

Núm. 10.

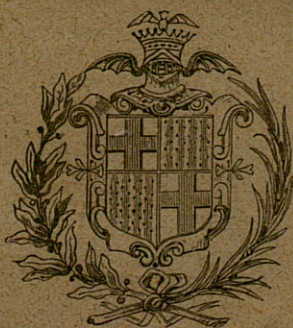
Año IV.

# GACETA SANITARIA

DE

## BARCELONA

(ÓRGANO DEL CUERPO MÉDICO MUNICIPAL)



OCTUBRE 1892

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

CASAS CONSISTORIALES



# CONSEJO DE REDACCION

---

DIRECTOR: Dr. Giralt (D. Pelegrín).

## REDACTORES

Dr. Comenge (D. Luís).

» Farriols (D. Agustín).

» Grau (D. Rosendo de).

» Jaques (D. Eugenio).

Dr. Llorens (D. Ignacio).

» Pi y Gibert (D. Augusto).

» Ronquillo (D. Carlos).

Secretario de la Redacción: Dr. Nogués (D. Francisco de A.)

---

## CONDICIONES DE LA SUSCRIPCIÓN

---

<i>España y Portugal.</i> . . . . .	5	<i>ptas. año.</i>
<i>Extranjero.</i> . . . . .	7 <sup>50</sup>	» »
<i>Ultramar.</i> . . . . .	10	» »

## PAGO ANTICIPADO

---

La **Gaceta Sanitaria de Barcelona** se publicará el día 10 de cada 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 a las Oficinas del periódico.

---



# ELIXIR

Coca del Perú, nogal y Colombo

É HIPOFOSFITOS

PREPARADO POR

**GORGOT** (farmacéutico)

Rambla de las Flores, 8

**BARCELONA.**



Las experiencias que á solicitud nuestra han verificado varios médicos de Barcelona y otros puntos, nos han animado á ofrecer un producto capaz de satisfacer los deseos del más exigente facultativo, por cuanto observarán con ventaja la acción tónico-analéptica, digestiva y reconstituyente, superando á muchos preparados de aplicación idéntica.

*Frasco, 3 pesetas.*

DOSIS.—Una cucharada grande para los adultos, y pequeña para los niños antes de las comidas, mezclada con partes iguales de agua.

---

*Se expende en las principales farmacias.*

---

Depósito general, Farmacia Gorgot.—BARCELONA.



GRAN FABRICA DE CAPSULAS EUPÉPTICAS DOSIFICADAS

# MIL PESETAS

AL QUE PRESENTE

## CÁPSULAS DE SÁNDALO

mejores que las del DR. PIZÁ, de Barcelona, y que curan más pronto y radicalmente las ENFERMEZAS URINARIAS, sobre todo la blenorragia si va acompañada de hemorragia. Catorce años de éxito, premiadas con medalla de oro en la Exposición Universal de 1888. Unicas aprobadas y recomendadas por las Reales Academias de Medicina de Barcelona y de Mallorca: varias corporaciones científicas y renombrados prácticos diariamente las prescriben, reconociendo ventajas sobre todos sus similares.—Frasco 14 rs.

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

Cápsulas eupépticas de	Rs.	Cápsulas eupépticas de	Rs.
Aceite fosforado. . . . .	10	Eter sulfúrico. . . . .	8
Aceite de hígado de bacalao puro. . . . .	10	Eucaliptol. . . . .	10
Aceite de hígado de bacalao creosotado. . . . .	12	Eucaliptol iodoformo y creosota. . . . .	12
Aceite de hígado de bacalao iodo-ferruginoso. . . . .	12	Eucaliptol iodoformo y guayacol. . . . .	12
Aceite de hígado de bacalao bromo-iodado. . . . .	12	Hemoglobina soluble. . . . .	12
Aceite de enebro. . . . .	8	Extracto de cubebas. . . . .	12
Aceite de hígado de bacalao.—Bálsamo de Tolú y Creosota. . . . .	10	Extracto de helecho macho. . . . .	14
Aceite mineral de Gabian. . . . .	9	Extracto de hojas de matico. . . . .	10
Aloes sucotrinio. . . . .	8	Extracto de ratania y matico. . . . .	10
Apiol. . . . .	8	Febrífugas de bromhidrato de quinina y eucaliptol. . . . .	10
Bálsamo peruviano. . . . .	10	Fosfato de cal y de hierro. . . . .	10
Bisulfato de quinina. . . . .	8	Gomo-resina asafétida. . . . .	8
Bisulfato de quinina y arseniato-sódico. . . . .	8	Guayacol. . . . .	10
Brea, Bálsamo de Tolú y Creosota. . . . .	10	Guayacol iodoformo. . . . .	12
Brea vegetal. . . . .	8	Hierro reducido por el hidrógeno. . . . .	9
Bromuro de alcanfor. . . . .	10	Hipnoso. . . . .	10
Bromuro de quinina. . . . .	9	Ioduro de azufre soluble. . . . .	10
Cloroformo puro. . . . .	3	Iodoformo. . . . .	10
Contra la jaqueca (bromuro de quinina, paulinia y belladona). . . . .	12	Lactato de hierro y manganese. . . . .	10
Copaiba puro de Maracaibo. . . . .	12	Mlrol. . . . .	10
Copaiba y esencia de sándalo. . . . .	20	Morrhual. . . . .	10
Copaiba, esencia de sándalo y cubebas. . . . .	20	Morrhual creosotado. . . . .	14
Copaiba y cubebas. . . . .	16	Morrhual hiposfosfitos y cuasina. . . . .	16
Copaiba, cubebas y hierro. . . . .	16	Morrhual, fosfato de cal y cuasina. . . . .	14
Copaiba y brea vegetal. . . . .	14	Morrhual iodo ferruginoso. . . . .	14
Copaiba y matico. . . . .	16	Monosulfuro de sodio. . . . .	10
Copaibato de sosa y brea. . . . .	16	Pectorales de Tolú, clorato de potasa, óxido de antimonio y codeina. . . . .	8
Creosota de Haya. . . . .	12	Pepsina y diastasa. . . . .	12
Ergotina Bonjean. . . . .	8	Pepsina y pancreatina. . . . .	12
Esencia de eucaliptus. . . . .	10	Pepsina pancreatina y diastasa. . . . .	10
Esencia de copaiba. . . . .	12	Peptona de carne. . . . .	10
Esencia de trementina bi-rectificada. . . . .	8	Quina y hierro. . . . .	10
Esencia de cubebas. . . . .	16	Sulfuro de carbono. . . . .	8
Esencia de matico. . . . .	20	Sulfuro de carbono y iodoformo. . . . .	12
Esencia de sándalo puro. . . . .	14	Sulfato de quinina. . . . .	8
Etelorado de asafétida. . . . .	10	Terpinol. . . . .	10
Eter amilico valerianico. . . . .	10	Tenicidas (extr ° 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. PIZA

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 PIZA, Plazas del Pino, 6, y Beato Oriol, 1.—BARCELONA.**



# Fábrica de Apósitos de Pablo Hartmann

Especialidades  
en algodones antisépticos  
vendas, etc.  
Artículos ortopédicos  
Aparatos electro-médicos  
Aparatos para desinfección  
Aparatos sanitarios



Marca registrada

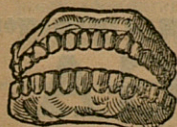
instrumentos para la Cirujía  
Campanas y aparatos  
pneumáticos  
Laboratorios farmacéuticos  
Cocinas y lavaderos mecánicos  
para Hospitales  
Especialidades en artículos  
farmacéuticos

## BARCELONA

Premiados en distintas Exposiciones Universales con catorce Medallas

### BAUTISTA COSTA

— DENTISTA —



Construye dientes y dentaduras completas de doble presión, en oro y caoutchouc sistema americano. Empastes finos y orificaciones con oro cristalizado de los Estados-Unidos. Extracción de muelas y demás operaciones de la boca por la ELECTRICIDAD.

Calle de la Librería, núms. 10 y 12, piso 2.º—BARCELONA

#### NOVÍSIMO MANUAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA

**MEMORANDUM DE TERAPÉUTICA, de Materia médica y de Farmacología,** para la Licenciatura y el Doctorado en las Ciencias Médicas, por el catedrático Pablo LEFERT; traducida al castellano por D. Eduardo Sánchez y Rubio, licenciado en Medicina y Cirugía. «Ha parecido útil poner á disposición de los estudiantes de Medicina una serie de *Memorandums* que comprenderán las materias de los exámenes y que aparecerán sucesivamente en breve plazo. En estos *Memorandums* el autor hace gala de pasar revista á todo cuanto se refiere á un asunto dado, sin omitir nada, de manera que al examinando no le sorprenda ninguna pregunta; de poner en relieve los puntos importantes, despreciando los detalles superfluos; de suerte que el lector pueda hallar en el acto cuanto le importe aprender ó recordar; de referir las teorías y los hechos recién ingresados en los dominios de la ciencia, lo mismo que los adquiridos por ésta desde hace mucho tiempo; en fin, de citar los nombres de los Profesores de las diversas Facultades de Medicina á continuación del descubrimiento que hayan hecho, de la idea que les sea personalmente propia.» Madrid, 1891.— Se tomo en 12.º, **3 pesetas** en Madrid y **3.50** en provincias, franco de porte. Se halla de venta en la Librería editorial de Bailly Bailliere é hijos, Plaza de Santa Ana, 10, Madrid, y en las principales librerías de la Península y Ultramar.



## BAÑOS DE NUALART.--LA GARRIGA

Temporada oficial del 10 de mayo al 20 octubre.

Este establecimiento, **declarado de utilidad pública**, queda abierto al público. Aparatos hidroterápicos perfeccionados.

Habitaciones amuebladas con toda comodidad. independientes para familias. Médico Director Dr. D. Manuel Manzanegue.

### IMPORTANTE

#### JARABE DE HIPOFOSFITOS VALLES

Es recetado por los médicos más eminentes para reforzar á los débiles, acelerar las convalecencias de todas las enfermedades y como el mejor reconstituyente para ancianos, mujeres y niños \* **3 ptas. frasco** en las principales farmacias de España

DEPÓSITO: **CARDERS, 3** (FARMACIA MODELO)—J. URIACH Y C.<sup>a</sup>, agentes

## LA GARRIGA

BAÑOS TERMALES DE JUAN TINTORÉ

NÚMEROS 48 Y 54, CALLE DE LOS BAÑOS, NÚMEROS 48 Y 54

Este establecimiento, declarado de utilidad pública, queda abierto del 10 Mayo al 20 Octubre de 1892.

Habitaciones amuebladas independientes para familias. Médico-Director, doctor D. Manuel Manzanegue.

## CABINETE PNEUMOTERÁPICO

PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

BAJO LA DIRECCIÓN DE

**D. M. MASÓ MORERA**

Antiguo médico del Hospital de Sta. Cruz y del Cuerpo Médico-municipal

Consulta de 2 á 4.—Calle Riera San Juan, 12, 1.<sup>o</sup>, 1.<sup>a</sup>

Tratamiento de la tisis, asma, bronquitis, catarro pulmonar crónico, coqueluche, etcétera, por medio del aire comprimido, aire enrarecido, oxígeno, ázoe, inhalaciones medicamentosas de creosota, brea, esencia de trementina, eucaliptol, etc.





# Gaceta Sanitaria de Barcelona

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

## SUMARIO

**Sección científica:** Casos prácticos de obstetricia, por el Dr. A. Farríols Anglada.— Algunas dificultades del diagnóstico de la sífilis, por el Dr. R. Pellicer (conclusion).— El radicalismo en cirugía, por Maurice de Fleury, traducido por D. Ignacio de Llorens.— Tratamiento de las pieló-nefritis de origen calculoso, por el Dr. D. Jerónimo Peralta y Jiménez.— **Revista general de medicina y cirugía:** Una serie de observaciones clínicas y de investigaciones fisiológicas sobre la acción del líquido de Brown Sequard.— El ictiol en las dermatosis.— Endocarditis infecciosa y erisipela.— Tratamiento del cólera asiático por el cloroformo.— Proceder sencillo para diagnosticar el estigmatismo.— El bicloruro de mercurio en el tratamiento del cólera morbo.— Hemorragias gastro-intestinales en el recién nacido, por el Dr. Grau.— Tesis acerca del modo de evitar la difusión de la sífilis, que somete a discusión en la Sociedad de Medicina de Berlín la Comisión respectiva.— **Fórmulas.**— **Demografía médica de Barcelona:** Estado de los enfermos asistidos en sus domicilios por los señores Facultativos del Cuerpo Médico-municipal, durante el mes de septiembre de 1892, por el Dr. P. Giralt.— **Instituto de Higiene práctica:** Servicios de desinfección practicados durante el mes de septiembre de 1892.— **Higiene especial.** Mes de septiembre de 1892.— **Nota demográfica mensual de Barcelona.**— **Publicaciones recibidas.**— **Anuncios.**

## SECCION CIENTÍFICA

### CASOS PRÁCTICOS DE OBSTETRICIA

— POR EL —

**Dr. A. FARRÍOLS ANGLADA**

MÉDICO-AYUDANTE DE LA CLÍNICA PARTICULAR DE OBSTETRICIA DEL DR. D. JOSÉ MASCARÓ Y CAPELLA.

SUMARIO.—1.º Primípara.—Inercia uterina por resistencia exagerada del periné.—Forceps.—Feto muerto.—Consideraciones.

2.º Ruptura espontánea de las membranas a los ocho meses.—Parto a término. Feto vivo.—Puerperio fisiológico.—Consideraciones.

