tenemos de muchas enfermedades, y digo esto, por la sugestión que en mí se ha iniciado después de observar, por ejemplo, que el cuadro clínico de la tuberculosis pulmonar, es un cuadro clínico eminentemente endocrino; en efecto, las lesiones focales del pulmón son a veces tan insignificantes que pasan desapercibidas a la más refinada exploración clínica, y en cambio se presentan ya en el estado pretuberculoso, anorexia, demacración, tendencia a la fatiga y a los sudores, frecuencia de pulso, ligera reacción térmica, desmineralización, síntomas que recuerdan al aparato tiroparatiroideo y pulso hipotenso, miastenia gástrica y general, anemia, etc., síntomas de insuficiencia suprarrenal, y como sabemos la afinidad de la toxina tuberculosa hacia estas dos glándulas. ¿Quién niega que lo que nosotros llamamos cuadro clínico de la tuberculosis pulmonar no empiece por ser y sea siempre (a excepción de la tos y expectoración que es pulmonar) un cuadro clínico de tiroparatiro suprarrenal, y que de esta nueva concepción patognomónica naciera un nuevo tratamiento opoterápico?

No es que yo ignore que este cuadro clínico antes citado sea de origen tóxico y que el punto de partida de este tóxico resida en el pulmón, pero sí puedo decir que esta toxina produce este cuadro clínico *a través* y a expensas del tiroides y suprarrenal y que de éstas depende el cuadro clínico que se presenta.

Porque que esto es verdad se demuestra claramente comparando atentamente el cuadro clínico del período final del tuberculoso con el período final del insuficiente suprarrenal; en ambos

Diccionario terminológico de Ciencias Médicas

Contiene cuantas voces y términos son propios de

Medicina, Cirugía, Odontología, Farmacia, Veterinaria y demás Ciencias biológicas

DIRIGIDO POR EL

Dr. León Cardenal

Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid

Con la colaboración de los Doctores Aguilar (F.); Azua; Capdevila; Cardenal (S.);
Coroleu; Fernández Sanz; Marquez; Pi Suñer; Recasens; Salvat (M.);
Soler y Batlle; Tapia; Turró

Edición profusamente ilustrada con láminas en negro y colores. La obra constará de cuatro fascículos de 240 páginas, cada uno, aproximadamente, siendo el precio del primer fascículo 7'50 pesetas al contado.

Dos casos de reflujo vesico-renal y dilatación permanente de los uréteres.—
Demostración radiográfica por el Dr. Isidro Sánchez Covisa, Cirujano Jefe del servicio de vías
urinarias del Hospital provincial. Artículo publicado en la Revista «Higia» e ilustrado con
nueve fotograbados. 1

La Fenolsulfonaftaleína como reactivo de la actividad funcional de los riñones, por el Dr. Isidro Sánchez Covisa, Cirujano Jefe del servicio de vías urinarias del Hospital
provincial. 1

El Radium en el cáncer de las primeras vías, por el Dr. Ricardo Botey. Trabajo ilus-
trado con 19 grabados, en el que el autor expone con todo género de detalles el asunto de que
se trata. 1

Observaciones Clínico-tológicas, por el Dr. Secundino Sabaté. Tortosa, Jun-
io 1918. Es una exposición detallada en forma de estadística de las intervenciones tocológicas
hechas por el autor. 1

Notas fisiológicas, publicadas por el Dr. Eduardo Xalabarder, Médico Director del Sana-
torio antituberculoso del Patronato de Cataluña. 1

**Sobre el tratamiento de los tumores vesicales con motivo de algunos casos
clínicos,** por el Dr. Isidro Sánchez Covisa, del Hospital general. Artículo publicado en «Re-
vista clínica de los hospitales». 1

**La misión médico-española al frente francés para el estudio de cirugía de
guerra,** por el Dr. R. Molla, Director de la misión. Publicaciones de la Revista «Policlínica». 1

Prurigo epidémico microbiano.—Comunicación presentada a la Real Academia de
Medicina de Sevilla, por el Dr. Rafael Sancho Fall, Profesor numerario del Hospital pro-
vincial y agregado de la Facultad de Medicina de Sevilla. 3

Hijos de J. Espasa.-Editores.-Cortes, 581, Barcelona

Biblioteca Médico-Quirúrgica

COLECCIÓN DE MANUALES PRÁCTICOS

Manual de Medicina Legal y Toxicología

por el Dr. Ch. Vibert

Médico forense del Tribunal del Sena.

9.^a edición revisada y corregida, con un prefacio del

Dr. P. Brouardel

Traducción castellana enriquecida con notas y referencias de la Legislación española vigente

por el **Dr. Manuel Saforcada**

Profesor auxiliar de Medicina Legal y Terapéutica de Barcelona.

Tomo II. — Toxicología

Un volumen de 780 páginas, con una lámina y 80 grabados intercalados en el texto.—Precio al contado de la obra. Rústica, 30 pesetas.—Encuadernada, 35 íd.

MANUAL DE HIGIENE

por Julio Courmont

Profesor de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon.—Médico de los Hospitales.

CON LA COLABORACIÓN DE LOS

Prof. C. Lesiur

Director del Instituto municipal de Higiene de Lyon.

Dr. A. Rochaix

Profesor auxiliar y de Clases prácticas de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon

Traducción castellana enriquecida con notas, referencias a la Legislación española vigente; y un Prólogo por el

Dr. W. Coroleu

Secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Un tomo de 824 páginas, con 223 grabados, algunos de ellos a dos y a tres tintas y una lámina. — Precio al contado. — En rústica, 15 pesetas. Encuadernado, 17'50 íd.

MANUAL DE TERAPÉUTICA

por **X. Arnozau**

Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Burdeos.—Médico de los Hospitales.

con la colaboración de **Ch. Mongour**

Encargado del curso de Terapéutica de la Facultad de Medicina.

Traducido al español y anotado por el

Dr. F. Corominas

Médico de número de la casa de Maternidad de Barcelona.

TOMO I

Generalidades. — Terapéutica de las enfermedades de la nutrición y de las enfermedades infecciosas. — Revulsión.

4.^a EDICIÓN REVISADA Y CORREGIDA

Formará 2 tomos. El primero de 468 páginas, con grabados en el texto, precio al contado Rústica, 8'50 pesetas. Encuadernado, 11 íd.

existen dolores abdominales, diarreas profusas, anorexia, abatimiento y postración con hipotensión, extrema pequeñez de pulso tendencia al colapso, fiebre, etc. Además, a nadie se le oculta saber que la edad avanzada ofrece una resistencia enérgica a la tuberculización; y que si existen pruebas evidentes de que la tuberculosis pulmonar cura aparente o realmente o se hace al menos de un curso eminentemente crónico y soportable, ello es a la edad adulta o de la vejez, lo que lo patentiza con esos tubérculos enquistados que en los pulmones revela la autopsia. Pues bien, ¿queréis en esa edad un cuadro más eminentemente suprarrenal? (hipertensión, esclerosis, infiltración calcárea de las arterias y otros tejidos).

Yo, por de pronto, haciendo caso real de esta mi concepción endocrina del cuadro clínico general de la tuberculosis pulmonar, asocio, en el tratamiento de la pretuberculosis, tuberculosis primaria y secundaria, el concepto endocrino de la enfermedad y el concepto clínico de la desmineralización, asociando en casi todos mis enfermos de esta clase (salvo alguna contraindicación) la medicación adrenalínica a las sales de calcio, con la seguridad de que estas dos medicaciones no solamente tienden al mismo fin, sino que se ayudan y complementan; pues dada la acción predilecta de la adrenalina hacia las sales de calcio, a las que precipita alrededor de los focos inflamatorios, experimentos de Harvey, obra la referida medicación, imitando a los procedimientos naturales para la curación por enquistamiento. ¿Quién niega, además, que el terreno abonado para la tuberculosis, lo que llamamos el estado pretuberculoso, no sea un terreno eminentemente endocrino y que con la medicación específica pueda corregirse este estado de predisposición?...

Lo mismo se me ocurre pensar de la tifoidea; ¿acaso el cuadro clínico que en ésta domina no es como en todas las grandes infecciones, la atonía, la indiferencia, el estupor, la hipotensión, etc., y no es ello el cuadro típico de la insuficiencia aguda de las suprarrenales?

Así es, y por si esto no bastara para demostrarlo, existe la prueba de la administración de la adrenalina con lo que se logra no sólo el aumento de tensión, sino la desaparición del estado de estupor y como corolario viene a confirmarlo las autopsias practicadas por el joven Dr. Vallejo, quien en todos los cadáveres de tifódicos por él autopsiados en el Hospital Clínico, encontró lesiones evidentes de las cápsulas suprarrenales.

Me olvidaba decir que esa acción electiva de las cápsulas suprarrenales hacia la precipitación de las sales calcáreas alrededor de los focos inflamatorios, no es una acción secundaria que reco-

nozca por causa a la hipertensión, sino que es una acción directa y electiva como lo demuestran los experimentos de Josué y Etienne, los cuales inyectan adrenalina asociada a los hipotensores (yodo trinitina), desapareciendo con ella la acción hipertensiva y aumentando la acción atetomatosa; además, existe a veces, hipertensión prolongada sin ateroma.

Y por último, y ¿quién se atreve a negar que ese reumatismo tuberculoso de Poncet, que con tanta frecuencia se presenta en enfermos de esta índole, no sea un reumatismo tifoideo? No es que quiera decir que no reconoce un origen tóxico, pero a través del tiroides.

Es indudable, después de lo dicho, que la endocrinología ha de ensanchar su campo de acción a las enfermedades generales que parecen exógenas a las glándulas de secreción interna y comenzar a pensar que no puede existir casi enfermedad general alguna y muchas de las localizadas inclusive, que no repercute sobre el normal funcionalismo endocrino. Y ello sería de una importancia capital el averiguarlo, pues nos haría cambiar por completo el concepto patognomónico y terapéutico de muchas enfermedades.

De desear es que salgamos de la inanición suicida que nos gobierna y aportemos cada uno de nosotros el granito de arena a la importantísima rama del saber médico que llamamos endocrinología.

(Revista Balear de Ciencias Médicas).

RELACIÓN DE UN CASO DE EPILEPSIA, DE ORIGEN ESPECÍFICO, CURADO CON EL MERCURIO

POR EL DR. B. PERDOMO HURTADO

Niño de 16 meses de edad; embarazo normal. Parto a término, que acabó felizmente sin aplicación de fórceps. Su padre es un antiguo específico, que casi no se ha tratado. Su madre es de costumbres sobrias, que no hace en absoluto uso de bebidas alcohólicas. Ninguna mácula nerviosa en sus ascendientes.

Ha tenido 12 hijos, el segundo de los cuales nació muerto y vino al mundo mediante un parto prematuro.

Nuestro enfermito fué criado a pecho durante año y medio y después con alimentación artificial. Evolución dentaria en su fecha normal; dió sus primeros pasos al año. Nunca ha sufrido de

traumatismos craneanos. Aparatos respiratorio, circulatorio y digestivo normales. Reflejos tendinosos muy exagerados. Ninguna enfermedad antes de su primer ataque epiléptico, que fué en Mayo de 1916. Estos ataques, algunos de los cuales presencié, estaban constituidos por el cuadro sintomático de la epilepsia con sus tres periodos de convulsiones tónicas, clónicas y el estertor: únicamente faltaban la espuma en la boca y la mordedura de la lengua. Durante el período convulsivo había incontinencia de orina, diurna y nocturna, pero principalmente nocturna. Nunca hubo fiebre. El ataque le duraba aproximadamente, tres minutos. Veces hubo de darle siete ataques en 24 horas. Diagnóstico: nada más difícil en ocasiones que hacer el diagnóstico de estos estados convulsivos en los niños, sobre todo, cuando no se tiene la suerte de presentarlos. Una simple indigestión, puede ser causa de estos estados, pero en tal caso la crisis cesa después del vómito.

También las enfermedades infecciosas febriles, al principio, pueden acompañarse de crisis convulsivas, pero éste no es el caso de que hablamos actualmente, pues nuestro enfermito no tuvo ninguna enfermedad infecciosa. Las intoxicaciones pueden también ocasionar aquellos ataques, sobre todo, el alcoholismo de la madre o de la nodriza: muy conocido es el caso de D'Espine referente a un niño de pecho que presentaba convulsiones periódicas los lunes y jueves de cada semana, porque su nodriza estaba libre los domingos y miércoles, en cuyos días abusaba de las bebidas alcohólicas. Pero ya sabemos por la relación anterior, que la madre de este niño no hacía, en absoluto, uso del alcohol. Este pequeño tampoco había sufrido anteriormente, ni en los actuales momentos, de nefritis, por lo cual podemos eliminar este factor en el desarrollo de sus crisis convulsivas. ¿No podríamos atribuir al histerismo la existencia de estos ataques? No; hay ciertos síntomas en él que son exclusivos de la epilepsia, tales son la incontinencia nocturna de orina; también hay la circunstancia de que estos ataques se le presentaban sin esas actitudes pasionales propias del histerismo. ¿Crisis convulsivas por ascariidiosis? En el primer examen que le hicimos, ordenamos hacer el de las heces, el cual resultó positivo a este respecto. Por esta razón se le administró un vermífugo adecuado, con el cual fueron expulsados algunos ascárides, que no volvió a eliminar a pesar de haberse repetido en distintas veces un enérgico tratamiento antihelmíntico. Además, habiendo suprimido en nuestro enfermo los vermes en cuestión, los ataques continuaron cada vez más intensos y repetidos, lo que no debió haber sucedido si la helmintiasis hubiera sido el factor etiológico. Teniendo, pues, en cuenta la historia clínica del caso en que la avariosis existe del modo más evidente y ha-

biendo eliminado con justas razones todas las otras causas ya enunciadas, diagnosticamos *epilepsia de origen específico*, sometiendo nuestro enfermo a un enérgico tratamiento mercurial, usando alternativamente cianuro de mercurio, por la vía intramuscular (un preparado llamado *cianovaina*, que es indoloro) y fricciones cutáneas de unguento mercurial, en forma de óvulos, acabada preparación de la casa Mulford. Después de tres meses de tratamiento, cesaron del modo más completo en nuestro enfermo todas las manifestaciones convulsivas, sin que hasta la fecha (hace de ello poco más de un año) hayan reaparecido.

UN CASO DE RINOFIMA CURADO CON RADIO

POR LOS DRS. J. Y S. RATERA

El interés del caso que vamos a referir reside en la rareza de los casos publicados hasta ahora, pues fuera de los cuatro casos citados por Wickham en su libro de Radiumterapia (1) y de los tres casos citados por Degrais, primero en los «Archives d'Electricité medicale» (2) y luego en la comunicación hecha por este autor en el IV Congreso internacional para Fisioterapia (Berlín, 1913 (3)), no se hallan más casos en la literatura, siendo por tanto muy pocos los publicados hasta la fecha.

Como se sabe, el rinofima se manifiesta por una hipertrofia total de la piel de la nariz, irregular, caracterizada desde el punto de vista anatomopatológico, por un aumento de las numerosas glándulas sebáceas de esta región y por una esclerosis del dermis, debido a un espesamiento inflamatorio del mismo, distinguiéndose en él dos variedades, según Leloir y Vidal, según que predomine uno u otro de dichos elementos: variedad glandular y variedad elefantásica.

El caso tratado por nosotros no pertenecía francamente a ninguna de las dos variedades, participando tanto de una moderada hipertrofia de los tejidos de la nariz, como también de un aumento de las glándulas sebáceas de ésta.

Se trataba de un enfermo adulto, de recia complexión, que nos fué enviado por el distinguido dermatólogo Dr. Pardo Regi-

(1) Wickham: Radiotherapie, 1912.
 (2) Traitement du rhinophima par le radium, Arch. d'Elect. méd., núm. 358, 25 Mayo 1917, pág. 448.
 (3) Radiumbehandlung des Rhinophymas Strahlentherapie, tomo III, cuad. 1.º, 14 Agosto 1913, pág. 86.

dor, y que presentaba un aumento de volumen del lóbulo de la nariz, con estado congestivo de la misma, modificaciones que iban atenuándose hasta desaparecer un poco por encima de las alas de la nariz y de la mitad del dorso de ésta.

Estas modificaciones en el volumen y en el color al principio insignificantes, se fueron acentuando hasta llamar la atención del enfermo, quien viendo que no sólo no tenían tendencia a desaparecer, sino que iban cada vez en aumento, le decidieron a consultar al Dr. Pardo Regidor, a fin de ponerse en cura, quien inmediatamente le aconsejó las aplicaciones de radio, y con este fin nos fué enviado.

Nosotros hicimos desde el primer momento la técnica preconizada por Degrais, utilizando los filtros pesados y le hicimos durante cuatro noches consecutivas cuatro aplicaciones de doce horas con una placa circular de 25 centímetros de diámetro, conteniendo 16,4 miligramos de sulfato de radio, cuyas radiaciones fueron filtradas por dos milímetros de plomo. En cada aplicación se desplazaba algo el aparato del sitio colocado la noche anterior para atacar por igual a todos los tejidos enfermos.

Después de esta serie de aplicaciones hicimos descansar al enfermo cuarenta días, y al volver para que le hiciésemos nuevas irradiaciones se le halló ya muy mejorado, habiéndose aplanado mucho los tejidos de la nariz y descendido el color encarnado que tenía. En vista de esta mejoría, ya no se le hicieron nada más que tres aplicaciones, haciéndole descansar de nuevo, para volverle a ver pasados dos meses, hallándole en esta ocasión con los tejidos casi normales, haciéndole entonces por precaución sólo dos irradiaciones, una sobre cada ala de la nariz, para concluir de quitar un poco de coloración anormal que persistía y que era tan débil, que sólo poniendo atención se hacía apreciable.

Una modificación curiosa del elemento glandular sufrida por el enfermo durante el tratamiento, es la citada por Degrais, que consiste en que bajo la acción del radio y paralelamente a la atrofia de las glándulas sebáceas, disminuyó mucho la secreción grasiesta que tenía y se formaron pequeños tapones concretos que sólo a una determinada presión salieran de los orificios glandulares en forma de tubitos.

El mecanismo de la acción se deduce perfectamente por la que ejerce el radio, tanto sobre las glándulas sebáceas, como sobre los angiomas. Sobre las primeras se traduce en una atrofia que se manifiesta desde el primer momento de la acción del radio, disminuyendo la substancia adiposa que llena las células y destruyéndose los núcleos que más adelante son reabsorbidos por fagocitosis.

Cuando al elemento vascular, los estudios de Wickham y Degrais mencionados en el trabajo que presentaron, en colaboración con el Dr. Belot, al IV Congreso Internacional de Fisioterapia, en Berlín, 1913 (1), y los mencionados por los dos primeros autores en su libro de Radiumterapia, han demostrado que en los aneurismas irradiados no existen ya los numerosos capilares ingurgitados de sangre que existían antes, quedando limitados éstos a algunos raros vasos reducidos al estado de cintas estrechas, cuyas modificaciones recaen sobre el endotelio, que está formado por células salientes de núcleo grueso y cuyos protoplasmas que presentan prolongaciones, se anastomosan con los de las células vecinas y con los elementos conjuntivos vecinos y sobre el peritelio, que se hiperplasia, estando constituido entonces por células fusiformes de grueso núcleo, que cierran la luz estrechada del capilar.

La técnica seguida por nosotros ha facilitado el hacer uso del efecto electivo del radio, sin provocar reacciones cutáneas, que no han aparecido en ningún momento del tratamiento. Sin embargo, como indica muy bien Degrais, variará según los caracteres inherentes a cada caso. De todos modos, dada la mayor electividad de las glándulas sebáceas hipertrofiadas podrá hacerse uso de ella en casi todos los casos, pues la acción del radio es casi inofensiva para las glándulas normales.

(El Siglo Médico).

REVISTA DE TERAPÉUTICA

Tratamiento del chancro blando y del bubón abierto por medio de la fumigación yodada.—Los doctores Petgés, Gratiot y Cottu, tratan el chancro blando y el bubón chancroso por medio de la fumigación yodada, considerando este tratamiento como el más práctico y el más rápido de todos los que se han recomendado contra esta afección. Todos los chancros blandos, incluso los del meato y los subprepucales, todos los bubones una vez abiertos e incluso el chancro blando complicando el chancro indurado, pueden, según su modo de ver, ser tratados de esta manera.

Para ello han improvisado un instrumental muy sencillo y al alcance de todos los prácticos. Consiste en un balón de cristal de unos 70 a 100 c. c. de cabida, provisto de un tapón con dos aberturas,

(1) Wickham, Degrais y Belot: Die durch Strahlen hervor gerufenen histologischen Gewebesveränderungen-Strahlentherapie, tomo III, cuaderno 1.º, 14 Agosto 1913, página 64.

por las que pasan dos tubos acodados: por uno pasa aire procedente de un balón de goma como el del termocauterío y debe casi tocar el fondo para que el aire que penetra por él no enfríe los vapores del yodo que salen por el segundo, cuya extremidad es afilada. Viértase una cucharada soperá de yodoformo en el balón (o yodo metaloide si es posible obtenerlo), y se coloca el tapón provisto de los dos tubos y de las bolas de goma y se calienta con una lámpara de alcohol. Al cabo de algunos instantes por el tubo afilado salen vapores de yodo, debiendo tener la precaución de calentar previamente el tubo para evitar la condensación del yodo; se deja que el balón se llene de vapores y solamente entonces practicaremos una insuflación suave. Continuaremos calentando y soplando, y en cuanto los vapores de yodo que salen por el extremo afilado alcancen una longitud de proyección de 7 a 15 centímetros se fumiga la lesión. Para ello es necesario mantener bien expuesto el chancro para que todas sus partes sean visibles y dirigir el chorro gaseoso por toda su superficie y todos sus repliegues hasta que adquiera el color de jamón ahumado.

Igual técnica seguiremos para el bubón, pero la fumigación debe ir precedida de incisión amplia del tumor. Los bordes estarán bien separados para que los vapores puedan penetrar fácilmente en todas las anfractuosidades. Fumigaremos luego la mucosa y la piel próxima, para desinfectar e impedir las reinoculaciones del chancro. Finalmente espolvorearemos el bubón con yodoformo y aplicaremos el apósito.

Los autores de este trabajo, publicado en el *Journal de Médecine de Bordeaux*, practican actualmente una fumigación cada dos días y afirman que solamente el médico es el indicado para practicar este tratamiento. Antes de la fumigación tienen la precaución de limpiar y secar cuidadosamente las ulceraciones con gasa y siempre que sea posible (y de un modo especial durante las primeras sesiones) con un trozo de algodón empapado en éter y después en alcohol.

Es inútil—dicen—continuar la fumigación hasta la curación completa. Procediendo de esta manera, se retardaría la cicatrización. Cuando la lesión producida por el bacilo de Ducrey está curada y no queda más que una ulceración de buen aspecto, de bordes y fondo rosados, sin carácter específico alguno, debemos cesar el tratamiento y tratar la úlcera como una herida simple; algunas pincelaciones con la solución de nitrato de plata al 1 por 40, activarán la cicatrización.

He aquí los resultados que obtienen: el chancro blando tratado a tiempo, puede curar en ocho o diez días. Cuando se empieza el tratamiento más tarde, tarda en curar de quince a treinta días, pero se evita siempre la reinfección. El bubón chancroso abierto cura en el espacio de un mes como máximo. Después del tratamiento del chancro con la fumigación, nunca se presenta el bubón.

El escorbuto en los niños, por W. Tobler.—El autor ha observado en Viena aproximadamente unos 200 casos de escorbuto en los niños. La enfermedad, que ataca en la misma proporción a los dos sexos,

debuta de una manera casi inadvertida. Después que se encuentran afectadas las encías, sobreviene, ya bruscamente, ya después de algunos días de malestar general, un segundo período más doloroso; el niño no puede erguirse, ni aun extender las piernas, anda difícilmente y apoyado en las puntas de los pies. Si se demora el tratamiento aparecen las contracturas. El estado de las encías empeora; las hemorragias se producen también en los miembros inferiores, alguna vez profundas y hasta musculares.

Este cuadro puede ser incompleto, sobre todo las hemorragias gingivales pueden faltar; la presencia o la ausencia de los dientes es de importancia en esto y, según el autor, es inexacto hablar de similitud entre la enfermedad de Basedow y el escorbuto, a causa de la rareza en la primera de las hemorragias de las encías.

La causa de la enfermedad es desconocida; la alimentación deficiente. Entre los casos observados, un número bastante grande corresponden a niños que viven en buenas condiciones higiénicas y bien nutridos, pero con productos químicamente demasiado transformados. La falta de legumbres frescas, de frutas, de leche, ha hecho mucho daño; una influencia cierta debe ser atribuída a la predisposición individual y probablemente también familiar, porque sucede con frecuencia que niños colocados en condiciones idénticas, unos son atacados y otros no.

El tratamiento habitual (complemento de la alimentación por los limones, manzanas ácidas, etc.), es rápidamente eficaz, aun en los casos graves. Pero lo que es más interesante, es que el autor ha renovado con éxito un antiguo procedimiento preconizado por Erhenius en 1708, que consiste en hacer beber a los enfermos una poción de agujas de abeto.

Se frota y rompen primero estas agujas entre las manos, luego se vierte encima el agua hirviendo y se deja en infusión hasta que se advierte el fuerte y muy agradable olor de la planta.

Le Monde Médical.—Policlinica Sevillana.—El Siglo Médico.—Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Casa Editorial: P. Salvat. — 39, calle de Mallorca, 51. — Barcelona

COLECCIÓN HORIZONTE

Formas clínicas de las lesiones de los nervios

por Mme. Athanassio - Benisty

Interna de los Hospitales de Paris (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de Paris

Traducido de la segunda edición francesa. Con 81 figuras en el texto y 8 láminas en negro y en colores.

Tratamiento de las lesiones y restauración de los nervios

por Mme. Athanassio - Benisty

Interna de los Hospitales de Paris (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de Paris

Con profusión de figuras en el texto y cuatro láminas sueltas.

