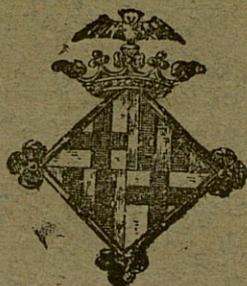


Núm. 7.

AÑO XIV.

---



# GACETA SANITARIA

DE BARCELONA

ÓRGANO DEL CUERPO MÉDICO MUNICIPAL

—  
JULIO DE 1902  
—

REDACCION Y ADMINISTRACION

CASAS CONSISTORIALES

# CONSEJO DE REDACCIÓN

Director: Dr. Giralt (D. Pelegrin)

Dr. Robledo (D. Enrique)	Dr. Beltri (D. Francisco)
» Jacas Matheu (José)	» Jaques (D. Eugenio)
» Durán y Borrell.	» Joaquín Masó y Morera.
» Viñas y Heras.	

Redactor Jefe: Dr. Nogués (D. Francisco de A.)

## CONDICIONES DE LA SUSCRIPCIÓN

España y Portugal. . . . .	5	ptas. año.
Extranjero. . . . .	7'50	» »
Ultramar. . . . .	10	» »

## PAGO ANTICIPADO

La Gaceta Sanitaria de Barcelona se publicará una vez al mes.

Las obras que se remitan serán anunciadas; se les dedicará artículo bibliográfico cuando se reciban dos ejemplares.

La correspondencia, cambios, suscripciones y anuncios deben dirigirse á las Oficinas del periódico.

## SUMARIO

**Boletín Estadístico.**—Junio, de 1902.

**DEMOGRAFÍA:** Cuadros demográficos comparativos por días y por distritos, sintéticos de la vitalidad humana, de mortalidad por edades, sexo y enfermedades que la determinaron; nacimientos según sexo y condición civil por distritos.—Accidentes auxiliados en los dispensarios, clasificados por la causa que los produjo y sexo.

**ASISTENCIA PÚBLICA Y DESINFECCIÓN:** Servicios prestados por el Cuerpo Médico Municipal.—Id. de vacunación y revacunación.—Estado de los enfermos asistidos por la beneficencia municipal en Barcelona y en los pueblos agregados—Servicios prestados por el Laboratorio Microbiológico.—Id. por el Instituto de Higiene Urbana.—Reconocimientos verificados en el Asilo Municipal del Parque.

**NOTAS VARIAS:** Instrucción: Bibliotecas.—Locomoción: Tranvías y Omnibus fijos.

**Boletín Académico:** Actas de las Juntas celebradas los días 17 y 21 de Junio, y 1.º de Julio.—El Shock en las operaciones intro-abdominales; su etiología, profilaxis y tratamiento.—Rinitis atrófica fétida (ocena verdadero) por D. F. Javier Parés y Bartra.—**Sección Oficial:** Circular de la Dirección General de Sanidad. (Conclusión).

—**Noticias.**—**Publicaciones recibidas.**—**Anuncios.**

Mil pesetas al que presente cápsulas de sándalo mejores que las del Dr. Pizá, para la curación de las enfermedades de las vías urinarias.—Farmacia del Dr. Pizá.

GRAN FABRICA DE CAPSULAS EUPEPTICAS DOSIFICADAS

# MIL PESETAS

AL QUE PRESENTE

## CÁPSULAS DE SÁNDALO

mejores que las del DR. PIZÁ, de Barcelona, y que curen más pronto y radicalmente las ENFERMEDADES URINARIAS, sobre todo la blenorragia si va acompañada de hemorragia. Catorce años de éxito, premiado con medallas de oro en la Exposición Universal de 1888 y en la Exposición concurso de París de 1895. Unicas aprobadas y recomendadas por las Reales Academias de Medicina de Barcelona y de Mallorca; varias corporaciones científicas y renombrados practicos diariamente las prescriben, reconociendo ventajas sobre todos sus similares.—Frasco, 14 rs.

Cápsulas Eupépticas de Santalol Pizá.—Frasco: 4 pesetas

*Nota de algunos medicamentos que constantemente tenemos capsulados. Advirtiéndose que á las veinticuatro horas queda cumplido cualquier encargo de capsulación que se nos haga.*

Cápsulas eupépticas de	Rs.
Aceite fosforado.	10
Aceite de hígado de bacalao puro.	10
Aceite de hígado de bacalao creosotado.	12
Aceite de hígado de bacalao iodo-ferruginoso.	12
Aceite de hígado de bacalao bromo-iodado	12
Aceite de enebro	8
Aceite de hígado de bacalao.—Bálsamo de Tolu y Creosota.	10
Aceite mineral de Gabián.	9
Aloes sucotrinio	8
Apiol.	8
Bálsamo peruviano.	10
Bisulfato de quinina.	8
Bisulfato de quinina y arseniato-sódico	8
Brea, Bálsamo de Tolu y Creosota.	10
Brea, vegetal	8
Bromuro de alcanfor.	10
Bromuro de quinina.	9
Carbonato de creosota.	12
Carbonato de guayacol.	16
Cloroforno puro.	8
Contra la jaqueca (bromuro de quinina, paulinia y belladona).	12
Copaiba puro de Maracaibo.	12
Copaiba y esencia de sándalo.	20
Copaiba, esencia de sándalo y cubebas.	20
Copaiba, esencia de sándalo y hierro.	20
Copaiba y cubebas.	16
Copaiba, cubebas y hierro.	16
Copaiba y brea vegetal.	14
Copaiba y mático.	16
Copaibato de sosa y brea.	16
Creosota de Haya.	12
Ergotina Bonjean.	8
Esencia de eucaliptus.	10
Esencia de trementina hi-rectificada.	8
Esencia de cubebas.	16
Esencia de mático.	20
Esencia de sándalo puro.	14
Esencia de Sándalo y Salol.	14
Etelorado de asafétida.	10
Eter amílico valerianico.	10

Cápsulas eupépticas de	Rs.
Eter sulfúrico.	8
Eucaliptol.	8
Eucaliptol iodoformo y creosota.	12
Eucaliptol iodoformo y guayacol.	12
Hemoglobina soluble.	12
Extracto de cubebas.	12
Extracto de helecho macho.	14
Extracto de hojas de mático.	10
Extracto de ratania y mático.	10
Febrifugas de bromhidrato de quinina y eucaliptol.	10
Glicerofosfato de cal.	12
Fosfato de cal y de hierro.	10
Gomo-resina asafétida	8
Guayacol.	10
Guayacol iodoformo	12
Hierro reducido por el hidrógeno.	9
Hipnono.	10
Ioduro de azufre soluble.	10
Iodoformo.	10
Lactato de hierro y manganeso.	10
Mirtol.	10
Morrhuel.	10
Morrhuel creosotado.	14
Morrhuel y Glicerofosfato de cal.	14
Morrhuelhiposfosfitos y cuasina.	9
Morrhuel, fosfato de cal y cuasina.	14
Morrhuel iodo ferruginoso.	14
Monosulfuro de sodio.	10
Pectorales de Tolu, clorato de potasa, óxido de antimonio y codeina.	8
Pepsina y diastasa.	12
Pepsina y pancreatina.	12
Pepsina pancreatina y diastasa.	12
Peptona de carne.	12
Santalol.	16
Sulfuro de carbono	8
Sulfuro de carbono y iodoformo.	12
Sulfato de quinina.	8
Terpinol	8
Tenicidas (extr <sup>o</sup> de kouso y helecho macho)	20
Trementina de Venecia.	8
Valerianato de quinina.	9

NOTA.—La universal aceptación que tienen todas nuestras Cápsulas, se debe á la pureza de los medicamentos que contienen, á su envoltorio delgado y eupéptico, solubles y absorbibles y nunca producen fenómenos desagradables gastro-intestinales, debido á la pepsina y pancreatina.

## CANDELILLAS DEL DR. PIZÁ

Para la curación de las enfermedades de la uretra; de sulfato de zinc, de sulfato de zinc y belladona, de tanino, de tanino y belladona, de iodoformo, de opio, etc., 12 rs. caja.—Al por mayor, 8 rs. caja.

Ventas al por mayor y menor FARMACIA DEL DOCTOR PIZÁ, Plaza del Pino, 6, y Beato Oriol, 1.—BARCELONA.

# MEDICACIÓN CACODÍLICA

## **Gránulos Pépsicos PIZÁ al Cacodilato de sosa**

Químicamente puro.—Cada gránulo contiene 0'01 gramos de cacodilato de sosa y 0'02 gramos de pepsina pura.—Frasco, 2'50 pesetas

## **Gotas Pépsicas PIZÁ al Cacodilato de sosa**

Cada cinco gotas contienen 0'01 gramos de cacodilato de sosa puro y 0'02 gramos de pepsina pura.—Frasco, 2'50 pesetas.

## **Indicación de los Gránulos y Gotas PIZÁ al Cacodilato de sosa**

En el tratamiento de las enfermedades de la piel, anemia, clorosis, diabetes, paludismo, etcétera, por sus resultados sorprendentes.

## **Grageas Pépsicas PIZÁ al Cacodilato de sosa, Kola, Coca y Glicerofosfato de cal**

Reconstituyente general del sistema nervioso, alimento reparador.—Neurostenia, fosfaturia, cefalalgia, neuralgia, herpes, etc. Cada gragea contiene 0'005 gramos de cacodilato de sosa, 0'08 gramos de extracto de kola, 0'04 gramos de extracto de coca y 0'12 gramos de glicerofosfato de cal.—Frasco, 3 pesetas.

## **Inyecciones hipodérmicas PIZÁ al Cacodilato de sosa**

Solución perfectamente esterilizada y graduada a la dosis de 0'05 gramos de cacodilato de sosa puro por centímetro cúbico, cantidad que precisa para cada inyección.—Caja de 14 tuhos, 4'50 pesetas.

## **Gotas pépsicas PIZÁ al Cacodilato de hierro**

Medicamento de maravillosos resultados en la clorosis, anemia, escrófula y como reconstituyente general.—Cada cinco gotas contienen 0'01 gramo de Cacodilato de hierro químicamente puro y 0'02 gramos de pepsina pura.—Frasco, 2'50 pesetas.

Por 0'50 pesetas más del valor de cada frasco ó caja se remite por correo certificado.

## **FARMACIA DEL Dr. PIZÁ**

Plaza del Pino, 6.—BARCELONA

# DEL ANÁLISIS DE LA ORINA EN LA CLÍNICA

POR

## **D. ALEJANDRO FORTUNY DURAN**

Médico Municipal y de las Casas de Socorro,  
Director de un Laboratorio particular de análisis de orinas y líquidos patológicos

PRECEDIDA DE UN PRÓLOGO DEL EMINENTE HISTÓLOGO

## **Dr. D. S. RAMÓN Y CAJAL**

SEGUNDA EDICION

Esta completísima obra, de verdadera utilidad para la clase médica y farmacéutica, forma un volumen en 8.º mayor de 228 páginas con grabados intercalados en el texto.

Se vende al precio de **4 pesetas** el ejemplar, en las principales librerías y en el domicilio del autor, calle de Claris, 92, 1.º, Barcelona.

# PASTILLA DE TERPINA

DEL DR. JIMENO

Para curar la tos, catarros crónicos, catarros de los niños, facilitar la expectoración y calmar la sofocación. En las bronquitis de los ancianos y de los niños es lo más eficaz é inocente que puede administrarse.

FARMACIA del GLOBO del Dr. JIMENO

Plaza Real, 1. — BARCELONA

# CITRATO DE LITINA

GRANULAR EFERVESCENTE

DEL DOCTOR JIMENO

El remedio más indicado en las enfermedades de la ORINA, Arenillas, cálculos vexicales y hepáticos, ataques de REUMATISMO y GOTA, etc.

De empleo agradable y de efectos rápidos y seguros. Depósitos: Farmacia del autor, Doctor Jimeno, Plaza Real, 1, Barcelona. En Madrid, Sucesores de Moreno Miquel, Arenal, 2 y en todas las buenas farmacias de la Península y Ultramar.

# JARABE DE HASCHISCH BROMURADO

DEL DOCTOR JIMENO

Compuesto de HASCHISCH y BROMURO de ESTRONCIO, LITIO y MANGANESO. Tónico y sedante nervioso poderosísimo. Especialmente recomendado en la ENAGENACION MENTAL, NEURASTEMAS con manifiesta ioré de escitabilidad, INSOMNIO, etc., y en las DISMENORREAS ó menstruaciones dolorosas.

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

# SULFURINA JIMENO

SULFURO DE CALCIO Y GLICERINA

Superior á todas las aguas y preparados sulfurosos para curar las enfermedades herpéticas, así internas como externas. Irritaciones de la garganta, pecho, estómago, vejiga, etc., úlceras 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 é igual dosis á media tarde.

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

y en todas las principales Farmacias

GRANULADO Y ELÍXIR

DE

**Ovi**

**Lecitina**

**Giol**

PREPARACIONES A BASE DE LECITINA PURA DE HUEVO

*(Fósforo orgánico completamente asimilable)*

**NUTRITIVO PODEROSO**

---

Se emplean con éxito en la **Neurastenia, Debilidad, Tuberculosis, Clorosis, Diabetes, Fosfaturia, Debilidad** de los **huesos** y en las **Convalecencias**.

---

**DOSIS** { ELÍXIR. . . . Una cucharada antes de las comidas.  
GRANULADO. Una ó dos medidas de las que acompañan al frasco, antes de las comidas.