*Primípara.—Inercia uterina por resistencia exagerada del periné.—Forceps.—Feto muerto.—Consideraciones.*

(Observación recogida en la Clínica particular de Obstetricia del Dr. D. José Mascaró y Capella) Leonor B..... treinta y un años de



edad, temperamento sanguíneo, buena constitución, estatura más que regular, gruesa, pelvis normal, menstruó por primera vez á los 13 años siendo el flujo abundante (6 ó 7 días) y continuando luego con regularidad todos los meses.

Tuvo de soltera fuertes accesos gastrálgicos que generalmente se manifestaban tres ó cuatro días antes de aparecer el flujo menstrual, los cuales desaparecieron espontáneamente después de haber contraído matrimonio; á los dos años de casada se manifestaron los desórdenes y molestias que suelen caracterizar el embarazo, el cual evolucionó normalmente ya que no dió lugar á trastorno alguno de importancia.

El día 28 de enero del corriente año se inició el parto siendo al principio las contracciones débiles y escasas, pero aumentaron luego gradualmente de intensidad y frecuencia continuando de esta manera durante toda la noche; al día siguiente, por la mañana, completada ya la dilatación del cuello, se rompieron espontáneamente las membranas fluyendo bastante cantidad de líquido amniótico. Después de algunas horas de descanso recrudecieron nuevamente las contracciones siguiendo el parto sin contratiempo alguno hasta descansar la cabeza del feto en el suelo perineal en cuyo punto quedó, por decirlo así, atascada, sin avanzar poco ni mucho á pesar de las contracciones fuertes y sostenidas de que la matriz era asiento.

En esta situación transcurrieron los días 30 y 31 de enero y los dos primeros de febrero, sin ser llamado ningún facultativo por oponerse resueltamente á ello la madre de la parturienta que, por ser comadrona, se había encargado de la asistencia del parto de su hija y no consideraba precisa ni necesaria la intervención facultativa.

Por fin á las 11 de la noche del día 2 de febrero fué avisado el Dr. Mascaró para que con toda urgencia se sirviera prestar á la paciente su valioso concurso. En compañía de tan distinguido tocólogo nos personamos al lado de la parturienta que, sentada en uno de esos muebles vulgarmente llamados *sillas de parir*, deseaba con verdadero afán salir de la situación tan angustiosa en que se encontraba, aunque para ello fuera preciso (palabras textuales) *abrirle el vientre*.

Su estado general llevaba impreso el sello del abatimiento y prostración por tantos y tan prolongados sufrimientos; la cara congestionada y cubierta de sudor, respiración frecuente, superficial y quejumbrosa, lengua seca, sed, náuseas, algún vómito, pulso á 120 regular y depresible, temperatura ligeramente elevada y escalofríos repetidos. El feto muerto y en posición occípito-izquierda anterior;



el globo uterino blando y con escasa cantidad de líquido amniótico. Las contracciones sumamente débiles (apenas apreciables por la palpación) y separadas por largos períodos de descanso absoluto acusaban de una manera manifiesta que iba, por decirlo así, agotándose la energía contráctil del órgano gestador después de empeñada lucha contra la resistencia opuesta por el periné á la expulsión del feto. Para completar el cuadro sindrómico falta mencionar que los genitales externos eran asiento de una sensibilidad exquisita y una infiltración edematosa bastante acentuada.

Los datos apuntados justificaban de sobras la necesidad de la aplicación del fórceps, cuya intervención operatoria fué propuesta por el Dr. Mascaró y aceptada, especialmente por la enferma, con verdadero entusiasmo.

Colocada la parturienta en posición obstétrica, el mencionado facultativo introdujo fácilmente las dos ramas procediendo luego de articuladas á la extracción sin emplear tracciones violentas ya que éstas hubieran dado á buen seguro por resultado, un extenso desgarró del periné que como ya hemos indicado anteriormente ofrecía para ello condiciones abonadísimas.

Apenas efectuada sin contratiempo alguno, la extracción del feto que, como indicó oportunamente el Dr. Mascaró, había ya sucumbido, sobrevino una copiosa hemorragia que obligó á proceder sin pérdida de momento á la extracción manual de las secundinas, facilitando de esta manera la retracción del órgano y apartando en consecuencia los peligros inherentes á una pérdida sanguínea. Para coadyuvar á este fin se practicaron durante largo rato fricciones en las paredes abdominales de la paciente, y se le administró medio gramo de cornezuelo de centeno. Gracias á estos medios, cuya acción no tardó en manifestarse, pudimos comprobar la formación del *globo de seguridad*, á pesar de lo cual y para que el efecto obtenido con dicho agente farmacológico no fuera fugaz, se administró una nueva dosis al despedirnos de la enferma.

Al día siguiente el útero estaba duro y sensible; lóquios normales y el estado general satisfactorio. Fué necesario practicar el cateeterismo vesical á causa de la prolongada compresión que sufrió la vejiga.

Pequeño desgarró del periné; los grandes y pequeños labios, edematosos, de color violáceo y con tendencia al esfacelo; en el anillo vulvar y particularmente en el tercio inferior de la pared posterior de la vagina existía una ancha superficie de tejido mortificado. Trata-



miento: excitantes difusivos al interior y localmente abundantes irrigaciones antisépticas, yodoformo y algodón higroscópico.

*Día 4:* Inmediatamente después de haberse practicado una irrigación antiséptica fueron expulsados dos gruesos coágulos. El estado general no había sufrido variación alguna. Cateterismo. Igual tratamiento.

*Día 5:* Sigue el mismo estado.

*Día 6:* Las glándulas mamarias turgescen y sensibles á la presión; ligera elevación térmica y frecuencia de pulso.

*Día 7:* Temperatura elevada ( $40^{\circ}$ ), cefalalgia frontal, insomnio, ingurjitación muy acentuada de las mamas que obligaron á la enferma á permanecer con los brazos separados; sub-delirio. Para combatir estos fenómenos que se manifestaron tan bruscamente, se administró primero un purgante y luego un gramo de bromhydrato de quina; al propio tiempo además de las irrigaciones vaginales puestas en práctica desde el primer día se practicaron dos inyecciones intrauterinas con la sonda de Budin.

*Día 8:* Notable mejoría que siguió acentuándose aún más en los dos días siguientes.

*El día 15:* la parturienta pudo abandonar la cama, sin haberse manifestado ulteriormente ningún fenómeno digno de ser referido.

\* \*

La resistencia exagerada que opone el periné á la expulsión de la cabeza fetal es, sobre todo en las primíparas, causa frecuente de distocia. En general poco peligrosa cuando el práctico está prevenido y dispuesto á intervenir activamente en caso de que surja alguna indicación que lo reclame, es por el contrario origen de serios trastornos así para el nuevo sér como para la madre si la persona encargada de la asistencia facultativa del parto deja pasar inadvertidamente el momento oportuno para la intervención. Por lo que respecta á nuestra ciudad, es forzoso confesar, aunque nos duela, que este último caso es por desgracia el más frecuente. Repítense á diario los casos en que la muerte del feto dentro del claustro materno es debida única y exclusivamente á una pasividad censurable bajo todos conceptos, y que á nuestro juicio, emana del temor que en general produce en las familias la intervención instrumental. El *miedo al forceps* continúa todavía en su apogeo á pesar de no existir razón alguna que lo abone. El vulgo (y aún por satisfechos podríamos darnos si no fuera más que



el vulgo) está dispuesto siempre á apurar todos los recursos, hasta los más absurdos y ridículos, antes de aceptar la intervención instrumental á la que no titubea en achacar cuantas complicaciones puedan surgir, por más que el buen sentido indique que fueron completamente extrañas á su empleo.

La intervención facultativa es, pues, en la clínica particular, casi siempre tardía; cuando á ella se acude ha sucumbido ya el feto y la parturienta se encuentra rodeada de condiciones abonadísimas para el desarrollo ulterior de graves complicaciones puerperales.

La observación clínica referida y que, por decirlo así, no es más que una de tantas, prueba de una manera clara y evidente que en algunas ocasiones la inercia de la matriz coincide con la de la persona encargada de la asistencia del parto. Esta inercia, bajo todos conceptos mucho más grave y peligrosa que la primera, es debida á veces á la ignorancia de las más elementales nociones de obstetricia, ó bien y es lo que se observa con mayor frecuencia, á la confianza excesiva que se tiene en los solos esfuerzos de la naturaleza.

En ambos casos se mantiene una actitud completamente pasiva esperando que reaparezcan de nuevo las contracciones, transcurriendo de esta manera dos ó tres días, hasta que rendida la parturienta por tantos sufrimientos solicita la intervención instrumental. Entonces y sólo entonces es cuando se acude al tocólogo para que éste enmiende torpezas ajenas y luego se le acuse, con mal encubiertas reticencias, no sólo de las complicaciones puerperales que puedan presentarse, si que también de la muerte del feto por más que ésta haya sido anunciada oportunamente.

A buen seguro que todos los profesores que cultivan con particular predilección la especialidad tocológica, habrán tenido ocasión sobrada de observar casos análogos al referido anteriormente; y lo peor es que, dado nuestro modo especial de ser, es lógico presumir que no han de faltar nuevas y repetidas observaciones que demuestren una vez más de cuanto arraigo y poder gozan aún en nuestra ciudad la ignorancia y la rutina.

---

*Ruptura espontánea de las membranas á los ocho meses.—Parto á término.—Feto vivo.—Puerperio fisiológico.—Consideraciones.*

(OBSERVACIÓN PERSONAL).—En los últimos días del mes de enero del corriente año fui llamado para prestar mis servicios facultativos á Isabel C..., de 29 años de edad, embarazada de ocho meses, la cual



después de haber dado el día anterior un largo paseo en coche por los alrededores de esta ciudad, sintió de pronto fluir por sus órganos genitales una abundante cantidad de líquido amniótico.

Alarmóse extraordinariamente por tan inesperado accidente, y aconsejada por la comadrona que casualmente se encontraba á su lado, acostóse procurando mantenerse en una inmovilidad casi completa, en decúbito dorsal y atado en las rodillas un pañuelo que, á guisa de vendaje, las mantenía sujetas entre sí; á la rigurosa quietud que observó durante toda la noche, atribuía la notable mejoría que desde luego experimentó.

Al día siguiente vi á la enferma por primera vez; se trataba de una joven casada desde los 20 años, de temperamento marcadamente linfático y buena salud habitual. Menstruó por primera vez á los catorce años, continuando luego con regularidad todos los meses, siendo de notar la particularidad de que á las 24 horas de iniciado el flujo se suspendía por completo por espacio de dos ó tres días para reaparecer después de esta especie de paréntesis, durante el cual se veía molestada de violentos desórdenes gastro-intestinales.

Tuvo dos embarazos anteriores, terminado el primero á los cinco meses con la expulsión de un feto macerado y el segundo á término, dando á luz una niña que sucumbió á los quince días; no supo precisar las causas que pudieron dar lugar á estos trastornos.

En junio del año anterior dejó de presentarse nuevamente el flujo menstrual, no tardando en aparecer las consiguientes incomodidades que suelen caracterizar el primer tercio de la gestación; ésta evolucionó con normalidad hasta la brusca aparición del accidente mencionado, que sobrevino sin ningún fenómeno premonitorio á las dos horas escasas de haber regresado la enferma de su excursión. No me fué posible apreciar debidamente la cantidad de líquido perdida en los primeros momentos, ya que según parecer de la enferma se elevaba á unos 500 gramos y en cambio la comadrona aseguraba que no excedió de la mitad de esta cifra.

Durante la noche el flujo amniótico sin cesar por completo, disminuyó sin embargo notablemente, pero á la mañana siguiente se reprodujo precedido y acompañado de dolores lumbares y ligero tenesmo vesical.

Practiqué el tacto vaginal encontrando el cuello de la matriz blando y ligeramente dilatado y la cabeza del feto movable y en posición occípito-izquierda-anterior; existían pequeñas contracciones uterinas persistiendo el derrame amniótico, cuyo líquido continuaba



fluyendo gota á gota por la abertura vulvar. Examen de la orina, negativo. Los ruidos del corazón del feto, normales.

Prescribí dos enemas con diez gotas de láudano cada uno y una poción bromurada con objeto de aquietar la excitación nerviosa de la enferma. Cesaron las contracciones uterinas, desapareció el flujo y en consecuencia mejoró notablemente el estado general. Al día siguiente, creyendo la enferma que ya había desaparecido todo peligro, abandonó la cama para atender á sus ocupaciones reproduciéndose el flujo amniótico, asimismo sin prodromos y en cantidad de unos 200 gramos. No tardaron en aparecer, al igual que el día anterior, algunas contracciones uterinas débiles al principio pero ya luego más acentuadas, que coincidieron con un ligero aumento del flujo amniótico, mezclado esta vez con una pequeña cantidad de sangre. Tratamiento: reposo absoluto, tres enemas con 15 gotas de láudano cada uno y la misma poción bromurada.

Este sencillo tratamiento bastó para hacer desaparecer los síntomas apuntados, por lo que suspendió los enemas laudanizados, continuando sin embargo sujeta al uso del bromuro potásico durante dos ó tres días; permaneció en cama hasta el 1.º de marzo; no reaparecieron las contracciones uterinas, pero continuó el flujo, si bien que en cantidad insignificante.