Tratamiento de las heridas infectadas

por A. Carrel y G. Dehelly

TRADUCIDO DE LA SEGUNDA EDICIÓN FRANCESA, CORREGIDA

Un tomo en 8.º mayor de 247 páginas, esmeradamente impreso sobre excelente papel, ilustrado con 95 figuras en el texto y cuatro láminas.

Tratamiento ortopédico de los traumatismos y en especial de guerra

I

APARATOS, FRACTURAS, ETC.

CON 262 FIGURAS Y 2 LÁMINAS

por F. Calot

Cirujano en Jefe de los Hospitales Rothschild, Cazin, del Oise, del Dispensario y del Instituto ortopédico de Berck; Médico jefe de los Hospitales 22 (Röthschild) y 27 bis, Berck-Plage.

TRADUCIDO DE LA 2.ª EDICIÓN FRANCESA

por el Dr. Girona y Cuyás

3

Nociones de Oto-rino-laringología.—Aplicaciones al diagnóstico de las enfermedades comprendidas en la triple especialidad y que constituyen motivo de exclusión para el ingreso en el ejército, por el Dr. J. Simancas, Director del Consultorio Oto-rino-laringológico Municipal de Granada.—Precio, 4 pesetas. 3

Lo que deben saber todas las mujeres.—Cualidades que han de tener las enfermeras.—Los alimentos.—La fiebre.—La asfixia.—La hemorragia.—Los anestésicos.—Los anti-sépticos, por el Dr. Carlos Richet, Profesor de la Universidad de Paris. (Premio Nobel de Medicina).—Precio, 2 pesetas.—Sociedad general de Publicaciones, Barcelona. 3

A. Maloine et fils, editores.—27, Rue de l'École de Médecine.—PARIS

La pratique des maladies de l'estomac

par L. Prou

1 vol in 8.º de VIII-288 pages (1919) prix 6 francs.

En este nuevo libro, que descansa en la observación de más de tres mil enfermos, y que se separa notablemente de los manuales clásicos, el Dr. Prou expone la cuestión y la presenta bajo una forma completa, sin entrar en inútiles detalles científicos, dándolo bajo el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento, a cada método de exploración su valor exacto.

Este trabajo no es una refundición de las obras anteriores del autor, constituyendo un libro enteramente nuevo, responde a su título siendo este el mejor elogio que puede hacerse del mismo.

Etudes cliniques sur la tuberculose 1908-1918

par Emile Sergent

Médecin de la Charité

In 8.º 1919.—Prix 14 francs.

Dos ideas directrices han orientado las investigaciones clínicas del autor sobre la tuberculosis; de una parte la necesidad de fijar los elementos de diagnóstico de la tuberculosis y de otra la importancia del conocimiento del terreno en la patogenia y en el modo de evolución de la tuberculosis.

Con arreglo a ello el autor ha agrupado sus estudios clínicos en cuatro partes: En la primera ha reunido sus publicaciones concernientes a la sintomatología y al diagnóstico (nociones generales sobre el diagnóstico y elementos de diagnóstico de localizaciones).

En la segunda figuran sus trabajos acerca del papel del terreno en la tuberculosis y sobre la patogenia de la tuberculosis.

En la tercera se encuentran sus observaciones acerca del pronóstico y del tratamiento.

En la cuarta agrupa todas sus publicaciones de guerra acerca de la tuberculosis. 2

La grippe.-Formes cliniques.-Prophylaxie.-Traitement

PAR

Ed. Joltrain

Médecin-chef de secteur.

P. Bahfle

Médecin adjoint.

Anciens internes des Hopitaux de Paris

Trabajos publicados por el Dispensario de «Enfermedades del aparato digestivo» del Instituto Rubio.—Curso de 1917 a 1918. Índice: Conversación clínica, Dr. A. Lara Ruiz.—Manifestaciones agudas de la colemia familiar y su tratamiento, Dr. S. Carro.—Tratamiento fisioterápico de la úlcera de estómago, Dr. S. Carro.—Diagnóstico de la insuficiencia hepática, Dr. S. Carro.—Tratamiento de los ulcerosos gástricos con quimismo hipoclorhídrico, Dr. R. Luis Yagüe.—Formas clínicas de la dilatación gástrica, con un recuerdo de las alteraciones de motilidad y tono del estómago, Dr. A. Lara.—Los nuevos remedios del estreñimiento habitual, Dr. F. Fernández.—Alteraciones hemáticas en la úlcera gástrica, Dr. S. Carro. 2

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 10 de Febrero de 1919.

Preside el Dr. Hernando.

El Dr. Gutiérrez Gamero: «El tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el pneumotórax artificial». Comienza por sentar la afirmación de que todos los enfermos tratados por pneumotórax artificial han mejorado notablemente o han curado sus lesiones. A este efecto dice que compulsadas todas las estadísticas que sobre este tratamiento se han publicado, se saca de ellas una impresión satisfactoria. En cuanto a la obtenida de su experiencia personal, se refiere a treinta y ocho enfermos, de los cuales treinta y cinco fueron pneumotorizados, curando catorce y otros catorce mejoraron notablemente; dos murieron por efectos a distancia y de los cinco restantes no tuvo noticias posteriores.

Estudiando detenidamente el proceso del pneumotórax artificial dice que pueden ocurrir varias complicaciones, entre ellas la exaltación de la virulencia en el lado opuesto. Enfermos que tienen un lado colapsado, tienen el otro en condiciones de pneumotorizarse. En virtud de su experiencia termina manifestando que se puede afirmar que el cuarenta por ciento de los enfermos tratados por pneumotórax artificial obtienen la curación y otros cuarenta por ciento es notablemente mejorado.

Se aplaza para más adelante de esta sesión la discusión para dar lugar a examinar a un enfermo presentado por el Dr. Gutiérrez Gamero.

El Dr. Piga: «Algunas reflexiones sobre un pretendido nuevo tratamiento de la gripe: la autoseroterapia».

Manifiesta en primer lugar que este pretendido nuevo tratamiento no es nada nuevo, puesto que en 1911 ya se conocían procedimientos de autoseroterapia, no sólo como tratamiento de la gripe, sino de otras enfermedades. Ahora bien, entiende el comunicante que en vez de designarse con este nombre debía dárselle el de autoantigenoterapia, y extendiéndose en razones científicas de bacteriología explica el por qué de esta definición.

El Dr. Gallego: Interviene para hacer constar su disconformidad por haber traído a la Academia un asunto de la índole de éste por cuanto habiéndose abrogado la paternidad de un método un señor, éste ha debido concurrir a la Academia para exponer sus razones. En cuanto a la utilidad del procedimiento no sólo no cree en ella, sino que considera su empleo como inútil y perjudicial.

El Dr. Albasanz: Toma parte en esta discusión para manifestar que él cree que el Dr. Piga ha hecho bien en traer su comunicación, pues de este modo se le da carácter científico que es el que deben tener todas estas cuestiones de autoseroterapia.

Aunque no tiene experiencia personal sobre este tratamiento, dice que él no se atrevería a hacer autoseroterapia, y con respecto a la definición de autoantigenoterapia dada por el Dr. Piga, la cree muy acertada.

Ahora bien, estima que es un procedimiento de resultados no muy definidos en la gripe por tratarse de un proceso de naturaleza

aguda, y por lo tanto, teniendo en cuenta las contraindicaciones, debe desecharse y todo lo más permanecer dentro del terreno de la experiencia clínica.

El Dr. Piga se levanta para rectificar y expresa su creencia de que su comunicación, por lo breve, no daría lugar a discusión. Sin embargo, dice al Dr. Gallego que le parece mejor traer estas cuestiones a una Academia científica y no llevarlas a las columnas de la prensa política diaria.

Al Dr. Albasanz le dice que habiendo interpretado admirablemente sus manifestaciones, únicamente ha de manifestarle que varían según las circunstancias el empleo de la autoseroterapia, la cual hoy día se está estudiando por comisiones científicas en Inglaterra y en los Estados Unidos.

Termina insistiendo que el móvil que le ha guiado a presentar esta comunicación, ha sido el de patentizar que desde 1911 es conocido, no siendo por lo tanto lo nuevo que su pretendido autor dice.

El Dr. Cifuentes: «Nefrectomía parcial». Después de hacer historia de las nefrectomías parciales, relata el siguiente caso:

Un sujeto de veintitrés años, que desde la edad de once aquejaba dolores en región renal derecha, irradiados al trayecto uretral y testículo del mismo lado. Ingresó en el hospital en el mes de Junio próximo pasado. Reconocido, presentaba orina turbia con aspecto sanguinolento, tenía polaquiuria con micción cada dos horas y dos o tres veces por la noche. En la región renal derecha la palpación es dolorosa; no se aprecia aumento de volumen del riñón.

La orina del riñón derecho es ligeramente turbia con gran cantidad de hematíes y bastantes leucocitos; la del riñón izquierdo es clara, con muy pocos hematíes, procedentes quizás del mismo cateterismo uretral. La radiografía evidencia varias sombras de cálculos en la región renal derecha.

Operación.—Técnica corriente para la nefrolitotomía: liberado el riñón y exteriorizado se vió era algo más aumentado que el normal. El polo superior estaba algo dilatado y como fluctuante. Se hizo la hemostasia preventiva, colocando una pinza en el pedículo y aunque en la pelvis se tocaba una induración correspondiente a una piedra, no se hizo pielotomía por haber la certidumbre de que había varios cálculos fuera de dicho conducto. Se abrió el riñón por una incisión en su borde convexo y se extrajeron cinco cálculos, uno grande en pelvis renal y cuatro más pequeños en cáliz superior que estaba dilatado.

Extraídos los cálculos quedaba todo el polo superior flácido, y como estimase esta bolsa como posible foco de infección, decidió extirpar dicha bolsa. Suturó la herida operatoria en dos planos, dejando un desagüe con gasa. Tuvo hematuria postoperatoria que cesó y la cicatrización fué lenta por salir orina durante quince o veinte días.

Refiriéndose a la nefrectomía parcial, dice que no está indicada frecuentemente y aconseja practicar la total cuando no se tenga seguridad en las condiciones de normalidad en que han de quedar los órganos operados.

El Dr. Covisa: Dice que las nefrectomías parciales son excepcionales hasta el punto de que todas caen dentro del campo experimental.

El hacer una nefrectomía parcial en un tuberculoso no es hacer desaparecer la enfermedad y sí una parte de la infección.

Analizando el caso expuesto por el Dr. Cifuentes, expone su cri-

terio de que en vez de ser una nefrectomía parcial la practicada, ha sido únicamente una resección parcial.

Con respecto a las operaciones renales, dice que es muy importante contar con la seguridad de la cicatrización de la herida, lo cual es difícil cuando estas intervenciones afectan al cáliz, pues estando éste afectado siempre se producen fístulas postoperatorias.

El Dr. Cifuentes rectifica e insiste en que es muy difícil admitir la limitación de las lesiones. Por eso el caso suyo es de los que nacen momentáneamente, es decir, que al llegar a la operación el estado mismo de la lesión, aconseja practicar la nefrectomía parcial.

Claro es que en lesiones infecciosas el riñón está completamente invadido y huelga por tanto la nefrectomía parcial y se impone la total; pero en lesiones pequeñas, como son los quistes serosos, es conveniente practicar aquélla.

Termina manifestando que a pesar de lo expuesto, él es partidario de las nefrectomías totales.

El Dr. Lafora: «Un caso de sordera consecutivo a meningitis». Se trata de una niña de siete años que por una función meníngea sobre la base se le ha presentado una sordera.

Hace seis meses tuvo grito meningítico seguido de ataques de larga duración.

Posteriormente quedó en estado verdaderamente comatoso, piernas flácidas y estado general debilísimo, teniendo que ser alimentada por vía rectal.

Aunque habla, presenta sordera acentuada. Respecto a esto expone un detalle interesante y es, que a pesar de estar tan próximos los centros auditivos de los del lenguaje, habla, sí, pero con la particularidad de ser el suyo el lenguaje de los sordomudos y llega ya a acentuarse de tal modo está sordera que se fija en el movimiento de los labios de los que la interrogan para saber lo que le dicen.

Además presenta vegetaciones adenoideas que pudieran ser causa de complicaciones ulteriores. Estas vegetaciones le serán extirpadas próximamente. Ningún académico interviene en este caso.

Se pone a discusión el caso del Dr. Gutiérrez Gamero.

El Dr. Gallego interviene para manifestar que no cree en la eficacia del pneumotórax artificial y mucho menos que esta eficacia sea en la proposición expuesta por el Dr. Gamero.

El Dr. Albasanz dice que considera como indicada la práctica del pneumotórax artificial en procesos unilaterales y que cuando la lesión se ha generalizado no es de utilidad alguna practicarlo.

Pasada la hora reglamentaria, el Presidente levanta la sesión.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 8 de Febrero de 1919

Preside el Dr. Cortezo.

El Dr. Bravo: Presenta una comunicación sobre «Fractura consolidada por injerto óseo». Comienza manifestando que el caso que va a exponer y presentar es interesantísimo, dado el estado en que den-

tro del campo de la cirugía, se halla todo cuanto a injertos óseos se refiere.

Un joven ingeniero de Minas sufrió un accidente de automóvil que le produjo la fractura del húmero del brazo izquierdo en su tercio inferior. Fué tratado por los medios que ordinariamente se emplean en estos casos y al poco tiempo desaparecieron los dolores, equimosis, etc., pero pasados dos meses desde que sufrió el accidente, continuaba la fractura. Al reconocimiento se notaba por presión la existencia de ésta y al hacer movimientos se doblaba el brazo por la parte indicada.

Hecha radiografía por el Dr. Mateo Milano, pudo apreciarse la no existencia de la reducción ni consolidación, lo que hizo suponer al comunicante en una interposición muscular. Ante todo esto, creyó conveniente una intervención quirúrgica, y consultado el paciente, fué aceptada.

Desde luego hizo pensar si esta resolución en los medios que habían de emplearse para alcanzar un resultado satisfactorio y examinados los procedimientos más usados en estas operaciones, desechó por anticuados el uso de tornillos, placas, etc., optando como más conveniente el empleo de una clavija, que en vez de ser la corriente usada, la hizo de hueso del mismo enfermo. Al efecto, y valiéndose de escoplo y martillo sacó una clavija de la cresta de la tibia; introdujo un extremo de dicha clavija en la medula del extremo superior de la fractura y otro en el inferior de la misma. Con este procedimiento ha obtenido una tan perfecta consolidación que el injerto vive y vive naturalmente. Presenta radiografías que demuestran la marcha progresiva de esta consolidación y que dan a este caso un valor interesante.

Además hubo en este caso un detalle importante, y fué que al hacer la intervención, el nervio radial estaba tan fuertemente adherido a la parte inferior de la fractura, que dió lugar a su sección, ocasionando con esto la caída de la mano y al consolidarse la fractura también se regeneró el nervio y en la actualidad los movimientos de la mano son normales.

Habla de varios casos parecidos al relatado y de los que no sabe el resultado postoperatorio por haber desaparecido los pacientes de la Clínica, pero en general, puede decirse que ha sido satisfactorio; uno de ellos fué en tibia.

Dice que este procedimiento no lo considera como ideal, pero para emplear los antiguos se precisa estar dotado de aparatos y medios auxiliares suficientes.

Abundando en todo lo expuesto, dice el Dr. Rodríguez Mata que operó un caso interesante en una fractura de húmero, y que por medio de un aparato ideado por dicho señor—que sería objeto de una comunicación a la Academia—talló un trozo del mismo húmero y lo corrió hacia la fractura, consolidando ésta perfectamente.

Todo lo expuesto y el resultado tan satisfactorio obtenido, le hace preconizar como mejor medio de osteosíntesis el empleo de la clavija.

El Dr. Goyanes: Interviene comenzando por saludar a la Academia por ser la primera vez que en ella va a hablar, después de su ingreso en la misma.

A propósito del caso expuesto por el Dr. Bravo, dice que le felicita por lo interesante del mismo y por haber demostrado en el trans-

curso de su disertación estar al corriente de los adelantos de la Cirugía moderna.

Abunda en lo expuesto por el Dr. Bravo y dice que ninguno de los procedimientos conocidos de síntesis ósea, cubre las necesidades de la Clínica, por llevar siempre en sí defectos.

Dice que el injerto óseo no sólo ejerce papel mecánico en sostener la fractura, sino que también contribuye a la consolidación.

Con gran competencia habla del proceso evolutivo de estos injertos y señala el caso corriente de tener que hacerse estas operaciones dos o tres veces repetidas, por no obtenerse resultado positivo y el cual explica por proceso de reabsorción. A este efecto cita un caso por él operado en el que hubo de hacer tres veces el injerto.

Los procesos de reabsorción antes mencionados se los explica porque el injerto óseo no llevaba periostio, al cual atribuye y asigna toda la eficacia.

Hablando sobre quién pudo ser el iniciador de estas operaciones, dedica un sentido recuerdo al malogrado Dr. San Martín, su maestro, y del que dice fué el primer cirujano que en España los empleó.

Respecto a la regeneración nerviosa, dice que es interesante la del caso del Dr. Bravo.

El Dr. Decreff: Dice que ha visto un caso verdaderamente maravilloso y que tiene gran analogía con el expuesto por el Dr. Bravo.

Define la necesidad de hacer la autoplastia y hacerla por medio de injertos sacados de huesos que estén situados lo más cerca posible del lesionado.

El Dr. Grinda: Dice que no va a pronunciar «dos palabras» como generalmente dicen todos los señores que intervienen en alguna discusión, sino que aun va a ser más breve. Se levanta a hablar no como cirujano, sino para recordar que hace ocho días ocupaba la presidencia el Dr. Cortejarena, del cual dice que al no haber fallecido hubiera intervenido en esta sesión para recordar a Sánchez Toca, Creus, etc., que fueron sus maestros, y que ya en sus lecciones hablaba de la posibilidad de estos injertos u osteosíntesis.

El Dr. Rodríguez Abaytua: Dice que se levanta para hacer notar que el caso del Dr. Bravo tiene un aspecto fisiológico, sobre el cual quiere hacer ver la necesidad de hacer estos injertos de huesos del mismo individuo o de individuos de la misma familia.

El Dr. Simonena: Felicita al Dr. Bravo y al Dr. Goyanes y como éste saluda a la Academia, en la que también habla por primera vez después de su ingreso en la misma.

Habla para advertir como médico una cosa olvidada por el cirujano, y se refiere a la falta de consolidación que depende de una causa de defecto.

Refiere como osteogénesis alterada la osteomalacia, y al hacer mención del metabolismo de las sales de cal, dice que su alteración depende muchas veces a enfermedades hepáticas.

En su virtud invita a los cirujanos para que tengan en cuenta todos estos datos.

El Dr. Mollá dice al Dr. Simonena que en el caso particular del Dr. Bravo, no tienen aplicación estos estados especiales.

Estima que el caso relatado fué más bien una consolidación retardada y que quizá se hubiera verificado sin la operación en enclavamiento.

Para aseverar estas afirmaciones, relata el caso de una enferma que ha tardado seis meses en consolidar su fractura.

Dice asimismo que la palabra injerto no está bien aplicada, pues que injerto es sinónimo de trasplante y hoy, para que la consolidación tenga lugar, es preciso emplear el cartílago.

El Dr. Bravo rectifica y dice que invirtiendo el orden cronológico de su rectificación, contesta primero al Dr. Mollá para recordarle la sospecha que en un principio de una interposición muscular que impidió la pronta consolidación.

Respecto a injerto de cartílago, dice que haciendo el injerto con hueso provisto de periostio, regenera fácilmente.

A Goyanes le dice que aunque ha abundado en sus mismos razonamientos, tiene que insistir en cuanto a regeneración del nervio radial, el que después de hacer sutura regeneró y el paciente adquirió una sensibilidad y motilidad normal.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 12 de Febrero de 1919

Preside el Dr. Villanueva.

El Dr. García Puente expone «Un caso clínico de rotura de útero». Se trata de una mujer que cuenta entre sus antecedentes genitales nueve partos, el primero ditócico y los restantes normales. Al empezar los dolores fué reconocida por un médico que diagnosticó parto normal. Posteriormente y después de un reconocimiento hecho por un practicante, cesaron los dolores rápidamente. Fué llevada a la sala de maternidad del hospital clínico después de recorrer un verdadero calvario, e ingresó colapsada. El servicio de guardia pudo comprobar una rotura uterina completa que exigió la intervención inmediata. Extraído el feto de la cavidad abdominal, pudo apreciarse la abertura del fondo de Douglas y del fondo de saco posterior de la vagina.

Al poco tiempo sobrevino una broncopneumonía y la enferma murió. El profesor encargado del departamento de autopsias hizo el diagnóstico de peritonitis por rotura uterina y broncopneumonía.

El disertante dice que tal se hubiera podido luchar con probabilidades de éxito, de no haberse presentado tal complicación, porque los focos de peritonitis que tenía eran localizados al fondo de Douglas. Elogia el acto de operar rápidamente a pesar del estado en que llegó la enferma y dice que se hizo cuanto pudo hacerse, mostrándose partidario de la sutura del útero, hecha en este caso, y al hablar de esto dice que el útero debe conservarse siempre que se pueda, sobre todo cuando la rasgadura no sea muy extensa, cuando no hay gran infiltración sanguínea y puede desecharse la idea de una infección. Sólo se muestra partidario de quitar el útero cuando las consecuencias son malas.

Por las circunstancias especiales del caso, no cree que se trate de una rotura espontánea. Cree más bien que intervino una mano que al intentar hacer una versión pronto, ocasionó esa rotura. Hace no-

tar la resistencia de esta enferma que desde las doce del día hasta las nueve de la noche, debió estar con la rotura uterina.

Deduce las enseñanzas de este caso y dice que casi todas las roturas uterinas tienen antecedentes de que «algo se hizo en la matriz». Son siempre provocadas por maniobras manuales, como demuestran los datos que suministran las autopsias hechas en el departamento anatómico. Ha podido comprobar que la longitud de los desgarros suele ser de 14 cm. y siendo 12 la longitud de la mano, resulta curiosa esta coincidencia. Además casi todas las roturas son del lado izquierdo, quizás debido a que siempre se utiliza por el tocólogo la mano derecha.

Estos percances pueden ser evitados con un poco de estudio y de pericia.

Aconseja que no se emplee la fuerza en las operaciones tocológicas, debiendo hacerse la versión de la manera más suave posible. Censura el uso inmoderado de la pituitrina que ha producido muchos desgarros de cuello, en aquellos casos en que se refuerzan las contracciones uterinas sin preocuparse de favorecer los medios de expulsión al mismo tiempo.

El Dr. Muela, después de preguntar qué clase de intervención tuvo el médico que fué llamado en los primeros momentos, expone su opinión de que la imprudencia cometida por la versión pudo muy bien ser obra del practicante. Por el punto en que empezó, parece que debió ser provocada por la mano que intervino, quizás porque forzó algo más de lo debido. Sin embargo hay casos de roturas uterinas que no se pueden evitar, por prudente que sea el tocólogo, y no hay medios para averiguar el origen de estas roturas, citando la posibilidad de que sean debidas a una degeneración del músculo uterino, posible en los casos de gestaciones numerosas. Cita el caso de un parto completamente normal en el que el feto está para encajarse y sobrevino la muerte por rotura del útero y peritonitis rápida.

Está conforme con el Dr. G. Puente en lo que se refiere al uso moderado de la pituitrina y recuerda un caso de retención placentaria producida sin duda alguna por tres inyecciones de pituitrina que pusieron para acelerar el parto.

Se muestra partidario de hacer la histerectomía en aquellos casos en que la rasgadura es amplia y grande y cree, como el Dr. García Puente, que el útero debe conservarse siempre que no haya que temer consecuencias funestas.

Pasadas las horas reglamentarias se levantó la sesión, quedando para la próxima las comunicaciones que figuraban en el orden del día.

ASAMBLEA DE MÉDICOS TITULARES

Conforme a la convocatoria hecha por la Junta de Gobierno y Patronato, el 29, a las tres y media de la tarde, se celebró la sesión inaugural, en el domicilio del Colegio Médico, con una concurrencia que desbordaba el salón de actos. Componían la Mesa los Sres. Almarza, Presidente, y Ortuño, Sainz López, Fernández y Sáez Sagredo, todos titulares en efectivo. El Sr. Almarza, en su discurso de salutación, hizo historia del movimiento redentorista de la clase, demostrando que las únicas conquistas positivas las había logrado estando sólidamente organizada. La larga paralización del Montepío, bajo las manos de las autoridades sanitarias, y la rapidez con que procedieron a su liquidación los médicos titulares a este objeto comisionados por una Asamblea, prueban la capacidad de la clase para redimirse por sí misma. Lamenta el derrumbamiento del Montepío que ahora podría amparar a las familias de los fallecidos por contagio durante la epidemia de gripe, y espera que la Asamblea acuciará al Estado para que no sea parsimonioso ni mezquino en la concesión de pensiones. El problema autonomista arroja nuevos obstáculos y será preciso tomar decisiones enérgicas radicalísimas si se quiere arrollarlos todos.

Se interrumpe la sesión para hacer lista de presentes y adheridos, y la Presidencia pide que se releve la Mesa por otra votada por la Asamblea, pero ésta acuerda por unanimidad que siga.

El Sr. Crespo relata la labor realizada por los Colegios, en nombre de éstos. Dice se reunirán en sesión secreta siete individuos, uno de los cuales será el Sr. Almarza, como representante de los titulares. Lee las conclusiones votadas por la Asamblea de los Colegios, y son aprobadas por aclamación.