**FARMACIA GIOL**

**Paseo de Gracia, número 4**

**BARCELONA**

# GACETA SANITARIA DE BARCELONA

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

## Boletín Académico

### ACTA

DE LA

*sesión ordinaria celebrada el día 17 de Junio de 1902.*

*Presidencia del DR. ROBLELO.*

DOCTORES:  
 Montserrat  
 Llorens  
 Jaques  
 Puig y Balanzó  
 Durán Ventosa  
 Pi y Sunyer  
 Noyelles  
 Grau  
 Parés  
 Teixidó  
 Roura  
 Masó (Joaquín)  
 Duran Borrell  
 Piquer  
 Cosp  
 Jacas (Mateu)  
 Raduá  
 Puig y Mas  
 Robledo  
 Nogués

Abierta la sesión á las diez de la noche y con asistencia de los señores al margen expresados y no pudiendo leerse el acta anterior por hallarse ausente el Sr. Secretario de Actas, se procedió á dar cuenta de las comunicaciones recibidas y á propuesta de la presidencia se acordó alterar la orden del día empezando por dar lectura de los artículos que por acuerdos anteriores se habían reformado; después de una ligera discusión en la que terciaron varios señores Académicos se aprobaron por unanimidad.

Se dió cuenta de una proposición firmada por los Dres. Roura, Durán, Ventosa y Grau al objeto de reformar los artículos 35 y 36 del Reglamento, acordando discutirla el día 21 en sesión extraordinaria, á tenor de lo dispuesto en el artículo 34.

Acto seguido el Dr. Duran Borrell, empezó á desenvolver el tema presentado á discusión; empezando por encarecer la importancia extraordinaria de la «Cirugía abdominal de urgencia en los Dispensarios municipales» encomendándose con excesiva modestia á la benevolencia de la Academia, pues su objeto al escoger tema tan trascendental no fué con pretensiones de maestro, ni el prurito hacer alarde de conocimientos superiores, sino que su deseo era que todos los académicos tomaran parte en el debate por él iniciado, poniendo á contribución las observaciones que en su práctica hubieran podido recoger y fundamentar la conducta que debe seguirse en las múltiples lesiones que pueden tener asiento en tan importante cavidad.

Entrando de lleno en la exposición del tema empezó por estudiar á grandes rasgos la anatomía topográfica, empezando, por su configura-

ción exterior y explicando los distintos órganos que se alojan en las clásicas regiones en que se subdivide el abdomen, describió con gran método los vasos y nervios y se fijó muy detenidamente en las múltiples relaciones del mesenterio y muy especialmente de esta gran serosa llamada peritoneo, cuya membrana envolviendo y cobijando casi todos los órganos de la cavidad abdominal y muy especialmente el paquete intestinal ejercía tal tiranía en todas las lesiones que tenían relación con la citada región, que era el *noli me tangere* de los cirujanos antiguos pero que hoy con las grandes conquistas de la cirugía moderna, gracias á la asepsis y á la antisepsis, se le puede combatir con valor, con la seguridad casi absoluta de vencer en las múltiples y graves complicaciones á que pueda dar lugar.

Concluida la descripción anátomo-topográfica en la cual el disertante dió gallarda muestra de sus profundos conocimientos anatómicos y antes de continuar la 2.<sup>a</sup> parte, dado lo avanzado de la hora se levantó la sesión á las 12 de la noche de lo que el infrascrito secretario doy fe.

V.º B.º  
El Presidente,  
DR. ROBLEDO.

El Secretario,  
FRANCISCO DE A. NOGUÉS.

---

## ACTA

DE LA

*sesión ordinaria celebrada el día 21 de Junio de 1902*

*Presidencia del DR. ROBLEDO.*

Abierta la sesión por el Sr. Presidente y con asistencia de los académicos al margen expresados, se concedió la palabra al Dr. Durán y Borrell.

Continuando la exposición del tema pendiente dijo el Dr. Durán que para proceder con método debe dividir las lesiones traumáticas abdominales, en contusiones parietales y viscerales, heridas penetrantes con ó sin hernias viscerales, heridas penetrantes con lesión visceral y heridas por cuerpos extraños en dicha cavidad.

De las distintas clasificaciones de las contusiones aceptó la de Dupuitren primer grado infiltración sanguínea sin alteración del tejido adiposo *equimosis*, segundo, colección sanguínea por rotura de vasos, *hematoma* tercera rotura de tejidos, vasos, etc., y el *esfacelo* consiguiente. Las causas de estas contusiones son varias. unas directas, como el paso de una rueda, una cox, etc., las indirectas caída desde una grande altura éstas pueden revestir mucha importancia dada la friabilidad de ciertos órganos como el hígado cuya lesión puede producir la muerte, por en-

DOCTORES  
Durán Borrell  
Llorens  
Roviralta  
Puig y Balanzó  
Jaques  
Masó (Joaquín)  
Robledo  
Roura  
Montserrat  
Puig y Mas  
Durán Ventosa  
Ribas y Perdigo  
Nogués

yas razones se impone ser muy prolijo en el reconocimiento del lesionado y ser muy reservado en el pronóstico para no ser víctima de alguna equivocación que puede ser funesta para la vida del enfermo y para la reputación profesional del médico.

Las heridas pueden ser parietales y éstas en general no revisten importancia. ó parietales no penetrantes pero con lesión peritoneal, con éstas procede una minuciosa exploración, buen lavage y hasta si se crea procedente el sondaje y la contra abertura para establecer un buen drenage, y si la hemorragia es abundante y los hemostáticos son ineficaces proceder á la ligadura, suturando el peritoneo por adosamiento comprendiendo todo el espesor de la pared peritoneal, evitando la eventración de los bordes para que la cicatrización sea normal.

Las heridas penetrantes con lesión visceral son muy importantes por dar lugar á hernias viscerales, epiplon, intestinos, estas heridas implican para su tratamiento no titubear y huir del método expectante de los antiguos que esperaban el estacelo de la parte herniada, pues con los recursos antisépticos de la cirugía moderna, debe procurarse reducir la hernia y después de una verdadera *toilette* peritoneal proceder á la suturación con sus drenages que permite una verdadera asepsis de las partes lesionadas, siendo este proceder preferible á condenar al enfermo á las funestas consecuencias de un ano artificial.

La salida de una asa intestinal nos revela que la herida es penetrante pero otras veces no hay salida y entonces debe procederse al sondaje en todas las precauciones debidas y poniendo las salas de operaciones de los Dispensarios en condiciones asépticas por medio de pulverizaciones antisépticas, para defender al lesionado de todos los agentes que por su infecciosidad pudieran perturbar la buena marcha de la lesión.

Habiendo transcurrido las horas reglamentarias se le reservó la palabra para la próxima.

Acto seguido se suspendió la sesión para que los señores Académicos se pusieran de acuerdo para elegir el académico que ha de encargarse de la lectura del discurso inaugural de 1901.

Abierta la sesión diez minutos después se procedió á la votación por papeletas habiendo obtenido 15 votos el doctor Roura y 1 voto el doctor Durán Ventosa, quedando nombrado el Dr. D. Santiago Roura para leer el discurso inaugural. El doctor Roura vivamente emocionado por tal distinción dió las gracias por las pruebas de confianza que le deben los Académicos, diciendo que aun no creyéndose con fuerzas suficientes para desempeñar tan honroso cometido pondría á contribución toda su voluntad para no desairar á la corporación.

Después de algunas halagüeñas frases pronunciadas por el señor Presidente en justo elogio del valer científico del doctor Roura se levantó la sesión de lo que el infrascrito secretario doy fe.

V.º B.º

El Presidente,  
DR. ROBLEDO.

El Secretario,  
FRANCISCO DE A. NOGUÉS

## ACTA

DE LA

*sesión extraordinaria celebrada el día 21 de Junio de 1902**Presidencia del Dr. ROBLEDO.*

Se dió lectura á una proposición firmada por los señores, Durán, Ventosa, Grau y Roura modificando el artículo 35 en el concepto de que la cuota que se paga voluntaria fuese obligatoria, discutida ampliamente fué desechada. La modificación al artículo 36, quedó aprobada, quedando su redacción en la actualidad como sigue: «Artículo 36 para las reformas de este Reglamento se requiere acuerdo en Junta General extraordinaria convocada el efecto por la Junta Directiva ó á petición de diez socios de la Academia.

Acto seguido se leyó otra proposición suscrita por los señores Jaques, Ribas, Perdigo y Masó (Joaquín) que copiada su letra dice: Los que suscriben proponen la modificación del artículo del Reglamento que indica sean 4 años los de duración de los cargos de la Junta Directiva y proponen sean de dos renovables cada año por mitad.

Abierta discusión en la que tomaron parte varios señores académicos unos en pro y otros en contra se aprobó por mayoría la modificación propuesta.

Y no habiendo mas asuntos de que tratar se levantó la sesión de lo que el infrascrito secretario doy fe.

V.º B.º

El Presidente,  
DR. ROBLEDO.El Secretario,  
FRANCISCO DE A. NOGUÉS

— S S S —

## ACTA

DE LA

*sesión ordinaria celebrada el día 1.º de Julio de 1902**Presidencia del Dr. ROBLEDO.*

Abierta la sesión y con asistencia de los señores al margen citados se dió lectura del acta de la sesión anterior que fué aprobada.

Acto seguido se concedió la palabra al doctor Durán y Borrell el cual continuó recordando las estadísticas de los Estados Unidos relativo al método espectante que cree funesto, á pesar de ser antes el método más en boga, pues antiguamente los cirujanos mas expertos no operaban por miedo á penetrar en la cavidad abdominal, pero en la actualidad to-

DOCTORES:

Duran Borrell  
Jaques  
Farrils  
Lloréns  
Roura  
Robledo  
Sirvent  
Masó (Joaquín)  
Parés

Piqué  
Jacas (Mateu)  
Puig y Mas  
Durán Ventosa  
Ribas y Perdigo  
Pelegri  
Nogués

do ha cambiado pues la abertura del abdomen es una operación frecuente en la práctica quirúrgica sin enojosos contratiempos, por todo lo cual se decide por la intervención activa, pues gracias á los progresos de la cirugía moderna se puede evitar y combatir todas las complicaciones, por lo que no tendría explicación plausible la expectación.

Sims en un artículo dice que tiene el convencimiento de que no corre ningún peligro de muerte un operado de laparotomía practicada asépticamente. La ovariectomía aséptica da el 97% de curados, lo mismo debe esperarse de los operados por heridas peritoneales.

Se ocupa de un modo general de los cuerpos extraños introducidos en el exófago estómago ó intestinos y de los que pueden introducirse por el recto, lo propio que los derrames sanguíneos, de bilis, orina, que por depositarse en el fondo del peritoneo: pueden motivar la práctica de la laparotomía.

En cuanto el pronóstico, la laparotomía antiguamente era una operación que no se practicaba por creer un accidente mortal de necesidad, toda abertura del abdomen, pero hoy gracias á los recursos antisépticos no teme á la laparotomía á pesar de ser una operación de las mas atrevidas de la cirugía moderna, describió la técnica operatoria de la laparotomía y habiendo transcurrido las horas reglamentarias queda en el uso de la palabra para la próxima.

Y no habiendo mas asuntos de que tratar se levantó la sesión de que el infrascrito doy fe.

V.º B.º

El Presidente,  
DR. ROBLEDO.

El Secretario,

FRANCISCO DE A. NOGUÉS.



## EL SHOCK

en las operaciones intra-abdominales; su etiología, profilaxis y tratamiento <sup>(1)</sup>

por el

**Dr. Luis S. Macmurtry**

Excluyendo ciertos casos excepcionales y complicados, las causas de muerte después de las operaciones intra-abdominales son tres: el shock, la hemorragia y la infección séptica. El descubrimiento de las relaciones de los micro-organismos con respecto á los procesos sépticos y la perfección de la moderna técnica quirúrgica aséptica, han vencido practicamente la última de dichas causas, de manera

(1) *Buffalo Medical Journal*.—Marzo 1902.

que entre nuestros cirujanos, puede ser eliminada de la lista. Con el cuidado que se da á la hemostasis, en la cual la posición de Trendelenburg representa una valiosa ayuda, la hemorragia inmediata ó post-operatoria viene á ser una causa excepcional de muerte. Por lo menos el conocimiento de su importante valor y los medios para dominar este accidente, han alcanzado un grado de exactitud y eficacia, rayana á la perfección. Sin embargo la cosa es muy distinta cuando se trata del shock, el cual constituye todavía un poderoso factor de mortalidad y en cuanto á su naturaleza, etiología y patología, actualmente muy poco más sabemos que cuando dicho asunto fué tratado por Travers y Pirogoff. La observación clínica y la investigación experimental han enriquecido muy poco nuestros conocimientos acerca la naturaleza y mecanismo del shock traumático. Esta es una complicación común de las heridas y lesiones y debe continuar siendo un asunto de asiduo interés por parte de los cirujanos tanto generales como especialistas, hasta que su naturaleza, etiología, profilaxis y terapéutica sean más claramente comprendidas.

El shock es una inhibición de las funciones vitales caracterizada por la parálisis vaso motriz. Se manifiesta por perturbaciones del sistema nervioso y éstas se refieren especialmente á una depresión y alteración de las funciones de los órganos circulatorios. Se trata evidentemente de una neurosis en la cual se hallan alteradas las funciones de los centros nerviosos con profundos trastornos del gran simpático. Varía en intensidad desde una pasajera y ligera perturbación del equilibrio nervioso hasta una profunda depresión general y rápido aniquilamiento. Está caracterizado por relajación muscular, disminución de la fuerza cardíaca y de la tensión arterial, respiración débil, suspensión de la actividad glandular y letargia mental con frecuente tendencia al delirio. Los síntomas del shock, cuando éste se halla muy acentuado, presentan un cuadro clínico que llama vivamente la atención. La aparición puede ser repentina y los síntomas son los de la más profunda depresión general. El pulso se vuelve rápido y débil, la piel está pálida y bañada de un sudor frío, los labios exangües, el semblante contraído y los párpados caídos. La respiración es débil é irregular y la temperatura por debajo de la normal. Los sentidos especiales están embotados y la mente va aletargándose, acercándose á la completa inconsciencia. Las funciones secretorias y excretorias están suspendidas. Este cuadro sintomático es generalmente de corta duración. Si llega á ser más intenso termina rápidamente con la muerte; si triunfa el poder restaurador del orga-

nismo, el pulso y la respiración mejoran, el corazón trabaja con más fuerza, su ritmo se regulariza, el color vuelve á la piel, la temperatura se normaliza, la fisonomía recupera su expresión propia y la inteligencia recobra su imperio.