El día 3 de marzo se inició el trabajo del parto, que fué normal ó fisiológico, dando á luz una niña viva y bien conformada; la expulsión de las secundinas tuvo lugar espontáneamente á los 20 minutos. Examiné con la debida atención la placenta y membranas con objeto de averiguar si en un punto cualquiera de éstas se había fragurado algún desgarro que explicara el mecanismo de la pérdida amniótica, convenciéndome fácilmente que no existía abertura ninguna, excepción hecha, como se comprende, de la que se había originado al abandonar el feto la cavidad uterina.

No sobrevino durante el puerperio ningún fenómeno patológico, puesto que la parturienta pudo levantarse de la cama á los ocho días. Creo casi inútil hacer constar que se observaron las prácticas antisépticas ya de rigor en estos casos y de todos bien sabidas.

\*  
\* \*

La rotura prematura y espontánea de las membranas ovulares es de observación frecuente en la práctica tocológica; sin embargo importa establecer una división según que se verifique durante el em-



barazo ó tenga lugar durante el parto, ya que el pronóstico para la madre y el nuevo sér, así como la conducta que debe observar el comadrón difiere notablemente en cada caso.

Durante el parto, después de transcurrido más ó menos tiempo desde que se iniciaron las contracciones uterinas y sin que el orificio externo del cuello haya alcanzado el grado de dilatación completa, ni haberse empleado ninguna intervención manual ó instrumental, se observa con relativa frecuencia la rotura de las membranas y consiguiente derrame de líquido amniótico. En este caso la conducta que debe guardar el tocólogo es absolutamente igual á la que observa ante un parto fisiológico; establecer ante todo el diagnóstico exacto y preciso de la presentación y posición que guarde el feto, absteniéndose en lo posible de repetir las exploraciones vaginales para evitar nuevas pérdidas de líquido amniótico; esperar pacientemente que la dilatación del cuello se efectúe y la expulsión del feto tenga lugar espontáneamente como en los casos ordinarios, teniendo sin embargo en cuenta que la rotura precoz de las membranas suele ser causa, especialmente en las primíparas, de que el parto evolucione con sobrada lentitud y en consecuencia ponga en grave compromiso la vida del nuevo sér.

Si la presentación es viciosa, de hombro por ejemplo, se procurará corregirla desde luego, y si esto no es posible, en cuanto lo permita la dilatación del cuello, no olvidando que el derrame prematuro de líquido amniótico puede ser causa de serias dificultades para practicar la versión ú otra intervención cualquiera que se juzgue necesaria. En resumen; cuando la efracción de las membranas se verifica una vez iniciado ya el parto, pero antes del momento, por decirlo así, fisiológico, este accidente carece en absoluto de importancia si es buena la presentación del feto y es satisfactorio el estado en que se encuentra la parturienta; si, por el contrario, el comadrón considera conveniente intervenir, debe hacerlo sin demora, si no quiere tropezar con dificultades tanto más graves cuanto mayor sea el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas ovulares.

La importancia y gravedad que reviste este accidente es mucho mayor cuando tiene lugar durante el embarazo, pues suele ser causa abonadísima de la interrupción del mismo. La vida del nuevo sér se encuentra, por lo tanto, seriamente comprometida especialmente en aquellos casos en que la rotura de las membranas se verifica cuando, aún siendo el feto viable, dista mucho el embarazo de haber completado su evolución. En los dos últimos meses, las condiciones de re-



sistencia de que ya goza el feto, amenguan extraordinariamente la gravedad del accidente que me ocupa, hasta el extremo de que no pocos autores aconsejan que el práctico debe guardar una actitud completamente pasiva cuando la efracción de las membranas ocurra en la segunda quincena del séptimo mes y con mayor motivo en el curso de los dos últimos. Fundan su opinión en que ya en esta época el nuevo sér puede gozar sin peligro alguno de vida independiente, y al mismo tiempo en que la rotura de las membranas durante el embarazo, salvo rarísimas escepciones, va acompañada de la expulsión del feto. Ciertó que, particularmente en los dos últimos meses del embarazo, el producto de la concepción puede gozar de vida propia, y aún en aquellos casos en que sean escasas sus condiciones orgánicas, la ciencia tiene medios para protegerle contra los peligros que le rodean, pero no lo es menos también que en el claustro materno es donde el desarrollo del nuevo sér se operará de una manera más completa y acabada, donde adquirirá mayor vigor y estará su delicado organismo más protegido.

Interesa pues, á mi modo de ver, que el práctico lejos de permanecer con los brazos cruzados, ponga en juego cuantos recursos le ofrece la ciencia para conducir el embarazo hasta su término normal. Ya sé que se conseguirá en contadas ocasiones, pues en la inmensa mayoría de casos, hágase lo que se quiera, no podrá prolongarse la gestación, pero esto no ha de ser obstáculo para dejar de intentarlo; ya que, por otra parte, el tratamiento que se ponga en práctica ningún perjuicio ha de reportar á la paciente.

Entiéndase que me refiero única y exclusivamente á aquellos casos en que el feto es vivo y en buena presentación, que las condiciones generales de la parturienta son satisfactorias, que la conformación pélvica no es defectuosa, etc., etc., pues de lo contrario será sin duda alguna más ventajoso favorecer el parto prematuro que esperar el término normal de la gestación. No bastará, por consiguiente, establecer de una manera exacta y precisa el diagnóstico de la rotura prematura de las membranas para formular el tratamiento que se crea más adecuado, sino que será preciso enterarse minuciosamente de cuántas circunstancias concurren en cada caso concreto, ya que ellas son las que han de indicar los medios terapéuticos que habrán de emplearse.

En la observación clínica expuesta, el diagnóstico de rotura prematura de las membranas era evidente; basta recordar que el flujo se presentó bruscamente, sin ningún fenómeno premonitorio y sin que la paciente se hubiese dado ninguna inyección vaginal (circunstancia



esta que interesa averiguar, pues se han observado casos en los que después de una irrigación vaginal ha quedado detenida una cantidad de líquido que al fluir más tarde por la vulva, ha sido causa de un error diagnóstico).

Además, al practicar la exploración vaginal pude apreciar un dato importantísimo y que basta por sí solo para asegurar el diagnóstico; me refiero al aumento de flujo amniótico que se producía cada vez que el dedo explorador se apoyaba con alguna fuerza en la cabeza del feto, que como he manifestado anteriormente gozaba todavía de cierta movilidad.

Fijado ya el diagnóstico de una manera exacta, investigué detenidamente las condiciones en que se encontraba el feto, así como la parturienta, para amoldar á ellas mi línea de conducta. Esta no pudo ser, como ya se ha visto, ni más sencilla ni más eficaz; reposo y opio, esto es, el tratamiento clásico, el aceptado sin controversia por todos los autores para proteger el embarazo contra un accidente cualquiera que amenace interrumpir su curso normal ó fisiológico.

En resumen, mi criterio respecto á este interesante asunto puede sintetizarse en las siguientes conclusiones: cuando la rotura de las membranas sobreviene durante el embarazo, el feto es vivo y la mujer sana y bien conformada, el comadrón deberá procurar siempre (y lo logrará en algunas ocasiones) conducir la gestación hasta su término normal.

Septiembre, 1892.

---

## ALGUNAS DIFICULTADES DEL DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS

---

### (Conclusión)

Las manifestaciones articulares que se presentan al principio de la enfermedad ó en el período secundario, constituyen un grupo de síntomas que por largo tiempo no han sido considerados, á lo menos por la mayoría de los médicos, como síntomas pertenecientes á la diatesis.

De estas artropatías unas son con dolores *sine materia*; es decir, sin tumefacción, sin rubicundez en los tegumentos, sin derrame sinovial, etc.; síntomas todos negativos, salvo uno solo, el dolor, y aún éste con caracteres movibles. Afectan estas artropatías secunda-



rias casi exclusivamente las grandes articulaciones, y respetan las pequeñas, lo que hace una oposición al reumatismo vulgar, el cual se dirige con frecuencia bien sabida á las pequeñas articulaciones, y tienen asimismo un carácter de fijeza que contrasta con la movilidad casi constante del reumatismo, juntamente con el de localizarse á pocas articulaciones, mientras que el reumatismo tiende frecuentemente á la diseminación. Otras constituyen el grupo de las hidrartrosis latentes; derrame articular, como su nombre indica, y nada más. Es decir, un mediano derrame en una articulación y que se produce sin fenómenos de reacción general, con un dolor inicial muy moderado, ligero y aún nulo en ciertos casos. Y finalmente pueden presentarse las artritis subagudas secundarias, que aunque raras, y si bien que de naturaleza inflamatoria, no reaccionan sobre el estado general, lo que equivale á decir que son apiréticas.

Otra causa de error, como antes hemos apuntado, recae en la fiebre sífilítica que puede aceptar distintas variedades: la forma continua, la forma intermitente y la forma ambigua.

Hay individuos en quienes la fiebre desempeña un papel principal en su historia, y en algunos es el síntoma más importante que indica el enfermo cuando se le pregunta por las vicisitudes de la enfermedad. La aparición de aquella va generalmente precedida de uno ó dos ó más días de cefalalgia y postración, seguidos de un escalofrío más ó menos intenso.

¿Cabe, pues, la probabilidad de confundir la fiebre intermitente sífilítica con la palúdica? La confusión es grandísima y será de suma importancia establecer rigurosamente el diagnóstico diferencial. Esta forma de fiebre sífilítica cede fácilmente á la influencia del mercurio y no es influida lo más mínimo por la quinina, al igual que las manifestaciones articulares ó artropatías específicas, que vemos resolverse de una manera rápida y absolutamente significativa bajo la influencia del mercurio, solo ó asociado al yoduro de potasio y sin que á dichas lesiones puedan aliviar todos los anti-reumáticos ordinarios.

El desbarajuste, la perplejidad es mayor, cuando á temperaturas de 39° ó más grados siguen muy de cerca y se extiende por la superficie del cuerpo una sífilide eritematosa ó papulosa; entonces el diagnóstico es en extremo difícil y cabe confundirle con alguna de las dermatosis espontáneas generales exantemáticas si no reunimos todos los antecedentes y no asignamos en conjunto el valor que á cada uno pueda dársele.



De estas y muchas otras maneras análogas, si no tan típicas, se presentan ejemplos en la práctica particular.

De uno de éstos voy á dar cuenta empezando la descripción englobada de sus fenómenos por la siguiente exposición:

#### SIFÍLIDE AMPOLLOSA, RUPIA SIFILÍTICA.

El ejemplar que voy á historiar pertenece á un joven de 22 años, temperamento linfático, constitución escrofulosa y deteriorada, estado soltero y de profesión albañil. Dice que hace unos 15 meses contrajo (por contacto directo) una úlcera que asentaba sobre el dorso y á la derecha del balano, acompañada de infarto poliganglionar de la ingle derecha, bien visible por el enfermo, pero que no ha sabido afirmar si á su vez participaba de aquel trasporte la ingle izquierda.

A últimos del segundo período y á principios del tercero vimos al enfermo por primera vez, y pudimos reconocer á un sujeto relativamente, á pesar de su juventud; presentaba unas cicatrices estrelladas en diferentes regiones de la superficie del cuerpo, que decía él correspondían á úlceras subsiguientes á costras, cicatrices que no todas eran de igual extensión y del mismo color; las que ocupaban la piel de la cara, en cuyo punto eran en número de cinco, tres en la frente y dos en las mejillas sobre la piel que cubre los pómulos, las cuales daban un color blanquecino apergaminado; igual aspecto ofrecían algunas que estaban diseminadas al rededor de la parte media de los muslos; esta coloración era diferente en las cicatrices que radicaban en ambos antebrazos, en cuyo último punto el tejido de ellas era más proeminente con bridas y de color rojizo.

Estas diferencias de color del tejido inodular obedecían á que el tiempo que contactaban con el ambiente era de diferente fecha, más antiguas en las primeras y más recientes en las segundas. Prueba de esto es que levantamos una costra seca y debajo de ella se nos ofreció una cicatriz de fondo rojizo y que en los días sucesivos iba perdiendo el primitivo matiz.

Además presentaba unas costras en diferentes períodos: unas eran desecadas, rugosas, formadas por capas superpuestas y de desigual diámetro, de aspecto estratificado á la manera de conchas de ostras, de coloración negro-verdosas, presentándose debajo de las mismas la cicatriz característica recién formada; otras eran relativamente húmedas, de coloración morena y rodeadas de un círculo cobrizo, con un humor purulento bañando su base y que rezumaba por sus bordes;



y finalmente existían dos costras en la región del antebrazo derecho y otra en la pierna izquierda por fuera de la espinilla y á la mitad de su altura, con una ulceración agrisada, desigual, de bordes levantados y cortados perpendicularmente. Al propio tiempo, el enfermo aquejaba dolores, dolores propios del segundo período, dolores reumatoideos, localizados en las extremidades superiores y de éstas más en la derecha, dolores en la parte anterior del pecho, clavícula y esternón y preferentemente más molestos en la espinilla de las tibias; á lo largo de éstas se tocaban, pasando los dedos por toda su extensión, unos abultamientos como pequeños sesamoideos, lo que nos indicaba existía en ellas exostosis superficial.

Veamos cuál es la etiología de la presente afección y si podemos clasificar aquella úlcera á pesar de los pocos datos que pertenecientes á ella nos ha suministrado el enfermo.