Puesto a discusión el primer tema, medidas a tomar para que incluyan en el próximo presupuesto las dotaciones de los titulares, el Sr. Casero Escribano propone ir a la huelga, sin dejar de asistir a los enfermos; el Sr. Cerveró puntualiza el carácter de la huelga, de brazos caídos, para todo lo oficial; el Sr. Ruiz Esteban opina que debe extremarse sin sentir escrúpulos que la sociedad no siente con los médicos; el Sr. Alonso propone el ingreso en la Unión General de Trabajadores, a lo que se adhiere el Sr. Calpena. Se manifiestan partidarios de la huelga los Sres. Porteró, Velasco, García Moreno, y a los temores de que los libres suplanten a los titulares si presentan sus dimisiones, suscita varias proposiciones para contar con aquéllos y la del Sr. Velasco de que se declare el boicotaje a los asistidos por los médicos que falten al pacto. El Sr. Cerveró resume los criterios predominantes en dos: huelga de brazos caídos e ingreso en la Casa del Pueblo.

Por fin se acuerda dejar en completa libertad al Comité ejecutivo para que resuelva las medidas coercitivas a emplear.

El segundo tema referente al pago de los titulares con arreglo a la clasificación, es aprobado.

Se nombran tres ponencias para los restantes temas y se levanta la sesión

SEGUNDA SESION

Abierta a las once y media de la mañana, el Sr. Carro saluda a los asambleístas en nombre de los médicos de Madrid, declarando no

son éstos ajenos a las reivindicaciones de los titulares. Niega tengan razón los que hablan de falta de ambiente sanitario y asegura que sin ambiente se han promulgado leyes menos útiles y se fundan partidos sobre falsas opiniones. Refiere la entrevista de los comisionados de los Colegios con el Sr. Ministro de la Gobernación y termina agradeciendo el concurso desinteresado que prestó el Sr. Almarzá en las deliberaciones de aquéllos. Los Colegios, dice, estamos a disposición del Sr. Almarza, que representa a la clase, y por tanto dispuestos a hacer lo que vosotros queráis.

El Sr. Corpas lee las conclusiones de la ponencia sobre escalafón. Hacen uso de la palabra los Sres. Prieto Velasco Mariscal, Zorrilla y Mateo, para aclaraciones, y queda aprobada.

El Sr. Corpas lee las conclusiones de la ponencia sobre tributación, y algunos asambleístas hablan de los sellos con que se sostiene el Colegio de Huérfanos, proponiendo como sustitutivo el recargo del 10 por 100 en la patente. Convienen los Sres. Pardo Alfonso y Medina en que es anárquico el funcionamiento del Colegio de Huérfanos y que cada provincia debe tener el suyo.

TERCERA SESION

Se declara abierta a las tres y media de la tarde, y el Sr. Mateo pide que se releguen a segundo lugar todos los temas, abordando el del pago por el Estado. El Sr. Boullon lee las conclusiones aprobadas en la Asamblea de Zaragoza, y se entabla una discusión entre los Sres. Velasco, Hueso, Medina, Boullon, Almarza, Mariscal, Pardo Alfonso, Cañete y Prieto sobre la necesidad de respetar el acuerdo ya tomado de hacer dejación al Comité ejecutivo de las decisiones en esta materia. Prevalece al fin este criterio, ratificándose el voto de confianza dado al Sr. Almarza para que en dicho Comité sea intérprete de las necesidades y aspiraciones de la clase.

CUARTA SESION

Se abre a las doce de la mañana del día 31. El Presidente Sr. Almarza da lectura a los telegramas de adhesión a los acuerdos de la Asamblea, que proceden de los compañeros titulares de Tarragona, Gerona, San Feliú de Llobregat y demás catalanes, entre los muchos recibidos. A todos se acuerda otorgarles un voto de gracias, especialmente a los catalanes, por las circunstancias que atraviesa el país.

Seguidamente se da lectura a las siguientes conclusiones y que son aprobadas por unanimidad:

Primera.—Pago de los titulares por el Estado.

Segunda.—Que todos los titulares sean, a su vez, Inspectores de Sanidad en sus respectivos distritos.

Tercera.—Que la Instrucción de Sanidad se convierta en Ley, tal como está vigente y en lo que no se oponga a las presentes conclusiones.

Cuarta.—Que se resuelvan inmediatamente, sin tramitación dilatoria, las concesiones a favor de las viudas y huérfanos de los médicos fallecidos, víctimas de la epidemia gripal, extendiendo las pensiones a los inutilizados parcialmente para el ejercicio de la profesión, y, así mismo, que se hagan efectivos los emolumentos de todos

los médicos que han prestado asistencia, por orden gubernativa, en los diferentes pueblos epidemiados.

Quinta.—La Asamblea de titulares apoya todas las conclusiones aprobadas por la de Colegios Médicos.

El Sr. Almarza propone se dé un voto de aracias al Colegio de Médicos de Madrid por la cesión que ha hecho del local y las muchas atenciones que ha tenido con la Asamblea y que ésta vaya en masa a llevar las conclusiones al Ministerio de la Gobernación. Todo lo cual se acuerda, despidiéndose el Sr. Almarza de los asambleístas con sentidas frases y declarando clausurada la Asamblea, no sin que antes recuerde que la Mesa redacte y presente el mensaje a S. M., ratificando el voto de confianza al Sr. Almarza.

Acto seguido fueron los asambleístas al Ministerio de la Gobernación, y encontrándose enfermo el Sr. Gimeno, recibiéoles el señor Lladó, al cual se le entregaron las conclusiones, haciéndole saber de palabra que la clase estaba dispuesta a tomar actitudes muy radicales, caso de no ser atendida en plazo no lejano. El Sr. Lladó manifestó que transmitiría al Sr. Ministro las conclusiones, mostrándose muy atento con los asambleístas.

La Mesa visitó y entregó al Sr. Presidente del Consejo de Ministros las conclusiones votadas en la Asamblea.

Por la tarde volvieron los asambleístas al Colegio para cambiar impresiones y despedirse unos de otros. Convinieron que la Junta de Patronato sobre las cuotas de todos los inscritos en el Cuerpo de Titulares en los tres primeros meses de año, haga su presupuesto, y al finalizar el año distribuya el sobrante entre las familias de los fallecidos que estén al corriente en sus pagos.

CONCURSOS

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

CURSO DE 1918 A 1919.—PREMIO DEL DR. CAMIRUAGA

Encargada esta Academia de conceder un premio, del legado que con el mismo objeto otorgó el académico difunto D. José Angel de Camiruaga a la mejor Memoria sobre un punto científico designado de antemano, queda abierto desde esta fecha un Concurso acerca del tema: *Diagnóstico e indicaciones del tratamiento quirúrgico en la litiasis biliar*, sobre las siguientes bases:

1.^a Se concederán dos premios: el 1.^o consistente en la cantidad de 500-pesetas y título de Socio corresponsal (si el autor no reside en Bilbao) al autor de la mejor Memoria que, a juicio de un Jurado nombrado al efecto, lo merezca, y que versará sobre el tema ya anunciado, y el 2.^o, otro que consistirá en un accésit y diploma de carácter honorífico a la Memoria que siga en mérito a la anterior. La Academia se reserva el derecho de conceder el premio, si la Memoria carece de suficiente mérito a su juicio.

2.^a Las Memorias o trabajos recompensados con el premio pasarán a ser propiedad de la Academia, que los podrá imprimir en tirada aparte sin otra obligación que la de poner a la disposición de sus autores 15 ejemplares para el primero y 5 para el del accésit. Pero si por la situación económica de la Academia no pudieran hacer edición especial de los trabajos premiados, se limitará a publicarlos sucesivamente en el periódico *Gaceta Médica del Norte* en lugar preferente, entregando a cada uno de los autores el número de ejemplares antes indicado.

3.^a Los trabajos no premiados serán sellados hoja por hoja, quedarán de propiedad de sus autores, y si no se recogen en un plazo de treinta días, serán quemados con el sobre que contenga el nombre del autor.

4.^a Una vez publicados los trabajos premiados, quedarán propiedad de sus autores.

5.^a Podrán optar al premio todos los médicos de España que se hallen en posesión del Título correspondiente. Quedan exceptuados los individuos que formen parte del Jurado calificador.

6.^a El dictamen del Jurado calificador es inapelable.

7.^a La cantidad consignada como premio se pagará a los treinta días de haberse dictaminado el fallo, sin que se requiera otro justificante que un certificado del Título, acompañado de un sobre con el lema, conteniendo en su interior el nombre y apellido de su autor.

8.^a El plazo de admisión de trabajos termina el 1.^o de Agosto de 1919.

9.^a El premio y el accésit se adjudicarán en la primera sesión académica ordinaria del próximo curso.

10. Los trabajos deben presentarse en papel blanco, tamaño 8.^o, forma apaisada, escritos en castellano, a máquina, o si son manuscritos, con letra clara, y sin que contenga más signos o notas que las relacionadas con el tema. Los que traigan alguna indicación por la que pueda descubrirse el nombre de su autor, serán rechazados.

11. Los trabajos deberán ser encabezados con un lema elegido por el autor, incluidos, sin firma, en sobre blanco, de tamaño corriente, en que se consigne el mismo lema y acompañados de otro sobre opaco y cerrado, conteniendo en su interior el nombre y apellido del autor, su residencia y el lema.

12. Dichos trabajos serán dirigidos al Secretario general de la Academia, D. Carlos Mendaza, a su domicilio, Correo, 6-3.^o, Bilbao, o a la Academia, en sobre con franqueo, certificado los de provincias, por correo interior y certificado, los de la localidad.

Bilbao, 1.^o de Enero de 1919. — El Secretario general, *Carlos Mendaza*.



JARABE ARRANS

DE

AMAPOLAS FOSFO-CREOSOTADO

MEDICAMENTO ESPECÍFICO DE LAS ENFERMEDADES
DEL PECHO Y VÍAS RESPIRATORIAS

FÓRMULA

Por cucharada grande:

Fosfo-Creosota soluble.....	0'25	gramos
Codeína	0'005	»
Cloruro Cocaína.....	0'001	»
Alcoholaturo raíces Acónito.....	2	gotas

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS. = Aduana, núm. 21, SEVILLA

Jesús M.^a Zuloaga S. en C.

Alfonso I, n.º 8 y Cuatro de Agosto, n.º 2

ZARAGOZA

BAZAR MÉDICO

Instrumental Quirúrgico.—Mobiliario para Clínicas y Hospitales.—Ortopedia, Higiene y Gomas.

Depositarios exclusivos en Aragón, Rioja y Navarra de todos los artículos de la antigua casa J. Clausolles, de Barcelona, por lo cual vendemos á los mismos precios que en Madrid y Barcelona.

Farmacia antigua del Dr. Bayod

Embalsamamientos.—Instrumental y aparatos completos.

Formalina.—Desinfección de habitaciones y ropas Diez céntimos por metro cúbico mas Cinco pesetas por local.

DROGUERÍA MEDICINAL

Productos químicos y farmacéuticos de las marcas más acreditadas del mundo.—Medicamentos modernos.—Especialidades farmacéuticas.—Aguas minerales.

Esponjas y gamuzas recibidas directamente.—Perfumería de todas las marcas nacionales y extranjeras.

- D. José Loriente.—Epila (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1919.
» Teodoro Madrónero.—Mara (Zaragoza).—Recibido el giro postal.
» Genaro Millán.—Valencia.—Cambiada la dirección.
» Félix Ilarri.—Tarazona (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1919.
» Antonio Santos.—Quintanilla (Palencia).—Remitidos los números 310, 311, 312, 313, 315, 316, 320, 323 y 328.
Instituto Médico.—Valencia.—Pagó la suscripción del año 1919.

ALIMENTOS VEGETARIANOS y de RÉGIMEN marca

“NATURA”

Unicos diastasados, concentrados, elaborados y dosificados bajo dirección Médico-Farmacéutica

SON ESTOS ALIMENTOS EL MEJOR AUXILIAR DEL MÉDICO en la diabetes, obesidad, albuminuria, artritis, reuma, estreñimiento, raquitismo, estómago, hígado y vientre, infecciones, cólicos, embarazo, ññez y en la anemia y sus causas, etc., y en todas las convalecencias.

Productos marca “NATURA” que se expenden

Diversidad de panes para régimen, Caldo de cereales en pastillas, Cafés de Malte, Vino sin alcohol, Mantecas de frutas, Panes y Postres a base de Gluten de almendra, avellana, etc., Pastas para sopa, Harinas y purés diastasados, etc., etc.

Pídanse siempre marca «NATURA» en comestibles y farmacias de España y Extranjero

Depósitos “NATURA” Calle del Call, 22. Teléfono 3115.—BARCELONA

Sitios de venta en Zaragoza: J. Echevarría, Alfonso I, 34; Rived y Choliz, Don Jaime I, 21; E. Yarza, Cuatro de Agosto, 33; E. Oliete, Don Jaime I, 10; H. Seral, Cerdán, 30; J. M.^a Ballarín, Estébanes, 21; y R. Puig, Coso, 8.

Cómo se curan los tísicos

LECCIONES DE CLÍNICA TERAPÉUTICA

— POR —

RICARDO ROYO VILLANOVA

Catedrático por oposición,
de Patología y Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Zaragoza

Un tomo de cerca de 600 páginas..... 8 pesetas
A nuestros suscriptores..... 7

SULFURINA JIMENO

SULFURO DE CALCIO Y GLICERINA

Superior á todas las aguas y preparados sulfurados para curar las enfermedades herpéticas, así internas como externas. Irritaciones de la garganta, pecho, estómago, vejiga, etc., flicteras en las piernas, costras secas ó húmedas en la piel, etc., etc. Se toma una cucharadita de las de café disuelta en un vaso de agua á la mañana ó igual dosis á media tarde.

FARMACIA del GLOBO del Dr. JIMENO, Plaza Real, 1, Barcelona
y en todas las principales Farmacias

PIPERACINA JIMENO

GRANULAR EFERVESCENTE

Tratamiento de la diatesis úrica, reumática, gota, cálculos y diabetes

FARMACIA del GLOBO del Dr. JIMENO

Plaza Real, 1.—BARCELONA

CITRATO DE LITINA JIMENO

GRANULAR EFERVESCENTE

Para las enfermedades de la orina, arenillas, cálculos vesicales, ataques de reumatismo y gota, etc., etc.

Farmacia del Globo del Dr. Jimeno.—Plaza Real, 1. Barcelona.

JARABE DE HASCHISCH BROMURADO DEL DR. JIMENO

Compuesto de Haschisch y Bromuro de Estroncio, Litio y Manganeso. Tónico y sedante nervioso poderosísimo. Especialmente recomendado en la Enajenación mental, Neurasténias con manifestaciones de excitabilidad, insomnio, etc., y en las Dismenorreas ó menstruaciones dolorosas.

FARMACIA del GLOBO del Dr. JIMENO, Plaza Real, 1. Barcelona.

ELIXIR DIGESTIVO JIMENO

Pepsina y pancreatina en estado natural y diastasa.

Digestivo completo de los alimentos, excitante del aparato gástrico.
Aperitivo, antiemético.

FARMACIA del GLOBO del Dr. JIMENO

Plaza Real, 1.—BARCELONA

LIBRO NUEVO

PIOGENIAS

por el Dr. D. RICARDO LOZANO

Catedrático de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Zaragoza.

«Tenemos ante la vista una nueva producción de este hombre infatigable.

El libro, si cabe, es mejor que los anteriores, por llenar a la perfección el fin que se propone: la enseñanza.

Este arte que posee el Dr. Lozano, de reunir en un tomo pequeño, de 200 páginas lo más, tanto material de estudio, no es patrimonio de todos. Sólo una habilidad innata, un dominio muy grande de los asuntos que trata, y «veinte años de enseñanzas», como él dice en el último prólogo, características del profesor de Zaragoza pueden realizar esta labor difícilísima.

En *Piogenias* aparecen perfectamente agrupadas todas aquellas enfermedades capaces de formar pus.

Y este pus al poder formarse en la *piel*, en las *mucosas*, en los *vasos linfáticos* en los *intersticios musculares*, en las *serosas*, en los *huesos*, en las *articulaciones*...., verá el lector, con este solo enunciado, lo extenso que es el asunto y la cantidad de material de enseñanza que en él se encuentra.

Y este es el mérito del libro: recopilar en un tomo asuntos tan diversos y, sin embargo, tan enlazados. ¿No es diversa una *uretritis* de una *amigdalitis*? Pues teniendo una misma patogenia, siendo capaces de formar pus, y asentando en mucosas, la una en la *uretral* y la otra en el *antro-buco naso-faríngeo*, aparecen juntas, reunidas entre las *piogenias* de las *mucosas*.

No nos podemos detener en ir glosando capítulo por capítulo todo el libro; no es nuestra intención, ni podríamos tampoco realizarlo. Basta con lo dicho y con repetir que es un libro como todos los del doctor Lozano.

Es este ilustre profesor el único en España que lanza a la venta, de vez en cuando, estos compendios, que son tan útiles para todos: para estudiantes y médicos de partido, como libros didácticos; para médicos de población como obras de consulta.

Por esta labor que realiza el Dr. Lozano de recopilación y divulgación, tan frecuentemente y tan a la perfección, merece las mayores alabanzas.

En varias ocasiones, y en este mismo sitio, hemos apuntado nuestros justos elogios. Repetimos ahora los mismos (si cabe en mayor grado), con el entusiasmo y la sinceridad de siempre.

RÍOSALIDO».

(De la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*).

Precio del libro: 8 pesetas, con descuento del 10 por 100 a los suscriptores de «La Clínica Moderna»

— GONOPSÓN —

Vacuna polivalente antigonocócica obtenida de cultivos puros de gonococos en plena actividad
Blenorragia crónica y sus complicaciones, **Reumatismo, Prostatitis, Cistitis y Anexitis**, etc.

TRATAMIENTO COMPLETO EN 12 INYECTABLES

Muestras y Literatura al Laboratorio HISPANUS de Bacterioterapia

Príncipe Alfonso, núm. 16. — VALENCIA

Análisis clínicos.—Reacciones biológicas.—Autovacunas de todas clases.
 Vacuna antitífica preventiva, en envases especiales, para vacunación individual, familiar y colectividades numerosas.

Solución Benedicto de Glicero-fosfato de Cal con Creosotal

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc. **Frasco 2,50 ptas.** Depósito: Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 43, Madrid, y principales farmacias.

“JARABE BEBÉ”

(NOMBRE REGISTRADO)

INFALIBLE Y COMPLETAMENTE INOFENSIVO

Cura toda clase de **TOS** lo mismo **nerviosa, seca, catarral, ronca, fatigosa, bronquial, pulmonar, crónica** y especialmente la **TOS FERINA** de los niños.

Evita los tratamientos enérgicos, tan perjudiciales a niños y adultos.

NO CONTIENE bromoformo, ácido fénico, morfina, codeína, heroína ni ningún otro anestésico, cáustico activo y peligroso.

Preparado por **J. Lara Vidal** Farmacéutico, Burjasot (Valencia).

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS DE ESPAÑA

Agentes exclusivos: J. URIACH y C.ª S. en C., Barcelona

FIRMUGENOL

Medicamento de elección para combatir las enfermedades del sistema linfático en sus diversas manifestaciones

YODO - ARSÉNICO - HIERRO. Principios tónicos y depurativos de plantas silvestres, extraídos por procedimiento especial.

Medicación típica de los trastornos de la pubertad.

Pedro de la Rosa, Farmacéutico

De venta en todas las Farmacias.—Depósito para Aragón: Farmacia de **Don Martín Gómez, Calle de San Pablo, núm. 51.**—Zaragoza.

HIJOS DE PRIM, Orto

DESPACHO: **MADRID** F
Preciados, 33 Na

Gran casa constructora de toda clase de Aparatos Ortopédicos que para la construcción de los mismos, cuenta con fábrica de cuantos elementos exige la Ortopedia Moderna, siendo la más antigua y acreditada.—Se fabrican las sólidas y bien terminadas **Piernas Artificiales** con pie de goma y **Brazos** con muñeca y dedos articulados. Pies artificiales, **Sistema-Prim**, para defectuosos (privilegio especial) los que hacen desaparecer voluminosas botas de corcho.—Corsés para las desviaciones de la columna vertebral, aparatos para debilidades de las piernas, parálisis, tumores blancos en las articulaciones, pies varus, etc., fajas todo elásticas para toda clase de enfermedades de abdomen, etc., etc.

HERNIAS: Braguero especial PRIM (privilegiado)

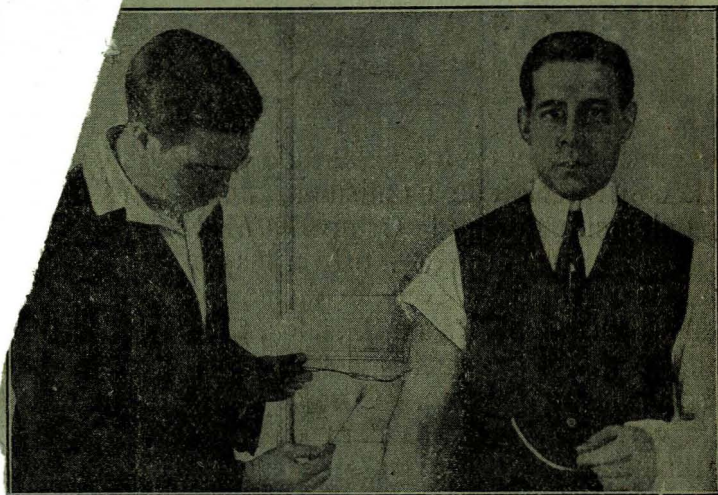
Es el aparato que la mayoría de los herniados usan, por ser el más perfecto, cómodo, y que contiene absolutamente las hernias por voluminosas que sean. Los Señores médicos lo recomiendan porque los herniados encuentran un alivio inmediato y seguro, y que por contener permanentemente las hernias, están exentos de que puedan estrangularse.

Los diferentes aparatos, modelo exclusivo de la casa, son un verdadero auxiliar de la Cirugía, pudiendo ofrecer como mejor garantía de éxito, el creciente favor de la clase médica.

Esta casa ha montado una sección especial para la venta al por mayor y menor de toda clase de artículos de Cirugía, Ortopedia y Gomas, a precios sin competencia.—Algodón hidrófilo químicamente puro, gasas y vendas, irrigadores, pulverizadores, medias de goma.—Aparatos de masaje e higiene, últimas novedades.

HIJOS DE PRIM
Preciados, 33. — MADRID

YODOGENO CUBAS



or de vapor de yodo inyectable. Poderoso, e insustituible antiséptico que reemplaza ventajosísimamente al yodo y yoduros, en sus múltiples indicaciones, por ser su acción más eficaz y no determinar trastornos de yodismo.

Declarado de petitorio oficial en los Hospitales provinciales, según acuerdo de la Excm. Diputación provincial, en su sesión del 23 de Febrero de 1916, en vista del éxito obtenido en las clínicas de los Doctores D. Francisco Huertas, D. Enrique Capdevila y D. Laureano Olivares, según informe oficial de los referidos médicos, con el visto bueno del doctor D. Enrique Isla, Decano del Cuerpo.

Recomendado con éxito eficaz para combatir el artritis, la arterioesclerosis, tuberculosis quirúrgica, bien sea de localización cutánea (lupus), sinovial ósea, articular, ganglionar, glandular, las neurosis de origen artrítico, bronquial, gástrico y cefalea crónica; las litiasis y nefritis crónicas, cirrosis hepática y lesiones cardíacas compensadas, lesiones cerebrales y medulares crónicas y en general, en todas las enfermedades en que el tratamiento del yodo y sus sales están indicados.

Caja de ampollas, 5 pesetas. Aparato yodonizador, 3'50 id.

En provincias, 0'50 pesetas de aumento.

PEDIDOS DE PROSPECTOS Y MUESTRAS A

YODOGENO CUBAS, S. A., Huertas, núms, 15 y 17, MADRID

SOLUTO VITAL

RECONSTITUYENTE GENERAL DEL ORGANISMO. □ ELIXIR E INYECTABLE

Preparado por J. ARRANS.—Farmacéutico

FÓRMULA: El Elixir, en cada cucharada grande (20 gramos), contiene: Glicerofosfato de cal y de sosa, aa. 0'05 gr.; Arrhenal, 0'02 gr.; Hipofosfito de quinina, 0'01; Fósforo, 0'001 gr.

El Inyectable se presenta en cajas de 15 ampollas de 1 c. c. perfectamente dosificadas y esterilizadas, conteniendo cada una las mismas dosis de la fórmula anterior, sustituyendo en ella el hipofosfito de quinina por $\frac{1}{2}$ miligramo de Cacodilato de Estriénina.

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS.—Aduana, núm. 21, SEVILLA

AGUAS DE PANTICOSA

Prototipo de las nitrogenadas en España.

Sulfurosas sódicas, las de la Fuente del Estómago.

Verdadero clima de altura (1636 metros)

Esta singular y muy importante triada terapeútica constituye un conjunto eficacísimo y *único en el mundo* para prevenir el desarrollo de la **tisis pulmonar** y curar ésta en sus comienzos. La especialidad de las *aguas de Panticosa*, es tradicional y está comprobada por infinitos hechos repetidos sin interrupción, así en la **tuberculosis** como en la mayoría de las **enfermedades crónicas de las vías respiratorias** y en todos los casos de debilidad orgánica general como en la **anemia** y el **linfatismo** siendo también sumamente útiles en la **dispepsia**, **gastritis**, **enteritis**, **nefritis**, **cistitis**, **infartos del hígado y bazo**, **calculus hepáticos y renales**, y en todas las enfermedades producidas por reimpulsión de los vicios **reumático y herpético**.

El balneario dista 32 kilómetros de la *estación férrea de Sabiñánico*, en la línea de Zaragoza a Jaca, y 50 de la *de Laruns en la de Pau*; recorriéndose después ambos trayectos en automóviles en unas dos horas. Servicio completo de balneoterapia, hidroterapia y atmíatria.

Lavadero mecánico y **estufa de desinfección** instalados en 1901.

Tres fondas con cocina española y francesa; habitaciones pintadas al óleo; ascensor en dos de los Hoteles. Iglesia; Hospital para pobres legales; correo y telegrafo, luz eléctrica, Casino, bazares y todo lo que requieren establecimientos de su índole.