En la cirugía abdominal y pélvica el shock se presenta durante la operación ó inmediatamente después de la misma. Los términos de shock secundario y tardío han contribuído á llevar la confusión al estudio de este sujeto. Indudablemente la hemorragia, la sepsis aguda y la embolia grasosa han sido mal interpretadas en este concepto. Estas complicaciones de las heridas y lesiones fueron antiguamente clasificadas como un shock tardío ó secundario, términos que se prestan á graves errores. Los cirujanos modernos ya no reconocen tales estados como shock tardío ó secundario.

En las operaciones abdominales es importante distinguir el shock de la asfixia clorofórmica. En esta última la depresión es repentina sin ningún síntoma premonitor; las pupilas se dilatan; la respiración se vuelve irregular y cesa; el pulso también irregular y luego cesa de latir en la muñeca. Así que la anestesia es interrumpida, el paciente invertido y practicada la respiración artificial, el pulso retorna y los síntomas alarmantes desaparecen. La menor rapidez en el acrecentamiento de dichos síntomas y la falta de éxito del tratamiento resucitativo en el shock, nos darán una base de diferenciación.

El colapso repentino debido á la hemorragia, no debe tampoco confundirse con la depresión nerviosa del shock. Como regla general, la depresión conocida como shock, aparece gradualmente durante los últimos momentos de la operación; el colapso de la hemorragia es inmediato y un anestesizador experto distinguirá prontamente entre los dos estados. La anemia aguda debida á una hemorragia oculta y persistente, es más difícil de diferenciar con prontitud del shock, que la hemorragia activa que acabamos de mencionar. Inmediatamente después de la operación, cuando el abdomen ha sido cerrado y el paciente colocado en la cama, la hemorragia presentará muchos síntomas comunes con el shock. La diferenciación en este caso es difícilísima. En verdad, muchas muertes resultantes de oculta hemorragia son atribuídas al shock. El pulso de la hemorragia está caracterizado por aumento de frecuencia y disminución de fuerza y volumen. La facies en la hemorragia tiene una expresión ansiosa pero inteligente, la respiración es frecuente y suspirosa y hay desasosiego. Los casos más difíciles para el diagnóstico son aquéllos en los cuales el shock y la hemorragia á la vez, producen la depresión. Si los sín-

tomas del shock reaparecen después que el operado se ha parcialmente reanimado, la existencia de la hemorragia casi puede darse por segura. Tales casos son ejemplos del llamado shock tardío.

La infección séptica aguda puede ser confundida con el shock. Estos casos eran muy comunes en cirugía abdominal antes de la era de la asepsis y durante el período de imperfecta asepsis. Con una temperatura subnormal en la piel, el termómetro aplicado en el recto ó en la vagina, señalará una notable elevación encima de la normal. La existencia de condiciones de posible sepsis, ayudará á esta diferenciación.

La embolia de varias clases puede producir síntomas análogos á los del shock. Varren, ha llamado la atención sobre la embolia de grasa la cual ocurre en las supuraciones agudas de los tejidos grasosos y que acumulada en los pulmones, produce síntomas alarmantes y hasta la muerte.

Las autopsias practicadas en casos de muerte, debida al shock á parte de los signos de marcada perturbación vascular, son puramente negativas. Desde el punto de vista patológico el shock debe ser considerado como una neurosis.

En la etiología del shock la susceptibilidad individual desempeña un papel muy importante. La resistencia para las lesiones en la escala animal está en proporción del desarrollo del sistema nervioso. Cuanto más inferior es el lugar que ocupa en dicha escala, tanta mayor es la resistencia que tiene para los traumatismos de toda clase. Una organización altamente nerviosa sea adquirida ó hereditaria, constituye una predisposición al shock. La salud del individuo es un factor importante en la etiología de esta enfermedad. Las enfermedades extenuantes, la alimentación insuficiente y de mala calidad, los hábitos de disipación y la inquietud y ansiedad mental, predisponen al shock aun después de ligeras heridas. En las constituciones debilitadas por alguna enfermedad, especialmente cuando va complicada con hemorragia, la operación producirá rápidamente la depresión. Esto especialmente se manifiesta en los casos de carcinoma. Las hemorragias repetidas y largo tiempo continuadas, igualmente predisponen al shock, como se ve en los casos de fibroma uterino.

El Dr. Jorge W. Crile de Cleveland, en una serie de investigaciones experimentales, ha aportado valiosos datos á la etiología del shock en las operaciones abdominales. Estas investigaciones están confirmadas por experiencias prácticas. Dicho autor encontró en una serie de experimentos practicados en perros, que el shock se produ-

ce abriendo el peritoneo; que la simple exposición del mismo al aire también lo determina, variando su grado de intensidad en proporción inversa á la temperatura del aire; la duración de la operación y de la exposición resultó ser un importante factor de shock; la manipulación del peritoneo y de los órganos incluidos en él, determinaron síntomas de shock, aumentando en intensidad á medida que las manipulaciones se extendían desde la pelvis al diafragma; los mismos síntomas seguían á la perturbación de los territorios de los vaso-motores esplágnicos y á la presión sobre las venas esplágnicas, especialmente sobre la vena cava.

Estas observaciones fueron hechas por medio del método gráfico, gracias al cual, quedaron registradas las alteraciones de la presión sanguínea. Cada experimento en el área esplágnica puso de manifiesto que la dilatación de los vasos sometidos al influjo de los nervios esplágnicos, iba acompañada, *pari passu*, de una mengua en la presión del aparato circulatorio central y arterial. Estos nervios son nervios vasculares y el shock en las operaciones del área esplágnica es en gran parte causado por la perturbación local del mecanismo vaso-motor. Las grandes venas esplágnicas están repletas de sangre en el shock y nosotros sabemos que esto es el resultado de la disminución de la fuerza de la energía cardíaca.

Aunque el mecanismo vaso-motor juega un importante papel en el shock, los experimentos de Crile demuestran que éste no es la causa exclusiva del mismo. Comprimiendo la aorta torácica y las arterias esplágnicas no pudieron evitarse los síntomas y los resultados del shock en las lesiones de los intestinos. Quedó también demostrado por medio de las observaciones de Crile, que el shock subsigue á las operaciones sin hemorragia, refutando así, la aserción de algunos hábiles clínicos de que el shock no es más que otro nombre de la hemorragia. La siguiente importante nota fué, no obstante, confirmada por todos los experimentos: «á menor lesión de los tejidos menor shock, á menor hemorragia más ligero shock.» Las investigaciones experimentales de Crile demostraron, en todas ocasiones, que la hemorragia, la manipulación ruda, la exposición del peritoneo, la anestesia prolongada y la pérdida del calor del cuerpo, son los más poderosos factores del shock, después de las operaciones abdominales. Estos descubrimientos han sido tiempo ha, reconocidos como hechos clínicos y están confirmados por la experiencia práctica de todos los días.

El tratamiento profiláctico del shock es sumamente importante.

En todas las operaciones abdominales debe empezarse con la preparación del enfermo para la operación. En tanto que el uso de purgantes sencillos, la dieta ligera y el aumento de las secreciones eliminadoras son puntos esenciales del plan preparatorio, tal tratamiento será materialmente modificado en la preparación de los enfermos exhaustos y debilitados como medicación preventiva del shock. Los purgantes activos y la dieta rigurosa predisponen al shock. En los enfermos agotados por hemorragias ó debilitados por alguna enfermedad se proibirán los purgantes y se empleará una alimentación metódica á beneficio de sustancias líquidas, concentradas pero no irritantes sostenida hasta pocas horas antes de la operación.

Era antiguamente una práctica rutinaria de muchos cirujanos administrar la morfina ó el alcohol ó ambos agentes á la vez, como medios preparatorios para la operación con el objeto de evitar el shock. La deducción experimental y la experiencia clínica difícilmente pueden recomendar esta práctica. Crile comprobó que la administración preliminar de estas dos sustancias no obraba favorablemente sobre los fenómenos del shock. El alcohol es todavía usado con este objeto por algunos cirujanos, siendo administrado en forma de aguardiente diluido en agua por medio de un enema aplicado antes de la operación. Si bien es verdad que la fuerza y el vigor del corazón aumentan por un limitado tiempo, la investigación fisiológica ha demostrado que este período va seguido de un estado de depresión que favorece el shock. Mis propias experiencias sobre este agente como profiláctico del shock no me han impresionado favorablemente. El opio es un depresor de la fuerza vital y sus efectos fisiológicos sobre el sistema nervioso tienden á promover y aumentar el shock. Estos hechos están reconocidos clínicamente por los cirujanos que se dedican á las operaciones abdominales. La solución salina normal administrada en enema como medio preparatorio de la operación, constituye un agente de valor positivo. Aumentando la presión venosa, el impulso del corazón se acrecienta y sus contracciones son más fuertes.

La experiencia clínica y la experimentación fisiológica, ambas á la vez, atestiguan el valor de la estrignina como tónico cardíaco y vascular, y por consiguiente, está justamente considerada en la práctica como un agente de positiva eficacia en la profilaxis del shock. Debe ser administrada á la dosis de 1 miligramo cada seis ú ocho horas, durante varios días antes de la operación en todos los casos en que el shock sea de temer y  $\frac{1}{2}$  miligramo en inyección hipodérmica inmediatamente antes de la anestesia.

Por lo que se ha dicho antes respecto á la disminución de la temperatura del cuerpo en el mecanismo del shock, es evidente que la temperatura de la sala de operaciones y la conservación del calor natural por medio de vestidos calientes, se tendrá en consideración en la profilaxis de dicho accidente. La temperatura de la sala de operaciones será de 26° C., el paciente debe estar bien envuelto con mantas y se colocarán depósitos de agua caliente entre los pliegues de las mantas á lo largo del tronco y de las extremidades inferiores. Al mismo tiempo se procurará evitar el contacto directo de la piel con el cristal, estaño y otros buenos conductores del calor.

No sería difícil demostrar la importancia del cuidado y la habilidad en la administración de los anestésicos en relación á la profilaxis del shock. El éter sulfúrico no es tan peligroso en sus efectos depresivos sobre el corazón y el sistema vaso-motor como el cloroformo y requiere menos cuidado en su administración. No es solamente importante el método de administración de los anestésicos sino también la cantidad que se consume. La menor cantidad de anestésico capaz de producir y sostener una moderada anestesia quirúrgica y la suspensión del medicamento lo más pronto posible en los últimos pasos de la operación, son puntos esenciales que deben merecer toda nuestra atención. La anestesia profunda y prolongada constituye por si sola un poderoso factor del shock.

De todos los elementos causantes del shock, ninguno es tan activo y poderoso como la hemorragia. En los sujetos debilitados por alguna enfermedad y agotados por hemorragia es admirable como la más ligera pérdida de sangre durante la operación, deprime la vitalidad del enfermo. El efecto sobre el corazón es inmediato. Este es el factor clínico que ha inducido á algunos expertos cirujanos á declarar que el shock no es más que otro nombre de la hemorragia. Desde el principio al fin del acto operatorio este síntoma preocupará constantemente la mente del operador. Todo escape de sangre, sea arterial ó venoso, será contenido por la aplicación de las pinzas de presión. En las intervenciones dentro del abdomen y del fondo de la pelvis deberá evitarse la manipulación de los grandes vasos. Las superficies rezumantes se cubrirán con sendas gasas empapadas con agua caliente y durante todo el curso de la operación deberá ponerse todo el cuidado posible para evitar la pérdida de sangre.

Los experimentos de Crile han demostrado que la simple abertura del peritoneo y la exposición al aire de la superficie de dicha

membrana producen un shock bastante intenso. Por este motivo siempre deberá preferirse practicar la menor incisión compatible con el fácil acceso y manipulación. Durante el curso de la operación se cubrirá la hoja visceral del peritoneo con grandes gasas calientes, las cuales evitarán el contacto de la atmósfera, conservarán el calor natural é impedirán la evaporación superficial.

El magullamiento de los tejidos, mejor dicho, las manipulaciones brutales, constituyen una poderosa y frecuente causa de shock en las operaciones abdominales. No conozco ninguna causa de shock que sea tan constantemente desatendida como ésta. En ninguna otra clase de operaciones es más esencial una intervención suave. Aun cuando se deba emplear la fuerza como en la separación de adherencias y enucleación de tumores, esa fuerza será aplicada con el cuidado debido á la sensibilidad especial de estos tejidos. Las manipulaciones rudas siempre colapsan al operado y el excesivo manoseo, estiramiento y torsión de los tejidos cubiertos por el peritoneo, pueden evitarse mediante una hábil y cuidadosa manipulación, habilidad y destreza que debe ser cultivada y perfeccionada por todos los cirujanos que se dedican á esta clase de operaciones.

La duración de una operación constituye una causa de shock muy notable. La anestesia largo tiempo continuada, aunque practicada cuidadosamente, puede por sí misma producir el shock. El elemento del tiempo en relación á la anestesia, á la exposición del campo operatorio y á la irritación manipuladora es de la más grande importancia en este asunto. Por lo tanto, la concentración mental del operador, su manera de disponer los detalles técnicos y su habilidad operatoria deben desempeñar un importante papel en la profilaxis del shock.