Por de pronto sabemos que el chancro á que nos referimos, fué contraído cohabitando; falta ahora incluirlo en los afectos venéreos ó entre los sifilíticos: en primer lugar tenemos como dato diagnóstico el ser único, lo que ya nos inclina á sospechar se trataría de un chancro sifilítico y no venéreo, á pesar de que éste puede, en muy contados casos, ser simple; en nuestro enfermo, dadas las condiciones de suciedad y poco cuidado para con sus afectos, si se hubiera tratado de un chancro venéreo, éste se habría infectado en diferentes puntos del pene por la auto-inoculabilidad secretoria. Si bien el enfermo no recuerda estar infartada la ingle izquierda y si la derecha, es de suponer que también participaría del transporte del virus chancroso sifilítico, aunque el infarto no se presentara con el esplendor del de la ingle derecha. Y lo que más apoya nuestra opinión es el oír como nuestro enfermo dice: *nada hice para curar la úlcera, así como aquel bubón de la ingle derecha; curación que obtuve á los pocos días de haberse iniciado una y otro.*

Si bien nos faltan algunos datos para clasificar de lleno este chancro entre los diatésicos, nos los suplen el que dos meses después del accidente primario y sin haber mediado ninguna otra inoculación, se mostraran con todo su esplendor los caracteres de una *sifilide eritematosa*, lesión de las más precoces entre los accidentes secundarios sifilíticos.

Una vez abierta la entrada á ese virus, dos meses después dejó ver los estragos hechos sobre su víctima, iniciándose el período segundo de su dominación por la ostentación periférica, por la dermatosis *roseola maculosa*, confundida por un médico, según asegura el



enfermo, con la dermatosis espontánea general exantemática sarampionosa, confusión debida seguramente á los antecedentes oscuros y contradictorios declarados por el enfermo á dicho práctico, y haciéndole más confusa por acompañarse de una elevada y persistente temperatura y de algunos síntomas correspondientes al catarro gástrico, síntomas que no ligan con la roseola maculosa sifilítica. Esta primera manifestación sifilítica imprimió huellas de su paso en el oído derecho, dejándolo imposibilitado para la audición, fenómeno tal vez debido á la presencia del *psoriasis sifilítico* de la faringe ó mejor aún, á una otitis laberíntica. Se desenvolvieron inmediatamente otros accidentes secundarios que nos demuestran estaba el paciente en el *totius substantiæ* de la sífilis.

Por un lado, nos dice el enfermo que su sistema óseo estaba invadido; esto nos lo confirma el presentar los dolores propios del segundo período, período hiperplásico, localizados unos en la mitad superior del cuerpo, especialmente en el brazo derecho y en la parte anterior del pecho; otros molestaban preferentemente la espinilla de ambas tibias; aquejaba además viva cefalalgia, aumentaba de intensidad por las noches. Por otra parte brotaron placas mucosas en la faringe, velo del paladar y en el pilar anterior, y dice el enfermo que á beneficio de unos gargarismos se le curaron. Se desarrollaron sobre de estas placas mucosas unas ampollas rojizas que poco después se llenaron de abundante pus, pasando, por lo tanto, á pústulo-ampollosas, y empezando por presentarse cronológicamente, primero en la piel de la cara, seguían después en la de los muslos y últimamente en las piernas. Esta dermatosis específica respetó todo el tronco. A los pocos días de la aparición de estas pústulo-ampollosas, dice el enfermo, se habían convertido en costras. En tal estado y en su completo desarrollo visitamos al enfermo.

Vimos la afección sólo en el período costráceo, por tanto, estamos eximidos de hacer el diagnóstico diferencial en el período pústulo-ampoloso; sólo debemos hacerlo en el presente estado. Así pues, no podemos confundirla con el *pénfigo* porque en éste las ulceraciones son superficiales, y de muy distinto carácter eran las tres ulceraciones que aún llegamos á ver, puesto que eran profundas; las costras del *pénfigo* son laminosas y muy ténues, no lo eran las que el enfermo presentaba, pues, eran gruesas y extratificadas. Las costras del *impétigo* abarcan extensas superficies, no son aisladas como las de la *rupia* y si el *ectima* las ofrece aisladas como las de las sífilides ampollosas las podemos distinguir de las de la *rupia* por estar las



primeras engastadas en la epidermis y las segundas por ser conmovibles sobre una base de humor purulento. Quédanos ahora la incógnita reducida á diferenciar la rupia escrofulosa de la sífilítica. La *rupia escrofulosa* presenta las costras rodeadas de un círculo lívido, y la *rupia sífilítica* la circunda una coloración cobriza; y si las cicatrices de nuestro contagiado presentan las variantes de las escrofulosas, es porque esta *rupia sífilítica* está asentada sobre fondo marcadamente escrofuloso. Finalmente, para evidenciar su carácter podremos invocar su etiología.

En torno del mercurio y del yoduro de potasio debe girar la terapéutica antisifilítica para expulsar del organismo el *humor pecante* en el período secundario.

En nuestro enfermo dada la forma tardía del período secundario y sin que durante su enfermedad el organismo hubiera sido sujeto á medicación alguna, procuramos le impresionaran pronto los mercuriales, á cuyo propósito responde mejor que ningún otro medio el uso de las inyecciones hipodérmicas para luego después recomendarle el uso interno de los preparados hydrargíricos una vez atacada y detenida la infección en sus progresos.

Por la vía hipodérmica mercurializamos, pronto al paciente sin necesidad de recurrir á grandes dosis que podrían provocar en abundancia la estomatitis específica, en contra de la opinión sostenida por los antiguos, que creían indispensable el ptialismo abundante para obtener buenos resultados, hasta tal punto que aseguraban que para curarse completamente de la sífilis debían perderse á diario cuatro libras de saliva.

La introducción en la economía de las sales mercurícas por el método hipodérmico, es preferible porque tiene la ventaja de permitir una dosificación más exacta, de ser más limpio y de quedar rápidamente el mercurio absorbido bajo la piel, penetrando en la sangre toda la cantidad introducida en el cuerpo. Por este método no hay temor á exponerse á los efectos secundarios desagradables que los preparados mercuriales producen en el tubo intestinal observados frecuentemente á consecuencia de su uso interno; estos inconvenientes pueden mitigarse y aún suprimirse, en el caso de administrar el mercurio por la vía digestiva y por largo tiempo, si se utilizan algunas de sus sales que reúnen las mismas ventajas terapéuticas sin producir el efecto irritante sobre la mucosa gastro-intestinal.

Una de estas sales es el peptonato amónico-mercúrico, que resulta de la combinación del ácido peptónico obtenido á beneficio de un



fermento que convierte la peptona en el mentado ácido, con las bases del mercurio y de amonio (óxidos). No se trata de la peptona amónica-mercúrica de Dêlpech, que es sencillamente una mezcla de peptona, cloruro amónico y cloruro mercúrico, que dada en inyecciones hipodérmicas, provoca en la mayoría de los casos un escozor bastante notable, seguido algunas veces de ligeros abscesos; accidentes desagradables provocados probablemente á causa de la absorción rápida de la peptona, dejando en libertad la acción franca del doble cloruro de amonio y mercurio.

La acción fisiológica de la primera preparación, ó sea de la peptona combinada, es muy diferente de la peptona de Delpech que sólo es una mezcla, y posee indudablemente aquélla las ventajas terapéuticas de los demás preparados que se usan al interior, mas otra de que éstos carecen, y es, que no irrita nada ó sólo muy poco el tubo gastro-intestinal, provoca rara vez trastornos digestivos y por esta cualidad puede reemplazar por completo los demás preparados hidrargíricos, como calomelanos, proto-yoduro, deuto-yoduro, bicloruro, etc., siendo por lo mismo posible la continuación de la medicación durante mayor temporada.

La inyección hipodérmica del peptonato, si bien es algo dolorosa, puede soportarse, y el paciente se sujeta de buen grado al uso continuado de ella. La composición del preparado es uniforme, de absorción íntegra y rápida y de resultados maravillosos, y sin que tengamos que registrar un solo caso siquiera de hinchazón, mucho menos de absceso, consecutiva á la picadura de aquélla, tomado este dato de entre un número próximamente de unas trescientas.

El individuo en cuestión, fué desde un principio sometido, pues, á las inyecciones hipodérmicas de peptonato amónico-mercúrico, observando á la par las reglas de régimen que exige el tratamiento general de la sífilis, y vimos por este medio al poco tiempo desaparecer las sífilides, las cuales primero palidecían y se reducían de volumen, se desecaban luego y finalmente se descamaban quedando el enfermo durante mucho tiempo sometido á la continuación de la medicación antisifilítica por la vía digestiva y bajo el método de tratamiento prolongado y administrado con grandes intervalos de descanso.

DR. R. PELLICER.

Agosto 29 del 92.

---



# EL RADICALISMO EN CIRUGÍA

POR MAURICE DE FLEURY.

---

Hablemos de otras cosas ya que el cólera se muere ó desaparece; pues, cuando este viajero del Ganges es el tema obligado de todas las conversaciones, es señal evidente de su pronta desaparición y por ende del renacimiento de la sana alegría. Ya era tiempo de cachetear al odioso virgula; y por lo tanto no debe pasar desapercibido el primer *Congreso de Ginecología*, que ha tenido lugar en Bruselas en la gran sala de academias, con alternativas de suntuosos banquetes y sabios discursos, reuniéndose trescientos ginecólogos entre los cuales se halla la flor y nata de los cirujanos franceses que se dedican á las prácticas operatorias ginecológicas. Pean, Segond, Jules Cherón, Bichelot, Doyen (de Reims), el inglés Spencer Wells, muy ilustre «ovariótomo,» el berlinés Martín célebre, «laparótomo,» el alemán Kusserow, Engelman de los Estados Unidos, el italiano Porro, el ruso Reus, el noruego Schonberg, Vuillet de Génova, sin olvidar Pawlaky-bey, delegado expreso por el sultán, solícito por la salud de las sultanas.

Es menester hablar de este Congreso por la gloria que á Francia ha cabido y por haberse tratado, bajo un aspecto puramente técnico, una cuestión de moral nueva y de un modernismo realmente curioso, como podreis juzgar. Comencemos por la gloria. La mejor parte ha correspondido á los cirujanos franceses.

Los mayores honores han sido para Pean.

Pean presidía el Congreso el día que el rey Leopoldo asistió á sus deliberaciones, y todos los congresistas saludaron en Pean al distinguido inventor de operaciones é instrumentos útiles, al maestro conspicuo de la cirugía en la mujer. Ya era tiempo de que se tributara tales honores á nuestro compatriota, pues, ya es lejana la fecha, en la cual, adelantándose Pean á los demás, empezó á salvar la vida á tantas mujeres por medio de la ovariectomía. En esta ocasión ha sido su último invento, su famosa hysterectomía, la que le ha valido un gran éxito. Yo no trataré de interpretaros el benéfico horror que tal palabra significa. Que os baste saber que es la suprema conquista del bisturí moderno, la más radical, pero también la menos peligrosa y á menudo la sola eficaz de las intervenciones sangrientas.

Sobre este asunto, el distinguido cirujano de la casa Dubois, el



doctor Paul Segond, agregado á la Facultad, ha pronunciado un brillante discurso, de una elocuencia especial y de un numen asombroso y á la par de una extrema habilidad. El renombre y la fortuna del joven doctor aumentarán, indudablemente, hasta llegar á la altura de la fama del patrón de la hysterectomía.

Tengo verdadero gusto en hacerlo notar, no solamente por la simpatía personal por estos dos ilustres colegas, sino también por patriotismo. Su victoria alcanzada en el Congreso internacional, tiene verdadera importancia para el buen nombre científico de Francia.

Hánse tratado sabrosas cuestiones entre la gente del oficio. El doctor Cheron, un viejo práctico de sabia experiencia y mucho valer, ha sido el alma de la discusión de la cual deseo daros cuenta.

¡Oh! el asunto es delicado..... Si alguna palabra excesivamente gráfica se escapa de mi pluma, pido perdón anticipadamente á nuestras lectoras. Pero, si me atengo á lo dicho por los psicólogos, no son estas cosas las que provocar pueden su indignación. Pretenden que, en la sociedad, cuando vemos hoy día cuchichear dos mujeres con sonrisas y aire inquieto, es que tratan de los dolores que el cielo inclemente les envía; el gran motivo de conversación entre ellas es la consulta última, que médico debe preferirse, y todo ello dicho en términos técnicos que es el chic de nuestro modernismo.

¡Una salpingitis, querida!

Amiga mía, figuraos que Pozzi ha diagnosticado «metritis parenquimatosa.»

Ectropión anterior, pero esto es horrible.... Después, discusiones en las cuales cada una alaba la discreción, la dulzura, el saber del médico al cual se ha confiado.

Nuestras abuelas dicen que en sus tiempos no se hablaba siquiera de estas cuestiones, admirándose de ver á tantas mujeres jóvenes enfermas y les acusan, no sin alguna razón, de convertir estos asuntos profesionales en sport-quirúrgico, el más moderno de los sports. En el fondo, lo cierto es que las jóvenes se hallan enfermas, el nervosismo solamente ha hecho la gloria y la fortuna de la mayoría de nuestros colegas de algún renombre.

Así es que, sin otro guía que los consejos de una amiga más experimentada, estas jóvenes de nuestra época, van á casa del médico ó del cirujano especialista. Su suerte es distinta según sea el médico consultado.

La medicina es lenta, necesita tiempo para alcanzar la curación obligada á emplear varios medios simultáneos. Es verdad que ha al-



canzado grandes progresos desde algunos años acá; por temor de las intervenciones demasiado cruentas, la medicina se atreve á las operaciones benignas, y nadie puede negar que alcanza algunos éxitos. Ella se esfuerza en curar sin violencia, y afirma que la amputación de un órgano constituye un defecto y no una victoria, y principalmente, cuando el órgano separado es la matriz, cuna de todos los hombres. La medicina tiene á orgullo el ser conservadora.