Temporada oficial: de 15 de Junio a 21 de Septiembre, dividida en tres periodos, que se diferencian por distintos precios en las habitaciones, a saber:

Precios ordinarios: de 1.º a 15 de Julio y de 16 a 31 de Agosto.

Precios ordinarios rebajados en un 50 por 100 durante los meses de Junio y Septiembre.

Y precios ordinarios aumentados en un 20 por 100 de 6 de Julio a 15 de Agosto.

Las tan renombradas y privilegiadas aguas de Panticosa se exportan en cajas de 12 y 24 litros y 25 y 50 medios, expendiéndose en todas las capitales y poblaciones importantes de España.

Para detalles e informes dirigirse a la Administración general de la Sociedad Aguas de Panticosa instalada en el Balneario en los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre, y en Zaragoza, D. Jaime I, núm. 54, 2.º, el resto del año.

JARABE ARRANS

— DE —

AMAPOLAS FOSFO-CREOSOTADO

MEDICAMENTO ESPECÍFICO DE LAS ENFERMEDADES
DEL PECHO Y VÍAS RESPIRATORIAS

FÓRMULA

Por cucharada grande:

Fosfo-Creosota soluble.....	0'25	gramos
Codeína	0'005	>
Cloruro Cocaína.....	0'001	>
Alcoholaturo raíces Acónito.....	2	gotas

DEPÓSITO

LABORATORIO ARRANS.- Aduana, núm. 21, SEVILLA



LOS CONVALECIENTES

son seres desmineralizados propensos á enfermar de nuevo si no se regenera su mineralización.

EL CANCER, LA TUBERCULOSIS, ETC.
es imposible su curación sin remineralizar al paciente.

LA ENERGIA VITAL

no puede conservarse sin renovar constantemente el gasto mineral fosfo-magnesiano de los elementos nerviosos.

LA ENOFOSFORINA SERRA

proporciona alimento mineral necesario á los convalecientes, á los enfermos y á los que tienen su ENERGÍA VITAL comprometida.

SE VENDE EN TODAS PARTES

Depósito General: PELAYO, 9.-BARCELONA

CORRESPONDENCIA ADMINISTRATIVA

En esta sección daremos contestación a las cartas de nuestros suscriptores que no remitan dos sellos de quince céntimos para la contestación particular.

- Sres. Poblet Hermanos.—Buenos Aires (R. Argentina).—Anotada la suscripción.
- D. Martín Vila.—Pollensa (Balears).—Remitido el libro del Dr. Lozano, «Piogenias».
- » Emiliano Mateos.—Vezdemarbán (Zamora).—Remitidos los números del año 1918.
- » Gaspar Reynés.—Palma (Balears).—Conforme con su atenta carta.
- » Julián Ortega.—Grijota (Palencia).—Anotada la suscripción.
- » Manuel Alvarez.—Reinosa (Santander).—Pagó la suscripción del año 1919.
- » Aniceto Bercial.—Huesca.—Pagó la suscripción del año 1918.
- » Tomás Ibáñez.—Bujaraloz (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1918.
- » Juan Muñoz.—Teruel.—Pagó la suscripción del año 1919.
- » José Montaña.—Olite (Navarra).—Pagó la suscripción de 1919.

Sigue en la página 3.

Gran Hotel y Balneario TERMA PRIMITIVA

(Antes viejos de San Roque)

= ALHAMA DE ARAGON =

a cargo de PETRA SANZ É HIJOS

Terma donde existe el famosísimo «BAÑO DEL MORO» construido en 1122

Este Establecimiento, libre de las inundaciones del río Jalón, cuenta con los más ricos manantiales, de los que se surten directamente las duchas y baños en la misma roca con toda la eficacia y temperatura de sus aguas que es de 34° centígrados y desde este año contará dentro del balneario de una cascada o sala de inhalaciones construída con arreglo a la más rigurosa higiene terapéutica. En el Gran Hotel construído a la parte Sur del antiguo edificio y montado a la moderna, encontrará el bañista espaciosa e higiénicas habitaciones, comedores amplios, salón de baile, etc., etc., dominando un variado paisaje.

Telegramas y correspondencia: **JOSÉ MARTÍNEZ.**—Alhama de Aragón

Solución Benedicto

de Glicero-fosfato de Cal con Creosotal

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc. **Frasco 2,50 ptas.** Depósito: Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 43, Madrid, y principales farmacias.

VACANTES

La de médico titular, por dimisión, de Tálaga (Badajoz), dotada con el haber anual de 1.000 pesetas, cobradas por trimestres vencidos de los fondos del Municipio. Los señores médicos solicitantes acompañarán a sus instancias con la cédula persona, el título profesional y el de pertenecer al Cuerpo de Médicos titulares de España, o copias de ellos, debidamente autorizadas, sin perjuicio de que acompañen otros documentos que acrediten su mejor derecho. Solicitudes hasta el 21 de Enero al alcalde D. Antonio Carvallo.

—La de médico titular, por renuncia, de Cigoitia (Alava), con la dotación anual de 750 pesetas, pagaderas de los fondos municipales por trimestres vencidos, y bajo las condiciones que se hallan de manifiesto en la Secretaría municipal. El agraciado podrá contratar además con las 220 familias que componen este partido, a razón de 20 pesetas anuales por cada una al año. Solicitudes hasta el 19 de Enero al alcalde D. Pedro Viteri.

—Una de médico titular, por renuncia, de Salvatierra de los Barros (Badajoz), dotada con 1.000 pesetas anuales. Solicitudes hasta el 20 de Enero al alcalde D. Manuel Naharro.

—La de médico titular, por renuncia, de Alameda de Gardón (Salamanca), dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas, pagadas de fondos municipales y por trimestres vencidos, por la asistencia de una a 25 familias pobres. Los que aspiren a cubrir dicha plaza, que serán médicos cirujanos, presentarán sus solicitudes debidamente documentadas, en el plazo de treinta días. El agraciado podrá contratar la asistencia facultativa de 180 vecinos pudientes y con el puesto de Carabineros, y en junto puede valerle la plaza unas 3.000 pesetas. Solicitudes hasta el día 20 de Enero al alcalde D. Constantino Sardiña.

—La de médico titular de Espejo (Alava), con el haber anual de 10.625 kilogramos de trigo y 400 pesetas de titular; los pueblos del partido son: Barrio, Bachicabo, Villamaderme y Billogín, todos a corta distancia y con buenas vías de comunicación. Solicitudes hasta el 21 de Enero al alcalde del barrio de Espejo, D. Gonzalo Ruiz.

—La de médico titular, por renuncia, de Hoya-Gonzalo (Albace-te), dotada con el haber anual de 1.750 pesetas. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Antonio Palacios.

—La de médico titular, por dimisión, de Zazuar (Burgos), con la dotación anual de 750 pesetas, pagadas de los fondos municipales,



por trimestres vencidos, por la asistencia de 30 familias pobres y casos de oficio, pudiendo contratarse con 240 vecinos a razón de 14 pesetas por iguala. Este pueblo le baña el río Arandilla, y se halla situado a 11 kilómetros de Aranda de Duero y a 5 de la estación del ferrocarril de Vadocondes en la línea de M. Z. A., pasando por la carretera de Aranda a Pinilla de los Barruecos. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Bernardino Sanz.

—La de médico titular, por dimisión, de Quintanatoranco (Burgos), y los pueblos circunvecinos Carrias, Castil de Carrias, Bañuelos de Bureba y Loranquillo, con el haber anual de 750 pesetas de titular, por la asistencia de familias pobres y casos de oficio; además percibirá en conceptos de iguales de los vecinos pudientes 4.250 pesetas, casa gratis, paja para la caballería y libre de toda carga municipal. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Melquiades López.

—La de médico titular de Cabañes de Esgueva (Burgos), y los pueblos asociados de Cabañes de Esgueva con Santibáñez, según la clasificación 5.^a del referido partido médico, dotada con el haber anual de 750 pesetas, consignadas en el presupuesto, satisfechas por trimestres vencidos de los fondos municipales, por la asistencia de 15 familias pobres del distrito, transeuntes enfermos, casos de oficio y reconocimiento de quintos. El agraciado podrá contratar las igualas con 110 vecinos acomodados. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Pedro Santibáñez.

—La de médico titular, por renuncia, de Mecerreyes (Burgos) y Cuevas de San Clemente, que componen el partido, con la dotación anual de 1.000 pesetas, pagadas del presupuesto municipal por trimestres vencidos, entre ambas Corporaciones, con arreglo a las disposiciones vigentes, por la asistencia de las familias pobres y demás servicios anejos a su cargo, pudiendo el agraciado contratar con la Comisión respectiva para la asistencia de las familias pudientes en concepto de iguales por una cantidad poco más o menos de 2.500 pesetas por las de esta villa, y en lo que se convengan por las de dicho Cuevas, pagadas por las Comisiones, también por trimestres vencidos, con practicante en Cuevas de San Clemente y casa para vivir en esta villa de Mecerreyes. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Félix Alonso.

—La de médico titular, por dimisión, de La Horra (Burgos), dotada con la asignación anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, por la asistencia a 58 familias pobres de esta localidad y prestación de cuantos servicios imponen al mencionado cargo las disposiciones legales vigentes. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Félix Miguel.

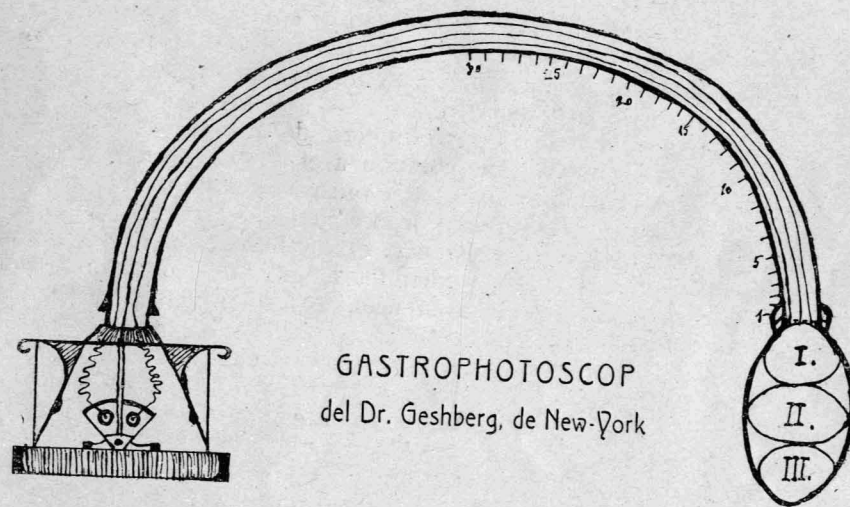
—La de médico titular, por defunción, de Vilviestre del Pinar (Burgos), dotada con la cantidad de 1.000 pesetas anuales, pagadas del presupuesto municipal por trimestres vencidos, y casa-habitación para vivir, por la asistencia de 10 familias pobres, transeuntes y casos de oficio, el agraciado podrá contratar las igualas con 185 vecinos del pueblo, que satisfarán 2.750 pesetas anuales por trimestres vencidos. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Jerónimo González.

—La de médico titular de San Zadornil (Burgos), y sus adheridos de cuatro pueblos del Valle de Valderejo, próximos de este distrito municipal, con la dotación anual de 6.105 litros de trigo de buena clase, pagados en el mes de Septiembre de cada año. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. José Rivas.

Sigue en la página 10

FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

CONFERENCIA DEL DR. GERSHBERG DE NEW-YORK



GASTROPHOTOSCOP
del Dr. Geshberg, de New-York

LA CLÍNICA MODERNA

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

AÑO XVIII

ZARAGOZA, 1.º ENERO 1919

NÚM. 334



FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

CONFERENCIA DEL DR. GERSHBERG DE NEW-YORK

(EN LA NOCHE DEL 27 DE DICIEMBRE DE 1918)

TRADUCIDO DEL INGLÉS POR EL DR. CARDENAL, DE BARCELONA

El Dr. Gershberg empieza dando las gracias a la Facultad de Medicina por haberle permitido dar esta conferencia, en la cual sólo trata de hacer una comunicación previa sobre la importancia que él atribuye a su invento del nuevo procedimiento de exploración del estómago por medio de la Gastrofotoscopia.

Dice que su modesta invención es el producto de cerca de nueve años de experimentación científica y de trabajos prácticos de los principales laboratorios y clínicas de Europa y América sobre un extenso material de observación.

El nuevo método exploratorio debía haber sido presentado en el Congreso internacional de New-York, que no tuvo lugar a su debido tiempo por motivo de la guerra. Posteriormente se había propuesto presentarlo en las sesiones del primer Congreso español de Medicina que debió tener lugar en el pasado mes de Octubre, y que fué suspendido también a causa de la epidemia de gripe. Queda, pues, reservada su presentación oficial detallada y definitiva para el citado Congreso español que deberá celebrarse en el próximo mes de Abril, y se limitará por consiguiente, en la presente conferencia a una exposición superficial sobre el nuevo método.

Con el adelanto de la civilización, la ciencia médica y quirúrgica ha alcanzado un lugar preeminente en el siglo xx, debido en

gran parte a la creación de las especialidades que se ha impuesto a la profesión médica.

Gracias a los apóstoles de la Estomatología, tales como Notnagel, Ewal, Stiller, Boas, Rieder, Vonordew, Mathieu, Einhorn, Metschnikoff, Lange, Mikulicz, Pawlow, Holzknecht, Mayo, Medinaveitia, etc., etc., con la mayor parte de los cuales he tenido el honor de trabajar, y gracias a sus trabajos experimentales y métodos exploratorios, podemos hoy, por medio del examen microscópico, químico y físico, auxiliados por el empleo de los rayos X, radiografía, radioscopia, fluoroscopia, gastroscopia y gastropanoscopia, hacer mucho más fácil y perfecto el diagnóstico de las enfermedades del estómago en general.

Ocupémonos ante todo de las funciones del estómago.

Un estomatólogo americano moderno, el Dr. Stokton, dice en su reciente obra, que la digestión empieza en la cocina, lo que no hay duda que encierra una gran verdad. Si en un estómago sano es necesaria la alimentación sana para hacer fácil, perfecta y normal la digestión, ¿cuánto mayor no será esa necesidad para un estómago enfermo? Una alimentación mal sana en un estómago enfermo produce una serie de desórdenes psíquicos, físicos y patológicos que contribuyen poderosamente a aumentar la enfermedad ya existente en el estómago.

Antes de ocuparme de esa enfermedad y de los métodos de exploración para descubrirla y diagnosticarla, permitidme cuatro palabras sobre el mecanismo general y las funciones del órgano.

El primer factor que juega un papel importante en ese mecanismo, es el influjo nervioso.

El influjo nervioso presenta en el estómago dos formas u orígenes distintos: uno intrínseco y otro extrínseco: el primero procede y depende de los plexos de Meisner y Aguerbach; el segundo procede del bulbo y llega al estómago por conducto del nervio vago y de los ramos del simpático. De los plexos de Aguerbach parten las incitaciones de las ondas peristálticas del esófago, estómago e intestinos. Canon denomina dicho estímulo «reflejo mientérico». Los movimientos provocados por él producen zonas de contracción, debajo de las cuales se producen a su vez relajaciones de las capas musculares que dan lugar a dilataciones globosas o ampuliformes en la porción del estómago, cuyas paredes, por su estado de tono normal se hallan adosadas a su contenido alimenticio. Para la producción del peristaltismo rítmico, el reflejo mientérico establece ya la tonicidad normal de las paredes gástricas; el modo cómo se produce esa tonicidad es muy interesante.

Experimentalmente se ha demostrado que el vago produce también el tono tanto en el estómago como en el intestino. Si se

estimula el bulbo, parten de él impulsos nerviosos hacia el estómago, y después de una breve pausa o momento de relajación, el órgano se pone en estado de tonicidad, de modo que el vago prepara al estómago para el peristaltismo de un modo indirecto y contribuye como factor de su tonicidad, mientras que el contenido del estómago contribuye haciendo posible la presión intragástrica y excitando así el reflejo mientérico y el peristaltismo.

El segundo elemento que desempeña un papel importante en el funcionalismo del estómago, es la acción fisiológica. Bajo el punto de vista de su funcionalismo fisiológico, el estómago puede considerarse dividido en dos partes: A) La porción mayor o gran fondo que es la más próxima al cardias; sirve como de receptáculo a los alimentos que quedan en él sometidos a la simple presión de la tonicidad de sus paredes; y la porción menor B, correspondiente al extremo próximo al píloro, en la cual, muy poco después de verificada la digestión del alimento, tiene lugar un activo movimiento peristáltico y una fuerte acidificación del contenido, debido no sólo a la acción de sus glándulas propias, sino a la de las glándulas de la porción mayor que es dirigida hacia la porción pilórica por ondas peristálticas superficiales.

La secreción gástrica es así enérgicamente mezclada con las sustancias ingeridas, gracias a ese doble movimiento peristáltico, y reblandece primero y disuelve después los elementos solubles, preparándolos para su paso ulterior a través del píloro.

El esfínter pilórico se relaja alternativamente para permitir el paso a los alimentos líquidos primero y luego a los sólidos, bajo la acción de control del reflejo duodenal descrito por Sterlinge. El mecanismo de la digestión es por demás interesante: con la percepción olfatoria del alimento y luego por la gustativa, empieza como acto reflejo la secreción del jugo gástrico y de los fermentos salivales, estimulados todavía por la masticación, de modo que la digestión aminolítica empieza prácticamente en la boca y se continúa en el estómago.

En cuanto al bolo alimenticio abandona la faringe por el acto voluntario de la deglución, es arrastrado a lo largo del esófago por las ondas peristálticas rítmicas de los músculos lisos de este conducto y reforzado por la intervención del vago que da la tonicidad a dichas paredes.

En cuanto el bolo alcanza la extremidad inferior del esófago, se relaja el cardias por acción refleja y se produce una inhibición momentánea de los movimientos del estómago, durante el cual el órgano se mantiene en estado de pura recepción. Durante ese período de relajación del tono estomacal, las materias ingeridas

permanecen por algún tiempo en relativo reposo y van llenando simplemente la porción de estómago destinada a reservorio.

La secreción ácida del *fundus* es llevada entonces por ondas peristálticas superficiales por toda la superficie de la mucosa hacia la porción pilórica, donde se acumula, y por la acción de las enérgicas contracciones peristálticas profundas se produce así su íntimo contacto con la masa alimenticia y se activa enérgicamente la digestión de los proteidos.

La parte más interesante del mecanismo del estómago y de sus alteraciones se comprende por la teoría reciente llamada vagotónica de Eppinger, Yonorden y Hesse, los cuales han demostrado que en ciertos individuos y bajo la acción de estímulos especiales la inervación procedente del vago adquiere un influjo predominante y altera así el equilibrio normal para el buen funcionamiento del órgano; el estómago en ese estado especial de inervación se califica de vagotónico; cuando se halla dominado por la inervación predominante del simpático se califica de simpático-tónico.

El estómago en estado vagotónico responde al más ligero estímulo, no solamente con un mayor tono muscular y mucho más enérgico peristaltismo, sino por una oclusión espástica del píloro, con lo cual la secreción gástrica aumenta su actividad y el contenido del estómago se hace fuertemente ácido.

El aumento de la tensión muscular y de la secreción gástrica, produce en el paciente una sensación de malestar que complica notablemente el diagnóstico.

Existen varias teorías sobre las relaciones normales y patológicas del sistema nervioso y su intervención en las enfermedades del estómago, tales como las de Hyneman, Mathieu, Germain-See, etc., que prueban su indiscutible intervención en la patogenia de muchas dispepsias y gastritis.

Ocupémonos también en la *posición* del estómago. Según Dehio, el estómago sano en estado de vacuidad, se halla retraído en recíproco contacto de sus paredes y oculto en la concavidad izquierda del diafragma; la percusión en esta situación revela la presencia del colon en vez del estómago en el epigastrio. Cuando se examina con los rayos X, el estómago no se halla en esta posición transversal en lo alto del abdomen, sino que su *fundus* se hace casi vertical y sólo la porción pilórica persiste en su posición transversa, estando el sujeto en pie.

En cuanto a la *forma* el estómago varía también considerablemente; Holzknacht considera la forma normal análoga a la de un cuerno de toro, mientras que Rieder la define como ensiforme, y Gredel, como parecida a un sifón.

El volumen del estómago varía igualmente, pues en unos individuos es normalmente mucho mayor que en otros, existiendo tipos de volumen medio.

Se ve, por consiguiente, señores, por todo lo expuesto, a cuántas influencias funcionales, psíquicas, fisiológicas y patológicas se halla sometido el estómago en todas las edades para dar lugar a las más variadas enfermedades y exigir medios de diagnóstico cada día más precisos.

La *gastrofotoscopia* que tengo el honor de anunciar aquí, es un producto de esa necesidad, y el respetable auditorio de esta honorable corporación espero llegará a convencerse de su verdadera superioridad como medio de diagnóstico. Permítaseme para ello hacer una breve enumeración y apreciación comparativa de los métodos propuestos y empleados en la práctica hasta la fecha por los especialistas más acreditados en el diagnóstico de las enfermedades del estómago y comparadlos con la gastrofotoscopia.

A continuación hace el conferenciante una breve enumeración de los medios corrientes, tales como los rayos X, investigación microscópica y química de la sangre oculta en las heces (Boas), el estudio de las lesiones asténico congénitas de Stillier, los métodos analíticos de laboratorio para el diagnóstico de la gastritis, hiperacididad, aquilia gástrica, úlcera y cáncer de estómago; la gastroscopia aplicada primero por Mickulicz y luego por Rosenhenn, Kutner, Jakobson, Keller, Elsner, Jouon y otros; el sondaje de estómago, la fluoroscopia y radioscopia aplicado por Habskecht, Fredel, Rosenthal, Kemp y otros que suministran sombras de los diferentes tipos de estómago y facilita el diagnóstico de la gastrop-tosis y de la dilatación del mismo; la insuflación; el método volumétrico de Kelling y Swolsky, y en fin, el de gastrodiafanoscopia, iniciado por Heinorn para la transiluminación del estómago por medio de una lámpara eléctrica introducida en la viscera, que permite igualmente el diagnóstico de la dilatación, gastrop-tosis y a veces de algunos tumores del estómago.

Cada uno de estos métodos posee algunas buenas cualidades; pero no son menos importantes y numerosos sus inconvenientes, que indica el conferenciante del modo siguiente: En el empleo de los rayos X y radioscopia, el bismuto penetra a veces en las desigualdades del reblandecimiento de la mucosa en casos de gastritis o cáncer y produce así la impresión de falsos contornos que aun se hacen más groseros en algunos casos de deformación del estómago y de contractura, que dan lugar o pueden darlo a resultados enteramente erróneos, como afirma el propio Holzknacht. En casos de úlcera, según Handelk, cuando el estómago se halla lleno de bismuto, los contornos resultan sucios en la sombra radioscó-

pica y el profesor Steckton sostiene que no puede merecer entera confianza.

Por el descubrimiento de la sangre oculta en las heces, todos convendréis en que bajo el punto de vista diagnóstico ha de quedarnos siempre la duda del punto de donde procede, si de una úlcera o de otro punto del tubo digestivo, de un cáncer, etc.

Los métodos de laboratorio demostraron que existen cánceres con hiperacidez, en los cuales no existen los bacilos de Opples-Beas en las materias vomitadas.

El método fundado en las formas asténicas congénitas, ha sido reputado por la mayoría de los especialistas como de muy poco valor práctico.

La insuflación, según múltiples publicaciones, ha producido a veces serios desórdenes en el paciente, puede dar lugar a dilataciones de estómago.

El método volumétrico se ha desacreditado, no sólo por lo complicado de su técnica, sino por el problema matemático que obliga a resolver (presión barométrica, temperatura del agua, gases del estómago, etc.).

El método de la gastroscopia, según opinión general entre los prácticos, es el único y directo para el diagnóstico precoz del cáncer de estómago, pero desgraciadamente es de difícil aplicación a causa del gran tamaño de los instrumentos que exige, de su complicada técnica y peligros inherentes a la introducción de instrumentos tan voluminosos como los que se han utilizado hasta el momento presente, por lo que expone al paciente a una perforación.

La radioscopia y fluoroscopia, según algunos de sus propios partidarios, expone también a ciertos peligros debidos al largo tiempo necesario de exposición de los rayos.

El sondaje perdió también mucho de su popularidad por antihigiénico.

La gastradiafanoscopia e iluminación de los tejidos por transparencia, constituye el fundamento de nuestro método de gastrofotoscopia.

Ya en 1845 fué aplicada la transiluminación de los tejidos vivos por Kazenabe. En 1867 Mullet consiguió transiluminar el estómago en el animal y repitió el experimento en el cadáver. Pero la primera aplicación de valor práctico fué realizada por Max Heinhorn, de New-York, que fué el primero que la ensayó en el estómago vivo. Reichman, Kutner, Jakabson, Lackbooz, Kemp, etcétera, realizaron experimentos con su diafanoscopio modificado, obteniendo resultados positivos en el diagnóstico de la dilatación, de la atonía y de la gastroptosis; más no han podido

aplicarla al diagnóstico del cáncer, pues debido al espesor del tumor, la luz no conseguía su transiluminación. Posteriormente Metzinger y luego Bial, trataron de transformar el diafanoscopio en un aparato que pudiera obtener imágenes del interior del estómago, más no lo consiguieron por la dificultad de introducción del aparato, por lo complicado de la técnica y la mala construcción del mismo aparato, cayendo en el descrédito por insuficiente y peligroso.

De todo ello se desprende claramente que la forma y tamaño del estómago, la normalidad o anormalidad de sus funciones, atonía, dilatación o gastroptosis, pueden ser bien diagnosticadas por los actuales métodos de exploración, «pero que para el diagnóstico precoz del cáncer y de la úlcera de estómago, hace falta un método más exacto, sencillo y rápido. Necesitamos un instrumento fundado en las citadas necesidades, pero que reúna las cualidades siguientes: 1.ª, de una fácil y cómoda introducción en el estómago, y 2.ª, que pueda ser manipulado fácilmente una vez dentro y produzca resultados claros e inmediatos para el diagnóstico; este problema puede actualmente ser del todo resuelto por la *gastrofotoscopia*.