TRATAMIENTO.—Las indicaciones sintomáticas para el tratamiento en el shock, son facilitar la circulación cerebral por medio de la posición, usando la de Treudenburg en la mesa de operaciones y elevando los pies de la cama después de la operación. El corazón debe ser fortalecido por medio de la estrignina, administrada hipodérmicamente. La inyección intra-venosa de la solución salina normal está indicada por razones ya expuestas. La aplicación del calor á la superficie y la conservación de la temperatura normal del cuerpo por todos los medios posibles, son partes esenciales del tratamiento. La atropina es un agente de indudable eficacia como tónico cardíaco. Como la respiración es superficial y la sangre resulta insuficientemente oxigenada, están indicadas la respiración artificial y las inha-

laciones de oxígeno. Se administrarán los estimulantes difusivos por medio de enema (aguardiente 60 gramos, agua templada 120 gramos). Con el afán de combatir las complicaciones presentadas, se acostumbra generalmente á administrar los medicamentos á dosis demasiado elevadas y frecuentes.

*Traducción.* R. MONSERRAT Y LUCENA



## RINITIS ATRÓFICA FÉTIDA

(Ocena verdadero)

TESIS DE DOCTORADO

POR

D. F. JAVIER PARÉS Y BARTRA

*Excmo. é Ilmo. Sr.:*

Cumpliendo con los preceptos que la ley manda, véome obligado para aspirar al grado de Doctor á presentar la reglamentaria Memoria. Tarea ardua para mí, pues á mi escasa práctica dado el poco tiempo que me dedico al ejercicio de la profesión, hay que añadir la dificultad en buscar un tema á propósito para hacerlo objeto de estudio. Pero contando más con la benevolencia de este distinguido Tribunal que en mis méritos personales hállome animado de los mejores deseos para desarrollar el tema que me he propuesto.

Las causas que me han sugerido la idea de elegirlo son varias; en primer lugar el que á pesar de haber existido y de existir en España especialistas eminentes, las publicaciones sobre esta enfermedad sean tan escasas; en segundo lugar por el gran número de individuos que la padecen; asimismo, por el aspecto más halagüeño que ha tomado su pronóstico gracias á los diversos medios terapéuticos modernos, el masaje y la electrolisis entre ellos, y por último y fal vez sea el motivo principal, el haber estado durante el transcurso de mi carrera al lado de un reputado especialista en las enfermedades del oído, garganta y nariz y por lo tanto haberseme ofrecido ocasiones de observar varios casos de esta enfermedad.

A pesar de lo que acabo de manifestar, dadas mis escasas fuerzas, resulta algo atrevido el tema, pero si de su exposición logro llevar

un diminuto grano de arena al edificio terapéutico, ó una pequeña partícula luminosa al faro que alumbra el terreno médico en lo que se refiere á esta especialidad, daré por muy bien empleado todo este tiempo y quedaré satisfecho de haberlo conseguido.

#### CONCEPTO GENERAL DE LA ENFERMEDAD

Voy á exponer brevemente algunos datos anatómicos de la región de las fosas nasales. Se hallan éstas formadas en su parte posterior por una sola cavidad y separadas por delante en sus dos tercios anteriores, por un tabique parte óseo y parte membranoso. Este tabique forma la pared interna de cada fosa nasal.

La pared superior, por delante corresponde á la espina nasal del frontal y á los huesos propios de la nariz, por su parte media á la lámina cribosa del etmoides y por detrás al cuerpo del esfenoides y á la apófisis basilar del occipital.

La pared inferior está formada por la porción horizontal del maxilar superior y del palatino.

Las caras laterales están constituídas, la interna por el tabique medio; que comprende la lámina perpendicular del etmoides, el vomer y el cartilago cuadrangular: la cara externa corresponde al unguis, á la lámina orbitaria del etmoides, cara interna del maxilar superior, lámina perpendicular del palatino y ala interna de la apófisis pterigoidea del esfenoides. En esta cara se hallan los cornetes, el orificio del canal nasal, el de los senos maxilares y frontales y el de las células etmoidales anteriores, y hacia atrás el orificio de las etmoidales posteriores y el de los senos esfenoidales.

La mucosa que tapiza las fosas nasales se amolda á todas las partes del esqueleto por su cara profunda, la cual está formada de tejido fibroso muy resistente; la cara superficial contiene las glándulas y los vasos. Se ha probado la existencia de tejido eréctil al nivel del cornete inferior, en la parte anterior del tabique, en el suelo de las fosas nasales y en el borde libre anterior del cornete medio.

Diversas denominaciones ha recibido esta enfermedad; entre ellas recordamos la de *fetidez nasal sin ulceraciones, catarro seco fétido y ocena simple*.

Esta enfermedad era conocida antiguamente, pero se confundía con otros padecimientos nasales ó bucales cuyo síntoma común era la fetidez de aliento.

La palabra ocena deriva del griego οξαινα que significa hedor,

y fué empleada por los escritores griegos y latinos como significativa del hedor producido por ulceraciones nauseabundas de las fosas nasales.

Weber fué el primero que en el año 1866 indicó la conveniencia de reservar la palabra *ocena* para calificar la entidad morbosa que estudiamos.

Trousseau fué de los primeros en Francia que hizo un estudio completo del *ocena*. Dignos de mención son también los trabajos de Cazenave, Calmettes, Lagneau, y en Alemania los de Zaufal, Michel, Gottstein, Hartmann y Fränkel.

La demostración anatómica de la ausencia de úlceras en el *ocena*, se debe al exámen directo de las fosas nasales por medio de la rinoscopia anterior y posterior.

Admito pues que la rinitis atrófica fétida se caracteriza: objetivamente, *por fetidez nasal sin ulceraciones, patogénicamente, por la acumulación en las fosas nasales de costras, tapones y concreciones formadas por la secreción de la mucosa ó la eliminación de sus capas epiteliales, superficiales, y anatómicamente, por la inflamación crónica atrófica de la pituitaria, que lleve en sí, en plazo más ó menos lejano, el agrandamiento considerable de la cavidad de las fosas nasales.*

Con esta definición se eliminan las demás enfermedades nasales en que hay fetidez, como son las úlceras sifilíticas, muermosas, tumores mortificados, cáncer, tuberculosis de la mucosa, lupus exedens de la membrana de Schneider, cuerpos extraños, necrosis de los huesos de la nariz y otras, pues en todas las mencionadas no existe la atrofia de la mucosa.

La rinitis atrófica fétida bajo el punto de vista social es una dolencia de suma gravedad, pues viene á ser la muerte moral del que la padece, el cual no puede conocer las ventajas de la sociedad humana, ni las dulzuras de la amistad y de la familia; es un individuo condenado al aislamiento de quien se apartan con horror hasta sus más íntimos deudos. La atmósfera pestilente que crea á su alrededor ahoga los efectos más legítimos, y el desesperante vacío que por esta causa hace, determina pasiones deprimentes, que como la melancolía y la hipocondría conducen con frecuencia al suicidio.

El propio organismo se resiente de los efectos de la inspiración de un aire infecto y de la ingestión de mucosidades putrefactas. Todo esto añadido á la concomitancia habitual de cefalalgias frontales ú occipitales, pérdida de la memoria, ineptitud para los trabajos mentales y de tristeza, compañera inseparable de todas las pasiones

deprimentes, convierten al paciente por joven que sea, en un valedudinario, que ni siquiera pretende buscar distracción en una sociedad á quien repugnaría, deseando con toda la efusión de su alma, un término pronto cual la muerte, que ponga fin á tantas desdichas y á una vida que por tantos conceptos se le hace insoportable.

#### ETIOLOGÍA

Para mayor claridad dividiré las causas susceptibles de determinar la aparición de la rinitis atrófica fétida en dos grupos: causas predisponentes y causas ocasionales.

CAUSAS PREDISONENTES.—*Escrofulismo*. Puede decirse que es la diátesis que más favorece el desarrollo de esta rinopatía. Así cuando veamos un individuo con los huesos nasales hundidos, los orificios nasales mirando más bien hacia adelante que abajo, y con la punta de la nariz ligeramente levantada, podemos afirmar que si no es un individuo ocenoso es un candidato á serlo.

Hay autores como Ruault que no atribuyen al escrofulismo papel etiológico alguno. «La verdad es, dice este autor, que en los escrofulosos y aún en los de temperamento linfático, la afección presenta caracteres especiales, como son, mayor abundancia y fluidez de secreción, generalización rápida de trastornos secretorios, aparición frecuente de retención de secreción que se concreta antes que la mucosa esté atrofiada y cuando aún está tumefacta. Estos caracteres son á veces bastante acentuados para que se haya descrito un ocena escrofuloso distinto del ocena simple. lo cual por otra parte nada justifica porque la diátesis escrofulosa modifica la naturaleza de la enfermedad. Esto demuestra que el escrofulismo no es una condición predisponente, lo que hay es que los casos de este ocena llamado escrofuloso son seguramente más raros que los casos de ocena simple.»

Tissier, en un trabajo que tiene publicado sobre el ocena verdadero, estudiando también el papel del escrofulismo en la aparición de esta rinopatía dice, que si se elimina lo que depende de la tuberculosis y de la sífilis, queda poca cosa de la pretendida enfermedad. Afirma que si los ocenosos presentan á menudo el tipo clásico del escrofulismo, es precisamente por causa de sus lesiones nasales. Es cierto que las investigaciones bacteriológicas y microscópicas ensanchando el dominio de la tuberculosis han disminuído el de la antigua diátesis escrofulosa. Sin embargo, no por esto ha dejado de

establecerse una especie de conjunto clínico que prepara la aparición de ciertas enfermedades, conjunto que se puede designar aún con el nombre de escrofulismo. Lo dicho, continúa diciendo Tissier, prueba que existe un tipo clínico bien definido y muy frecuente en los niños, tipo que 1.º se puede referir directamente á la sífilis adquirida, pero que á menudo deriva de la sífilis paterna y en él que las manifestaciones no podrán ser consideradas como de naturaleza puramente tuberculosa. Entre ellos pueden mencionarse ciertos corizas purulentos y algunas adenitis crónicas que nunca llegan á la supuración.

A pesar de estas opiniones, creo que la diátesis escrofulosa juega un papel importante en la génesis de esta enfermedad.

Sabiendo que el escrofulismo es la causa prèdisponente de una gran parte de las enfermedades de las mucosas, cuyo modo de obrar todos conocemos, nada tiene de extraño que se manifieste aun más en la mucosa nasal que por su situación y por sus funciones está siempre sujeta á la desfavorable influencia de los agentes externos.

En el escrofulismo como en el artrismo el trabajo transpiratorio de la piel está muy debilitado, ya sea efecto de su poca vascularización, ya de la atrofia de sus elementos glandulares.

Los trastornos de función de la piel se manifiestan con gran frecuencia en las mucosas.

Sucede muchas veces que al ver un enfermo, él ó sus parientes nos indican la posibilidad de que un humor hereditario sea la causa del mal. Sabido es entre nosotros que lo de humor significa en su forma más ordinaria una dermatosis húmeda exudativa que se cura ó alivia por los cambios de clima, estaciones termales y por los tónico-reconstituyentes: es lógico pues suponer que se trataba de una escrofulide.

Corroboraba también la influencia de la diátesis escrofulosa en la etiología de esta enfermedad el hecho de aparecer la rinitis atrófica fétida en la época más propicia á las manifestaciones escrofulosas; pues generalmente se inicia en la segunda infancia ó en la adolescencia.

*Sífilis.*—En la época en que incluían bajo la denominación de ocena todas las enfermedades nasales acompañadas de hedor, cuantos autores describieron esta afección, ni uno solo dejaba de atribuir á la sífilis la causa directa de la mayor parte de casos observados.

Esto fué debido en primer lugar al gran incremento que tomó la sífilis en los dos siglos pasados, en segundo lugar á la gravedad

de sus manifestaciones, á su localización en la nariz y principalmente á ser el origen hereditario del escrofulismo.

Ruault, Stœrck, Schrœtter y otros autores confunden también bajo una misma denominación el ocena de la rinitis atrófica con el que resulta de las manifestaciones sifilíticas.

«Cuando hay sífilis, dice Ruault, no hay duda que juega un papel etiológico importante. Los sujetos que han sufrido en la primera infancia rinitis sifilítica hereditaria, se vuelven con frecuencia ocenosos, después que toda lesión específica ha desaparecido. En cuanto á la sífilis nasal hereditaria tardía y á la sífilis nasal terciaria, su acción es aun más innegable. Las lesiones sifilíticas terciarias de las fosas nasales, en los casos en que el proceso se halla en plena actividad, pueden á veces evolucionar durante largo tiempo sin dar lugar á una fetidez muy notable; pero en un momento dado, después que los secuestros se han movilizado, sucede frecuentemente que la secreción purulenta pierde su fluidez y se concreta formando costras verdosas muy abundantes, al mismo tiempo que la mucosa se atrofia. La fetidez nasal que entonces aparece es intensa; este es el olor del ocena simple, el cual se presenta con todos los caracteres en su grado máximo. La extracción de secuestros, la desaparición de úlceras bajo la influencia del tratamiento específico, atenúan el ocena sifilítico, pero en gran número de casos no le hacen desaparecer; el proceso atrófico de la mucosa evoluciona como en el ocena simple, pero las pérdidas de substancia y la anamnesis revelan el origen de la enfermedad. No merece pues el nombre de ocena sifilítico que se le ha dado y que todavía se le da. Es, si se quiere, un ocena postsifilítico ó de origen sifilítico, pero las mismas lesiones no son específicas. Las investigaciones histológicas de Suchardt y de Zuckerkandl han puesto de manifiesto que en parecidos casos las alteraciones de la mucosa nasal no difieren de aquéllas que se han encontrado en casos de ocena esencial. Creo pues, dice Ruault, que la sífilis es causa muy frecuente del ocena, pero no debe señalarse como causa predisponente en el sentido que ella sea capaz por sí sola de crear el ocena, excluyendo, por supuesto, el caso de haber existido antes lesiones nasales específicas.»