Cuanto más rápidos han sido los progresos, acostumbrada la cirugía á realizar prodigios, háse vuelto más impaciente, más activa, más radical. Ella amputa, secciona y extirpa como cosa de su oficio, y Chéron da el grito de alarma afirmando que se amputa demasiado.

Chéron es médico y por ende sospechoso de pleitear en pro de su clientela, pues, él y Dolèris son los dos *leaders*, con título, del nuevo partido conservador.

Este partido nos ha proporcionado sabias argumentaciones sobre las cuales debemos reflexionar. Yo no puedo casi publicarlas, pues es un mal juez el público para juzgar estas materias. Pero háse iniciado una gran corriente en la opinión pública, en contra lo que Kufferrath ha llamado sin rodeos, «los excesos de la cirugía en el terreno ginecológico.»

Los que no conocen la clase médica francesa y su excesiva dignidad profesional, podrían creer, equivocadamente, que este prurito operatorio es un medio especulativo para ganar algunos miles de francos en cada operación. No es así, puedo afirmarlo categóricamente, y es por lo tanto necesario remontarse á otras causas más elevadas.

Las maravillas de la antisepsia han ocasionado el mal, y el éxito ha engendrado el exceso. Lo que ilusiona á los cirujanos es el optimismo de sus estadísticas, la proporción increíble de las curaciones operatorias. La atracción de la dificultad de vencer les atrae y los lanza más allá de lo razonable.

Oh! yo no me refiero á los profesores que he alabado justamente, ni á cirujano alguno de los de París, éstos hallanse asaz ocupados en las operaciones indispensables para sobrellevar las fatigas inherentes á las operaciones menos necesarias. La *hysterectomy* se presta poco á estos excesos.

Es á la *laparotomía* que yo acuso de esta manía de abrir el vientre á las mujeres, de convertir al moderno París en una sucursal del antiguo Japón, en donde era habitual el abotonarse la pared abdominal. Es cierto! Se mutilan algunas mujeres que los médicos curarían sin operación alguna. Es cierto que algunas mujeres se prestan, con de-



masiada ligereza, y se abren sus vientres por pretextos á menudo fútiles, por una neuralgia, por una crisis nerviosa, para hacer un diagnóstico, para *explorar*, como se dice con demasiada frecuencia. Las estadísticas de laparotomias acusan un mínimo de 15 á 25 p<sup>o</sup>/<sub>o</sub> de defunciones. Creemos que debemos meditar sobre estas cifras.

He aquí la cuestión revestida de una real importancia moral. Los enfermos son los peores cómplices de los excesos de la moderna cirugía. La necesidad de terminar prontamente dolencias que las alejan de los goces sociales, del baile, del teatro, les impacientan. Hay más; el detestable temor de ser madres les hace desafiar la muerte, esta muerte inevitable en la proporción de un 25 p<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Y muchas mujeres, fijaos bien, se dirigen al cirujano suplicando que la operación se haga pronto diciéndole: «Yo lo quiero,» cuando él titubea. Felizmente él responde á menudo: «Yo no quiero.» Pero confesemos ingenuamente que es necesaria alguna virtud cuando la dama apoya sus pretensiones con cinco billetes de mil francos cada uno. Nuestra época está llena de revelaciones sorprendentes. Es necesario contar en estos asuntos el interés de los moralistas y el de los curiosos escépticos.

Yo que distraigo á mis lectores y que busco evitarles los horrores de nuestro actual oficio quirúrgico, he faltado á mis costumbres siendo excesivamente franco. Si este artículo pudiera disuadir á algunas enfermas de recurrir, con demasiada ligereza, á los cuidados operatorios radicales, en un país que, cual el nuestro, no tiene necesidad alguna de disminuir su población, yo me hallaré tan satisfecho como pueda estarlo M. Brunetière cuando puede quitar un suscriptor al monumento de Baudelaire.

*Traducido por* IGNACIO DE LLORENS.

---

## TRATAMIENTO DE LAS PIELO-NEFRITIS DE ORIGEN CALCULOSO

por el

DR. D. JERÓNIMO PERALTA Y JIMÉNEZ

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

No podemos emprender el estudio de los tratamientos de las pielonefritis calculosas sin establecer diferencias de importancia. Es evidente, que en sus primeros períodos reclama esta enfermedad medios terapéuticos distintos de aquellos que deben emplearse cuando



encontramos al padecimiento bastante adelantado en su evolución, y aún en estos casos nuestra intervención, nuestra conducta ha de ceñirse al estado en que encontremos al órgano entermo. Con objeto de facilitar la exposición de este trabajo, el tratamiento hemos de dividirlo en médico y quirúrgico; á beneficio del primero, combatimos á veces con éxito la enfermedad en sus comienzos, pero resulta ineficaz en aquellos casos en los cuales la afección es antigua y existen en el bacinete ó substancia renal, uno ó varios cálculos, enclavados ó libres, pero de dimensiones superiores al diámetro del uréter. En estos casos, nada más lógico que los remedios farmacológicos sean impotentes para curar la enfermedad, porque no disponemos de medicamentos que obren directamente sobre los cálculos en el interior del organismo, facilitando su disolución, y aunque por fortuna así sucediera, su administración resultaría embarazosa, porque no todos los cálculos tienen composición idéntica.

No puede negarse la gran importancia que tiene el tratamiento médico en todas las ocasiones, como profiláctico, y si ineficaz por completo para realizar la disolución de los cálculos, ofrece, no obstante, grandes beneficios al paciente, combatiendo con ventaja la precipitación de nuevas sales de la orina, sobre el primer núcleo formado.

Antes de empezar la descripción del tratamiento médico, creo que no está de más que entremos en algunas consideraciones acerca de la génesis de la litiasis y cálculos renales, problema que permanece envuelto en densas sombras, sin que el espíritu analítico de nuestro siglo haya podido arrojar alguna luz, para evidenciar las causas principales á que obedece esa perturbación en las funciones nutritivas que acompañan á la litiasis.

G. Seé (1) niega que exista relacion entre la litiasis úrica y los cálculos; pero mientras más cantidades de uratos la orina arrastre, más fácil es su precipitación; y en los litiásicos precisamente es en los que demuestran los análisis mayores cantidades de uratos en la orina. Es verdad que un gran número de litiásicos no padecen de cálculos renales, pero no por eso puede negarse que la litiasis es una causa predisponente poderosa para la formación de ellos. Más adelante volveremos sobre este punto.

Los cálculos, prescindiendo de aquellos que nacen á causa de parásitos inmigrantes en el bacinete, como se prueba en algunas aun-

(1) G. Seé (*Ann. mal. del org. urin.*), Febrero, 91.



que raras historias clínicas, ó por cuerpos extraños de diferente índole, siempre reconocen por origen la precipitación del ácido úrico ú oxálico de la orina, cuando este líquido está sobresaturado de estos cuerpos. Mas el análisis químico, así como los caracteres exteriores de los cálculos, nos demuestran que existen otros, aunque en corto número, que no están constituídos ni por los uratos, ni por los oxalatos; y sí de fosfatos de distintas bases unos y de cistina otros; estos últimos verdaderamente excepcionales.

Ahora bien; la génesis de los cálculos fosfáticos, es en esencia diversa de la de los cálculos úricos y oxálicos, no pudiendo englobar, por lo tanto, el estudio de unos y otros, en una descripción común. Así, pues, vamos á empezar con los cálculos úricos y oxálicos, y seguiremos luego con el estudio de los fosfáticos.

En todos los que padecen de litiasis renal, ó en la mayoría de esos individuos, comprobamos un exceso de ácido úrico en la sangre, como Garrod ha sido el primero en demostrar, constituyendo un proceso general que los autores designan con el nombre de discrasia úrica ú oxálica, ó simplemente con el nombre de discrasias ácidas. Nosotros, siguiendo la corriente científica que hoy domina, conceptuamos las discrasias úricas y oxálicas como dos modalidades de un mismo proceso, y por consiguiente ambas han de estar comprendidas en una misma descripción.

¿Cuál es el origen del exceso de estos cuerpos ácidos en la sangre, y por lo tanto en la orina? No pueden reconocer más causas que un exeso de producción, ó una falta en su eliminación al exterior. Ahora bien; si la urea es el último producto en el organismo; si es el residuo final de la serie de combustiones que sufren en la intimidad de nuestros tejidos las sustancias nitrogenadas, sin que la célula viva tenga poder alguno para desdoblar dicho producto y utilizar sus elementos produciendo calor; si los ácidos úrico y oxálico son productos de combustiones intermedias entre las sustancias proteicas y la urea (1), como lo demuestra su fórmula respectiva y la

(1) Los ácidos úrico y oxálico son productos orgánicos derivados de las sustancias azoadas y cuyas fórmulas respectivas demuestran que ocupan un lugar intermedio entre los cuerpos albuminoides y la urea. En efecto, las peptonas por su combustión dan origen á la hipoxantina, cuya fórmula es  $C^{10}H^4N^4O_2$ , oxidando este producto, obtenemos xantina  $C^{10}H^4N^4O^2 + O = C^{10}H^4N^4O^3$ ; si á este producto lo oxidamos nuevamente, tendremos el ácido úrico  $C^{10}H^4N^4O^4 + O = C^{10}H^4N^4O^5$ . El ácido úrico en contacto con el oxígeno y el agua, nos da alantoina y ácido carbónico  $C^{10}H^4N^4O^5 + H^2O + O = C^8H^2N^4O^6 + C^2O^3$ . La alantoina con agua y oxígeno engendra el ácido oxálico y 2 de urea  $C^8H^2N^4O^6 + H^2O + O = C^4H^2O^3 + 2(C^2H^2N^4O^2)$ . Por último, el ácido oxálico, mediante su oxidación, da  $C^4H^2O^3 - O = 1CO^2 + H^2O$ ; esto es, se descompone en ácido carbónico y agua.



experiencia química, es racional suponer que su exceso en la sangre puede ser debido á una perturbación nutritiva, á una combustión incompleta de las sustancias azoadas. Ignoramos por completo las leyes á que obedece esa combustión insuficiente, y por lo tanto, este problema, como la generalidad de los que nos ofrecen los seres organizados ya dentro del código por el que normalmente se rigen, ya dentro de la fisio-patología, tenemos que interpretarlos con hipótesis más ó menos científicas, y en el caso concreto que estudiamos ocurre ese mismo fenómeno.

Para algunos autores, esa debilidad en las combustiones orgánicas está vinculada en un estado anormal del tubo digestivo y visceral anejas á éste. Las sustancias nitrogenadas, dicen, sufren una elaboración incompleta y no pueden ser asimiladas como en el estado normal del individuo; como consecuencia, se produce una cantidad excesiva de ácido úrico ú oxálico, perdiendo con esto el organismo el número de calorías necesarias para la transformación de estos cuerpos intermedios en urea.

En los individuos que padecen las discrasias ácidas no son raras las perturbaciones digestivas, pirosis, pereza y lentitud en las digestiones, estreñimiento, etc., etc., pero, de estos datos clínicos, no podemos deducir científicamente que sólo en el mal estado del tubo digestivo radiquen las causas del exceso de ácido úrico en la sangre; esos datos son muy insuficientes, y en las combustiones orgánicas, esto es, en las funciones de nutrición en general, es donde debemos buscar las leyes á que obedece el fenómeno.

Los individuos afectos de padecimientos crónicos del aparato gastro-intestinal, es indudable que las sustancias alimenticias que ingieren no sufren en el tubo intestinal las transformaciones necesarias para cambiar las sustancias azoadas en peptonas, y no obstante, no comprobamos en gran número de ellos el exceso de ácido úrico que tienen los litíasicos y que la elaboración intestinal es incompleta lo prueba la escasa nutrición de esos individuos. Así, pues, el mal estado del aparato gastro-intestinal, podría influir y ser una de las varias causas que contribuyan á la aparición del padecimiento; pero no podemos conceptuarla como la principal, y si en otras enfermedades existe aumento relativo de ácido úrico, como ha demostrado Rabuteau por análisis minuciosos, se trata de padecimientos que afectan profundamente á las funciones de nutrición, y que no van acompañadas de fiebre, tal sucede con la leucocitemia, el enfisema pulmonar, las afecciones cardíacas con asistolia y otras; al menos en



estos padecimientos la fiebre no es constante. Ahora bien, si en estas enfermedades aumenta el ácido úrico, esto parece demostrar que dicho cuerpo nace cuando las combustiones orgánicas son incompletas y débiles, y como se trata de padecimientos infebriles por lo regular, sin que exista, por lo tanto, en ellos ese síntoma que modifica considerablemente la composición y caracteres de la orina, el aumento de ácido úrico en ellas no puede ser debido más que á una combustión insuficiente.

Rabuteau, en su *Tratado de Terapéutica*, sin negar que el ácido úrico sea un producto intermedio entre las sustancias proteicas y la urea, afirma que en todos los análisis practicados por él ha comprobado siempre que las cantidades de urea y ácido úrico están en relación constante y directa en la orina; si la urea aumenta, aumenta asimismo el ácido úrico, y si la primera está en menor cantidad, el mismo fenómeno se verifica con el segundo. Siendo el ácido úrico un cuerpo intermedio entre la albúmina, por ejemplo, y la urea, es lógico pensar que la proporción de ambos cuerpos no puede ser siempre la misma y ha de estar supeditada dicha proporción á la actividad de las combustiones orgánicas.