Como todos pueden apreciar en el adjunto dibujo el «gastrofotoscopio» consta de tres partes: A) Una batería eléctrica. B) Un tubo-sonda, de goma. C) Una cápsula olivar al extremo de la sonda. El aparato presenta la forma de una culebra en posición encorbada y se maneja fácilmente así: Una vez que el estómago ha sido bien lavado, se traslada al paciente al cuarto de los rayos X y se le coloca sentado y en posición erecta, delante del operador como para una radioscopia; se le indica que trague lenta y suavemente la cápsula, ayudándole si es preciso y haciendo que trague al par unos 200 gramos de agua destilada para facilitar la deglución, para evitar la acción del calor y concentrar la luz en un foco; durante este tiempo el médico debe vigilar por medio de la escala graduada que está marcada a lo largo del tubo de goma, la cantidad o longitud de sonda que va penetrando para apreciar cuándo la cápsula ha llegado ya al interior del estómago. Una vez conseguido, se ensombrece el cuarto, se coloca al paciente en decúbito supino, se hace actuar el aparato de rayos X y se fija la localización de la oliva en el interior del estómago; entonces nos hallamos en posición de utilizar el aparato para hacer el diagnóstico. La batería eléctrica contiene el regulador para graduar la intensidad de la luz producida por la lámpara en el interior del estómago. El tubo de caucho tiene los alambres conductores y cordones de seda para poner en contacto la batería y la cápsula. La cápsula consta de tres departamentos: 1.º, el de la luz eléc-

trica; 2.º, el medio con una diminuta cámara obscura; 3.º, el «film» o película sensible.

Por la acción combinada, inteligente de este aparato, podemos en un brevísimo espacio de tiempo obtener una fotografía de su superficie interna de las paredes del estómago que nos demuestra sus más mínimas alteraciones patológicas. De las pequeñas fotografías obtenidas se hacen ampliaciones de tamaño necesario.

Ahora suplico a todos los miembros de esta docta Corporación que me han hecho el honor de escucharme, se dignen disculparme, si no me es posible esta noche, comunicarles más detalles sobre la gastrofotoscopia. El instrumento y los resultados que con él se obtienen, ha de ser presentado al primer Congreso español de Medicina que debe celebrarse en Madrid en el próximo mes de Abril y aquí sólo me ha sido dado hacer esta comunicación previa. Mis más expresivas gracias por lo tanto a cuantos se han dignado prestar su atención a mi modesta comunicación, así como a las entidades y autoridades de Zaragoza que me han facilitado su alta protección para el estudio en Laboratorio y Clínicas de la capital, de las consecuencias de la pasada y reciente epidemia de gripe. El grato recuerdo que llevo de Zaragoza, aseguro que no se borrará de mi memoria.

XANTOMA PARPEBRAL Y SEBORREO-COMEDONES CON FOLICULITIS, CONSECUTIVOS A TRASTORNOS DISPÉPSICOS

POR EL DR. SICILIA

DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, DE MADRID

El xantoma, lo mismo que los trastornos glandulares seboreicos y piógenos de los folículos, dependen en muchos casos de alteraciones viscerales y funcionales, fáciles de reconocer en enfermos, y de aquí su importancia, porque indagando bien, se descubren e interesa tratar. Las enfermedades internas que he apreciado más frecuentemente como causa o coincidencia son, la diabetes y las enfermedades gastro-hepáticas, las enfermedades leucémico-tuberculosas, pudiendo decir que tanto más generalizada sea la alteración del organismo, tanto más desarrollado será el xantoma, así solemos apreciar bastante diseminación de lesiones en cara y extremidades, en los xantomas glucosúricos, tuberculosos o leucémicos y en cambio está más localizado a una región,

como en el caso que relatamos, cuando la alteración es menos general e intensa, reduciéndose a un órgano o a lo más a un aparato. El enfermo presentaba dilatación de estómago, con timpanismo marcado, bazuqueo, retención de líquidos y sólidos, que al fermentar repiten a la boca, dominando el ácido, que nota sobre todo, coincidiendo con pesadez gástrica a las dos o tres horas de la comida de mediodía, alguna rara vez por la mañana, soliendo estar estreñido; la piel gruesa, pardo-morena, con mucha dilatación de los poros y secreción sebácea abundante, que obstruye de comedones muchos orificios, con inflamación hasta supuración de algunos conductos glandulares, foliculitis de grados variados; el xantoma era algo saliente, como infiltrados poco salientes, alargados, en forma de lágrimas, ocupando sus grupos ambos párpados y siendo reveladores de las alteraciones retentivas y de fermentación del aparato gastro-intestinal, para lo cual se le dispuso un plan tónico y absorbente gástrico, alimentación apropiada, vacuoterapia estafilocócica y el tratamiento tópico apropiado.

SOBRE LA MALIGNIDAD DE LAS NEOPLASIAS DEL ÚTERO Y LA PATOLOGÍA DEL SARCOMA DE ESTE ÓRGANO

POR EL DR. M. BONAFONTE

CATEDRÁTICO DE GINECOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE BARCELONA

(CONCLUSIÓN)

Esta interpretación es indiscutible, especialmente al tratarse de las imágenes primero manifiestas de una transformación inicial de las células musculares del mioma y las llamadas células musculares; solamente que esto no es una metaplasia, sino una degeneración secundaria por efecto de los cambios nutritivos alterados de las células de sarcoma muscular ya muy proliferante y dotadas de fuerza destructora. La degeneración progresiva de las células del sarcoma muscular, según esto, no sería admisible como prueba de un origen aposicional de un sarcoma desde un mioma. Por otro lado se ha de llamar la atención acerca de que no toda degeneración de esta especie sea una prueba de la naturaleza sarcomatosa de las células musculares o como antes se decía, de metaplasia en células de sarcoma. Esto sería verdad, por ejemplo, para inclu-

siones accidentales de células musculares del mioma ya diferenciadas, o del resto de la pared uterina y muy especialmente de la proximidad periférica de los tumores. Es importante insistir sobre este hecho, porque permitiría concluir un desarrollo progresivo del sarcoma, un desarrollo aposicional, en caso de procesos degenerativos semejantes en la musculatura no perteneciente al sarcoma y particularmente de su proximidad.

Una prueba de ello es el caso o preparado explicado por R. Meyer, un sarcoma de la mucosa cuyos elementos celulares mezclados no tienen semejanza alguna con las células musculares y sin embargo se ve en el límite del sarcoma con la musculatura en la que penetra, a las células musculares degeneradas de modo análogo a las células del sarcoma parietal.

La vecindad no será metaplastiada, sino que degenerará por las influencias tóxicas de los cambios nutritivos anormales del sarcoma vecino de un modo semejante a sus propias células.

Asimismo se pueden observar células de sarcoma muscular extraordinariamente grandes que permiten concluir en una hipernutrición, pero indudablemente atacadas también de degeneración.

Las formas de células fusiformes de los tumores de la pared uterina no justifican sin más el diagnóstico de sarcoma. Por un lado hay que considerar que también pueden observarse fibromas benignos compuestos de células genuinas de tejido conjuntivo en su sentido más riguroso, si bien sólo se conocen éstos en la porción vaginal del cuello del útero, y por otro lado sucede que en el mioma se llega a la atrofia de las células musculares y a la compresión de los fascículos aislados, ya sea por degeneración hialina, ya por reblandecimiento mucoso con edema, con lo que se producirá una disposición muy compacta de las células y un aspecto fusiforme de éstas y reducción manifiesta de los núcleos musculares, cuyo carácter inofensivo será reconocido las más de las veces por la investigación de partes mejor conservadas, aun cuando no siempre con absoluta seguridad porque también en el sarcoma se observan degeneraciones semejantes.

La cuestión planteada de si nos encontramos en un caso dado ante un sarcoma conjuntivo de células fusiformes o de un sarcoma de células musculares juveniles, será aun difícil de resolver dada la experiencia adquirida respecto de los tumores de combinación, en los que una célula madre común puede diferenciarse en parte en células de tejido conjuntivo y en parte en células musculares, de modo que el contenido mayor o menor de células musculares en un tumor, aun no permite el considerar como células musculares juveniles a todas las células fusiformes.

Lo mismo puede decirse de las células redondas, que igualmente pueden ser estadios juveniles o de células musculares, o de células de tejido conjuntivo o también de ambas conjuntamente.

Prescindiendo de estas consideraciones teóricamente justificadas, se deduce de los estados arriba mencionados, o sea de las graduaciones cuantitativas en el contenido de las células musculares y fusiformes en los diversos tumores, que no tiene más que un valor subjetivo respecto de la génesis y que se puede considerar a la mayoría de los tumores como de células musculares, puesto que predominan éstas casi siempre en los sarcomas de células mixtas en tanto que no exista una degeneración pronunciada. Según esto se considerarían por lo menos en los tumores con predominio de células musculares, también a las células fusiformes. En todo caso son muy raros los tumores de esta última especie: sarcomas casi puros de células fusiformes, sólo vió dos veces R. Meyer; de éstos, un pequeño tumor en el que los elementos aun pudieron madurar y sólo un gran tumor con exiguo contenido de células musculares. El modo de comprender el sarcoma de células mixtas, es variable según los autores; algunos como V. Hansemann, consideran las células fusiformes como células musculares diferenciadas, aceptan la doctrina de la anaplasia; otros y correspondiendo a las ideas más corrientes, consideran las células fusiformes como estudios primitivos de células musculares que de antemano quedaron juveniles. Meyer acepta este último criterio, por el que se trataría de gérmenes anormales aun cuando no necesariamente como tales, sino que también se podría tratar de partes celulares juveniles reservados para el crecimiento normal, partes de los centros de proliferación, porque en algunos casos conocidos no sólo los tumores primitivos, sino también las metástasis contenían además de células fusiformes y respectivamente células redondas y fusiformes repartidas a trechos, partes musculares completamente maduras. De todo ello se puede deducir que de modo análogo a los tumores de combinación en que creen destructivamente gérmenes inmaduros, ya sea en forma sarcomatosa, ya diferenciándose en otra parte de las mismas células en diversas especies de tejido, así también en los sarcomas de células mixtas de la pared del útero, un tejido juvenil inmaduro de células redondas y fusiformes queda en parte inmaduro y crece destruyendo, mientras que otra parte se diferencia a favor de condiciones locales en células musculares maduras.

Con esta opinión se aclara a su vez lo sucedido en el gran número de variedades de los sarcomas de células musculares y respectivamente de los llamados sarcomas en miomas, pues una gran parte de las variedades habría que referirlas a la maduración más

o meros importante de fundamentos celulares completamente semejantes desde luego.

A su vez se deducen estas consideraciones, la doctrina relativa a designar por el estado microscópico tan sólo al estudio momentáneo del tumor y no desconocer el hecho que por maduración parcial o completa de las células sarcomatosas, así como por efecto de alteraciones degenerativas de la estructura celular, se puede alterar la imagen de modo continuado hasta que llegara a ser definitiva. A esto se añade, que las partes inmaduras, penetran, atraviesan y aun pueden substituir a las partes musculares ya maduras.

Las formas de sarcoma de la pared uterina con formas celulares diferentes tienden a la destrucción con mayor intensidad que los sarcomas de células musculares, así como a invadir los vasos, a la necrosis y hemorragia.

Los sarcomas de células fusiformes y redondas penetran ya profundamente en los vasos, en sus estadios iniciales, en los que se pueden reconocer a veces a modo de cordones vermiformes. Se pueden observar en algunas preparaciones, vasos llenos de masas sarcomatosas en todos los estadios; en casos avanzados no se puede reconocer a veces los grandes focos sarcomatosos con límites rigurosos si no se siguen hasta los vasos más pequeños o mejor conservados. La invasión más frecuente de los vasos con profundas alteraciones degenerativas de la estructura celular se explica por la fuerza de resistencia disminuida del tejido intersticial asimismo degenerados, incluso de las paredes vasculares.

Aun no se ha dilucidado por completo si hay que referir esta invasión de los vasos precoz o extensa en casos de sarcomas de células redondas y fusiformes únicamente a la relación más próxima de los elementos inmaduros con los vasos, especialmente si se trata de vasos neoformados de paredes delicadas, o si además se han de tener en cuenta relaciones especiales de afinidad. En todo caso, la íntima relación con los vasos es muy manifiesta en los sarcomas de pequeñas células, de modo que se puede concluir en parte en un origen de las células próximas a los vasos y en parte también en una aptitud más fácil de propagación a lo largo de los vasos. Sarcomas puros de células redondas apenas se observan; Meyer vió solo un caso con muchas células redondas y con fusiformes muy cortos en un mioma. En la literatura se observan indudablemente equivocaciones en cuanto a afirmar la existencia de células redondas y poligonales en cortes transversales realizados a través de células fusiformes y musculares.

De vez en cuando pueden observarse formas poco corrientes de sarcomas.

En un caso de Olshausen había hermosas células fusiformes predominantes y pocas células musculares; lo más característico es que en cortes examinados a débil aumento se ve una distribución en campos, lobulillos y mallas, separados entre sí por débiles hendiduras linfáticas pero profundas; no se trata de un conducto linfático, sino de grandes espacios comprimidos en superficies; de linfangiectasias. En otro sarcoma gigante de la pared del útero, asimismo operado por Olshausen, se ven células redondas, ovoides y poligonales y además numerosas epiteliales dispuestas como tales, cúbicas y cilíndricas bajas; estas especies celulares pasan de unas a otras y su disposición difusa pasa sin límites a la disposición epitelial; los núcleos son ricos en cromatina con finos gránulos oscuros; en parte, la cromatina se ve como emborronada; substancia intercelular muy ligera; infiltración insignificante; pronunciada degeneración hialina; extensa necrosis y fusión. Estos tumores, en parte epiteliales y en parte conjuntivos, se han designado como endoteliomas porque se admite que los endotelios por su posición embriológica se colocaran más bien entre el epitelio y el tejido conjuntivo para dar origen a tumores híbridos. Para Meyer serían formas particulares de tumores y cree que los tumores sarcomatosos de muy rápido desarrollo no encuentran tiempo a veces de formar inmediatamente substancia intercelular desde las partes neoformadas por lo que se originan disposiciones semejantes a epitelio.

Así resultaría muy difícil de demostrar el diagnóstico de endotelioma y a menudo fantástico; ya llama la atención la frecuencia del diagnóstico de endotelioma en la porción vaginal del cuello del útero en oposición al cuerpo. Meyer se explicaría esto porque los tumores, tanto carcinomas como sarcomas pueden penetrar mecánicamente en la periferia hacia los espacios o hendiduras del rígido tejido de la portio, en parte por series, en forma de red, etc. Carcinomas que en la porción supravaginal penetran como alveolares, se ven en el portio a veces como retiformes y dispuestos en hileras hacia las hendiduras, cuyo estado se observa en los tumores de otros sitios (mama, etc.), con lo que no se puede utilizar en modo alguno este hecho o modo de difusión para el diagnóstico.

Tampoco el aspecto de las células demuestra nada, pues células de carcinomas especialmente cambian su aspecto colorante según la vía de propagación y el medio nutritivo, de modo que no debe tenerse en cuenta esta circunstancia. La falta de relación con el epitelio de la mucosa no habla en absoluto en contra de carcinoma.

Grandes dificultades diagnósticas ofrecen algunas preparacio-

nes, cuando se observan reacciones peciduales de las células conjuntivas en algunos sarcomas sifilíticos.

Una preparación procedente de Wegscheider y que obtuvo por medio de un raspado, es muy instructiva. El diagnóstico se hizo como de tumor maligno, fundado en el microscopio. Células gigantes con grandes núcleos vesiculosos, mitosis especiales, repartición irregular de la cromatina, gran diversidad de forma y tamaño de las células, su disposición difusa, etc., harían pensar en un sarcoma. La hiperplasia de las células de tejido conjuntivo con todos los estudios de transición de células redondas o fusiformes hasta las grandes células tumorales, la ordenación embrollada e inmotivada de las diversas especies celulares, lo extraordinario de la imagen que llama la atención al observador, dan la impresión de otras lesiones análogas sifilíticas observadas en otras regiones, así que en ocasiones existirán realmente dificultades para distinguir ulceraciones con el cuadro del sarcoma de genuinas ulceraciones sifilíticas.

De lo expuesto se deduce lo difícil que resulta el poseer un criterio anatómico infalible en la cuestión del sarcoma del útero, y la necesidad de apoyarnos en el criterio clínico, así como que dirigiremos siempre los preparados para su interpretación o autoridades de competencia indiscutible en la materia.

(Archivos de Ginecología, Obstetricia y Pediatría).

CÁLCULOS Y CUERPOS EXTRAÑOS DE LA URETRA

(SOBRE UN CASO DE CÁLCULO URETRAL GIGANTE)

POR EL DR. PÉREZ-GRANDE

Vamos hoy a emprender el estudio de los cuerpos extraños de la uretra, capítulo de las enfermedades del aparato urinario, que no por su aparente insignificancia y por su sencillez deja de tener importancia para el práctico, al cual dedicamos todos nuestros trabajos.

Dicho estudio nos lo sugiere una historia clínica sumamente interesante, que transcribimos a continuación, la cual, si bien no presenta nada de extraordinario para el urodólogo, tiene particularidades dignas de mención y de figurar en el estudio de los cálculos de la uretra.

No hace mucho tiempo se presentó en nuestro gabinete un en-

fermo joven, diputado a Cortes por más señas, con la pretensión de que le hiciéramos cuanto antes una uretrotomía interna para corregir una estrechez uretral que él creía infranqueable, y, por lo tanto, imposible de arreglarse por la calibración gradual.

Aun a riesgo de disgustar al enfermo, que ya tenía su diagnóstico hecho y que no venía en busca más que del operador y no del especialista, quisimos explorarle, pero antes hacer un interrogatorio en regla, al cual se sometió el enfermo de mala gana y por pura cortesía, por creerlo inútil, debido a causas que después averiguamos y que el enfermo en su exquisita corrección, desgraciadamente algo rara en la actualidad, no nos quiso revelar.

Entre sus antecedentes urinarios había una blenorragia padecida hacía muchos años, y de la cual no recordaba sino que le había hecho sufrir mucho a causa de unas inyecciones que le prescribieron con solución de sublimado muy concentrado.

La enfermedad por la cual venía a consultarnos se había iniciado hacía bastante tiempo, con dificultad para orinar, que se había ido acentuando cada vez más, hasta el extremo de que en la actualidad le era imposible la micción si no recurría a ciertas presiones en el periné, presiones que le había enseñado la experiencia, y que consistían en empujar hacia atrás una pequeña dureza que se podía apreciar por detrás del escroto, y que el enfermo decía que era de la estrechez.

Aparte de esta dificultad para orinar, que por cierto en una ocasión le obligó a hacerse sondar, no presentaba más síntomas que la emisión de alguna gota de sangre cuando montaba a caballo, y cierta sensación de tirantez perineal en el momento de la erección.

No existía frecuencia de micción, hasta el extremo de que en las veinticuatro horas no orinaba más de tres o cuatro veces. Sus orinas eran turbias, debiéndose este enturbiamiento a su fuerte concentración, pues se aclaraban con unas gotas de ácido nítrico, y entonces se podían apreciar algunos filamentos de escaso peso específico.

En el intervalo de las micciones presentaba una ligera exudación uretral, que el enfermo atribuía a su misma estrechez, y que al examen microscópico la encontramos formada por leucocitos abundantes, células epiteliales y diversidad de gérmenes, entre los cuales había algún gonococo.

Después de una micción difícil, ejecutada en nuestra presencia, reconocimos la uretra con un explorador olivar núm. 21, que llevamos, después de varios tropiezos insignificantes, hasta la última porción de la uretra escrotal, donde se detenía ante un obstáculo duro, con ligera sonoridad, y cuya superficie daba una

sensación de aspereza característica. Para convencernos más, empleamos el gancho de Guyón, de cabo metálico, y ya la sonoridad fué tan manifiesta, que hicimos, con gran sorpresa del enfermo, el diagnóstico de cálculo uretral.

Empleamos después exploradores cada vez de menor calibre, pero no logramos pasar hasta la vejiga más que un conductor de uretrotomía, que dejamos permanente para ver si lográbamos desenclavar por este medio el cálculo, que no había medio de desplazar por otros procedimientos.

Pasadas veinticuatro horas, la uretra era algo más permeable, el enfermo orinaba mejor y sin maniobras, pero tan pronto como quitamos el conductor, volvieron las dificultades.

Para darnos verdadera cuenta del obstáculo, pasamos un beniqué núm. 40, y siguiendo el movimiento de la punta, por tacto perineal, percibimos en la línea media una dureza alargada que arrancaba de la raíz del escroto, prolongándose hacia atrás dos o tres centímetros.

Como el enfermo continuaba con su idea fija de la estrechez, en la cual le había hecho creer un compañero de especialidad que le vió antes que nosotros, no concibiendo además que se pudiera tener un cálculo sin haber padecido nunca de cólico nefrítico, pasamos nuevamente hasta la vejiga un conductor, que dejamos permanente otras veinticuatro horas, con intención de hacer uretrotomía interna, pensando que el aumento de calibre, a expensas de la pared superior, nos permitiría bordear el cálculo y traerlo al exterior. Pero como no logramos hacer pasar el conductor curvo metálico del uretrotomo más allá del obstáculo, decidimos la uretrotomía externa, que realizamos bajo anestesia clorofórmica en el Sanatorio de Nuestra Señora del Rosario.

La uretrotomía externa, que se llevó sin dificultad alguna, nos hizo caer sobre un cálculo alargado, grueso por la extremidad vesical y afilado, como un caracolito de mar, por la más periférica. Dicho cálculo, de superficie rugosa y áspera, es el que tuvimos el honor de presentar al IV Congreso de la Asociación Española de Urología (sesión del 26 de Octubre de 1917).

Explorada la uretra en toda su extensión, después de extraído el cálculo, no encontramos ninguna estrechez marcada, ni siquiera tejido fibroso que indicase un estrechamiento seccionado por el bisturí, pues la pared uretral colocada sobre el cálculo era delgada y flexible como en el resto del trayecto. Únicamente había una dilatación correspondiente a la parte ensanchada del cálculo, y en las que se enganchaban todas las sondas.

Sin dificultad alguna dejamos colocada una sonda acodada, número 18, y dimos algunos puntos uretrales, completando la

Señor Doctor: ¿Tiene enfermos de ciática o reumatismo articular? Emplee las *Inyecciones hipodérmicas oxigenadas*, dos veces por semana.

¿Son de pulmonía, fiebres tíficas o puerperales? Use *Inyecciones oxigenadas*, de una a dos por día y en cantidades de 500 a 1.000 c. c. Pero en estos casos, debe emplearlas al comienzo de la enfermedad, después son inútiles. Compatibles con todos los tratamientos.

Se alquilan aparatos a los enfermos, previa fianza de 135 ptas.

AGUAS OXIGENADAS. — Retiro, MADRID

Opoterapia pulmonar PULMOBIOSA - A

Extracto orgánico de jugo pulmonar de carnero inmunizado, asociado al fósforo orgánico, para combatir la **Tuberculosis crónica, Bronquitis, Supuraciones pleurales, Osteoartropatía**, etc., etc.

Opoterapia pulmonar PULMOBIOSA - B

Extracto orgánico de jugo pulmonar de carnero inmunizado, conteniendo los fermentos digestógenos microbianos (microcitas, etc.), y los principios vasoconstrictores de la Ergotina y de la Ipeca, para combatir rápidamente la **Tuberculosis aguda, Congestión pulmonar, Neumonía, Bronconeumonía, Pleuresía, Bronquitis aguda, Hemoptisis**, etc., etc. — **ANTIASMÁTICO INCOMPARABLE.**

Pulmo-Aseptina. (Solución inyectable).—El más poderoso antiséptico y tónico de las **Vías respiratorias**. Contra la **Tuberculosis crónica apirética, Bronquitis crónica**, etc. Eleva la Fagocitosis hasta 300 %. En menos de diez días el enfermo recobra todas sus fuerzas de manera asombrosa. El aumento de peso es *inmediato* y la *Tos desaparece rápidamente*.

Pulmo-Aseptol. (Solución inyectable).—Contra los microbios de asociación en la **Tuberculosis aguda**. Antiséptico-febrífugo; regularizador de los *latidos del corazón*. Tónico *Cardíaco* y general.

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

EN ZARAGOZA: RIVED Y CHÓLIZ Y FARMACIA NUEVA

Depósito principal: Armand Kurz. Oficinas: Calle Pelayo, 8. - Barcelona

Infecciones de tipo gripal, por los Doctores Antonio Piga, Médico de la Real Familia, Profesor del Instituto de Medicina legal, y Luis Lamas, Profesor del Instituto de Alfonso XIII y del Instituto de Medicina legal. Con notas de Terapéutica Clínica y Epidemiología de los Doctores Albasanz, Carro, Fernández Sanz, Grinda, Jiménez Azúa, Jiménez Encinas, Juarros, López Durán (B), Marañón, Márquez, Mut, Oliver, Palancar, Peresa, Sievert, Tolosa Latour, Verdes Montenegro.

Herederos de Juan Gilí.—Editores.—Cortés, 581, Barcelona

COMPENDIO DE MEDICINA LEGAL

por **A. Lacassagne**

Profesor de Medicina Legal en la Universidad de Lyon.

Con la colaboración del Doctor **ESTEBAN MARTIN**.

Sustituto de la Universidad. — Jefe de trabajos en el Instituto Médico-Legal.

Traducción de la segunda edición francesa, adicionada y anotada con la legislación Hispano-Americana, constitución de Tribunales, Estadísticas, etc.

por el **Dr. Jorge María Angera**

Vocal de la Academia de Higiene de Cataluña.