Los autores modernos, Charazac, Moldenhauer y Moure entre ellos, afirman que la sífilis nunca podrá ser considerada como causa productora del ocena, creyendo, y aun no todos, que á lo más puede obrar como causa predisponente. El que ha tenido ocasión de ver sujetos atacados de sífilis adquirida, al examinarles la mucosa nasal,

habrá encontrado que si bien ofrecía caracteres muy semejantes á los que presenta la mucosa de los ocnosos, en cambio siempre hay pérdida de substancia en el armazón nasal, con los demás síntomas específicos que demuestran el origen y naturaleza de este ocena especial.

Creemos por lo tanto que el coriza sifilítico es una entidad morbosa con caracteres bien definidos, lo mismo que el coriza atrofico.

La sífilis puede dar lugar por vía de herencia á un medio especial resultante de una decadencia orgánica del ser. Así la sífilis de los padres determina á veces una especie de oportunidad morbosa sin que la afección pueda jamás ser considerada como manifestación directa de la enfermedad hereditaria.

El ocena que sobreviene frecuentemente en los individuos sanos, puede también alcanzar á los hijos de sifilíticos ó á los directamente infectados.

Yo creo que la manera de obrar de la sífilis es ó bien por herencia engendrando el escrofulismo, ó directamente debilitando el organismo y poniéndole en condiciones semejantes á las producidas por el escrofulismo, es decir, de debilidad orgánica en la cual los gérmenes de la enfermedad puedan obrar á sus anchas.

*Tuberculosis.*—Considero ocioso entretenerme en hacer ver la importancia que tiene la tuberculosis como causa predisponente del ocena verdadero, conociendo la manera de obrar del escrofulismo y sabiendo que esta diátesis es el primer paso dado en el camino de la tuberculosis.

El ocena puede también presentarse tras el curso de algunas enfermedades de las que alteran la crisis sanguínea; así puede aparecer después del sarampión, de la viruela, y según Tissier y Moure después de la fiebre tifoidea.

Pasemos brevemente revista á otras causas predisponentes.

*Herencia.*—La influencia que ésta ejerce está admitida por la mayor parte de autores; lo cual nada tiene de particular si tenemos en cuenta la fidelidad con que se transmiten estas aptitudes morbosas, y á este propósito es bueno recordar aquella máxima de un sabio higienista que afirmaba, con mucha razón por cierto, que en una familia con más facilidad se heredan las predisposiciones morbosas que los bienes de fortuna.

Moure dice que cuando en una familia el padre ó la madre están atacados de coriza atrofico fétido, uno ó varios niños lo presentan.

*Edad.*—Respecto á este punto casi todos los autores están con-

testes en admitir, sin explicar el por qué, como épocas más propicias para el desarrollo de esta enfermedad, la de la adolescencia y la de la pubertad, es decir, de los ocho á los veinte años, y dicen que es poco común hallarla en la edad adulta y excepcional en la vejez.

Mi opinión es que también abundan los casos en los adultos, creyendo que si son pocos los que se observan es debido á que en ellos, como que la secreción es menos activa y por lo tanto la fetidez menos intensa, esto hace que se preocupen menos de su dolencia, al contrario de lo que sucede en los jóvenes que más amigos de reuniones y hasta por ciertas circunstancias propias de la edad, viendo la molestia que causan con la fetidez que exhalan acuden presurosos al consultorio médico en busca del ansiado remedio que ponga fin á una situación tan apurada.

Todos los médicos dedicados á esta especialidad han visto casos de oena verdadero en individuos adultos. Moure cita el caso de un viejo de setenta y seis años, el cual ofrecía todos los síntomas propios de esta enfermedad.

Lo que sucede también, es que por causa de la evolución natural de esta afección, la secreción disminuye y la fetidez mengua y casi llega á desaparecer, pero en cambio persisten las lesiones anatómicas y las demás manifestaciones que completan el síndrome de esta enfermedad. Además, como que estas lesiones no les molestan, no se cuidan de ellas, y sucede que al ir á consultar al médico para una enfermedad de la garganta ó del oído, al examinar éste las fosas nasales se encuentra con un verdadero caso de rinitis atrófica fétida.

*Sexo.*—Los autores, apoyándose en que el linfatismo y el escrofulismo son más frecuentes en el sexo femenino que en el masculino, ya sea esto debido á su constitución más delicada, ya á su vida más sedentaria, sostienen que en el oena sucede lo mismo.

Este hecho que aparentemente parece cierto, por poco que reflexionemos sobre él nos convenceremos que es falso. Lo que si sucede es que se visitan más mujeres que hombres atacados de oena, pero esto no quiere significar que abunde más en las primeras que en los segundos. Esta circunstancia, á mi modo de ver es debida al mayor cuidado que aportan las mujeres á su persona y á su *toilette*, y á que sus menos ocupaciones les permiten disponer de mas tiempo para poder ir á la consulta facultativa. El único hecho que quitaría valor á este modo de pensar, sería la mayor frecuencia de la rinitis atrófica fétida en las niñas que en los niños, por ser ésta una

época de la vida en que los enfermos son llevados indistintamente á los consultorios médicos, y á la verdad esto no sucede.

*Forma exterior de la nariz.*—Por algunos autores se ha dado gran importancia etiológica á la forma de la nariz, lo cual según ellos constituye una predisposición á la rinitis atrófica fétida: por lo tanto narices chatas, es decir, las narices deprimidas y estrechas en su base, serán más particularmente atacadas. Pero si bien es verdad que observamos frecuentemente esta forma especial del órgano del olfato, también es cierto que se encuentra el oca en individuos que no ofrecen esta disposición anatómica. Además, los hay que accidentalmente por efecto de un traumatismo ó de otra causa cualquiera presentan esta forma de nariz, y no son ni serán nunca oceanos. Otros hay que congénitamente tienen ya aquella conformación anatómica, ya sea por causa de herencia ó de raza, y sin embargo no han padecido ni padecen oca verdadero.

Por otra parte podemos preguntar, como hace Potiquet, si una nariz así conformada en vez de ser causa es tal vez efecto, pues sucede á menudo que el aplastamiento de la nariz en su origen frontal en vez de preceder al oca, le subsigue; siendo más lógico suponer que la atrofia ó falta de desarrollo de los huesos nasales, á causa de la enfermedad de la mucosa que por dentro la tapiza, es lo que les da esta viciosa disposición que contrasta con las demás partes de la cara.

CAUSAS OCASIONALES.—La principal es según Morell-Mackenzie, la entrada en la nariz de partículas irritantes que están en suspensión en la atmósfera. Admite también como tales el grandor desmesurado de los orificios nasales, su dirección hacia delante y la ausencia de vibras que favorece la entrada del polvo.

Se consideran como causas ocasionales las inflamaciones repetidas de la mucosa pituitaria, las diferentes formas de corizas simples, las desviaciones del tabique que dificultan la expulsión de mucosidades, la excesiva pequeñez de los cornetes que dejando pasar rápidamente el aire hace que las mucosidades se dessequen con mucha facilidad y entren fácilmente en putrefacción, ó bien su excesivo desarrollo, en cuyo caso se favorecen los estancamientos.

Es de suponer que en la mayoría de casos se desarrolla la enfermedad á consecuencia de catarros agudos que se hacen crónicos en terrenos abonados y en individuos que por causa de la edad sufren importantes modificaciones en su nutrición íntima.

La verdad es que ninguna de estas causas es suficiente para pro-

ducir por sí sola el oena. Hemos pues de buscar la etiología de esta enfermedad en otras causas que probablemente serán microbianas.

#### PATOGENIA

Este punto está todavía sobre el tapete, pues á pesar de las numerosas investigaciones llevadas á cabo por los varios bacteriólogos y autores que se han ocupado de esta enfermedad todavía no se ha resuelto de una manera clara y definida.

Zaufal ha sido el primero en emitir la hipótesis de que la afección es congénita y que resulta de una falta de desarrollo de los cornetes inferiores y quizás también de los medios. Por causa de esta atrofia congénita, las fosas nasales presentan una cavidad extraordinariamente grande, que se aumenta aún más en la época de la pubertad por el desarrollo desigual de los diferentes elementos que constituyen sus paredes. Por efecto de ello pierde gran parte de fuerza la corriente de aire espirado y no puede barrer hacia fuera las mucosidades que acumuladas en una cavidad caliente y húmeda como es la nariz y regadas de gérmenes por el aire inspirado, entran rápidamente en putrefacción dando lugar á una fetidez inaguantable. Esta teoría tuvo mucha resonancia y fué apoyada con entusiasmo por varios autores entre ellos Calmettes, Hartmann y Martín.

En contra de esta teoría, autores tan notables como Ruault, Morell-Mackenzie y Moure, nos describen una porción de casos de enfermos que presentaban atrofia manifiesta de los cornetes y sin embargo no exhalaban olor fétido alguno. Estos son en general individuos que durante una temporada han tenido que sonarse á menudo presentando probablemente durante este tiempo un cuadro más ó menos claro de oena verdadero. Es posible que en estos casos las lesiones hayan evolucionado rápidamente para terminar en esta transformación fibrosa de la pituitaria, esto es, en un estado en que las secreciones están casi anuladas ó al menos son poco espesas, poco coloreadas y por lo tanto casi del todo inodoras.

Michel si bien admite la teoría de Zaufal, supone que las mucosidades provienen en gran parte de los senos esfenoidales y etmoidales.

Morell-Mackenzie admite un origen trofo-neurótico, es decir una alteración en el funcionalismo de los nervios vaso-motores que acarrea á la larğa trastornos de la nutrición.

Krause y Kaffemann creen que la degeneración grasosa de las

glándulas predispone á la transformación pútrida de sus secreciones.

Cordes y Cholewa manifiestan que la lesión predominante y característica es la reabsorción de la sustancia ósea; siendo por lo tanto una anomalía de la nutrición de los huesos, análoga de todo punto á la osteomalacia.

Para Vieussens y Reininger el ocaña proviene de una supuración de las cavidades accesorias. Según Tissier se debe á una lesión generatriz del sistema etmoidal. Breguen hace derivar la supuración ó bien del seno esfenoidal ó del frontal y alguna vez del maxilar.

Berliner dice que la hipertrofia de los cornetes medios produce por compresión de los vasos, trastornos de la nutrición, atrofia de los cornetes inferiores y retención de secreciones.

Para Fränkel la fetidez es debida á un producto de fermentación pútrida.

Lo que parece cierto es que existe un período de infiltración el cual es fácil de comprobar en niños que por efecto de haber estado sometidos á tratamiento por largo tiempo, ha sido posible seguir la enfermedad paso á paso, observándose en ellos que la hinchazón de la mucosa pituitaria precede á la atrofia, al mismo tiempo que las secreciones purulentas y espesas del principio se transforman poco á poco en costrosas y fétidas, y esto con ausencia de toda cara sifilítica.

Está igualmente fuera de duda que á veces se presenta de buenas á primeras la atrofia de la mucosa y de los cornetes sin que sea posible encontrar en los antecedentes del enfermo el período de infiltración.

Todas las lesiones corresponden en conjunto á un proceso inflamatorio crónico de forma esclerósica en el que el epitelio vibratil se transforma en pavimentoso, con tendencia á la atrofia y á la degeneración glandular, con infiltración celular, desarrollo exagerado del tejido conjuntivo y desaparición del tejido linfoide. El periostio está igualmente infiltrado de células redondas, y el esqueleto óseo de los cornetes es asiento de la osteitis rarefaciente quedando reducido á una lámina insignificante.

Como se ve estas lesiones no difieren de las de una inflamación crónica. Ulceraciones y focos de necrosis nadie los ha encontrado.

En los senos se halla á veces una inflamación supurativa que no es esencial, pues falta en algunos casos.

Es pues, como hemos dicho antes, una atrofia por esclerosis cuya naturaleza y cuyo proceso no se conocen de una manera precisa.

Pasemos ahora á estudiar el papel que la bacteriología desempeña

ña en esta rinopatía, lo cual es de suma importancia por cuanto en ella hemos de buscar la verdadera causa de esta enfermedad.

E. Fränkel en 1882 emitió la hipótesis de la existencia de microorganismos que favorecen la descomposición del mucus nasal.

Pero el que primero describió un microbio especial fué Lœwenberg que en 1884 logró aislar un coccus el cual se colorea por la violeta de genciana y por la anilina y que si se cultiva en la gelatina reproduce el olor característico del ocena. A pesar de que recientemente Cornil y otros autores han dicho que han comprobado estos datos, hay que manifestar que las tentativas hechas por varios bacteriólogos para reproducir las experiencias de Lœwenberg han resultado infructuosas.

Hajeck ha descrito un microbio (diplococcus) al cual puso el nombre de *bacillus fetidus ocenæ*.

Thost cree que no se trata más que del micrococo pneumónico.

Paulsen lo atribuye al *bacillus capsuli mucipare*.

Abel á un bacilo corto y grueso conocido por él con el nombre de *bacillus mucosus ocenæ*.

Marano ha hecho una serie de investigaciones bacteriológicas en enfermos observados por Massei y dice haber encontrado un bacilo encapsulado, el *rino-bacilo ocenatoso* que tiene una longitud de micra á micra y media y casi idéntico por sus caracteres al descrito por Lœwenberg; pero manifiesta sinceramente que no ha podido nunca reproducir por el cultivo el olor característico del ocena: esto le lleva á la conclusión de que la fetidez de la rinitis atrófica fétida es debida á la acción del *rino-bacilo* combinada con la de otros microbios de las fosas nasales.