No obstante de ser muy digna de consideración la opinión de Rabuteau, y de no dudar de la completa exactitud de sus análisis, no conceptuamos filosófica la conclusión que deduce, y, en efecto veamos cuáles son las glándulas que normalmente tienen en el organismo la misión de eliminar y segregar de la sangre el ácido úrico y la urea; si estos cuerpos no tuvieran más órganos para su eliminación que los riñones, la conclusión de Rabuteau sería verdadera, pero no sucede así en estado normal. El ácido úrico es verdad que no existe en producto alguno de secreción, exceptuada la orina; anormalmente se ha demostrado su presencia en el sudor; esta conclusión se deduce de los análisis dedicados hechos por Gorup-Besanez y por Beclar; no obstante, Zalesky asegura, haber encontrado el urato de sosa en la bilis practicando la ligadura de los uréteres. Willemin afirma que la cuarta parte de los sujetos que padecen la litiasis úrica padecen también la biliar; pero Picot; Durand-Fardel y otros autores están poco propensos á admitir que la bilis contenga uratos, ni en el estado normal, ni en el patológico (1). La urea, y tomo los siguientes datos de Gorup-Besanez (2), existe normalmente en la leche, en la saliva,

---

(1) Picot, *Los grandes procesos morbosos*, t. II

(2) Gorup-Besanez, *Analyse Zoochimique*.



aunque en este líquido no es constante, y, por último, en el sudor. Anormalmente la urea y el ácido úrico se comprueban en los exudados serosos.

En vista de lo que antecede, podemos afirmar que, si la urea en estado normal del individuo tiene varias glándulas para su eliminación, el ácido úrico no tiene más que una, el riñón. Es posible que análisis posteriores logren demostrar la multitud de glándulas para la eliminación del ácido úrico, aunque en corta cantidad, pero, hoy por hoy, con arreglo á los datos que existen, no podemos considerar á la urea contenida en la orina como la cantidad total de la formada en el organismo, porque otros productos de secreción la contienen, aun cuando en débiles cantidades, y, por el contrario, el ácido úrico, que dosificamos en la orina, representa la totalidad del formado en el organismo en la trama de nuestros tejidos.

Estas razones, pues, quitan una gran parte de su valor á las deducciones de Rabuteau, por cuanto no dosifica la cantidad total de urea, y si en la orina están siempre en la misma proporción la urea y el ácido úrico, no podemos asegurar otro tanto respecto á su formación; muy al contrario, podemos afirmar que la urea se produce en mayor cantidad que el ácido úrico; no existe, por consiguiente, esa relación directa en la proporción de ambos cuerpos, y científicamente podemos establecer que la cantidad de ácido úrico está siempre en razón inversa de la actividad de las combustiones; las oxidaciones mientras más perfectas menos cantidad de ácido úrico producen, y á la inversa.

Los autores que quieren explicar la litiasis y el predominio relativo del ácido úrico en la orina por una eliminación incompleta de dicho cuerpo (1), no tienen presente sin duda que no existen en el organismo más glándulas para su eliminación que los riñones, y si la orina contiene una cantidad excesiva es porque existe en la sangre y porque su eliminación se verifica con cierta regularidad. No dudo que para la génesis de la gota, y aún del reumatismo, es racional admitir con Picot (2), Jaccoud (3) y otros autores, un exceso de ácido úrico en la sangre como consecuencia de su mayor producción y falta de eliminación proporcional á ésta, como ha demostrado Garrot; pero esta falta de eliminación es inadmisibles para explicar-nos, ni la génesis de la litiasis, ni la de los cálculos renales. La li-

(1) Véase Thompson, *Lecciones clínicas de vías urinarias*, pág. 150.

(2) Idem Picot, *Grandes procesos morbosos*, art. Gota.

(3) Idem Jaccoud (*Patología médica*), art. Gota.



tiasis no reconoce más origen que una producción considerable de ácido úrico, y los cálculos renales son consecuencia de ese mismo fenómeno; se producen por la sobresaturación de la orina por las sales úricas.

Admitida pues la hipótesis que explica las discrasias ácidas, como debidas á una falta de combustiones de las sustancias nitrogenadas, nos queda antes de abordar el tratamiento médico de la litiasis y cálculos renales, explicar el mecanismo de la formación de éstos, el porqué de la precipitación del ácido úrico y uratos en la orina recién segregada en el riñón.

(Continuará).

(De la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.)

---

## REVISTA GENERAL DE MEDICINA Y CIRUGIA

---

UNA SERIE DE OBSERVACIONES CLÍNICAS Y DE INVESTIGACIONES FISIOLÓGICAS SOBRE LA ACCIÓN DEL LÍQUIDO DE BROWN SEQUARD.—De una Revista de Terapéutica del Dr. Teixidor Suñol publicada en la «Gaceta méd.» de Granada copiamos lo siguiente:

El Dr. Bagroff (Wratch, núm. 9 de 1892, y Bull. de Thérap.) practicó sus primeras observaciones en quince enfermos de dolencias cerebrales; tres epilépticos, cuatro paralíticos, un maníaco, un afecto de sífilis cerebral y cinco de postración en grados diferentes (falta uno á la suma).

Excepto un melancólico en quien el jugo testicular produjo cierta mejoría en los otros enfermos, ni durante el período de las inyecciones ni después se ha mejorado su estado mental.

El líquido era preparado con testículos de conejo; el número de inyecciones hechas á cada enfermo fué de quince. Todos los enfermos tuvieron elevación de temperatura después de la inyección; pero no fué duradera y en un tercio de casos no llegó á constituir fiebre; vióse especialmente la reacción febril en aquellos enfermos que tenían la nutrición general deteriorada. Hubo días especialmente en los cuales todas las inyecciones producían fiebre. Preparando líquido de inyección con las únicas vaginales ó pedazos de músculo, demostróse que la reacción febril no dependía de causas exteriores, hizo de una sustancia contenida en el mismo líquido testicular, la cual inyectada bajo la piel, es susceptible de provocar la fiebre.

Durante el período de las inyecciones se ha notado en todos los



enfermos disminución de peso, en relación probable con la fiebre; peso que recobraban después de cesar el tratamiento.

En tres de los enfermos las inyecciones modificaron favorablemente el escorbuto que sufrían. En cuatro casos de impotencia sexual, desapareció en uno.

Llega el autor á las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> El extracto testicular del conejo puede obrar favorablemente sobre la nutrición general.

2.<sup>a</sup> Tiene favorable influencia sobre el cerebro enfermo hasta en casos desesperados.

3.<sup>a</sup> Es excelente contra el escorbuto, hasta en formas muy graves de esta enfermedad.

4.<sup>a</sup> Es cierto que la mejora de las funciones cerebrales producida por esta sustancia, no es el hecho de una sugestión.

El autor ha estudiado los efectos fisiológicos del extracto testicular sobre cinco enfermos (nerviosos y mentales), cuyo estado físico y nutrición general eran normales; estaban sometidos á iguales condiciones de higiene y régimen.

A cuatro de ellos se les practicaban inyecciones hipodérmicas y al otro inyecciones rectales. Duraron los experimentos dos meses y fueron divididos en tres períodos: veinticuatro días antes de las inyecciones; doce durante ellas con siete de inyección; los restantes forman el tercer período subsiguiente á las inyecciones.

Los resultados son:

1.<sup>o</sup> La temperatura y peso del cuerpo fueron los mismos que en la primera serie de enfermos.

2.<sup>o</sup> Las cantidades de orina y urea expelidas en 24 horas disminuyeron durante el período de las inyecciones y el subsiguiente.

3.<sup>o</sup> El extracto testicular obra sobre las funciones gastro-intestinales, aumentando la secreción salival, el apetito y las contracciones intestinales.

4.<sup>o</sup> Aumenta la potencia neuro-muscular; disminuye el período latente de los reflejos cutáneos y aumenta la sensibilidad dolorosa de la piel.

5.<sup>o</sup> Hay disminución del tono vascular de la piel que se traduce por enrojecimiento frecuente del rostro, aparición de manchas rojas sobre el cuerpo, aumento de transpiración y saliva.—Si el mismo fenómeno se produce en los vasos de los centros nerviosos, había hiperemia de dichos órganos, lo cual explica los efectos de esta sustancia sobre dichos centros.



- 6.º La proporción de hemoglobina de la sangre no cambia.
- 7.º El pulso se acelera algo; pero en general, no tienen efecto sobre el corazón.
- 8.º El resultado obtenido en el sujeto á quien se practicaron inyecciones rectales, fué igual al alcanzado en las personas sometidas á las inyecciones subcutáneas.
- 9.º No ofrecen ningún peligro.

## INDICACIONES.

- 1.<sup>a</sup> Debilidad general.
- 2.<sup>a</sup> Escorbuto.
- 3.<sup>a</sup> Diabetes azucarada y debilidad general.
- 4.<sup>a</sup> Atonías gastro-intestinales.
- 5.<sup>a</sup> Trastornos de la actividad cardíaca.
- 6.<sup>a</sup> Enfermedades del sistema nervioso central, trastornos orgánicos ó funcionales.
- 7.<sup>a</sup> Debilidad muscular.
- 8.<sup>a</sup> Impotencia sexual.
- 9.<sup>a</sup> Algunas enfermedades cutáneas.
10. Debilidad senil.

EL ICTIOL EN LAS DERMATOSIS.—El Dr. M. C. di Lorenzo da las siguientes conclusiones como resultado de sus experiencias sobre el uso de dicho medicamento:

- 1.<sup>a</sup> El ictiol constituye un gran remedio en ciertas dermatosis eritematosas exudativas, intertrigo, eczema subagudo, así como en las formas mixtas y específicas de sensibilidad exagerada y con exudado.

- 2.<sup>a</sup> Su acción anestésica, secante y resolutive es muy marcada.

- 3.<sup>a</sup> En las grietas del pezón, el efecto analgésico y curativo se obtiene rápidamente.

- 4.<sup>a</sup> El tratamiento por el ictiol no dura más que algunos días ó algunas semanas y no suele haber recidivas.

El autor ha empleado el ictiol en forma de píldoras de 5 á 10 centigramos á la vez, y al exterior disuelto en glicerina ó en pomada á la lanolina ó á la glicerina en proporción de 10 por 100 ó más. (*Rev. de med. de Chir. et d'Obs.*)

ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y ERISIPELA.—Hace mucho tiempo que la endocarditis simple fué señalada por Jaccoud como complicación



de la erisipela de la cara; pero la endocarditis infecciosa, microbiana, aún no había sido observada hasta que se ha presentado de ella un caso en el hospital de la Piedad, clínica del citado profesor.

Una mujer de 55 años, en completo estado de depauperación orgánica, enfermó de erisipela de la cara, siendo su estado general grave, la respiración frecuente, lengua seca, los latidos cardíacos acelerados por motivo no de la intensidad de la fiebre, sino por lesión del centro circulatorio. Esta enferma sucumbió al segundo día, y la autopsia reveló como lesión importante una endocarditis mitral, con la particularidad de ofrecerse dos clases de lesiones, antiguas unas y recientes otras. Las lesiones antiguas estaban caracterizadas por induraciones, las nuevas por vegetaciones y ulceraciones. Esta coincidencia demuestra, como Jaccoud lo ha manifestado hace tiempo, que no debe establecerse distinción entre la endocarditis vegetante y la ulcerosa. Deben considerarse una y otra como variedades de la endocarditis infecciosa. Las investigaciones bacteriológicas demostraron en este caso la presencia del streptococo, lo que era de prever tratándose de erisipela.

De este hecho se desprende una segunda enseñanza, tal es, la de que no es en un endocardio normal donde se desarrolla la endocarditis infecciosa. En la mayoría de casos existe una lesión previa. Sin embargo, este requisito no es absoluto. Desde 1884, Jaccoud ha observado 12 casos de endocarditis infecciosa y entre ellos en 8 existió esta lesión previa. Lo que casi siempre existe es el decaimiento orgánico del paciente.

Finalmente, importa indicar el hecho de que éste es el primer caso de endocarditis infecciosa observada en el curso de la erisipela. Jaccoud había sido el primero en indicar la frecuencia con que coinciden la endocarditis y la erisipela; pero esta endocarditis es ordinariamente de buena naturaleza, y si deja huellas, sólo son las de una lesión mitral simple. En sus lecciones de 1887 insistió también sobre esta benignidad sobre la falta de accidentes de endocarditis infecciosa.

Esta rareza es ciertamente muy singular, ya que en la etiología de la endocarditis infecciosa se indica la erisipela, pero sin que dicha opinión esté fundada en observaciones. Debe consignarse que este concepto etiológico tiene fácil explicación en el hecho de que la endocarditis infecciosa ha sido observada en la mayoría de enfermedades infecciosas y en particular en la pulmonía, la escarlatina, la difteria, la blenorragia, la fiebre puerperal, etc., así como en las supuraciones, las ulceraciones y aún en los traumatismos accidentales. Se



la ha observado también después de simples enfriamientos, pero en sujetos debilitados y en estado de deterioro orgánico.

Puede, por otra parte, consignarse que siempre que nuestra economía esté invadida por microbios, puede producirse esta endocarditis, ya que puede reconocer por causa micro-organismos diferentes, tales como pneumococos, streptococos y staphilococos. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

TRATAMIENTO DEL CÓLERA ASIÁTICO POR EL CLOROFORMO.—En la Academia de Medicina de París el Dr. Desprez propuso un tratamiento del cólera que ha empleado desde 1864, y que tiene por objeto destruir en el tubo digestivo los bacilos vírgulas y neutralizar sus productos de secreción; calmar los dolorosos espasmos del estómago, estimular las funciones cutáneas é introducir en la economía principios capaces de restablecer la composición normal de la sangre.