Ilustrada con numerosos grabados intercalados en el texto y dos láminas en colores.
Dos volúmenes en 8.º de 800 páginas cada uno. — Encuadernados en tela, 25 pesetas.

COMPENDIO PRÁCTICO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y SEROTERAPIA

por el **Dr. José Crous e Ila**

Con un prólogo del Doctor **RAMON TURRÓ**

Director del Laboratorio Microbiológico de Barcelona.

Un volumen en 8.º ilustrado con 53 grabados. — En rústica, 4 pesetas. — En tela inglesa, 5 ptas

TERAPEUTICA MEDICA DE URGENCIA

POR LOS DOCTORES

E. Hirtz

y **Clemente Simón**

Médico del Hospital Necker.

Médico de los Hospitales de París.

Traducción de **D. L. Formiguera**

Prólogo del **Dr. P. Esquerdo**.

Un tomo en 8.º de 260 páginas en rústica, 3 pesetas — Encuadernado en tela inglesa, 4 ptas.

MANUAL DE SOCORROS DE URGENCIA Y TRANSPORTES DE HERIDOS

por el **Dr. Ramón Jori Biscamps**

Un volumen en 8.º con numerosos grabados. — En rústica, 3 pesetas. — Encuadernado en tela inglesa, 4 pesetas.

LA NEURASTENIA. — SU NATURALEZA, CURACIÓN Y PROFILAXIS

por el **Dr. Alfredo Baumgarten**

Versión castellana del **Dr. COLLET**

Un volumen de 516 páginas. — En rústica, 5 pesetas. En tela inglesa, 6 pesetas.

LA INFANCIA

Su desarrollo espiritual y corporal y éxitos de la cura Kneipp en las enfermedades nerviosas de los niños. Con un apéndice sobre la parálisis infantil

por el **Dr. Aldalberto Kupferschnid**

Versión castellana directa del alemán, por **D. MANUEL M.ª ANGELON**

Segunda edición. — 1 volumen en 8.º, encuadernado en tela inglesa, 3'50 pesetas.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

por el **Dr. Pla y Armengol**

Ex-Médico interno del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.

Un volumen en 4.º menor de más de 400 págs y 56 grabados. — En rústica, 6 ptas. En tela, 7 ptas.

Para pedidos, dirigirse a la Administración de esta Revista, Coso, 18, Zaragoza. 1

operación con la sutura incompleta del plano muscular y aponeurótico y de la piel, dejando un amplio desagüe con gasa, pues, dado el estado de infección de la uretra, no teníamos confianza alguna en la cicatrización *per primans*.

El curso post-operatorio presentó alguna particularidad que nos obligará a algún ligero comentario al final de esta breve historia.

En efecto; teníamos intención de mantener la sonda permanente cinco días, como es nuestra costumbre, y como recomienda el profesor Legueu, hasta que lográramos la reabsorción parcial de los puntos de catgut, y pegasen ligeramente las suturas. Pero a las cuarenta y ocho horas había tal cantidad de supuración uretral, que nos hizo suprimir la sonda a los cuatro días, obligándonos también a deshacer en parte el primer plano de sutura, puesto que las décimas de temperatura que presentaba el enfermo no desaparecieron con la renovación del desagüe que dejamos después de la intervención.

Pudimos de esta manera hacer una desinfección cuidadosa de la herida, primero con agua oxigenada, y después con tintura de yodo; la fiebre ligera desapareció, el enfermo pudo alimentarse y todo volvió a los cauces corrientes, excepto la herida perineal que granulaba muy despacio, dejando escapar un chorro muy delgado de orina aun a los quince días de la operación, y a pesar de haber un calibre uretral más que suficiente.

Siempre pensando en la antigua infección uretral, que fué la que nos hizo rechazar la derivación temporal de la orina, que tampoco la creíamos indicada por la insignificancia de la intervención, recogimos una gota de supuración de la herida, y en ella encontramos, aunque en escaso número, el gonococo, lo cual nos obligó a comenzar el tratamiento de la uretritis, dando la preferencia a la bacterioterapia, en tanto se cerraba la fistula uretral.

Los resultados nos dieron en absoluto la razón, pues a las veinticuatro horas de hacer la primera inyección de medio centímetro cúbico de «Vacuna Zeta», no salía ni una sola gota de orina por la herida perineal, y ya desde entonces la cicatrización se aceleró de un modo extraordinario.

Este es el caso, y ahora vienen nuestras dudas, que seguramente no existirán para ninguno de vosotros.

La primera duda que se nos presentó es la referente a la etiología. Nuestro enfermo no recuerda haber padecido ningún cólico nefrítico, ni tuvo afección alguna de la vejiga que nos explicase la formación de un cálculo fosfático en vejiga infectada, ni padeció de estrechez infranqueable detrás de la cual se detuviera un

cálculo que viniera de vejiga, ni ésta acusó su presencia con frecuentes micciones más exageradas con el movimiento.

Esta primera incógnita la despejó en parte el examen detenido del cálculo. Al triturarlo en un mortero, vimos que casi todo él estaba formado por capas fosfáticas yuxtapuestas, pero en la parte ensanchada y un poco lateral encontramos un núcleo pequeño del tamaño de un cañamón, núcleo que presentaba una superficie exterior rugosa y negruzca, que nos costó mucho trabajo triturar, y que en su interior tenía un aspecto cristalino, también de color moreno, casi negro. Se trataba, por lo tanto, de un calculito de oxalato de cal formado en el riñón.

Este pequeño cálculo, formado en parte alta del aparato urinario, llegó hasta la vejiga sin producir cólico, debido a su pequeñez y se detuvo en la uretra por una causa desconocida, favoreciéndose la formación de capas fosfáticas sucesivas por la enorme concentración de las orinas que se acentuó aún más cuando nuestro enfermo comenzó a sentir molestias para orinar, pues entonces, ante el sufrimiento de la micción, llegó a suprimir casi en absoluto las bebidas, no orinando más que tres o cuatro veces en las veinticuatro horas.

La segunda duda, que aun no hemos aclarado, es la referente a la detención del cálculo en la uretra, donde tan difícil es su estancia durante años, pues si el cálculo es pequeño, el chorro de orina lo expulsa al exterior, a no ser que exista una estrechez marcada que lo detenga en su camino.

La forma alargada del cálculo, nos hace pensar que buena parte de él se ha formado en la uretra.

Respecto al tratamiento empleado, acaso no fué el más cómodo para el enfermo, pero la extracción por vías naturales no era posible a causa del enclavamiento que nos impidió el franco paso de un conductor y la uretrotomía interna, ni el empleo de los aparatos y las maniobras de que más adelante nos ocuparemos. El mismo enclavamiento dificultó el rechazamiento del cálculo hasta la vejiga, de la cual le hubiéramos extraído por litotricia. Nos hubimos de conformar, pues, con la uretrotomía externa, que era algo desagradable por tratarse de una uretra infectada.

Esta misma infección de la uretra, y que tanto dificultó la cicatrización de la herida en nuestro enfermo, nos hace ser muy prudentes cuando se trata de fijar un plazo para la duración de la asistencia en esta clase de operados. Siendo la infección blenorragica tan frecuente en todo enfermo joven, hay que mantenerse siempre con el temor de que el gonococo infecte la herida operatoria. De que semejante idea no es descabellada, es buena prueba el enfermo de esta historia, con su lentitud para cicatrizar en un

principio y con la rápida granulación, no coincidente, sino debida a la aplicación del tratamiento bacterioterápico.

Si en este enfermo no hubiera existido la infección gonocócica, en vez de lo que ocurrió y de los veinticinco días que tardó la herida en cerrarse por completo, es seguro que hubiéramos logrado una cicatrización completa por primera intención en menos de quince.

* * *

Como ofrecimos a nuestros lectores en un principio, apoyándonos o buscando pretexto, en este caso vamos a hacer un estudio ligero de los cálculos y cuerpos extraños de la uretra que, aun cuando de etiología muy disímil, presentan síntomas casi iguales y exigen casi los mismos procedimientos de extracción, según veremos. Al hacer este estudio concederemos, según es nuestra costumbre, la mayor extensión al tratamiento, que es lo que más interesa a la cabecera del enfermo y lo que con más avidez busca en los libros el médico práctico, siempre avaro de su tiempo.

Teniendo en cuenta el carácter mecánico que revisten los síntomas de todo obstáculo uretral, sea éste debido a un cuerpo extraño o a un cálculo enclavado, no creemos ocioso decir cuatro palabras sobre la conformación anatómica del interior de la uretra, pues conociendo bien todas sus porciones, desde el meato hasta la vejiga, y, sobre todo, los puntos normalmente estrechados o dilatados, tenemos mucho adelantado para un acertado diagnóstico y para la elección de tratamiento.

Todos los autores están conformes en admitir para el estudio de la conformación uretral dos porciones: la primera, o *uretra anterior*, se extiende desde el meato hasta la uretra membranosa; la segunda, que se conoce con los nombres de *uretra posterior* o *uretra profunda*, por no ser posible su tacto por el exterior, se extiende desde la uretra membranosa hasta la vejiga.

La uretra anterior, o uretra esponjosa, se descompone en cuatro porciones: la *navicular*, que comprende el pequeño espacio de uretra comprendida en el espesor del glande; la *peniana*, propiamente dicha, que comprende toda la porción libre del pene, extendiéndose desde la fosa navicular hasta el punto de flexión del pene; la *escrotal*, desde este punto hasta la raíz del escroto; y, finalmente, la *perineo-bulbar*, desde la raíz del escroto hasta la uretra membranosa. Los límites de esta última porción son ideales, y podemos fijarlos introduciendo una sonda rígida en la uretra; partiendo de la raíz del escroto, seguiremos con el dedo por el ex-

terior el relieve de la sonda, y allí donde dejemos de percibirla, allí concluye la uretra perineo-bulbar.

La uretra posterior o profunda se divide en dos porciones: la uretra membranosa y la prostática. La *uretra membranosa* es un pequeño trayecto que comienza en el fondo de saco bulbar y termina en la uretra prostática, constituyendo lo que en lenguaje clínico se conoce con el nombre de esfínter externo; la *uretra prostática* es la última porción de la uretra profunda y la que más sujeta está a variaciones de longitud y calibre, según la edad, siendo de todos conocida la gran corvadura y el excesivo trayecto en los ancianos que padecen hipertrofia de la próstata.

Dejando a un lado lo referente a la dirección de las distintas porciones de la uretra, que no es muy necesario para nuestro estudio de hoy, vamos a pasar revista a la variabilidad del calibre en las distintas porciones de la uretra normal. Para ello pocas palabras bastan, siendo suficiente la enumeración de los puntos estrechados y los dilatados.

Los estrechamientos normales son: el meato, la parte media de la uretra anterior, la uretra membranosa o esfínter externo y el orificio del cuello o esfínter interno. Las dilataciones son: la fosa navicular, el fondo de saco bulbar que desaparece con la tracción del pene y la porción prostática.

Creemos haber dado ya los datos anatómicos suficientes para pasar al estudio ordenado de los cuerpos extraños y cálculos de la uretra que estudiamos en conjunto, pues para los síntomas y para el tratamiento, tan cuerpo extraño es un alfiler introducido por el meato, como un cálculo expulsado de la vejiga; los cálculos son ni más ni menos que cuerpos extraños que, en vez de ir de fuera adentro, van de dentro afuera. Lo único que varía en ambos es la etiología, y sobre ella no vamos a insistir, pues está en la mente de todos, y enumerarla sería perder el tiempo y ocupar espacio.

Un punto hay que no debemos pasar en silencio y que debemos tratar antes de estudiar la sintomatología de los cuerpos extraños y cálculos de la uretra; nos referimos a la tendencia que tienen los cuerpos extraños cuando son alargados a introducirse cada vez más hasta llegar a la vejiga.

Tan precisa es la explicación que da el Dr. Suárez de Mendoza, nuestro antiguo y querido maestro, de este fenómeno, que no dudamos en copiar sus mismas palabras a continuación:

«Es de antiguo conocido el hecho de que un cuerpo introducido en la uretra por completo, marcha más o menos rápidamente hacia las partes profundas, llegando con suma frecuencia a la vejiga.

No hay duda alguna que las excreciones, las tracciones y manipulaciones, a menudo inhábiles, de los enfermos para extraer

estos objetos y las contracciones de los planos musculares de la uretra, son las causas que, uniéndose en condiciones y mecanismo no bien conocidos todavía, producen la migración del cuerpo extraño hacia la profundidad, con tal de que su extremidad anterior encuentre un punto de apoyo en la pared uretral. En efecto; cuando dicha extremidad se encuentra fuera de la uretra, la progresión hacia la vejiga no se realiza. Por el contrario, se ha visto en muchos casos un objeto introducido por completo en la uretra, llegar a la vejiga en quince o veinte horas.

¿Obedecen todos los cuerpos extraños a esta fuerza centrípeta y van todos a parar a la vejiga si se les abandona en la uretra? No, ciertamente, y apenas una tercera parte siguen este derrotero.

El modo de conducirse en la uretra un cuerpo extraño depende no sólo de su forma, volumen, longitud, regularidad y pulido de su superficie, sino también, y sobre todo, de las condiciones que presente cada uretra en particular. Toda modificación apreciable de calibre servirá de barrera a la progresión hacia la vejiga; las lagunas de Morgagni, la válvula de Guerin, cuando están muy desarrolladas, pueden alojar la extremidad puntiaguda de un cuerpo extraño, deteniéndole en su progresión; un objeto largo y liso, como un lápiz, llegará hasta la vejiga, tropezará contra la pared posterior, quedando en la uretra una parte variable, según su longitud. Una aguja, un alfiler o una lezna, se implantarán por su punta en la pared uretral, inmovilizándose fácilmente.

No existen, pues, reglas generales cuya aplicación pudiera servirnos de guía en los casos particulares. Precisa, en cada uno de ellos, guiarse por las condiciones especiales del cuerpo introducido y de la uretra que lo aloja. En las uretras sanas, la depresión vulvar es el sitio donde suelen alojarse los objetos de pequeño volumen». (*Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias*, 1908, pág. 338).

Otra particularidad digna de mención es la que tienen los cuerpos alargados y flexibles de hacer en la uretra lo mismo que hacen en la vejiga. Toda bujía filiforme, trozo de bramante, etc., que permanezcan algún tiempo en la uretra, tienden, por un mecanismo desconocido, a arrollarse y anudarse de una manera inverosímil, entorpeciendo las maniobras de extracción.

Suárez de Mendoza, en su obra ya citada, menciona dos casos de ello: el primero es el de la candelilla filiforme, que todos hemos podido ver en el museo del Hospital Nacker, en cuya candelilla, extraída por talla suprapubiana, se formó un nudo después de su introducción; el segundo es el publicado por Paulet, de un enfermo que se introdujo en la uretra un trozo de bramante de 33 centímetros, cuya extracción fué difícil, a causa de un nudo bastante

grueso que se formó en su parte media durante su permanencia en la uretra.

Lo mismo los enfermos de cálculo como los de cuerpos extraños en la uretra, cuando acuden a nuestro gabinete en busca de consejo, lo hacen quejándose de trastornos en la micción, trastornos cuyo origen tenemos que investigar mediante la exploración, prescindiendo la mayoría de las veces de lo que nos cuenta el enfermo; pues si se trata de un cálculo, puede atribuirlo a una estrechez por infección blenorragica antigua, como ocurría en el enfermo origen de este trabajo; y si la causa reside en la existencia de un cuerpo extraño, el enfermo, siempre dispuesto a ocultarnos sus debilidades procurará extraviarnos y confundirnos, como nos ocurrió con una niña de doce años que se había introducido un alfiler, y que no hubo medio de hacerla confesar ni aun después del examen cistoscópico revelador.

Los trastornos miccionales consisten en debilitación del chorro de orina, y aun de obstrucción completa, pero hay que hacer la salvedad de que esto último no sobreviene sino en aquellos sujetos en los que existe alguna estrechez uretral antigua; pues en caso contrario, antes de que se ocluya por completo la luz uretral hay síntomas premonitorios, primeramente de litiasis vesical, y después trastornos miccionales que acusan la existencia de algo anómalo en el trayecto de la uretra.

Si el cálculo es pequeño o si el cuerpo extraño lo permite por su forma y tamaño, el enfermo empieza por ver que el chorro de orina se debilita cada vez más, y entonces es cuando la práctica le enseña las maniobras necesarias para favorecer la salida de la orina, como ocurría en nuestro enfermo.

Otro trastorno de la micción, muy frecuente en esta clase de pacientes, es la polaquiuria o frecuencia de micción originada por la excitación uretral constante, que la mayoría de las veces origina una uretritis que puede transmitir la infección, en cuyo caso la frecuencia, que en un principio no era más que diurna, se hace también nocturna, y las orinas francamente purulentas.

El síntoma que raras veces falta es la hematuria, que puede ser independiente de la micción o acompañar al comienzo o al final de ésta. Cuando la sangre aparece en el intervalo de las micciones, podemos afirmar que la causa reside por delante de la uretra membranosa, y por consiguiente, en uretra anterior. Si se presenta al empezar a orinar, debemos pensar en una localización de uretra profunda, y cuando la hematuria es terminal, no es aventurado el situar la lesión en uretra prostática o en pensar en una cistitis consecutiva.

La hematuria espontánea e intermiccional que aparece, como

ocurría en nuestro enfermo, después de una sesión de equitación, es motivo sobrado para localizar el cálculo o el cuerpo extraño en la última porción de la uretra esponjosa, en la uretra perineo-bulbar, donde con toda seguridad encontrará nuestro explorador el cuerpo del delito.

A estos escasos síntomas, que nos hacen pensar en la existencia de un cuerpo que obstruye la luz uretral, se añaden en ocasiones, por fortuna raras, síntomas generales que acusan la existencia de infección e intoxicación urinosas. Estos síntomas febriles llegan a tener algunas veces tal intensidad, que ponen en peligro serio la vida del enfermo; pero cuando tal ocurre se trata de enfermos antiguos de aparato urinario, en los cuales una infección concomitante preparó el terreno. De no ser así, los síntomas generales se acusan únicamente por el escalofrío y la fiebre, propios de la intoxicación urinosa, que desaparece tan pronto como restablecemos el curso de la orina e inmediatamente que desaparece la retención.

Más que el estudio de los síntomas, que algunas veces se nos ocultan deliberadamente, nos ayuda para el diagnóstico la exploración, que se reduce a la palpación y al paso de un explorador olivar que introducimos hasta el sitio del obstáculo.

La palpación nos orientará la mayoría de las veces cuando el cálculo o el cuerpo extraño se encuentran situados en la uretra anterior, y siempre conviene asociarla con el cateterismo que nos indicará mejor el punto de la uretra en que se encuentra detenido. Para la uretra profunda lo único eficaz, cuando se tiene el tacto educado, es el explorador olivar, cuyas sensaciones bien interpretadas pueden ponernos en el camino exacto del diagnóstico; no se debe confundir, como ocurrió en el enfermo de nuestra historia, la aspereza que produce el roce de un cálculo con la crepitación especial que producen varias estrecheces reunidas y muy fibrosas.

Un medio que puede ilustrarnos bastante, cuando es posible emplearlo, es el examen uretroscópico, que al mismo tiempo puede ser una ayuda valiosa para la extracción por vías naturales.

Los que acabamos de mencionar son los medios más corrientes y usuales de que disponemos para el diagnóstico de cálculos y cuerpos extraños en la uretra. Además de ellos, existen otros que, hijos de las circunstancias, emplearemos según los casos y según aconseje la inventiva de cada cual. Ya hemos indicado cómo para poder convencer a nuestro enfermo, que no creía en la existencia de un cálculo, recurrimos al gancho de Guyón, de cabo metálico, para producir por percusión alguan sonoridad capaz de ser percibida por el enfermo.

De todo lo que llevamos dicho respecto a sintomatología, se

deriva un cuidado de profilaxia, y es que en todo enfermo que haya padecido algún cólico nefrítico o que sea calculoso vesical, y que al mismo tiempo posea una o varias estrecheces uretrales, lo primero, lo indispensable, lo que no consiente dilación alguna, es el tratamiento de la estrechez, para si se da el caso de que el cálculo sea pequeño, pase a la uretra y quede detenido por detrás de la estrechez, haciendo las veces de un verdadero tapón y originando una retención completa.

Aparte de esta precaución profiláctica, ¿cuál debe ser nuestra conducta cuando un enfermo reclama nuestros cuidados para un cálculo o un cuerpo extraño de la uretra? Dados sus diferentes mecanismos patogénicos, la distinta dirección que siguen, y sobre todo su forma sumamente variable, el tratamiento es completamente diferente cuando se trata de un cálculo, o cuando la causa de la afección reside en la existencia de un cuerpo extraño de la uretra, y por eso su tratamiento hay que estudiarlo por separado.

Si se trata de un cálculo, lo primero que hemos de dilucidar es el tamaño del mismo para arreglar a él nuestra conducta.

Cuando el cálculo es pequeño y sus diámetros menores que el diámetro máximo de la uretra distendida, y del meato, que es el punto normalmente más estrecho de toda la uretra, nos ha dado muy buenos resultados una maniobra sencilla, recomendada por Amusat, y al alcance de todo el mundo, que consiste en hacer orinar al enfermo obturando el meato, lo cual hace que la uretra se distienda, y aumentando su calibre, consienta la progresión del cálculo y su salida al exterior cuando se deja salir violentamente la orina.

Puede ocurrir que por diversas circunstancias el cálculo se enclave demasiado en la uretra y no se movilice por el chorro violento de orina. En este caso, antes de acudir a la extracción instrumental, debemos acudir a un procedimiento que aconseja Guyón, y que es el que pusimos en práctica en nuestro enfermo, no dándonos resultado por el excesivo calibre del cálculo.

La maniobra es la misma que si se tratase de una estrechez muy cerrada, y consiste en, con toda paciencia, hacer pasar una bujía filiforme hasta más allá del cuerpo extraño y dejarla permanente. Bajo la influencia de esta bujía se realiza en la uretra un trabajo de reblandecimiento aumentando el calibre de ésta; la salida de la orina se hace mejor, y el cuerpo extraño se va desprendiendo poco a poco dejando de estar fijo. Algunas veces, como dice Guyón, si se tiene cuidado de recomendar al enfermo que permanezca en decúbito dorsal, y que no orine más que acostado y sin esfuerzos, el cálculo caerá por sí mismo en la vejiga, y la mayoría de las veces permanecerá en la uretra, pero al cabo de

Casa Editorial: P. Salvat.—39, calle de Mallorca, 51.—Barcelona

COLECCIÓN HORIZONTE

Formas clínicas de las lesiones de los nervios

por **Mme. Athanassio - Benisty**

Interna de los Hospitales de París (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de París

Traducido de la segunda edición francesa. Con 81 figuras en el texto y 8 láminas en negro y en colores.

Tratamiento de las lesiones y restauración de los nervios

por **Mme. Athanassio - Benisty**

Interna de los Hospitales de París (Salpêtrière)

Prefacio del Profesor Pedro Marie

Miembro de la Academia de Medicina de París

Con profusión de figuras en el texto y cuatro láminas sueltas.

Tratamiento de las heridas infectadas

por **A. Carrel y G. Dehelly**

TRADUCIDO DE LA SEGUNDA EDICIÓN FRANCESA, CORREGIDA

Un tomo en 8.^o mayor de 247 páginas, esmeradamente impreso sobre excelente papel, ilustrado con 95 figuras en el texto y cuatro láminas.

Tratamiento ortopédico de los traumatismos y en especial de guerra

I

APARATOS, FRACTURAS, ETC.

CON 262 FIGURAS Y 2 LÁMINAS

por **F. Calot**

Cirujano en Jefe de los Hospitales Rothschild, Cazin, del Oise, del Dispensario y del Instituto ortopédico de Berck; Médico jefe de los Hospitales 22 (Rothschild) y 27 bis, Berck-Plage.

TRADUCIDO DE LA 2.^a EDICIÓN FRANCESA

por el **Dr. Girona y Cuyás**

3

Nociones de Oto-rino-laringología.—Aplicaciones al diagnóstico de las enfermedades comprendidas en la triple especialidad y que constituyen motivo de exclusión para el ingreso en el ejército, por el Dr. J. Simancas, Director del Consultorio Oto-rino-laringológico Municipal de Granada.—Precio, 4 pesetas. 3

Lo que deben saber todas las mujeres.—Cualidades que han de tener las enfermeras.—Los alimentos.—La fiebre.—La asfixia.—La hemorragia.—Los anestésicos.—Los anti-sépticos, por el Dr. Carlos Richet, Profesor de la Universidad de París. (Premio Nobel de Medicina) —Precio, 2 pesetas.—Sociedad general de Publicaciones. Barcelona. 3

Hijos de J. Espasa.-Editores.-Cortes, 581, Barcelona

Biblioteca Médico-Quirúrgica

COLECCIÓN DE MANUALES PRÁCTICOS

Manual de Medicina Legal y Toxicología

por el Dr. Ch. Vibert

Médico forense del Tribunal del Sena.

9.^a edición revisada y corregida, con un prefacio del

Dr. P. Brouardel

Traducción castellana enriquecida con notas y referencias de la Legislación española vigente

por el **Dr. Manuel Saffordada**

Profesor auxiliar de Medicina Legal y Terapéutica de Barcelona.

Tomo II. — Toxicología

Un volumen de 780 páginas, con una lámina y 80 grabados intercalados en el texto. — Precio al contado de la obra. Rústica, 30 pesetas. — Encuadernada, 35 íd.

MANUAL DE HIGIENE

por Julio Courmont

Profesor de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon. — Médico de los Hospitales.

CON LA COLABORACIÓN DE LOS

Prof. C. Lesiur

Director del Instituto municipal de Higiene de Lyon.