Strazza aún hallando el bacilo encapsulado le niega toda acción específica en la evolución del ocena.

Lœwenberg prosiguiendo últimamente sus estudios sobre el microbio del ocena, dice haber encontrado en el mucus nasal un microorganismo específico, un coccus muy grande é inmóvil el cual por lo general se halla reunido en cadeneta. Le da el nombre de *coco bacilo del ocena*: cultivado sobre gelatina, suero humano ó animal, caldo peptonizado ó patata, desprende un olor más bien agradable que tétido.

Muy recientemente Belfanti y Della Vedova han aislado en el ocena, además del microbio de Lœwenberg un bacilo muy parecido al bacilo diftérico, lo cual ha dado margen á estos autores italianos

para creer en la indicación del tratamiento sueroterápico antidiftérico en la curación de esta rinopatía.

Atilio y Gradenigo dicen haber encontrado en la mayor parte de casos de ocena el bacilo de Abel y el de Belfanti y Della Vedova.

De Simoni reconoce como bacilos constantes el de Lœwenberg, el pseudo-diftérico, el de Fränkel y el estafilococo piogeno, y como inconstantes el pneumo-bacilo de Friedländer y el coli-bacilo.

Schestakow en un notable trabajo que tiene publicado, dice que es necesario volver á las teorías de Trousseau, el cual atribuía la rinitis atrófica fétida á una causa constitucional.

La inoculación de los cultivos en los animales ha sido negativa.

Como se vé, las teorías para explicar la patogenia de esta enfermedad no escasean, cada autor defiende con bríos la suya encontrando deficiencias en la de los demás. La cuestión no está pues juzgada de una manera definitiva, pero no obstante es lógico admitir que la fermentación pútrida de las secreciones nasales ha de ser producto de una acción microbiana.

Es muy posible que Marano esté en lo cierto al afirmar que la producción de la fetidez en el ocena es debida no á un solo microorganismo, sino á la asociación de varios de ellos.

Yo creo que se trata de una verdadera trofo-neurosis con existencia de gérmenes patógenos, los cuales provocan sobre la mucosa pituitaria ya enferma una perturbación nutritiva directa ó por medio de los productos tóxicos que segrega; las secreciones glandulares son alteradas y entran en putrefacción. El órgano del olfato viene á ser el lugar de las infecciones mixtas que aún influyen sobre las modificaciones tróficas de los tejidos y tornan la lesión tan rebelde.

*(Se continuará)*

## Sección Oficial

### **Circular de la Dirección General de Sanidad**

(CONCLUSIÓN)

Considerando ser uno de los principios más elementales de obstetricia, por nadie negado, que la naturaleza de cada mujer no reserva á todos los embarazos exactamente al mismo tiempo de duración, terminando naturalmente unos antes y otros después, por lo cual es imposible á la Medicina fijar con exactitud, en cada caso, cuando ha de terminar espontáneamente y, por consecuencia, cuando se puede provocar un parto sin exponerse á restarle el feto muchos días, á veces más de un mes, de estancia en el claustro materno, lo cual supone, aun con las prácticas mejor intencionadas, un atentado á las condiciones de resistencia, y, por lo tanto, á la vida de tan tiernos y delicados seres.

Considerando que la recomendación y aplicación de este procedimiento de asistencia á los partos normales, supondría lo que no hay derecho á suponer, á saber: que en la cloroformización profunda, provocación violenta del parto, dilataciones forzadas del cuello y aplicaciones del forceps no hay peligro alguno, por lo cual, y teniendo presente lo que sobre todas estas acciones han establecido la práctica de todos los pueblos, el consejo de todas las autoridades y los principios de la ciencia puede aceptarse como un axioma que cien mujeres bien conformadas, cuyos partos anteriores hayan sido normales, estén sanas y en ellas todo vaya bien, dando á luz en despojado, sin asistencia de médicos ni comadronas, presentarán una proporción menor de complicaciones y casos desgraciados que si fueren asistidas por eminencias médicas dadas á tales novelerías; pues cuando la naturaleza lo prepara bien todo para realizar una función suya, hay que dejarla entregada á sus maravillosos recursos, que ya con ser suyos tienen razón sobrada para ser superiores á los del arte.

Considerando que el Colegio Médico de Valencia y la Sociedad Ginecológica Española, de acuerdo con los principios universalmente admitidos en obstetricia, declaran no ser aceptable lo siguiente:

1.º Abreviar un embarazo normal sin indicaciones distócicas ó médicas que lo justifiquen

2.º Violentar la dilatación del cuello cuando ésta se realiza fisiológicamente.

3.º Aplicar el forceps á la criatura cuando hay una presentación y parto normales.

4.º Afrontar los riesgos de cloroformizaciones profundas, infecciones y manipulaciones traumáticas, cuando todo es normal en la mujer y en la marcha de su parto.

Y considerando que si las leyes y las costumbres autorizan á confiar á los médicos la vida, la honra y los intereses de los ciudadanos, es á cambio de que los profesores correspondan á este derecho procurando realizar su delicadísima misión con el mayor conocimiento y prudencia posibles, para conseguir siempre que no se produzca daño alguno cuando no exista; y, cuando se pueda, que se remedie en lo posible el que las fatalidades de la vida humana hubieren producido; sin que profesor alguno, por eminente y extraordinario que se considere, tenga derecho á profanar los respetos debidos al cuerpo humano ni á comprometer su vida con temeridades ni osadías que rechace la conciencia médica general, porque con ello se íaltaría á la misión esencial de la Medicina, y se justificarían leyes especiales sobre responsabilidad médica, que serían necesarias si las temeridades y novelorías de la concurrencia profesional careciesen del necesario freno:

La Dirección General de Sanidad tiene á bien manifestar lo siguiente:

1.º Que reconoce la laboriosidad, el entusiasmo por el progreso y la buena fe con que D. Miguel Orellano ha procedido en su deseo de adelantar las prácticas de la obstetricia, y se abstiene de juzgar la exactitud y el mérito de sus inventos y doctrinas por corresponder esto á la ciencia.

2.º Que considera condenable en absoluto toda modificación y manipulación, cualquiera que ellas fuesen, y procedan de quien procedan, que sin indicaciones médicas suficientes, y previa consulta entre Profesores de Medicina, allí donde fuese posible, determinen la provocación del parto en casos de embarazo normal, ni una hora antes de lo que la naturaleza de la mujer determine, considerando á toda mujer embarazada respetable en absoluto.

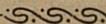
3.º Que es asimismo condenable el que se practiquen operaciones violentas sobre la mujer y la criatura en partos de marcha normal

4.º Que cuando se provoque el parto en embarazos normales y se realicen maniobras operatorias innecesarias en los partos asimismo fisiológicos, se debe pasar el tanto de culpa á los Tribunales para que depuren las responsabilidades que procediesen, muy singularmente si estas intervenciones innecesarias hubiesen causado accidentes á la madre ó á la criatura; y

5.º Que se recomienda á los Colegios médicos y á las Autoridades sanitarias que, cumpliendo su fin moralizador en el ejercicio de la práctica profesional combatan y persigan toda clase de intervenciones injustificadas y temerarias en los embarazos y partos cuando las condene una severa moral médica.

Lo que comunico á V. S. para su conocimiento y fines consiguientes.—Dios guarde á V. S. muchos años.—Madrid 21 de Febrero de 1902.—El Director general, *A. Pulido*.

Sr. Gobernador Civil de la provincia de...



## NOTICIAS

---

### 22.º suplemento á La Oficina de Farmacia

Acaba de publicarse el tomo correspondiente al presente año de esta importante obra, que tan gran aceptación tiene entre la clase farmacéutica.

La obra, editada por los Sres. Bailly-Baillièrè é Hijos y redactada por los Dres. Joaquín Olmedilla y D. Filiberto Soria, es un resumen de cuantos adelantos ha hecho la ciencia farmacéutica en el período transcurrido desde la publicación del anterior *Suplemento*, constituyendo un balance á donde puede acudir el profesor en su práctica, en la seguridad de que ha de serle útil en los casos que necesite su auxilio, no acudiendo en vano á sus páginas.

En ella se dan á conocer los cuerpos últimamente descubiertos, ensayos y análisis de la urea por dos nuevos ureómetros, así como uno de los procedimientos modernos usados en las substancias nuevas y en las ya conocidas, más de doscientas fórmulas de reconocido valor y mérito, parte legislativa publicada en el último año y recopilación de cuanto en el mismo han publicado revistas nacionales y extranjeras de interés profesional.

Largo sería enumerar el contenido de esta obra; mas siendo sobradamente conocida de los señores farmacéuticos, nos limitamos á lo indicado y á consignar que el año transcurrido no ha sido estéril para la ciencia, á juzgar por la abundante é instructiva materia de que consta el libro.

Recomendádoselo á nuestros lectores como una obra de verdadero mérito científico, á la par que de poderoso auxiliar en el ejercicio de la profesión, creemos cumplir un deber.

---

# BENEFICENCIA É HIGIENE MUNICIPALES

◆ EN ◆

*algunas poblaciones de España* ✻

— POR —

✻ JOSÉ GARCÍA DEL MORAL

1901.—SANTANDER

**DISCURSO LEÍDO**

EN LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE BARCELONA

*en el acto de la recepción del académico electo*

**Dr. D. Mariano Batlles y Bertrán de Lis**

♦♦

**DISCURSO DE CONTESTACION**

DEL

**Dr. D. Miguel A. Fargas y Roca**

ACADÉMICO NUMERARIO

# OBRAS PUBLICADAS

POR EL

**Dr. VIÑETA BELLASERRA**

---

**Técnica de la auscultación pulmonar**, para uso de los estudiantes en Medicina, por el doctor Lasègue, versión española por J. Viñeta Bellaserra.—Año 1881. Barcelona.

**La Difteria de la piel.**—Unico folleto completo en su clase.—Año 1882. Barcelona.

**La sífilis como hecho social punible** y como una de las causas de la degeneración de la raza humana.—Año 1886. Barcelona.

**Profilaxia de la Sífilis en el niño y la nodriza**, por medio de la lactancia animal, particularmente en las Maternidades y Casas de Expósitos.—Año 1889. Barcelona.

**Argentona y sus aguas minero-Medicinales.**—Año 1890. Barcelona.

**Le Naphtol dans les maladies de la peau.—Action de l'Acide picrique sur la peau étudiée au point de vue médico-légal.**—Año 1892.—(*Extrait du Comptes Rendus du Congrès de Paris, Août 1889.*) Barcelona.

**Los Epiteliomas cutáneos.**—Año 1899. Barcelona.

**La Higiene en la Primavera y sus relaciones con el funcionalismo cutáneo.**—Año 1900. Barcelona.

DOMICILIO DEL AUTOR:

**CALLE CÓRTEZ, 258, 2.º BARCELONA**

(ENTRE EL PASEO DE GRACIA Y LA RAMBLA DE CATALUÑA)

# AGENDA MÉDICO-QUIRÚRGICA

DE BOLSILLO

Ó

MEMORÁNDUM TERAPÉUTICO, FORMULARIO MODERNO

Y DIARIO DE VISITA

PARA 1902

Y USO DE LOS MÉDICOS, CIRUJANOS Y FARMACÉUTICOS

BAJO LA DIRECCIÓN FACULTATIVA

**DEL Dr. D. GUSTAVO REBOLES Y CAMPOS**

CONTIENE: *El diario en blanco, para la anotación de las visitas que se tengan que hacer, el número de ellas y la clase de servicios prestados, así como el nombre y domicilio de los clientes y honorarios que se perciban.*—Calendario.—Tarifa de correos.—Memorándum de terapéutica médico-quirúrgica y obstétrica.—Formulario magistral y de medicamentos modernos.—Tablas de posología.—Venenos y contravenenos.—Aguas minerales.—Leyes y decretos publicados el año anterior.—Escuelas y Facultades.—Academias de toda España.—Cuerpo de Sanidad militar.—Sección de Sanidad de la Armada.—Cuadros generales de la enseñanza de las Facultades de Medicina, Farmacia y Veterinaria de toda España.—Arancel de derechos que devengan los médicos.—Sociedades médicas.—Colegio de Farmacéuticos.—Médicos forenses.—Hospitales.—Museos.—Periódicos.—Lista de los facultativos.—Calles.—Tarifa de coches y tranvías, con las últimas salidas de éstos.

## MEDICAMENTOS

Una nomenclatura de medicamentos nuevos

PRECIOS	EN MADRID	EN PROVINCIAS
	<i>Pesetas</i>	<i>Pesetas</i>
En tela á la inglesa. . . . .	2'50	
Con seda y cantos dorados, Agenda dividida en dos partes. . . . .	3'50	
Con papel moaré, Agenda dividida en dos partes. . . . .	2'50	3 00

## PUBLICACIONES RECIBIDAS

*Agua de Vila-roja*, «Font de la pólvora». Análisis cualitativo y cuantitativo por el Dr. D. José Casares Gil y *Notas para su estudio médico*, por José Pascual y Prats. Gerona, 1902. Dos ejemplares.

*Profilaxis de la Tuberculosis*. Bilbao, 1902. Un ejemplar.

*Informe que el Dr. del Observatorio Meteorológico Central* ing. Manuel E. Pastraña rinde al Secretario de Fomento sobre las observaciones ejecutadas durante el eclipse total de sol de 28 de Mayo de 1900. México. Texto-Atlas, 1901.

*Sesión pública* aniversario sexagésimo segundo de la fundación del Instituto Médico Valenciano celebrada el día 10 de Mayo de 1902. Valencia.