Usa la siguiente fórmula:

Cloroformo. . . . .	1 gramo.
Alcohol. . . . .	8 —
Acetato de amoniaco. . . . .	10 —
Agua. . . . .	110 —
Jarabe de clorhidrato de morfina. . . . .	40 —

Para tomar una cucharada grande cada media hora hasta la cesación de los accidentes.

Como medio preventivo, aconseja beber, muchas veces al día, medio vaso de agua cloroformada al 1 ó 2 p<sup>o</sup>/<sub>100</sub> edulcorada convenientemente.

PROCEDER SENCILLO PARA DIAGNOSTICAR EL ASTIGMATISMO.—La *Gaceta méd. de Granada* publica un artículo del Dr. G. Corpas sobre este asunto.

El autor llama la atención sobre la frecuencia con que se observa el astigmatismo, define la enfermedad y expone á grandes rasgos su mecanismo, para entrar luego en el punto capital de su trabajo, ó sea en los medios de diagnóstico que pueden emplearse para reconocer los trastornos de refracción del ojo que constituyen el astigmatismo.

Prescinde el Dr. Corpas del estudio de los astigmómetros ú optómetro y del oftalmoscopio aplicado al diagnóstico de la enfermedad citada, por cuanto su trabajo no va dirigido á los oculistas, y sí tan sólo á los médicos que alejados de los centros de población, por no poseer los instrumentos citados, ó por no estar adiestrados en el ma-



nejo de ellos ó por no serles posible hacer que sus clientes consulten con un especialista, se ven poco menos que imposibilitados de establecer un cabal diagnóstico de la enfermedad. Para estos casos aconseja el proceder siguiente: hacer fijar la vista del individuo en quien se presume la existencia del astigmatismo, en un círculo de alambre que tenga dos hilos cruzados perpendicularmente, procurando que uno de los hilos corresponda al eje horizontal de sus globos oculares. La utilización de este sencillo aparato consiste en retirarlo lentamente é investigar si pierde antes de vista el un hilo que el otro, es decir, si deja de ver la cruz y no ve más que un solo hilo. Siendo afirmativa la contestación, la cosa es clara y se hace preciso colocar el punto distante de su visión en el sentido horizontal (si es éste el que se ha dejado de ver, por ejemplo), á igual distancia del vertical; cosa que no se obtiene más que con la lenté cilíndrica apropiada y en el grado de inclinación correspondiente. Para investigar el astigmatismo oblicuo bastará rodar el aro de tal modo que sus hilos diametrales se paralezicen con meridianos oblicuos aunque cruzados perpendicularmente. Debe tenerse también en cuenta para el diagnóstico probable del astigmatismo, el modo especial de cerrar los párpados é inclinar la cabeza el individuo en quien se sospecha; el cual cambia sucesivamente la posición de su cabeza, ó la del objeto que mira para irlos adaptando al meridiano en que resulta más clara su percepción.

EL BICLORURO DE MERCURIO EN EL TRATAMIENTO DEL CÓLERA MORBO.—El Dr. Ivert, da cuenta del éxito que obtuvo en el hospital de Nam-Diuth, durante la epidemia de 1887, usando la fórmula siguiente:

Licor de Van Swieten. . . . .	20 gramos.
Ron añejo. . . . .	30 á 40 »
Láudano de Sydenham. . . . .	30 á 40 gotas.
Agua. . . . .	70 gramos

Para tomar una cucharada de las de sopa cada hora.

Obtuvo los siguientes resultados: en las primeras tentativas, aún con débiles dosis de bicloruro, alivio inmediato en el estado local del tubo digestivo; á las cuatro cucharadas, lo más de la poción, disminución notable de la diarrea, las deposiciones fueron menos numerosas, menos líquidas y en breve adquirirían una consistencia semi-sólida. En ningún caso se agravaron los síntomas, ni se provocaron los vómitos cuando no existían, ni se aumentaron cuando ya se habían presentado.



Los casos en los cuales se ensayó el sublimado se refieren á cólera confirmado con todos los síntomas clásicos; cólera de marcha insidiosa, pero de diagnóstico no dudoso; diarreas coleriformes de origen microbiótico dudoso, pero cuyos síntomas eran todavía poco manifestos en la primera fase de su desarrollo. En los del primer grupo, de 19 casos consiguió 11 curaciones; en los del segundo, de 7 casos 6 curaciones; y en los del tercero, de 109 casos 91 curaciones.

Como profiláctica recomienda la poción siguiente:

Licor de Van Swieten. . . . .	10 á 15 gramos.
Ron añejo. . . . .	35 »
Láudano de Sydenham. . . . .	20 gotas.
Agua . . . . .	70 gramos.

Para tomar á cucharadas de las de sopa durante el día; ó 10 gramos de licor de Van Swieten en una copita de ron ó cognac. Deben usarla todas las personas que en tiempo de epidemia estén por sus funciones, por su permanencia en el foco, más particularmente expuestas al contagio. (*Rev. de Thér. y Rev. de Med. y Cir. prác.*)

HEMORRAGIAS GASTRO-INTESTINALES EN EL RECIEN NACIDO.—En el *Novis. Mont. méd.* el Dr. Grynfelt, con motivo de haber observado este fenómeno en un niño de cinco días, expone los siguientes conceptos:

Existen dos clases de hemorragias gastro-intestinales del recién nacido: una primitiva; otra sintomática. Pero en ambos casos la sangre procede de las paredes del estómago ó del intestino.

A más de estas hemorragias verdaderas, hay casos en que la sangre expelida por el vómito ó por las cámaras tiene otro origen; no tratándose en estos casos de verdaderas hemorragias gastro-intestinales, sino de pseudo-hemorragias. En efecto, el niño puede haber tragado sangre durante el acto del parto, procedente de un desgarro del cuello uterino ó del orificio vulvar, ó de una grieta del pezón mediante el acto de la lactancia, ó ya también la sangre puede haber procedido de la herida producida por la sección del frenillo de la lengua.

Como causa general de las hemorragias gastro-intestinales casi sólo ha sido aceptada la hemofilia de los ascendientes.

La hemorragia se produce en los primeros días que siguen al nacimiento; raramente antes de la expulsión del meconio. Ordinariamente la sangre aparece en los vómitos ó en las cámaras, del segundo al quinto día.



En la mayoría de casos la hemorragia es el fenómeno inicial. La sangre es expelida por la boca mediante un vómito ó por el orificio anal apareciendo mezclada con las deyecciones ó en forma de coágulos. Con frecuencia coinciden ambos fenómenos: hay hematemesis y melena. En este caso la melena suele ser la primera en manifestarse. Cuando los dos fenómenos se producen separadamente, es mucho más frecuente la hematemesis: la melena aislada es rara.

Sea cual fuere el modo de producción, la hemorragia es al principio abundante. Disminuye y desaparece también rápidamente.

Sin embargo, en algunos casos las evacuaciones sanguíneas son numerosas, se repiten durante muchos días y determinan la muerte del niño. Aún no produciéndose de una manera tan rápida, la terminación fatal puede ser determinada por el estado de anemia en que queda sumido el niño á causa de una abundante pérdida de sangre: el paciente se halla entonces débil, se amamanta mal y cada día va perdiendo peso.

Los autores aprecian de una manera muy diversa la gravedad de este accidente. En realidad, el pronóstico se halla lejos de ser tan grave como á primera vista pudiera creerse.

Los medios preconizados contra la hemorragia gastro-intestinal del recién-nacido son los empleados contra las hemorragias en general: en este concepto se han aconsejado los enemas fríos, simples ó astringentes, las bebidas frías acidulas, las aplicaciones de compresas frías en el abdomen, el percloruro de hierro en poción á la dosis de 3 á 5 gotas, los astringentes, ratania, tanino, etc., etc. Púedela bastar la prescripción siguiente:

Jarabe de ratania . . . . .	30 gramos.
Tanino. . . . .	15 centigramos.

Sin someter al niño á una dieta absoluta debe moderarse la alimentación, haciendo que tome el pezón con poca frecuencia. En casos de gran debilidad debe administrarse algo de alcohol.

Widerhofer aconseja el empleo de la ergotina á la dosis de 10 á 15 centigramos en 60 gramos de poción gomosa. (*Journ. de Méd. et Chir. prat.*)

ROSENDO DE GRAU.

TESIS ACERCA DEL MODO DE EVITAR LA DIFUSIÓN DE LA SÍFILIS, QUE SOMETE Á DISCUSIÓN EN LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN LA COMISIÓN RESPECTIVA.—I.<sup>a</sup> La organización y prescripciones sanitarias



que existen en Berlín para evitar y tratar las enfermedades venéreas, son insuficientes.

2.<sup>a</sup> El reconocimiento de las prostitutas de oficio debe ser por lo menos bisemanal; y hay necesidad de aumentar los locales destinados á este objeto. Estos reconocimientos deben hacerse con arreglo á lo que determinan las prescripciones vigentes, pero acudiendo en los casos dudosos á la inspección microscópica de las secreciones uretral, vaginal y cervical para buscar el gonorreococo.

3.<sup>a</sup> Las prostitutas en que se encuentre alguna afección venérea deben ser llevadas al hospital, donde se las destinará un departamento especial. Lo mismo se hará con las mujeres que se detengan como sospechosas y que se hallen afectas de dichas dolencias.

4.<sup>a</sup> Con respecto á los enfermos de afecciones venéreas no incluídos en las categorías anteriores, procede que se facilite lo más pronto posible su ingreso en los hospitales públicos, erigiendo departamentos especiales para ellos, y consultas públicas en combinación con estos departamentos.

5.<sup>a</sup> Deben desaparecer todas las trabas legales ó de estatutos que existan en perjuicio de esta clase de enfermos tanto en los hospitales, como en las sociedades de socorros.

6.<sup>a</sup> El restablecimiento de las mancebías no es conveniente en Berlín, ni desde el punto de vista higiénico, ni desde el moral.

7.<sup>a</sup> Es de urgente necesidad que se unifiquen las estadísticas de las enfermedades venéreas que se llevan hoy por la policía sanitaria, los hospitales, las sociedades de socorros y las policlínicas.

El Dr. M. Wolff, de la Comisión, llama la atención sobre la conveniencia de que el reconocimiento de las prostitutas sea bisemanal, porque el período de incubación de la gonorrea y del chancro blando es menor de ocho días. El aumento de locales destinados á este reconocimiento lo facilitará mucho; pero no conviene que sea en los hospitales, que no se prestan bien al aspecto policiaco de este servicio, sino en las mismas comandancias de policía.

Con respecto á la inspección microscópica de las secreciones para buscar el gonococo, hubo una discusión bastante empeñada en el seno de la Comisión, habiéndose adoptado el temperamento de recomendarla para los casos dudosos.

También fué objeto de detenida deliberación, si las prostitutas de oficio debían ser tratadas en departamentos especiales, habiéndose acordado que deben estar completamente separadas de los demás enfermos de afecciones venéreas.



Se aprueba sin discusión la tesis primera.

Con respecto á las tesis segunda y tercera, el Dr. Köbner, recuerda que cuando hace diez años propuso conclusiones análogas á las de la Comisión encontró una oposición enérgica de esta Sociedad.

No cree como Blaschko, que sea poco peligrosa la prostitución clandestina y propone como adición una octava tesis redactada en estos términos: El médico que trate un caso de enfermedad venérea procurará en lo posible averiguar su origen, con el fin de descubrir la prostitución clandestina y dar el parte oportuno al servicio de policía.

El Dr. Bröse, propone borrar el pasaje relativo á la inspección microscópica del gonococo, porque según su experiencia no se encuentra muchas veces en enfermos que se sabe con seguridad que padecen realmente gonorrea: así como conoce maridos con blenorragia crónica y gonococos, que, sin embargo de esto, no contagian á sus mujeres.

Se muestra muy pesimista con respecto á la curabilidad de la gonorrea crónica, afección que, á su juicio, padecen todas las prostitutas; así es que entiende que el trabajo y el tiempo que requiere el examen microscópico del gonococo, no compensan de ningún modo los resultados prácticos de este medio de exploración.

El Dr. Villaret replica que precisamente de este modo es cómo se podrá llegar á resolver la cuestión del valor é importancia del gonococo.

El Dr. Rosenthal, propone que en el párrafo relativo á la inspección bisemanal se borren las palabras «á lo menos,» porque aún este minimum representa un maximum de trabajo para el personal médico destinado actualmente á este servicio. Juzga también que no se debe recomendar la inspección microscópica de la secreción vaginal, porque según Neisser no hay vaginitis gonorráica. Propone, además, que al microbio en cuestión se le llame gonococo y no gonoreococo.

El Dr. Ledermann dice que, como antiguo ayudante de Neisser, está convencido de que en la mayor parte de los casos de gonorrea se halla el gonococo y propone borrar en la tesis, las palabras «en los casos dudosos,» pues recordando el esmero con que se asean las prostitutas para presentarse al reconocimiento, se comprende que á la simple inspección nada se verá en ciertos casos en que se hallarán los gonococos más hermosos en el conducto cervical. En Breslavia, después que se introdujo este método de exploración, aumentó enor-



memente el número de prostitutas que tuvieron que pasar al hospital.

El Dr. M. Wolf, no juzga prudente renunciar en absoluto al examen microscópico de la secreción vaginal.