Dr. A. Rochoix

Profesor auxiliar y de Clases prácticas de Higiene en la Facultad de Medicina de Lyon

Traducción castellana enriquecida con notas, referencias a la Legislación española vigente; y un Prólogo por el

Dr. W. Coroleu

Secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Un tomo de 824 páginas, con 223 grabados, algunos de ellos a dos y a tres tintas y una lámina. — Precio al contado. — En rústica, 15 pesetas. Encuadernado, 17'50 íd.

MANUAL DE TERAPÉUTICA

por X. Arnozau

Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Burdeos. — Médico de los Hospitales.

con la colaboración de **Ch. Mongour**

Encargado del curso de Terapéutica de la Facultad de Medicina.

Traducido al español y anotado por el

Dr. F. Corominas

Médico de número de la casa de Maternidad de Barcelona.

TOMO I

Generalidades. — Terapéutica de las enfermedades de la nutrición y de las enfermedades infecciosas. — Revulsión.

4.^a EDICIÓN REVISADA Y CORREGIDA

Formará 2 tomos. El primero de 468 páginas, con grabados en el texto precio al contado. Rústica, 8'50 pesetas. Encuadernado, 11 íd.

tres o cuatro días, al retirar la bujía le encontraremos perfectamente móvil y en disposición de extraerlo o de empujarlo a la vejiga.

Ya movable el cálculo, podemos intentar su extracción mediante instrumentos, entre los cuales merece citarse la cucharilla de Leroy d'Etiolles, la pinza uretral de Collin y la de Oberländer modificada por Kollmann; siempre que podamos, ayudaremos la maniobra de extracción con el empleo del uretroscopio.

Claro es que la extracción instrumental de los cálculos no es posible más que en los casos en que se detienen de uretra membranosa para afuera, siendo difícil, por no decir imposible, cuando la detención se verifica en la porción curva y profunda de la uretra; en este caso, la única solución posible es la de rechazar el cálculo hacia la vejiga mediante el procedimiento que nos aconseje nuestra experiencia y que nos consientan los medios de que dispongamos; ya de la vejiga lo extraeremos por los medios corrientes. Si, a pesar de nuestros esfuerzos, ocurre, como en el caso historiado, que el cálculo no progresa ni hacia atrás ni hacia adelante, no hay otra solución que la uretrotomía externa, que nos llevará directamente sobre el cálculo; de todos modos, no olvidemos que la intervención cruenta nunca debe ser más que un procedimiento de excepción.

La extracción de los cuerpos extraños de la uretra es la que más pone a prueba la sagacidad del práctico y su inventiva.

Los cuerpos extraños de la uretra en el hombre son, generalmente, o cuerpos cilíndricos y de algún calibre, como sondas y lápices, o cuerpos puntiagudos alargados y finos como los alfileres.

En el primer caso, si se encuentran aún en la uretra anterior, podemos extraerlos mediante la pinza de Kollmann, pero teniendo buen cuidado de que al ir en busca de él no le empujemos y quede más profundo, para evitar lo cual, colocaremos un dedo en el periné para evitar la progresión hacia la vejiga. A veces este apoyo en el periné, ayudado de tracciones del pene y retrocesos, basta para la extracción sin instrumentos.

Cuando el cuerpo extraño es fino y vulnerante como un alfiler, debemos investigar si se ha introducido por la cabeza o por la punta. Si la parte más periférica es la punta, lo más corriente, como no podríamos intentar su extracción sin que aquélla se enganchase, es procurar doblar el pene y hacer salir a través de su cara inferior la punta del alfiler, al cual en seguida haremos describir un arco de círculo para poner la cabeza del mismo hacia adelante, hecho lo cual, volvemos a empujar el alfiler, ya rectificad su posición, en la uretra, haciendo su extracción por el meato.

También podremos hacer la extracción sin atravesar las pare-

des, protegiendo la punta mediante la introducción de una sonda de punta cortada que envaine la mayor parte del alifler, y haciendo presiones exteriores de atrás adelante.

Puede, finalmente, ocurrir que el cuerpo extraño introducido en la uretra sea de pequeño tamaño, en cuyo caso, para su extracción pondremos en práctica los mismos procedimientos que anteriormente aconsejamos para los cálculos uretrales pequeños y redondeados, o sea la práctica de Amusat o el empleo de la cucharilla de Leroy d'Etiolles y de las pinzas de Collin o de Oberländer, ayudados o no del uretroscopio. En caso de que no nos den ningún resultado todos los métodos recomendados, no habrá más remedio que acudir a la uretrotomía externa, haciendo un ojal, extrayendo el cuerpo extraño y suturando la uretra, siempre que ésta nos dé garantías suficientes para una cicatrización por primera intención.

Habréis observado los que hayáis leído hasta aquí nuestro trabajo, que durante todo su desarrollo no nos hemos ocupado para nada de los cálculos y cuerpos extraños en uretra femenina.

La razón de esta omisión estará en la mente de todos vosotros. La uretra femenina es sumamente corta, tres o cuatro centímetros a lo sumo, y al mismo tiempo es sumamente dilatada hasta el extremo de que forzando un poco se puede llegar a introducir el dedo índice y aun algo más, pues nosotros recordamos un caso en que una lesión específica produjo en una enferma la oclusión completa de la vagina, y, sin embargo, cumplía perfectamente sus deberes conyugales a través de una uretra dilatada y sin darse ella cuenta del cambio de itinerario.

Esta brevedad del trayecto y esta excesiva dilatabilidad, hace que en la mujer los cálculos y los cuerpos extraños de la uretra sean episodios rápidos y escasos. Los cálculos muy rara vez se detienen en la uretra, obstruyendo su calibre y determinando una retención de orina, puesto que inmediatamente son expulsados, y si esto no es posible, permanecen en la vejiga, donde determinan los síntomas propios de la litiasis vesical, como son la polaquiuria diurna, la interrupción del chorro y la hematuria, principalmente. En cuanto a los cuerpos extraños, éstos tienen su asiento con mayor frecuencia en la vejiga o en la vagina, que es donde siempre los encontramos al hacer la exploración.

El tratamiento siempre es sencillo, y no exige las maniobras complicadas e ingeniosas que vimos se necesitaban algunas veces para la extracción de cálculos y cuerpos extraños de la uretra en el hombre.

(Revista de Especialidades Médicas).

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS PSICOSIS PUERPERALES

COMUNICACIÓN LEÍDA EN LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO, EN LA SESIÓN DE 15 DE MARZO DE 1918

POR EL DR. LAUZURICA

Señores Académicos:

En el presente curso tuve ocasión de escuchar al señor Fontán, cuando nos hizo la comunicación del caso de psicosis post-eclámptica; al propio tiempo otros muchos compañeros hicieron uso de la palabra, contribuyendo todos a una labor meritísima, al secundar las proposiciones del conferenciante. Poco queda, por tanto, de intervenir en dicho asunto y no obra en mi ánimo la ilusión de abordar un tema desarrollado tan bien y con tanto acierto en días pasados, para poner a la consideración de todos ustedes cosas nuevas; lejos de esto, persuadido estoy de que al distraer su atención, no lo haré cual se merece y tal como tienen costumbre de hacerlo, eminentes compañeros, que con su hermosa labor, hacen tan fecundas las sesiones de esta Academia; mas ya que a tanta altura no pueda llegar, espero que dada su gran benevolencia, no sean severos al hacer sus juicios sobre la presente comunicación, toda vez que no me guía más que la buena voluntad de querer contribuir al estudio de las psicosis puerperales aportando algunos casos clínicos que he tenido oportunidad de observar.

Como indicó muy bien el señor Clemente Romeo, los que hemos tenido que ejercer en partidos rurales, muchas veces, nos han solicitado nuestros servicios y nuestros conocimientos en los diversos ramos de la Medicina, siendo necesario recurrir a toda clase de enfermos. Dada la gran extensión de los estudios médicos, la generalización con detalle es de todo punto imposible, y de ahí que el estudio, aunque analítico, no lo sea con esa precisión, con ese método correcto y preciso de investigación, que tiene lugar cuando se dedica uno con preferencia a cierta clase de ellos. A pesar de todo no existe un límite preciso que con exactitud señale y diferencie las distintas jurisdicciones médicas; donde parece concluir la misión del ginecólogo se le plantean problemas del urólogo, allí donde parece debe terminar la labor del tocólogo se le presentan las psicopatías propias del neurólogo y al estudiar las infecciones y la fisiopatología de algunos órganos, allí están también confundidas sin línea de demarcación definida la bacte-

riología y la bioquímica; todo tiende a demostrarnos la difícil separación de unas y otras ramas de la Medicina, constituyendo todas un conjunto cuya armonía es necesario conocer para explicarse el sinnúmero de fenómenos morbosos que se trata de estudiar.

Esto es lo que ocurre con el caso presentado por el señor Fontán, deseando también que los casos que voy a exponer sean analizados por todos los señores Académicos, especialmente por los que cultivan con preferencia la fisiopatología del sistema nervioso, así también como los que se dedican a los estudios médico-obstétricos.

Deseo ser breve para no resultar molesto y pasaré a detallar los casos a que me refiero.

Primero.—N. N., del partido de Villacian, provincia de Burgos, da a luz sin asistencia médica; a los diez días próximamente requieren la asistencia facultativa; examinada la enferma se halla que no contesta a las preguntas que se le dirigen, encerrándose en un mutismo completo, la mirada fija sin demostrar expresión alguna en su mímica, de modo que es difícil interpretar si entiende o no lo que se le interroga; su estado era febril con temperaturas de 38, 39 y 39 y $\frac{1}{2}$ que duraron unos cuantos días. Se recomendó a la familia que le hicieran lavados antisépticos, administrándole bromuro potásico, régimen lácteo y vigilancia, por tratarse de una demente. Al siguiente día fué presa de terrible alucinación visual, creyendo ver personas que atentaban contra su vida y para ponerse a salvo trató de lanzarse por una ventana, lo cual consiguió evitar afortunadamente su marido. Desde entonces el insomnio era la nota característica, y el delirio de persecución se inició de tal modo que todos atentaban contra su persona, tratando especialmente a su marido de culparle de malos tratos y de querer envenenarla; era tal la idea de persecución que rechazaba rotundamente toda clase de alimentos del marido, logrando sólo tal intento el señor Cura de la localidad y quien tiene el honor de dirigirles la palabra en este momento; posteriormente la enferma se vuelve locuaz, habla frases incoherentes, sin poder explicar ni comprender sus manifestaciones; su verbosidad es como la de los loros, frases repetidas e inconscientes, es la llamada ecolalia. No es sólo el centro del lenguaje el que entra en actividad, sino también los otros centros motores tratan de manifestarse; la enferma inquieta, procura burlar la vigilancia, aprovechando el menor descuido para salir fuera de casa dando voces y produciendo la hilaridad de los vecinos que la contemplaban tal cual era de loca; el sentimiento del pudor completamente perdido lo denotaba al presentarse al desnudo ante el público y más bien en actitudes

pasionales debido a un eretismo sexual. Este último período transcurre apiréticamente. La amnesia es completa, el instinto maternal permanece aletargado, sin acordarse para nada de su pequeño. Al ver la familia el estado de la enferma, determinaron conducirla a otra localidad, a Medina de Pomar, de la misma provincia, donde otro compañero, el cual instituyó nuevo tratamiento, pero tuvo la desgracia de que la enferma no le obedecía, negándose a tomar toda clase de alimentos, se pasó dos días sin tomar absolutamente nada; por temor a ser envenenada, en vista de lo cual determinaron volver a casa. Aun me parece tener la escena presente, ver cómo la conducían en un carro de bueyes almohadado de paja, cuando al cruzarnos veo la enferma erguirse y suplicar que por Dios, fuera a prestarla auxilio, que quitase a aquellos hombres el veneno que repetidas veces querían hacérselo tomar a viva fuerza. En un tono enérgico la repuse que me era del todo imposible escucharla, si antes no tomaba la leche, lo que creía ella era el veneno; sin embargo, a fin de que la atendiese, deglutió un litro inmediatamente. El segundo mes siguen estos síntomas pero atenuados; el tercer mes la enferma se vuelve más dócil, empieza a comprender, el instinto del pudor aparece y entra en franca convalecencia, quedando del todo curada.

Segundo caso.—N. de Corbata, de nacionalidad italiana, residente en Macachin.—Pampa Central.—Territorio de la República Argentina.—Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales, histerismo. Esta enferma, de unos cuarenta años de edad, ha tenido dos partos buenos y posteriormente se inicia un tercer embarazo que transcurre de modo normal, llegando a término y dando a luz una niña; este parto tiene lugar sin asistencia médica. Al séptimo día la familia reclama mis servicios. La enferma está febril, taciturna, negándose a tomar toda clase de alimentos; loquios fétidos. Tratamiento semejante al anterior. Al tercer día de visita la enferma se vuelve inquieta, trata de levantarse, se vuelve sumamente alegre, canta y sus frases todas son de un sabor picante, especialmente de la esfera genital, con verdaderas actitudes pasionales. En este estado permaneció casi un mes, pasado el cual y del todo apirética, la trasladaron a Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, ingresando en un Sanatorio, donde terminó la curación. El insomnio y la amnesia, también tuvieron lugar en esta enferma. Posteriormente la atendí de varios ataques de histerismo.

Tercer caso.—N. de Imaz, de 25 años de edad, casada. Antecedentes familiares, madre sana, padre ha sufrido una hemorragia cerebral, la cual evolucionó en sentido favorable, pero dejando la huella de la hemiplejía del lado izquierdo, con contracturas

tardías; este sujeto, de edad avanzada, era de hábito un alcohólico y terminó sus días con un nuevo ataque apoplético; señalo este antecedente por conceptuarlo útil y por si puede tener relación por herencia en el resultado funesto de la enferma; de todos modos los psicólogos apreciarán aun mejor todo el valor que pueda merecer. Antecedentes de la enfermedad. Tiene un parto sin asistencia médica. Curso: los días consecutivos se muestra indiferente con los de su familia, no tiene fiebre, se lamenta de su estado, creyendo tener alguna enfermedad; su carácter reviste una señalada tristeza, parece no conocer a los de su familia, ni a ninguno de los que la visitan, apenas habla y se encierra la mayor parte del día en un mutismo completo. No se acuerda de su hijo para nada, a pesar de tenerlo en su presencia, permanece indiferente, unas veces toma alimento y otras se niega y en este estado es trasladada a Buenos Aires, donde fallece a los dos años. Es muy posible que la autopsia de esta enferma haya tenido lugar y si alguno de los señores Académicos tiene verdadero interés, me ofrezco desde el momento para hacer las diligencias necesarias y adquirir mayores datos sobre el particular.

Juicio clínico.—Relacionando estas psicosis con las que indicaron los señores Fontán y Mendoza, difieren de ellas por dos razones; primera por su duración, segunda por no ser post-eclámptica; además hay dos que se parecen por tratarse de psicopatías curables; en cambio la tercera difiere por ser incurable; las dos primeras tienen una nota distinta de las post-eclámptica, el reconocer como origen la infección, en tanto unas son infecciosas, las otras son tóxicas.

Si se trata de explicar las psicosis por sus causas, nos quedamos muchas veces perplejos, respecto de cuál de ellas pueda influir sobre el estado psíquico de la enferma, mucho más aún si conduciéndonos por el terreno hipotético tratamos de investigar su modo de actuación. Trátase de una toxemia o bien se trate de una bacteriemia, vemos que todas son causas que contribuyen a producir un trastorno, unas veces superficial, otras profundo en las neuronas de la esfera psíquica; unas veces en personas sanas, sin antecedentes de familia que nos señalen estigmas degenerativos, otras en personas de ambiente neurótico, como las histéricas, las epilépticas y las histero-epilépticas. Mas siempre no puede admitirse esa etiología y muchas veces hay oportunidad de observar cómo ciertos reflejos, pueden producir ciertas psicosis, y si analizamos estos hechos, renacen de nuevo nuestras dudas respecto al mecanismo íntimo del origen etiológico de tales psicosis. Para demostrar esto que acabo de decir, voy a referir dos casos curiosos dignos de estudio, a pesar de que no entran en el campo de lo

puerperal, ya que pueden darnos una idea de ciertos trastornos de origen reflejo.

En la clínica del doctor Luis Agote, del Hospital Rawson de Buenos Aires, tuve ocasión de asistir a una de las conferencias que magistralmente acostumbra a dar tan ilustrado médico argentino; recuerdo que nos presentó un caso de hemiplejia histérica del lado derecho, curable por sueño hipnótico y sugestión; este enfermo, de nacionalidad inglesa, cayó súbitamente en la cubierta del vapor donde prestaba servicio, al ser reprendido por el capitán; en ese estado permaneció más de doce horas, recobrando el conocimiento, pero no la sensibilidad y el movimiento de los miembros del lado derecho; este caso puede considerarse como un trastorno psíquico, de origen sensorio-motor.

Segundo caso.—No hace aún muchos meses tuve ocasión de asistir en mi consulta particular a una niña de quince años, la cual estando de recreo en el colegio, tuvo un ataque epiléptico, con pérdida de conocimiento; investigando si antes había tenido ataques, me manifestó su mamá que no tenía idea de haber visto nunca que le dieran tales accesos; queriendo explicar dicho ataque traté de hacer un diagnóstico diferencial entre la epilepsia esencial, la secundaria y la jacksoniana; recorriendo las distintas causas supliqué a la familia se fijasen en las deposiciones por si observaban algún verme intestinal; los anillos de tenia se pudieron encontrar expulsando con un tratamiento antihelmético una tenia solium. Esta enferma tuvo repetidos ataques de epilepsia parcial, tipo braquial con manifestaciones extendidas a las zonas del facial; estas convulsiones se manifestaron durante cinco días; sin embargo la enferma tenía la idea fija de la repetición del ataque epiléptico, hallándose siempre con dicho temor durante dos meses, pasados los cuales y en vista de no haberse presentado nuevas convulsiones adquirió la convicción de hallarse curada. Este caso resulta, analizándolo, más complejo, porque bien se admita la toxina, bien se trate de explicar por una excitación periférica, determinando un trastorno vaso-motor en las zonas marginales del surco de Rolando, así como en las circunvoluciones frontales, siempre quedaremos en la incertidumbre del verdadero mecanismo de haberse producido la epilepsia secundaria y la psicosis; en efecto, ante los partidarios de la teoría tóxica se hallan de frente los partidarios defensores de la excitación mecánica en la periferia, y así vemos cómo estos accesos epilépticos se han presentado, en circunstancias, donde sólo juega papel importante la excitación. Dieulafoy cita en su Manual de Patología interna la observación, juntamente con Krishaber, de un joven que tragó unos huesos de ciruela, el cual tuvo convulsiones epiléptiformes; a con-

secuencia de las cuales falleció; en la autopsia les fué posible comprobar la existencia de los huesos de ciruela en el último tramo del ileon.

Por tanto no me extraña nada en absoluto las diferencias surgidas en una de las sesiones anteriores cuando se habló de las psicosis post-eclámpticas, todos estaban acordes en una idea: la de la psicosis, en cuanto a la causa recordemos cómo el señor López Albo nos manifestó que podía ser debida al cloroformo; cómo el señor Prieto la consideraba como un estado catatónico por un acceso histero-epiléptico, esto si no recuerdo mal, y el señor Fontán indicaba el origen ovular, y en efecto, si escudriñamos la verdad del caso, todos tienen razón, porque no tengo más que señalar cómo mi ilustrado profesor el doctor Recasens, en su obra de Obstetricia, cita todas esas causas como determinantes de la psicosis.

(Concluirá).

REVISTA DE SEMEIÓTICA

Diagnóstico bacteriológico de la difteria.—El Dr. J. Dumas, de París, estudia los métodos propuestos para ese fin y resume su crítica afirmando textualmente lo que sigue:

«La siembra de los productos de la garganta de un portador de gérmenes ha dado sobre suero coagulado numerosas colonias de un bacilo en que la morfología recuerda los bacilos diftéricos medianos o cortos. Después de la purificación de una colonia sobre suero coagulado se siembra en gelosa glucosa Veillon. Si este microbio se desarrolla en la profundidad, en la zona de anaerobios, se trata de un bacilo diftérico verdadero; si se desarrolla en la superficie sin dar colonias en la zona de anaerobios, es necesario considerarlo como un pseudo-diftérico. Se puede también sembrar directamente el mucus faríngeo sobre medio de Costa y Troisier, y considerar solamente como de bacilo diftérico verdadero, las colonias que enrojecen el medio y que por su morfología, recuerden el bacilo diftérico.

El conjunto de los procedimientos que acabamos de enumerar dan un número de pruebas que permiten afirmar o negar la naturaleza del microbio aislado. Si bien quedan aun progresos que realizar, nosotros pensamos que con los medios de que disponemos actualmente, se diferencia con bastante facilidad los bacilos diftéricos toxígenos de los pseudo-diftéricos, lo que permite al bacteriólogo hacer una buena y útil profilaxis.»

(Laboratorio.—Revista de Higiene y de Tuberculosis).



Salvat y Compañía S. en C.—Editores.—Mallorca, 220, BARCELONA

Diccionario terminológico de Ciencias Médicas

Contiene cuantas voces y términos son propios de

Medicina, Cirugía, Odontología, Farmacia, Veterinaria y demás Ciencias biológicas

DIRIGIDO POR EL

Dr. León Cardenal

Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid

Con la colaboración de los Doctores Aguilar (F.); Azua; Capdevila; Cardenal (S.);
Coroleu; Fernández Sanz; Marquez; Pi Suñer; Recasens; Salvat (M.);
Soler y Batlle; Tapia; Turró

Edición profusamente ilustrada con láminas en negro y colores. La obra constará de cuatro fascículos de 240 páginas, cada uno, aproximadamente, siendo el precio del primer fascículo 7'50 pesetas al contado.

Episodios de la Guerra Europea.—A nuestra redacción han llegado los cuadernos 93, 94, 95 y 96 de esta importantísima obra, que publica la casa editorial de Alberto Martín, de Barcelona, y cuyo autor es el brillante periodista D. J. Pérez Carrasco, redactor-jefe de uno de los rotativos más importantes de España.

Integran el cuaderno 93, veinticuatro páginas de texto profusamente ilustrado, y el 94 diez y seis páginas y un mapa de Francia a escala de 1 : 6.000.000, a varias tintas.

Se compone el cuaderno 95 de diez y seis páginas de ilustrado texto y un hermosísimo mapa de Alemania a varios colores y a escala de 1 : 6.000.000. En el 96, compuesto de 24 páginas, se dan pormenores de la campaña de los Dardanelos y Gallipoli.

Tanto por la modicidad de su precio (25 céntimos cuaderno) como por su excelente presentación, imparcialidad en sus comentarios, veracidad de sus descripciones y otras relevantes cualidades que esta obra atesora, la recomendamos eficazmente a nuestros lectores.

Se halla de venta en las librerías, centros de suscripciones y en casa del editor D. Alberto Martín, Consejo de Ciento, 140, Barcelona. 2

Tumores de los lóbulos frontales.—A propósito de cuatro casos, uno operado con éxito. Trabajo recomendado en el concurso de «Los Progresos de la Clínica», 1916, por el Dr. W. Albo, Jefe de la Consulta para enfermedades nerviosas y mentales en el Hospital Civil de Bilbao. 3

Criterio químico-biológico sobre la albúmina en la urología renal.—Comunicación al I Congreso Nacional de Medicina. Madrid, Abril 1918, por el Dr. J. Vellvé Cusidó, de la Facultad de Farmacia, Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona. 3

Un caso de utopía cardíaca extratorácica, por D. Jesús Rafael Risquez y D. J. M. Romero Sierra. Trabajo del Laboratorio de Anatomía patológica de la Escuela de Medicina de Caracas (Venezuela). 3

Veinte mil casos de tuberculosis pulmonar, por el Dr. José Verdes Montenegro, Profesor de enfermedades del corazón y de los pulmones en el Instituto Rubio. Publicado en el número de Octubre de 1918 de «Los Progresos de la Clínica». 3

Le epidemia reinante (1918).—Esbozo crítico e información científica mundial, por el Dr. José Chavás, Director de la «Revista de Higiene y de Tuberculosis», publicado en el número de Octubre de la citada Revista. 3

Memoria del Santo Hospital civil de Bilbao.—Año 1917. En la que se exponen por medio de cuadros estadísticos, hasta los más pequeños detalles del movimiento hospitalario y de la parte administrativa del precitado hospital. 1

Estudio clínico de la litiasis urinaria.—Casuística.—Cálculos del riñón, del uréter, de la vejiga y de la uretra, por el Dr. Angel Pulido Martín, Cirujano del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.

El Dr. Pulido Martín, con la maestría que le caracteriza y de la que tienen conocimiento nuestros lectores por los diversos artículos que ha publicado en nuestra Revista, ha recogido de numerosas observaciones, aquellos datos que merecen por su importancia, el prestar la atención en ellos y los ha publicado en un tomo de 238 páginas, ilustrado con varios fotografías. 1

La Clínica Moderna

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA Y CIRUGIA

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

España, un año	12	pesetas
Extranjero, íd. íd	15	francos
Número corriente.	0'75	pesetas
Id. atrasado	1'50	»

ANUNCIOS NACIONALES

Cuarto de página	5	pesetas inserción
Media »	8	» »
Una »	15	» »
En la sección de noticias . . .	0'75	» línea é inserción
Remisión de prospectos en cada número	30	»
Papel de color dentro de los anuncios.	50	por 100 de aumento

Todos los anuncios turnarán rigurosamente en las cubiertas y en el interior.

ACADEMIA MÉDICO - QUIRÚRGICA

(MADRID)

Sesión de 16 de Diciembre de 1918

Preside el Dr. Cardenal.

El Dr. Fernández Sanz habla sobre tres casos de hemianopsia. El primero no tiene interés grande; se trata de un señor de 67 años y al cual desde hace seis se le presentó disminución de la agudeza visual. El Dr. Cuevas que le vió primero lo diagnosticó de atrofia y presentaba trastornos de aparición brusca, no distinguiendo bien los objetos situados a su derecha. Siendo de origen cerebral lo envió al conferenciante que observó por exploración arterio-esclerosis periférica; analizada la orina se comprobó la existencia de albúmina y cilindros hialinos. Como antecedentes tiene los de alcohólico y fumador. Sospechó el disertante de una hemianopsia cortical, y por lo que se refiere a su génesis la atribuyó a lesión hemorrágica.