### PERIODICOS

#### **Barcelona.**

La Independencia Médica, Junio, 1 y 11, núms. 16 y 17.

Boletín Farmacéutico, Junio, núm. 247.

La Práctica de Farmacia, Junio, 15 y 30, núms. 45 y 46.

Gaceta Médica Catalana, Junio, 15 y 30, números 588 y 590.

El Restaurador Farmacéutico, Junio, 15 y 30, núms. 11 y 12.

Arquitectura y Construcción, Junio, número 119.

Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría, Junio, 10 y 25, núms. 11 y 12.

Archivos Latinos de Rinol.aring. Otológ., Mayo y Junio, núm. 117.

La Medicina de los Niños, Junio, núm. 80.

Boletín Clínico de la Casa de Salud de Ntra Sra. del Pilar, Junio, núm. 33.

Revista de Medicina y Cirugía, Junio, 25, núm. 6.

Revista de Medicina y Cirugía, Junio, 25, núm. 6.

#### **Madrid.**

Boletín de la Sociedad protectora de los niños, Junio.

Revista de Medicina y Cirugía práctica, Junio, 7, 14, 21 y 23, núms. 741, 742, 743 y 744.

El Jurado Médico Farmacéutico, Junio, 7, 14, 21 y 28, núms. 21, 22, 23 y 24.

La Farmacia Española, Junio, 5 y 26, números 23, 24, 25 y 26.

El Español, Junio.

La Medicina Militar Española, Junio, 10 y 25, núms. 152 y 153.

Boletín del Ayuntamiento, Junio, 1, 8, 15, 22, y 29, núms. 283, 284, 285, 286 y 287.

Revista mensual de Medicina, Cirugía, Farmacia y Veterinaria, Junio, núm. 6.

Revista de Sifiliografía y Dermatología, Junio, núm. 42.

La Razon, Junio.

La Voz del Instituto Médico-moderno, Junio, núm. 17.

Revista de Medicina Contemporánea, Junio, núm. 328.

Revista Médico-hidrológico Española, Mayo, núm. 8.

La Oficina de Farmacia Española.

#### **Bilbao.**

Gaceta Médica del Norte, Junio, núm. 90.

#### **Castellón.**

Boletín de los Colegios de Médicos y de Farmacéuticos, Junio, 1 y 15, núms. 59 y 60.

#### **Ferrol.**

Boletín del Colegio Médico; Junio.

#### **Gerona.**

Boletín del Colegio Médico, Junio, núm. 6.

#### **Lérida.**

Boletín Médico, Junio, núm. 3.

#### **Logroño.**

Estadística Demográfica-Sanitaria, Junio.

#### **Pamplona**

La Región médica-farmacéutica Vasco-Navarra, Junio, núm. 223.

#### **Palma (Baleares.)**

Revista Balear de Ciencias Médicas, Junio, 10, 20 y 30, núms. 472, 473 y 474.

#### **Santander.**

Lectura popular de higiene, núm. 1.

#### **Sevilla.**

Revista Médica, Junio, 15 y 30, núms. 465 y 466.

#### **S. Fernando (Cádiz)**

La Medicina práctica, Junio, 15, núm. 4.

#### **Segovia.**

Boletín del Colegio de Médicos y de Farmacéuticos, Mayo y Junio, núms. 8 y 9.

#### **Toledo.**

Boletín del Colegio de Médicos, Junio, núm. 6.

#### **Portugal (Lisboa).**

A Medicina Contemporânea, Junio, 1, 8, 15, 22 y 29, núms. 22, 23, 24, 25 y 26.

Jornal da Sociedade Farmacéutica Lusitana, Mayo y Junio, núms. 5 y 6.

Revista Militar, Junio, 30, núm. 9.

#### **Francia (Paris).**

Le Progrès Médical, Junio, 7, 14, 21, y 28, núms. 23, 24, 25, y 26.

Boletín hebdomadaire de Statistique municipale, núm. 24, Junio.

Le Mois Médico Chirurgical, Junio, núm. 6.

La Medecine Scientifique, Junio, núm. 18.

Journal d'Hygiene, Junio, núm. 1276.

La Dosimetrie, Junio, núm. 6.

Archives de Medecine et de Chirurgie speciales, Abril, núm. 4.

Recueil trimestrel de Statistique Municipale, tercer trimestre de 1901.

#### **Italia**

Firenze. Bollettino d'Oculistica, Junio, 1 y 15, núms. 11 y 12.

#### **Rumania (Bukarest).**

Spitalul, Junio, núm. 11.

#### **Estados Unidos.**

Michigan. Modern Medicine, Mayo, núm. 5.

#### **R. del Salvador (San Salvador).**

La Clinica, Marzo, núm. 10.

#### **México.**

México. Boletín del Consejo superior de Salubridad, Marzo, 31, núm. 9.

La escuela de Medicina, Mayo, 15, núm. 10.

Gaceta Médica Abril, 1 y 15, núms. 9 y 10.

Boletín mensual del Observatorio meteorológico Central, Agosto, 1901.

Boletín del Instituto patológico, Mayo y Junio, núms. 9 y 10.

Toluca. Boletín del Instituto Científico y Literario, Mayo, núm. 3.

#### **República Argentina (Buenos Aires).**

Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, Mayo, núm. 9.

La Semana Médica, Junio, 5, y 12, números 425 y 429.

Anales del Departamento Nacional de Higiene, Junio, núm. 9.

Creemos oportuno advertir á nuestros compañeros que con el uso del **Jarabe de hipofosfitos de CLIMENT** (hierro, calcio sodio, estriquina y cuasina), no se corre el riesgo de una intoxicación, porque siendo claro y transparente no precipita substancia alguna como sucede con composiciones similares.

ESPECIALIDADES  
DE LA  
GRAN FARMACIA AMARGÓS

Premiadas con **Medalla de Plata** en la *Exposición Universal de Barcelona, 1888*, y con **Gran Diploma de Honor** en la *Internacional de Suez, 1897*.

**Vino Vital Amargós** al extracto de *Acanthea virilis* compuesto. Es un excitante poderoso de las energías cerebro-medulares y gastro-intestinales y un excelente afrodisíaco.

**Vino Amargós.** Tónico nutritivo. Preparado con **Peptona, Quina gris, Coca del Perú y Vino de Málaga.**

**Vino Nuez de Kola Amargós.** Tónico Neurosténico. Alimento de Ahorro.

**Vino Yodo-Tánico Fosfatado Amargós.** Cada cucharada de 15 gramos contiene 5 centigramos de yodo, 10 centigramos de Tanino y 30 centigramos Lacto fosfato de cal.

**Elixir Polibromurado Amargós.** Los bromuros Estróncico, Potásico, Sódico y Amónico, asociados con sustancias tónico-amargas. Una cucharada de 15 gramos contiene 50 centigramos de cada bromuro.

**Elixir Tridigestivo Amargós.** Eupéptico y Antigastrálgico. Cada cucharada de 15 gramos contiene 50 centigramos de Pepsina, 50 centigramos de Pancreatina y 30 centigramos de Diastasa.

**Elixir Clorhidro-Pépsico Amargós.** TÓNICO DIGESTIVO. Pepsina, Colombo, Nuez vómica y Acido clorhídrico.—Cada cucharada de 15 gramos contiene un gramo de Pepsina pura, 5 centigramos Tintura Nuez vómica y 5 centigramos Acido clorhídrico.

**Pastillas Amargós** de Borato sódico, clorato potásico y cocaína. Cada pastilla contiene 10 centigramos de borato sódico, 10 centigramos de Clorato-potásico y 5 miligramos Clorhidrato de Cocaína.

**Tonicina Amargós.** A base de Fosfato-glicerato de cal puro granulada.—A la cabida del tapón-medida corresponden 30 centigramos de Fosfo-glicerato de cal.

**Carbonato de Litina Amargós.** Granular efervescente. La cabida del tapón-medida equivale a 20 centigramos de carbonato de litina.

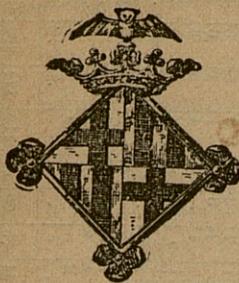
**Kola granulada Amargós.** LA KOLA GRANULADA AMARGÓS contiene todos los principios activos de la Nuez de Kola, Teobromina, Rojo de Kola, Tanino y Cafelna.

DEPÓSITO GENERAL  
GRAN FARMACIA AMARGÓS

Abierta toda la noche

Plaza de Santa Ana, núm. 9, esquina á la calle Santa Ana

BARCELONA



# BOLETÍN ESTADÍSTICO

Barcelona: Julio de 1902

## SITUACIÓN DE BARCELONA

(DETERMINADA POR LA REAL ACADEMIA DE CIENCIAS Y ARTES)

Latitud geográfica. 41° 22' 59" N.

Longitud. . . . . 0h 23m 25s 9 E. de Madrid

*Accidentes auxiliados en los Dispensarios, clasificados por la causa que los produjo y sexo, mes de Junio de 1902.*

DISPENSARIOS	FORTUITOS										Á MANO AIRADA				VOLUNTARIOS		Total general. . . . .		
	Trabajo. . .		Atropello por carruaje. . .		Máquina. . .		Hordeduras		Otras causas. . . . .		Total. . . . .	Agresión		Riñas. . . . .		Total. . . . .		Total. . . . .	
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.		V.	H.	V.	H.				V.
De las Casas Consistoriales. . . . .	.	.	.	.	.	.	.	.	32	16	48	21	13	.	.	34	.	.	82
De la Barceloneta. . . . .	26	10	.	.	12	2	.	.	.	.	50	18	2	.	.	20	.	.	70
De Hostafranchs. . . . .	6	.	1	1	.	.	5	.	23	3	39	1	2	.	.	3	1	1	44
De Santa Madrona. . . . .	8	.	1	.	.	.	7	.	45	13	74	13	3	7	5	28	1	1	103
De la Universidad. . . . .	19	5	20	.	6	3	4	2	34	14	107	8	6	2	.	16	1	1	124
Del Parque. . . . .	2	.	.	.	.	.	.	.	8	3	13	.	.	.	.	.	.	.	13
De Gracia. . . . .	4	.	2	1	.	.	3	.	23	11	44	7	3	6	4	20	.	1	65
Del Taulat. . . . .	6	4	2	1	2	.	1	1	2	.	13	2	.	.	.	2	.	.	21
De San Andrés. . . . .	4	.	.	1	.	2	1	1	7	4	20	1	.	4	.	5	.	.	25
De Sans. . . . .	.	.	.	.	.	.	.	.	8	3	11	3	1	3	1	8	.	.	19
De San Gervasio. . . . .	.	.	.	.	.	.	.	.	1	3	4	.	.	2	2	4	.	.	8
De San Martín. . . . .	2	3	.	.	.	.	1	.	4	4	10	1	.	2	.	3	3	1	17
De Las Corts. . . . .	.	.	.	.	.	.	.	.	1	3	4	.	.	2	2	4	.	.	8
Totales. . . . .	77	22	26	4	20	7	22	4	184	77	443	75	80	26	16	147	5	4	599









## ESTADO MODELO NUMERO 3

RESUMEN numérico de matrimonios, nacimientos y defunciones ocurridos en los partidos judiciales de Barcelona durante el mes de Junio de 1902 (1)

DESIGNACIÓN ALFABÉTICA	MATRIMONIOS										NACIMIENTOS				DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR (2)																						
	CLASIFICADOS POR EDADES DE LOS CONTRAYENTES										Consang. Tíos con sobrinos ó viceversa		Legítimos		Legítimos		Total general		SEXOS		ESTADOS		EDADES										Enfermedades infecciosas				
	VARONES					HEMBRAS					Total	Otros grados. Primos hermanos.	V	H	V	H	V	H	Solteros	Casados	Viudos	En el útero materno	Hasta 5 meses	DE MÁS DE										Reumatismo	Paludismo		
	DE MÁS DE		DE MÁS DE			DE MÁS DE		DE MÁS DE		DE MÁS DE														DE MÁS DE		DE MÁS DE		DE MÁS DE		DE MÁS DE		DE MÁS DE				DE MÁS DE	
Distritos	Hasta 20 años.	20 a 30.	30 a 40.	40 a 50.	50 a 60.	60.	Hasta 20 años	20 a 30.	30 a 40.	40 a 50.	50 a 60.	60.	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H			
Atarazanas..	24	1	3				8	15	3	2		23	47	49	6	10	112	89	84	103	47	18	17	17	56	3	5	10	7	18	22	27	3				
Hospital...	33	11					12	5	7	4	3	47	59	58	6	4	127	90	73	103	43	17	11	16	51	7	5	4	5	17	26	30	2				
Norte.....	100	8	9				34	77	16	4	1	135	158	131	8	15	311	141	118	131	87	41	20	22	15	13	8	8	16	33	51	41	12				
Parque....	59	12	2				7	41	4	1	1	55	80	80	9	5	174	71	84	71	58	26	12	12	23	7	7	7	3	16	37	35	7				
Universidad.	23	8					8	21	3	5		36	86	74	5	9	174	95	82	98	49	30	19	19	31	6	9	7	6	23	36	9					
<b>TOTALES..</b>	<b>9 219</b>	<b>45</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>3</b>		<b>69 179</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>301</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>430 392</b>	<b>34</b>	<b>42</b>	<b>898</b>	<b>486</b>	<b>441</b>	<b>511</b>	<b>234</b>	<b>132</b>	<b>79</b>	<b>66</b>	<b>212</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>86</b>	<b>31</b>	<b>112 172</b>	<b>162</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