El segundo caso es el de un compañero de 50 años, que tuvo gripe de tipo broncopneumónico y pasada ésta notó que al andar tropezaba con los objetos colocados a su derecha. Vino a Madrid, consultó con el Dr. Márquez, después de haberle visto varios oculistas de su provincia. No acusaba síntomas intra ni extracerebrales y el mismo síndrome que observó en el primer caso relatado, presentado en éste, le inclinó a diagnosticar de igual forma. Cree que en este caso la lesión es también de carácter hemorrágico y conociendo la tendencia hemorrágica de la gripe, cree que esta lesión local es debida a aquélla.

El tercer caso es el de una señora de 37 años, sin antecedentes genitales y en cuanto a los patológicos sólo acusa de tener reuma.

En Noviembre se presentó la gripe en la localidad de su residencia. Cayó enferma con trastornos intelectuales, palabras incoherentes y temperatura de 40 grados que hizo sospechar en atribuir a ésta la incoherencia de las palabras.

Pero desaparecida la fiebre persistieron los mismos trastornos. En estas circunstancias la ve el conferenciante, el cual observa que al hacerle preguntas sencillas contestaba bien, pero cuando había de dar contestación a preguntas complicadas no respondía bien.

Presentaba afasia, confundiendo unos nombres con otros; existía alexia, no siendo capaz de leer mucho tiempo y además existía agrafia.

Al escribir notaba que haciendo caso omiso al margen derecho seguía escribiendo pasando del papel y haciéndolo en la carpeta. Esto le hizo sospechar en hemianopsia, y efectivamente lo comprobó. Una observación detenida del aparato circulatorio le confirmó no existir endocarditis, miocarditis, ni en fin, ningún síntoma de este aparato al que atribuir este síndrome. Teniendo en cuenta el padecimiento gripal, le dió esta naturaleza.

El Dr. Juarros se levanta para rogar al Sr. Fernández Sanz concrete el por qué diagnostica de corticales a las hemianopsias relatadas.

El Dr. Sánchiz Banús hace suyo el ruego del Dr. Juarros y felicita al Dr. Fernández Sanz por su interesante comunicación. Estima además que ninguno de los enfermos del Dr. F. Sanz, tenían desviación conjugada de la cabeza y de los ojos.

El Dr. Villaverde se felicita de ver en la Academia al Dr. F. Sanz. Dice que el primer caso al que el comunicante no da importancia, según él, si la tiene. No está conforme con que el proceso sea de localización cortical. Considera como típico el segundo caso relatado y en cuanto al tercero lo considera más complejo por lo que a localizaciones se refiere, y respecto a la afasia, alexia, etc., cree que evolucionarán en el sentido de desaparecer.

El Dr. Lehoz se refiere al aspecto de fondo de ojo y dice que nunca ha visto en hemianopsia trastornos de fondo de ojo. Abunda con Juarros y Sánchez Banús en la naturaleza de la hemianopsia. Recuerda el caso de un ferroviario con hemianopsia heteronina binasal que diagnosticó de lesión del quiasma. Posteriormente quedó completamente ciego y diagnosticó de hemianopsia bilateral temporal.

El Dr. Fernández Sanz al rectificar insiste en sus manifestaciones respecto a los tres casos anunciados y los razona aportando consideraciones científicas interesantes que son interrumpidas por el Dr. Lehoz para afirmar que en las hemianopsias temporales la ceguera es completa.

El Dr. García Triviño, «Miocarditis sifilítica». Empieza afirmando que un cierto número de miocarditis son de origen sifilítico. Expone la diversidad de criterio entre los diferentes autores en cuanto a estas miocarditis. Puede darse el caso de ser una miocarditis sifilítica o una miocarditis en un sifilítico.

El Dr. Covisa dice que el diagnóstico de la miocarditis no puede hacerse más que de una forma probable. Relata el siguiente caso:

Una muchacha sifilítica de seis a siete meses de fecha. Se observa pulso lento, disnea, dolor y angustia precordial. Suspendió el tratamiento neosalvarsánico y puso inyecciones intravenosas de mercurio y se modificaron las manifestaciones sifilíticas y las cardíacas enumeradas.

Mejóro y a los cuatro o cinco meses ingresó en su clínica con nuevas manifestaciones sifilíticas y cardíacas. Con nuevo tratamiento neosalvarsánico mejoró, respondiendo por tanto a la medicación específica. Dice que el Dr. Triviño ha visto miocarditis tardías y como afirma éste que el tratamiento neosalvarsánico no es eficaz, preconizando el mercurio, dice que éste es un intoxicante del riñón, que tolera mejor el neosalvarsán que el biyoduro.

El Dr. Gallego interviene para decir una vez más que el neosalvarsán es peligroso.

El Dr. Triviño al rectificar dice que carece de experiencia para afirmar que el mercurio sea un tratamiento adecuado.

CONCURSOS

Asociación Médico-Escolar de Zaragoza

CERTAMEN DE PREMIOS PARA EL CURSO DE 1918 A 1919

La Junta directiva de esta Asociación, con objeto de fomentar entre sus asociados el amor al trabajo y al estudio, ha organizado, como en el Curso anterior, un Certamen de premios, con la coopera-

ción de los Profesores de la Facultad de Medicina que han concedido para el presente Curso los siguientes premios:

Premio del Excmo. Sr. Dr. D. Ricardo Royo Villanova. (La colección de sus obras).—Tema: «Diagnóstico y relaciones de las hiperclorhidrias y las albuminurias».

Premio del Ilmo. Sr. D. Hipólito Fairén (q. e. p. d.), concedido por el Dr. D. Víctor Fairén (50 pesetas para una obra de Medicina).—Tema: «Exploración del oído medio y del oído interno».

Premio del Dr. D. Cristino Muñoz. (Un instrumento de Cirugía).—Tema: «Terapéutica de las anexitis».

Premio del Dr. D. Joaquín Trías. (Una obra de Cirugía).—Tema: «Procedimientos modernos para el tratamiento de las heridas infectadas».

Premio del Dr. D. Joaquín Aznar. (Una obra de Medicina).—Tema: «Un trabajo práctico, personal, de libre elección, de clínica o de laboratorio».

Premio del Dr. D. Francisco Oliver. (Una obra de Medicina).—Tema: «Estudio de las localizaciones de las lesiones cerebrales para las intervenciones operatorias».

Premio de la revista «Aragón Médico». (Una obra de Medicina).—Tema: «Una historia clínica completa».

BASES PARA EL CERTAMEN

1.^a Para presentarse al Certamen es condición indispensable pertenecer a la Asociación.

2.^a Cada uno de los asociados sólo podrá presentar un trabajo al Certamen.

3.^a Cada uno de los premios será concedido al mejor trabajo escrito sobre el Tema, que será juzgado por Profesores de la Facultad de Medicina.

4.^a El premio de «Aragón Médico» será juzgado por el Cuerpo de Redacción de dicha Revista.

5.^a Por cada premio podrá concederse un accésit con mención honorífica.

6.^a «Aragón Médico» publicará los trabajos premiados, concederá a sus autores un año de suscripción gratuita y regalará a su autor una tirada aparte de 30 ejemplares del trabajo que obtenga el premio concedido por dicha Revista.

7.^a Los trabajos no llevarán nada que indique el nombre del autor y deberán llevar en la cubierta el Tema a que se presentan y un Lema que se repetirá en un sobre cerrado y lacrado que acompañará al trabajo y que llevará dentro el nombre del autor, escrito de su puño y letra.

8.^a Los sobres con los nombres de los autores premiados serán abiertos en la sesión solemne que con objeto de repartir los premios ha de celebrar la Asociación.

9.^a Los trabajos serán presentados al Secretario de la Asociación antes del día 1.^o de Abril de 1919.

Zaragoza 1.^o de Enero de 1919.—El Presidente, *M. Muniesa*.—El Secretario, *A. Lorente Sanz*.

D. Tomás Iribarren.—Sabiñán (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1918.

» Manuel Sangüesa.—Aliaga (Teruel).—Pagó la suscripción de 1918.

» Martín Vila.—Pollensa (Baleares).—Recibido el giro postal.

» Enrique González.—Sesma (Navarra).—Pagó la suscripción del año 1918.

» José Lázaro.—Bardallur (Zaragoza).—Pagó la suscripción del año 1918.

» Melchor Ruiz.—Jaruco (Habana).—Cambiada la dirección.

«Publicitas».—Barcelona.—Remitidos los números.

D. Valero Rubio.—Pedrola (Zaragoza).—Conforme con su atenta carta.

» Estanislao Bronte.—Irurozqui (Navarra).—Conforme con su atenta carta.

» Agustín Valverde.—Ceinos (Valladolid).—Remitidos los números 323 y 324.

» Alfonso Perés.—Olaveaga (Vizcaya).—Cambiada la dirección.

» Jesús Fernández.—Uncastillo (Zaragoza).—Pagó la suscripción de los años 1918 y 1919.

Sigue en la página 11

BRONQUIOPSON

VACUNA MIXTA Para el tratamiento de las afecciones crónicas de los bronquios

Bronquitis crónicas. — Bronquiectasias. — Asma. — Bronquitis fétidas. — Tos ferina, etc.

Tratamiento completo en 12 inyectables. — Único preparado español

Muestras y Literatura al Laboratorio **HISPANUS** de Bacterioterapia

Príncipe Alfonso, núm. 16. — VALENCIA

Análisis clínicos.—Reacciones biológicas.—Autovacunas de todas clases.

Vacuna antitífica preventiva, en envases especiales, para vacunación individual, familiar y colectividades numerosas.

Extracto de carne del Dr. Castell

Rogamos a la clase Médica emplee nuestro preparado en todos los casos de Anemia, Debilidad, Esclerofulismo, Convalecencias, etc., pues dado lo esmerado de nuestra preparación se consiguen tan buenos resultados como con los preparados extranjeros y al mismo tiempo se favorece la industria nacional.

PÍDASE EN TODAS LAS FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECÍFICOS

Depósito: Rived y Chóliz, D. Jaime I, 21, Zaragoza

GRANDES PREMIOS - PARÍS 1900 - LYON 1914

Creosota, Guayacol y derivados
Fosoto, Tafosoto, Creosoformo
Arhina, Cloroformo
extra puro

**PRODUCTOS
LAMBIOTTE HERMANOS**

Productos
químico-farmacéuticos
extraídos de la madera y elaborados en sus fábricas. Carbón vegetal,
Alquitrán, Acetato de sosa, Acetato de cal, Pyrolignito, Acido acético, Acetona, Metileno, Trioximetileno, Formaldehida

MUESTRAS Y LITERATURA A LOS
SEÑORES MÉDICOS QUE LO SOLICITEN

Afecciones de las vías respiratorias

Bronquitis, Tos
Coqueluche
Catarro
etc.

**PERLAS TAFOSOTO
LAMBIOTTE HERMANOS**

La Creosota combinada conocida por Tafosoto da resultados maravillosos y rápidos en las afecciones microbianas que producen el coriza, la bronquitis aguda y crónica, la coqueluche, la tuberculosis, etc.

Agente general para España: S. NAVARRO
Rambla del Centro, 8 y 10 - BARCELONA

El mejor disolvente de los uratos
Asepsia de las vías urinarias
Reuma articular, Neñritis
Cólicos nefríticos
Tifus, Gota

**UROMETINA
LAMBIOTTE HERMANOS**

SINÓNIMOS: Urotropina, Hexametileno tetramina, Formina

Sus principales propiedades son regenerar lentamente el formol y disolver los uratos. Ambas constituyen el punto de partida para el empleo de "Urometina"

LAMBIOTTE ET C^{IE}. SU^{CEDES} PARIS-BRUSÉLAS

—La de médico titular de Valdevarnés (Segovia), por no haber aceptado el agraciado con la plaza de médico titular de este pueblo, se anuncia de nuevo con la dotación de 750 pesetas anuales, pagadas por trimestres vencidos de los fondos municipales, por la asistencia de cuatro familias pobres y casos de oficio. El que resulte agraciado, quedará en libertad para contratar igualas con 130 familias pudientes de este pueblo y el de Fuentemizarra, cuyo pueblo dista un kilómetro de camino llano, disfrutando además de casa gratis y libre de todo impuesto municipal. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde don Gorgonio Miguel.

—La de médico titular de Matamala (Soria), con el haber anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos, y las igualas con 2.500 que satisfacen los vecinos del término municipal, por trimestres o anual. Solicitudes hasta el 23 de Enero al alcalde D. Fermín Garijo.

—La de médico titular, por dimisión, de Jarque de la Val (Teruel), en concordia con los de Hinojosa de Jarque, Cuevas de Almodén y Mezquita de Jarque. Su dotación consiste en el sueldo de 1.500 pesetas anuales por el concepto de titular, satisfechas por los respectivos Ayuntamientos por trimestres vencidos y 2.500 pesetas por capitular y que las respectivas Juntas satisfarán también anualmente a la terminación del contrato. Solicitudes hasta el 24 de Enero al alcalde D. Juan José Navarro.

—La de médico titular, por renuncia, de Nalda (Logroño), dotada con el haber anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos de los fondos municipales, por la asistencia gratuita de una a 60 familias pobres, además de las obligaciones que le impone el Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos de 14 de Junio de 1891. Al propio tiempo se hace presente, que el agraciado será nombrado médico de la Sociedad de vecinos pudientes que existe en esta localidad, por lo que percibirá de la misma el sueldo anual de 2.500 pesetas, pagadas en la misma forma que la titular. Se facilitan informes a quien los pida. Solicitudes hasta el 26 de Enero al alcalde don Pedro Ruis Viguera.

—La de médico titular, por dimisión, de Nieva de Cameros (Logroño), y su aldea Montemediano, con el sueldo anual de 750 pesetas, por la asistencia de familias pobres y 2.000 pesetas por igualas con los vecinos pudientes, pagadas las últimas por una Comisión de vecinos, y unas y otras por trimestres vencidos. Solicitudes hasta el 26 de Enero al alcalde D. Francisco Fernández.

—La de médico titular e inspector de Sanidad de Torrijo de Campo (Teruel), con el sueldo anual por titular de 1.000 pesetas y 2.250 por capitular; su pago de las primeras por trimestres vencidos del presupuesto municipal, las segundas durante el mes de Noviembre del año vencido. Para estos efectos se cuenta de Octubre a fin de Septiembre; responde Junta facultativa. Solicitudes hasta el 26 de Enero al alcalde D. José Latasa.

—La de médico titular, por renuncia, de Palenzuela (Palencia), con la dotación de 1.000 pesetas, por la asistencia a 65 familias pobres, pagadas de los fondos municipales, haciéndose constar que esta villa constituye una sola titular y que la duración del contrato es por tiempo ilimitado. El agraciado podrá contratar con los vecinos pudientes, por lo que percibirá 3.500 pesetas próximamente. Solicitudes hasta el 26 de Enero al alcalde D. Felipe Carrillo.

D. Manuel Celaya.—San Sebastián (Guipúzcoa).—Pagó la suscripción de los años 1918 y 1919.

« Benito Bengoechea.—Fontioso (Burgos).—Remitido el núm. 333.

« Antonio Mur.—Loporzano (Huesca).—Recibido el giro postal.

« Pedro Tello.—Naval (Huesca).—Pagó la suscripción de 1918.

« Eustaquio Tutor.—Logroño.—Conforme con su atenta carta.

« Cándido Zuazagoitia.—Bilbao (Vizcaya).—Conforme con su atenta carta.

« Carlos Aguilera.—Villalmanzo (Burgos).—Remitidos los números 312 y 328.

“JARABE BEBÉ”

(NOMBRE REGISTRADO)

INFALIBLE Y COMPLETAMENTE INOFENSIVO

Cura toda clase de **TOS** lo mismo **nerviosa, seca, catarral, ronca, fatigosa, bronquial, pulmonar, crónica** y especialmente la **TOS FERINA** de los niños.

Evita los tratamientos enérgicos, tan perjudiciales a niños y adultos.

NO CONTIENE bromoformo, ácido fénico, morfina, codeína, heroína ni ningún otro anestésico, cáustico activo y peligroso.

Preparado por **J. Lara Vidal** Farmacéutico, Burjasot (Valencia).

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS DE ESPAÑA

Agentes exclusivos: J. URIACH y C.^a S. en C., Barcelona

MANUAL DEL PRACTICANTE

POR EL

Dr. D. Felipe Saenz de Cenzano

*Inspector provincial de Sanidad por oposición,
Profesor clínico por oposición, encargado de la enseñanza oficial de la carrera
de Practicantes en la Facultad de Medicina de Zaragoza*

CON UN PRÓLOGO

DEL

Dr. D. Ricardo Lozano Monzón

Catedrático por oposición de Patología y Clínica Quirúrgicas

Forma dos tomos con más de 400 grabados, tratando cada uno de ellos las materias correspondientes a cada curso.

Está de venta en las principales librerías y en casa del autor, Coso, núm. 18, 2.º, Zaragoza, al precio de 23 pesetas en rústica y 26 lujosamente encuadernado en tela.

HIJOS DE PRIM, Ortopédicos

DESPACHO:
Preciados, 33

MADRID

FABRICA:
Naciones, 13

Gran casa constructora de toda clase de Aparatos Ortopédicos y que para la construcción de los mismos, cuenta con fábrica dotada de cuantos elementos exige la Ortopedia Moderna, siendo la casa más antigua y acreditada.—Se fabrican las sólidas y bien combinadas **Piernas Artificiales** con pie de goma y **Brazos** con muñeca y dedos articulados. Pies artificiales, **Sistema-Prim**, para pies defectuosos (privilegio especial) los que hacen desaparecer las voluminosas botas de corcho.—Corsés para las desviaciones de la columna vertebral, aparatos para debilidades de las piernas, parálisis, tumores blancos en las articulaciones, pies varus, equinos, fajas todo elásticas para toda clase de enfermedades del abdomen, etc., etc.

HERNIAS: Braguero especial PRIM (privilegiado)

Es el aparato que la mayoría de los herniados usan, por ser el más perfecto, cómodo, y que contiene absolutamente las hernias por voluminosas que sean. Los Señores médicos lo recomiendan porque los herniados encuentran un alivio inmediato y seguro, y que por contener permanentemente las hernias, están exentos de que puedan estrangularse.

Los diferentes aparatos, modelo exclusivo de la casa, son un verdadero auxiliar de la Cirugía, pudiendo ofrecer como mejor garantía de éxito, el creciente favor de la clase médica.

Esta casa ha montado una sección especial para la venta al por mayor y menor de toda clase de artículos de Cirugía, Ortopedia y Gomas, a precios sin competencia.—Algodón hidrófilo químicamente puro, gasas y vendas, irrigadores, pulverizadores, medias de goma.—Aparatos de masaje e higiene, últimas novedades.

HIJOS DE PRIM

Preciados, 33. — MADRID



FIRMUGENOL

Medicamento de elección para combatir las enfermedades del sistema linfático en sus diversas manifestaciones

IOO - ARSÉNICO - HIERRO. Principios tónicos y depurativos de plantas silvestres, extraídos por procedimiento especial.

Medicación típica de los trastornos de la pubertad.

Pedro de la Rosa, Farmacéutico

De venta en todas las Farmacias.—Depósito para Aragón: Farmacia de Don Martín Gómez, Calle de San Pablo, núm. 51.—Zaragoza.

Productos bio-químicos del Dr. Pagés Corominas

SEROFORCIL (suero biovital)

Excelente regenerador del organismo, activante de las funciones nutritivas y antitóxicas y regulador de los cambios metabólicos.

COMPOSICIÓN

POR VÍA PARENTAL

(indoloro por completo)

Cerebro colestérina cristalizada	5 centigramos
Cerebro lecitina cristalizada	5 »
Núcleo histona del cerebro	2 »
Cacodilato de sosa	2 »
Sulfato de estricnina	1 miligramo
Agua destilada	2 centigramos

DOSIS.—Salvo prescripción facultativa, una inyección diaria subcutánea o intramuscular.

POR VÍA GÁSTRICA

(Polifosforina compuesta)

.....	10 centigramos
.....	5 »
Núcleo legumina	20 »
Arrenal	2 »
Nuez vómica polvo	2 »
Lecicristalina de huevo	5 »

DOSIS: Tres cucharaditas de las de café al día, una antes de cada comida.

Indicaciones.—Sorprendentes resultados en los casos de deapuperación orgánica o fisiológica. Marasmo. Adinamia de enfermedades agudas y crónicas. Anemias. Convalecencias de enfermedades infecciosas. En todas las enfermedades y trastornos del sistema nervioso central y periférico (gran éxito). Neurastenias, Impotencia. Enfermedades distólicas

POLIFOSFORINA

(Polvo o inyectable) «indolora», el reconstituyente más poderoso del sistema nervioso. Compuesta de Lecitina cristalizada de cerebro, de yema de huevo y núcleo legumina o fosfonuclina.

Última observación.—Como que las lecitinas y colesterinas después de cristalizadas para su purificación, son incorporadas al vehículo acuoso en estado coloide, debe agitarse el tubo antes de la inyección.

Único representante en Aragón: **L. Hernández, Cerdán, núms. 57 y 59, Zaragoza**

APENAS HABRÁ MÉDICO QUE NO HAYA RECETADO EN LA MAYOR PARTE DE LAS AFECCIONES DEL TUBO DIGESTIVO EL

ELIXIR ESTOMACAL de SÁIZ de CARLOS

Su crédito es ya tal, que ha tomado puesto preeminente en la terapéutica y se le prescribe como un agente poderoso, cuyos admirables resultados no se hacen esperar. Sus efectos son aumentar la secreción del jugo gástrico, auxiliar su poder digestivo, aumentar la tonicidad muscular y nerviosa del estómago é intestinos; aumenta el apetito; suprime la pírosis, hiperacidéz y vómitos; tonifica, no sólo el aparato digestivo, sino la economía en general, pues el enfermo come más, digiere mejor, y por consiguiente se nutre, por lo cual es utilísimo en las anemias que dependen de digestiones imperfectas; disminuye y evita las fermentaciones anormales y quita el dolor y la pesadez gástrica, curando la úlcera del estómago, la dilatación y los catarros intestinales en niños y adultos. Es de agradable sabor y completamente inofensivo, lo mismo para el enfermo que para el que está sano; puede usarse á la vez que las aguas minero-medicinales y en sustitución de ellas y de los licóres de mesa.

Serrano, 30, Farmacia, MADRID, y principales de España, Cuba, Filipinas, México, América del Sur, Estados Unidos é Inglaterra

MEDICACION CACODÍLICA

Gránulos pépsicos y Gotas pépsicas PIZÁ

al cacodilato de sosa, químicamente puro.—Cada gránulo contiene 0,01 gramos de cacodilato de sosa y 0,02 gramos de pepsina pura. Corresponden iguales cantidades de medicamentos para cada cinco gotas. Estos preparados se indican en las enfermedades de la piel, anemia, clorosis, diabetes, paludismo, etcétera, siendo sus resultados sorprendentes.—Frasco de gránulos o de gotas, 2,50 pesetas.

Grageas pépsicas nucleínicas

de resultados maravillosos en la anemia, clorosis, raquitismo, fosfaturias, neurastenias, tuberculosis, etc., etc.; debido a la acción que ejerce directamente sobre los huesos el ácido nucleínico, muy superior a todos los empleados; al arrhenal, que estimula poderosamente las funciones de nutrición y asimilación y actuando como dignos complementos entran los glicero-fosfatos, la kola, coca, cacodilato de estriocina, etc., etc., formando un conjunto armónico que hace sea un reconstituyente de primer orden en cuantos casos sea necesario reintegrar al organismo las pérdidas sufridas por alguna enfermedad grave o por un exceso de trabajo intelectual o de otra índole, en una palabra, en todos los casos de depauperación orgánica. Cada gragea contiene:

Acido nucleínico.	0,05	Extracto de kola, glicero-fosfatos	
Arrhenal.	0,01	de cal y de sosa, de cada . . .	0,08
Cacodilato de estriocina	0,001	Extracto de coca y pepsina	
		pura, de cada	0,04

Dosis: de dos a tres grageas al día, pudiéndose aumentar o disminuir a juicio del médico. Frasco, 4,50 pesetas.

Gránulos pépsicos y Gotas pépsicas PIZÁ

al cacodilato de hierro.—Cada gránulo contiene 0,01 gramos de cacodilato de hierro químicamente puro y 0,02 gramos de pepsina pura. Iguales cantidades de medicamentos corresponden para cada 5 gotas. Estos preparados se indican como muy eficaces para la clorosis, anemia, escrófula y como reconstituyentes en general.—Frasco de gránulos o de gotas, 2,50 pesetas.

Inyecciones hipodérmicas PIZÁ

al cacodilato de sosa y al cacodilato de hierro.—Soluciones perfectamente esterilizadas y graduadas a la dosis de 0,05 gramos de cacodilato de sosa y cacodilato de hierro, respectivamente por centímetro cúbico, cantidad que precisa para cada inyección.—Caja de 14 tubos, 4,50 pesetas.

Inyecciones hipodérmicas PIZÁ

al arrhenal.—Metil-arsenito di-sódico.—Arsénico orgánico asimilable.—Caja de 12 tubos 4,50 pesetas.

ANTISEPSIS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

BRONQUITIS, CATARROS, TISIS

CÁPSULAS EUPÉPTICAS PIZÁ
EUCALIPTOL PURO, IODOFORMO Y CREOSOTA
DE HAYA

Eucaliptol, Iodoformo
y Guayacol

Antibacilar por excelencia. Tolerancia perfecta
Frasco, 12 reales

Dr. Pizá, Plaza Pino, 6.—Barcelona
y principales farmacias

Farmacia del Dr. PIZÁ, Plaza del Pino, 6, BARCELONA