DESIGNACIÓN ALFABÉTICA	DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR																																						
	Enfermedades infecciosas												ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS												Total parcial														
	Aclomomicosis	Pelegra	Otras	Total parcial	Viruela	Sarampión	Escarlatina	Erisipela	Tifoides	Influenza ó grippe	Puerperales	Disenteria	Coqueluche	Difteria	Tuberculosis	Lepra	Sifilis	Carbunco	Hidrobia	Cólera	Fiebre amarilla	Tétanos	Otras	V			H												
																									V	H		V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
Distritos	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H					
Atarazanas..					1																																		
Hospital...					1																																		
Norte.....					1																																		
Parque....					1																																		
Universidad.					1																																		
<b>TOTALES..</b>					<b>5</b>																																		

## CONCLUSIÓN DEL ESTADO MODELO NÚMERO 3

DESIGNACIÓN ALFABÉTICA		DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR																																
		ENFERMEDADES COMUNES																MUERTE VIOLENTA										Total general						
		DE LOS APARATOS												Otras generales.				Total par- cial		Accidente.		Suicidio.		Homicidio.		Ejecuciones de justicia.				Total par- cial				
		Cancerosas.		En el clausuro ma- lerno.		Accidentes de la den- tición.		Circulatorio.		Respiratorio.		Digestivo.																				Genito-urinario.		Locomotor.
Distritos		V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.			
Atarazanas.	1	6	6	11	.	.	6	4	17	19	20	13	1	4	.	.	14	18	1	1	66	76	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	95	95
Hospital.	3	6	7	4	.	.	3	5	15	13	16	13	3	.	.	.	14	19	.	.	61	60	2	.	.	.	.	.	.	2	.	97	77	
Norte.	3	4	9	11	.	.	17	17	28	11	27	23	4	3	.	.	24	19	2	2	114	90	4	1	.	.	.	.	.	4	1	150	124	
Parque.	3	3	3	9	.	.	7	14	10	10	8	7	6	5	.	.	13	21	3	3	53	72	2	.	.	.	.	.	.	2	.	74	93	
Universidad.	2	2	12	7	.	.	12	11	15	12	13	16	1	1	.	.	19	15	5	1	79	66	1	.	.	.	.	.	.	1	.	107	89	
<b>TOTALES.</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	.	.	<b>45</b>	<b>51</b>	<b>85</b>	<b>66</b>	<b>84</b>	<b>72</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	.	.	<b>84</b>	<b>92</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>373</b>	<b>364</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	.	.	.	.	.	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>523</b>	<b>483</b>	

DR. LUIS COMENGE

(1) Se consignarán en este estado los Ayuntamientos por orden alfabético, después de comprobadas las casillas de totales de los estados recibidos de los Médicos municipales y de corregirse los errores que se observen.

(2) Se ha adoptado esta clasificación atendiendo a la acción administrativa que debe ejercitarse en el régimen sanitario de la legislación vigente; y en este sentido, las enfermedades consignadas en el grupo de infecciosas excluyen toda medida sanitaria con relación a las personas y a las cosas de su uso; así como las del grupo de infecto-contagiosas implican la necesidad de ejecutar las disposiciones establecidas sobre aislamiento de las personas y desinfección de las materias contumaces y de las habitaciones de los enfermos.

## ASILO DEL PARQUE

### RECONOCIMIENTOS PRACTICADOS POR LOS FACULTATIVOS DEL DISPENSARIO ANEXO

*durante el mes de Junio de 1902*

	TURNO				Total de reconocimientos.	Días que representan los convencionales.	EDAD							ESTADO CIVIL			
	FIJO						Hasta 5 años.	De + de 5 á 15.	De + de 15 á 25.	De + de 25 á 40.	De + de 40 á 50.	De + de 50 á 60.	De + de 60 á 80.	De + de 80.	Solteros, comprendidas todas edades.	Casados.	Viudos.
	Diurno.	Nocturno.	Convencional.	Indefinido.													
Varones..	389	366	16	9	779	305	13	47	263	287	89	54	24	2	674	58	47
Hembras	32	19	1	1	53	15	5	7	4	16	12	4	4	1	25	10	18
TOTALES..	421	385	17	9	832	320	18	54	267	303	101	58	28	3	699	68	65

	NATURALEZA																									
	NACIONALES										EXTRANJEROS															
	Catalanes.	Aragoneses.	Valencianos.	Andaluces.	Castellanos	Gallegos	Vasco-navarros.	Murcianos.	Extremeños.	Leoneses.	Astrianos.	Isleños.	Franceses.	Italianos.	Resto de Europa.	Antillanos.	Africanos.	Asiáticos.	Americanos.	Venéreo-sifilis.	Sarna.	Tiña.	Oftalmías contagiosas.	Baños ordenados.	Desinfecciones ordenadas.	
Varones..	335	60	85	32	55	13	22	23	4	18	3	11	45	18	27	7	1	15	1	.	.	.	.	.	.	.
Hembras	22	10	2	4	3	2	4	3	1	1	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	
TOTALES..	357	70	87	36	58	15	26	26	5	19	4	12	45	18	27	8	1	15	1	.	.	1	.	.	.	

# ASISTENCIA PÚBLICA Y DESINFECCIÓN

*Servicios prestados por el Cuerpo Médico Municipal de Barcelona durante el mes de Junio de 1902*

LOCALES	Beridos auxiliados. . .	Operaciones practicadas . . . . .	Visitas gratuitas en el local . . . . .	Visitas a domicilio	Reconocimientos.		Certificaciones e informes. . . . .	Auxilios á embriagados. . . . .	Vacunaciones. . .	Servicios varios..	Totales parciales.
					á personas	A personas alienadas					
Dispensario de las Casas Consistoriales. . . . .	82	5	305	7	81	2	18	11	98	—	653
Id. de la Barceloneta. . . . .	70	64	2914	96	—	—	64	1	45	12	3266
Id. de Hostafranchs. . . . .	44	8	870	30	17	1	18	3	34	20	1045
Id. de Santa Madrona.. . . . .	103	58	2628	—	—	—	89	4	117	14	3013
Id. de la Universidad. . . . .	124	18	3229	—	30	1	30	2	64	—	3498
Id. del Parque. . . . .	13	1	131	2	—	—	10	—	96	13	266
Id. de Gracia.. . . . .	65	9	1093	1	25	—	25	—	39	4	1261
Id. de San Martín. . . . .	17	6	511	1	—	—	13	—	12	—	560
Id. del Taulat. . . . .	21	4	307	3	—	—	41	11	64	—	451
Id. de San Andrés. . . . .	30	4	598	6	2	—	1	7	24	9	681
Id. de Sans. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Id. de San Gervasio. . . . .	8	—	—	—	—	—	—	—	13	—	21
Id. de Las Corts. . . . .	8	7	18	4	—	—	2	5	42	—	85
Asilo del Parque. . . . .	—	2	3792	—	1018	2	11	—	12	—	4827
Beneficencia domiciliaria. . . . .	—	4	—	13870	—	—	250	—	—	352	14476
TOTALES GENERALES. . . . .	584	190	16386	14020	1173	6	572	44	660	424	34059

Servicios de vacunación y revacunación durante el mes de Junio 1902

CENTROS	VACUNACIONES						Resultado			REVACUNACIONES						Resultado			Certificados expedidos...
	De 1 año.	De 1 a 5..	De 5 a 10..	De 10 a 15..	De + 15..	Total...	Positivo..	Negativo..	Ignorado..	De 10 años..	De 10 a 15..	De + 15..	Total...	Varones..	Hembras..	Positivo..	Negativo..	Ignorado..	
Dispens.º Casas Consist..	46	34	8	8	91	50	41	16	75	10	10	5	5	5	5	2	1	7	94
Idem de la Barceloneta..	24	10	8	2	45	25	20	30	5	10	10	5	5	5	5				
Idem de Hostafrancs..	9	20	4	1	34	18	16	10	24										
Idem de Santa Madrona..	55	66	10	1	133	80	53	17	116										39
Idem de la Universidad..	24	30	4		58	40	18	30	28	8	8	3	5	5	5				32
Idem del Parque..	42	46	6	1	95	41	54	15	72										25
Idem de Gracia..	23	11	3		37	22	15		37	2	2	1	1	1	1				13
Idem de San Martín..	3	6	1	1	11	8	3		11	1	1	1	1	1	1				41
Idem del Taulat..	25	30	6	2	64	28	36	21	43										
Idem de San Andrés..	7	6	9	2	24	11	13		24										
Idem de Sans..	3	2	2	1	8	1	7		8										
Idem de San Gervasio..	2	5	6		13	7	6		13										
Laboratorio Microbiológ.º	41	16	4	2	64	27	37	28	36										
Dispensario de las Cortes	4	9	29		42	34	8	39	3	4	4	4	4	4	4	2	2		
Cárceles y Correccional..																			
TOTALES..	303	291	100	16	719	392	327	203	497	21	4	2	27	13	14	4	3	20	244

**Servicios prestados por el Laboratorio Microbiológico durante el mes de Junio de 1902**

Consultas de personas mordidas por animales..	101
Personas vacunadas contra la rabia..	23
Curaciones de heridas causadas por animales..	42
Perros vagabundos cazados en las calles de la ciudad..	340
Perros devueltos a sus dueños pagando la multa..	3
Perros entregados a la colección zoológica del Parque..	3
Perros entregados a la Facultad de Medicina..	4
Perros asfixiados..	344
Animales conducidos por sus dueños a las perreras de este Instituto para ser observados..	23
Individuos vacunados contra la viruela..	64

# DEMOGRAFIA MEDICA DE BARCELONA

COMPRENDIENDO LAS POBLACIONES AGREGADAS)

ESTADO de los enfermos asistidos en sus domicilios por los señores Facultativos del Cuerpo Médico Municipal, durante el mes de Junio de 1902.

CLASIFICACIÓN DE LOS ASISTIDOS POR EDADES Y PERÍODOS DE LA VIDA

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CONTAGIOSAS	Modifi- cación. Hasta 5 m.	1. <sup>a</sup> den- tición. De más de 5 m. a 5 a.		Transi- ción. De más de 5 a 6 años.		2. <sup>a</sup> den- tición. De más de 6 a 15.		Puber- tad. De más de 15 a 20.	Nubili- dad. De más de 20 a 25.	Virili- dad. De más de 25 a 40.	Virilidad decreta. De más de 40 a 60.	Senec- tud. De más de 60 a 80.		Dece- pitud. De más de 80 años.		Totales parcia- les.....		Totales generales..					
		V.	H.	V.	H.	V.	H.					V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.
		7.	H.	V.	H.	V.	H.					V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.
Viruela. } Altas. . . . . Muertos. . . . . En tratamiento.		4		2	1	2	1										10	6	16				
Sarampión. } Altas. . . . . Muertos. . . . . En tratamiento.	1	6	10	11	4	8											21	14	35				
Escarlatina } Altas. . . . . Muertos. . . . . En tratamiento.			1				1										1	1	2				
Angina y la- ringitis dif- térica. . . . .																							
Coqueluche. } Altas. . . . . Muertos. . . . . En tratamiento.		1	4	4	7	3	1										12	5	20				
Enfermedades tifoideas. . . . .	1	1	1	1	1	1	1	2									2	1	3				
Enfermedades puerperales. . . . .					2	1	3	1	2								7	10	17				
Intermiten- tes palúdicas. . . . .								1	1	1							1	2	3				
Disenteria. . . . .			1		1	1											8	3	11				
Sifilis. . . . .								2	1	1							2	1	3				
Grippe. . . . .	2		1	2	1	2	3	3	3	1	2						4	6	10				
Hidrofobia. . . . .				4	1			2	1	2	1		2				8	5	13				
Tuberculosis } Altas. . . . . Muertos. . . . . En tratamiento.		1	2	1	2	3	2	3	4	5	10	11	7	6			27	30	57				
Cólera. . . . .		1	7	3	3	1	1	2	6	2	15	14	20	23	19	8	1	10	18				
Otras enferme- dades infe- ciosas y con- tagiosas. . . . .	1	2					2	1		3	4	2	4		2		7	15	22				
<b>Totales parciales. . . . .</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>45</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>60</b>	<b>67</b>	<b>43</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>255</b>	<b>230</b>	<b>485</b>	
Enfermedades comunes. . . . .	13	8	80	19	21	29	38	49	40	64	31	65	50	88	67	74	35	40	2	4	327	440	767
<b>Totales parciales. . . . .</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>66</b>	<b>53</b>	<b>53</b>	<b>69</b>	<b>79</b>	<b>71</b>	<b>75</b>	<b>93</b>	<b>63</b>	<b>130</b>	<b>105</b>	<b>191</b>	<b>139</b>	<b>163</b>	<b>73</b>	<b>84</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>675</b>	<b>884</b>	<b>1559</b>

## RESUMEN

TOTALES PARCIALES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CONTAGIOSAS	3	6	41	37	45	20	23	11	23	18	24	35	60	67	43	27	3	8	1	255	230	485	
TOTALES PARCIALES DE ENFERMEDADES COMUNES. . . . .	15	15	66	53	53	69	79	71	75	93	63	130	105	191	139	163	73	84	7	5	675	884	1559
<b>Totales generales. . . . .</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>107</b>	<b>90</b>	<b>98</b>	<b>89</b>	<b>102</b>	<b>82</b>	<b>98</b>	<b>116</b>	<b>87</b>	<b>165</b>	<b>155</b>	<b>258</b>	<b>182</b>	<b>195</b>	<b>76</b>	<b>92</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>930</b>	<b>1114</b>	<b>2044</b>

Número de visitas efectuadas á estos enfermos, 13,370. — Han pasado al Hospital de Santa Cruz, 38. — Han pasado á la asistencia particular, 16. — Han pasado al Asilo del Parque, 2. — Certificaciones libradas, 250. — Operaciones practicadas, 4. — Inyecciones hipodérmicas, 1.