Se desechan todas las enmiendas excepto la propuesta por Rosenthal relativa al nombre del microbio.

Con respecto á la tesis cuarta, el Dr. M. Wolff, insiste en la enormidad de la cifra que alcanzan los casos de afecciones venéreas que se asisten en Berlín, cifra que seguramente se queda muy por debajo de la realidad. De ahí el empeño de la Comisión de que se ponga toda clase de facilidades para la curación de estos enfermos, y sobre todo de las prostitutas clandestinas.

El Dr. Villaret razona en breves frases las tesis quinta, sexta y séptima. Las mismas sociedades de socorros deben comprender que está en su propio interés hacer que desaparezcan todas las trabas que hoy ponen al tratamiento de esta clase de enfermos.

El Dr. Zadek propone una adición á la séptima tesis, en la cual se excita á la administración del Hospital de la Caridad á que favorezca la asistencia y tratamiento de esta clase de enfermos.

Después de una discusión en que toman parte los Dres. Villaret, B. Fränkel, Blaschko y Lewin, se desecha esta enmienda.

Con respecto á la tesis adicional que propone el Dr. Köbner, dice:

El Dr. Lewin, que es un buen deseo, pero que no lo cree realizable. Así vemos que, mientras Blaschko dice que la mayor parte de sus enfermos decían haber sido contagiados por prostitutas sometidas á la inspección facultativa, resulta lo contrario de las preguntas que hizo el orador á los que van á la Caridad; pero la mayor parte no sabían decir con quién habían adquirido su mal.

El Dr. Köbner contesta que, contando con las dificultades de lo que propone, ya había añadido la frase «en lo posible.» Al hacer su proposición, lleva la mira de que se cree alguna Comisión mixta ó una autoridad especial, que, en vista de los informes suministrados por los médicos, obligue á someterse á tratamiento á la prostitución clandestina, causa, muchas veces, de estas afecciones.

El Dr. Blaschko, dice que la división de las prostitutas en inscritas y no inscritas en los registros, sólo tiene un interés burocrático, pero que no puede utilizarse, como propone Köbner, para hacer una estadística. En efecto; entre la prostitución clandestina, la hay de ocasión y de oficio; y ésta última es mucho más peligrosa que la sometida á inspección médica. Lo esencial, y factible al mismo tiempo, es adoptar la base que él propone, y sigue en su práctica, ó sea ave-



riguar si el contagio ha sido producido por una prostituta de oficio, esté ó no sometida á la inspección sanitaria.

Se desecha la tesis propuesta por el Dr. Köbner, aprobándose sin ninguna variante el pensamiento de la Comisión.—(*Rev. de Med. y Cir. práct.*)

## FÓRMULAS

### PÍLDORAS CONTRA LAS MENORRAGIAS PROLONGADAS (*Larra*).

Sabina en polvo. . . . . 8 decigramos.  
Ruda.. . . . 4 id.  
Excipiente. . . . . c. s.

Para 12 píldoras. Tómense dos cada cuatro horas, sin pasar de 6 al día. Deben vigilarse los efectos.

### POLVOS CONTRA EL OCENA (*Schnitzler*).

Benzoato de sosa pulverizado. . . . . }  
Yodoformo pulverizado.. . . . }  
Brea . . . . . V gotas.  
m.

Para insuflaciones.

Con el mismo objeto se puede emplear la siguiente fórmula:

Yodoformo porfirizado.... . }  
Café torrefacto finamente pulverizado.)  
m.

### CONTRA EL ANASARCA (*Aulde*).

Extracto fluido de cactus. . . . . 10 gramos.  
Licor de Fowler. . . . . XXXVI gotas.  
Tintura de genciana compuesta. . . . 100 gramos.  
Una cucharada de café en una copa de agua cada 4 horas.

### CONTRA LA NEURALGIA (*Séc*).

Exalgina. . . . . }  
Bromhidrato de quinina.. . . . }  
Clorhidrato de morfina.. . . . 1 centígramo.  
M. Para un sello. De 1 á 3 en las 24 horas.

### CONTRA LA HEMICRÁNEA (*Fedirici*).

Extracto de cáñamo indiano. . . . 2 decigramos.  
Valerianato de quinina. . . . . }  
Cittrato de cafeína. . . . . }  
H. s. a. 20 píldoras. Para tomar 2 ó 3 en el día.



# DEMOGRAFÍA MÉDICA DE BARCELONA

ESTADO de los enfermos asistidos en sus domicilios por los señores Facultativos del Cuerpo Médico Municipal, durante el mes de septiembre de 1892.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS  Y CONTAGIOSAS		CLASIFICACIÓN DE LOS ASISTIDOS POR EDADES Y PERÍODOS DE LA VIDA																					
		Totales generales	Totales parcia- les.	De más de 80 años.		De más de 60 a 80.		De más de 40 a 60.		De más de 20 a 40.		De más de 10 a 20.		De más de 5 a 10.		De más de 3 a 5.		De más de 1 a 3.		De más de 6 meses a 1 año.		Hasta 6 me- ses.	
				V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.
Viruela..	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión.	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Escarlatina	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angina y laringitis difterica	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche.	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enferme- dades ti- foideas.	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermeda- des puer- perales.	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intermiten- tes palú- dicas.	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Disenteria..	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sífilis. . .	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Carbunclo..	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hidrofobia.	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculo- sis. . . . .	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cólera. . .	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras enfer- medades in- fecciosas y contagiosas.	Curados. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totales parciales</b>		-	-	1	2	1	-	2	1	2	3	-	1	1	4	2	2	1	-	-	-	10	13
Enfermeda- des comu- nes. . . . .	Curados. . . . .	-	-	2	5	-	-	4	-	2	1	1	2	2	7	3	2	4	-	-	-	14	22
	Muertos. . . . .	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	En tratamiento..	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	1	5	1	1	3	-	-	-	1	11	13
<b>Totales parciales</b>		-	-	2	7	-	-	4	-	3	1	1	3	7	8	3	4	7	-	-	2	18	34
<b>RESUMEN</b>																							
TOTALES PARCIALES		-	-	1	2	1	-	2	1	2	3	-	1	1	4	2	2	1	-	-	10	13	23
DE ENFERMEDADES COMUNES.		-	-	2	7	-	-	4	-	3	1	1	3	7	8	3	4	7	-	-	2	18	34
<b>Totales generales.</b>		-	-	3	9	1	-	2	5	2	6	1	2	4	11	10	5	5	7	-	2	28	47

## RESUMEN

Número de visitas practicadas á estos enfermos, 631 —Trasladados al Hospital de la Santa Cruz 5.—  
Han pasado á la beneficencia particular, 6.—El Decano del Cuerpo Médico-Municipal, accidental, Lau-  
reano Juliá.



# CUERPO MÉDICO MUNICIPAL DE BARCELONA

## Sección 1.<sup>a</sup>—ASISTENCIA MÉDICA

Servicios prestados durante el mes de septiembre de 1892.

LOCALES	Heridos auxilia- dos.	Operaciones practi- cadas.	Visitas gratuitas en el mismo local.	Idem, ídem á do- micilio.	Recono- cimientos.		CERTIFICACIO- NES— Informes.	Auxilios á embria- gados.	Vacunaciones.	Servicios varios.
					A personas.	A ídem alle- nadas.				
Casas Consistoriales.	39	8	103	681	3800		72	17	48	4
Dispensario de la Barcel. <sup>a</sup> .	44	19	612		96			8		17
Id. de la Concepción.			39		4					
Id. de la Universidad.			37		17					
Id. de Hostafranchs.	17	3	632		85			6	3	3
Id. de Santa Madrona.	55	32	841	Total de visitas practicadas	18		Total de certifi- caciones e informes.	9	3	14
Asilo del Parque.		2	315		20				25	
Totales	155	64	2609	681	4020	22	72	40	88	37

Total general de servicios prestados: 7788.

Barcelona 7 de octubre de 1892. EL DECANO ACCIDENTAL, Laureano Juliá.

## Sección 2.<sup>a</sup>—INSTITUTO DE HIGIENE URBANA

Servicios que se han practicado en septiembre de 1892.

ENFERMEDADES que motivaron los servicios	HABITACIONES desinfectadas por medio de		OBJETOS desinfectados por medio del calor húmedo á 130° (Estufa Geneste)	OBJETOS DESTRUIDOS por el fuego		
	Solucio- nes anti- sépticas	Desinfe- tantes ga- seosos.				
Tuberculosis. . .	19	19	Abrigos Sra. . . . .	1	Alfombras. . . . .	1
Sarampión. . . .	2	1	Alfombras. . . . .	5	Calzoncillos. . . . .	2
Tifus. . . . .	3	21	Almohadas. . . . .	40	Corsés. . . . .	2
Difteria. . . . .	18	18	Americanas. . . . .	1	Colchones. . . . .	1
Viruela. . . . .	3	6	Batas. . . . .	2	Camisetas. . . . .	1
TOTALES. . . . .	45	67	Capas. . . . .	2	Faldas. . . . .	2
Otros servicios á la desin- fección per- tinentes. . . . .	58		Camisetas. . . . .	2	Jergones. . . . .	1
Inspecciones especiales con informe. . . . .	33		Camisas. . . . .	5	Pieles. . . . .	1
			Calcetines (pares). . . . .	1	Sábanas. . . . .	3
			Colchones. . . . .	20	Sombreros. . . . .	1
			Colchas. . . . .	4	Trapos. . . . .	2
			Calzoncillos. . . . .	1	Zapatos (pares). . . . .	7
			Chambras. . . . .	2		
			Cubrecamas. . . . .	9		
			Delantales. . . . .	4		
			Faldas. . . . .	1		
			Fajas. . . . .	2		
			Fundas. . . . .	16		
			Jergones. . . . .	19		
			Glasas. . . . .	1		
			Gorras de dormir. . . . .	2		
			Mantas. . . . .	12		
			Medias (pares). . . . .	1		
			Pañuelos bolsillo. . . . .	5		
			Id. seda. . . . .	2		
			Id. lana. . . . .	3		
			Pantalones. . . . .	2		
			Sacos Sra. . . . .	4		
			Sábanas. . . . .	35		
			Telas catre. . . . .	1		
			Toallas. . . . .	4		
			Trapos. . . . .	22		
			Vestidos Sra. . . . .	1		
			Totales. . . . .	229		24

Barcelona 30 de septiembre de 1892.—V.º B.º El Decano accidental Laureano Juliá.—  
El Concejal Director, Federico Massó Pastor.— El Director, L. Comenge.



# SECCIÓN CUARTA. ESTADÍSTICA DE HIGIENE ESPECIAL

## MES DE SEPTIEMBRE DE 1892

### I

#### Resumen de los partes de los señores Médicos.

(A)	Prostitutas inscritas en 1.º de Septiembre.	813
(B)	Movimiento.. Altas.	139
	Bajas.	195
(C)	Resultado del reconocimiento en los distritos.	7
	Enfermedades específicas.	105
	especiales.	(*) 15
	comunes.	8033
	Reconocimientos á las inscritas en sus domicilios.	643
	Faltas al reconocimiento	(**)

### II

#### Dispensario.

Curaciones practicadas.	1192	Propuestas para ingresar en el Hospital Civil por afecto contagioso.	6
Faltas de asistencia.	458	Mandadas al Hospital por la Dirección.	4
Fugadas según parte de la sección de vigilancia.	21	Existencia en 31 Agosto.	96
Ingresadas.	69	Existencia en 30 Septiembre.	91
Altas curadas.	42	Diferencia en menos.	5
Altas concedidas por la Dirección.	1		

### III

#### Reconocimientos practicados por la Dirección.

### (A)

#### CONCEPTO

Inscripciones.	49	Trasladados.	24
Altas.. (ex-inscritas.	34	Salidas del Hospital.	14
( procedentes de otra	51	Procedentes del Dispensario.	6
poblacion.	17	Por otros conceptos.	65
por pasar á otra pobla-	8		
cion.	1	TOTAL.	225
Bajas.. para servir.	1		
por retirarse del tráfico	3		
por embarazo.	4		

### (B)

#### RESULTADO

#### ENFERMEDADES ESPECÍFICAS.

Vulvitis blenorragica.	1
Vulvo-vaginitis blenorragica.	1
Uretero-vulvo-vaginitis blenorragica	1
Uretritis blenorragica.	10
Uretritis y metritis blenorragica.	1
Uretritis blenorragica y chancro	1
Idem idem chancro y bubón.	1
Chancro.	7
Chancro y bubón.	4
Chancro y bartolinitis.	1
Chancro y pápulas ulceradas.	1
Úlcera chancrosa.	4
Úlceras sospechosas vulvares y anales.	1
Pápulas ulceradas.	1
Úlcera sífilítica perivulvar.	1
TOTAL.	33

#### ENFERMEDADES ESPECIALES.

Vulvitis.	1
Úlcera vulvar.	9
Úlcera crónica vulvar.	1
Foliculitis periuretral.	1
Uretritis.	25
Fungosidad uretral.	1
Vaginitis.	2
Bartolinitis.	4
Vegetaciones.	4
Metritis.	3
Metritis ulcerosa.	11
Metritis granulosa.	1
Flujo sospechoso.	1
Úlcera perianal.	1
Pápulas.	3
TOTAL.	69

#### RESUMEN.

Completamente sanas.	123
Con enfermedades específicas.	33
Con enfermedades especiales.	69
Total.	225

### (C)

#### DISPOSICIONES

Mandadas al Hospital Civil.	(***) 33
Mandadas al Dispensario.	69

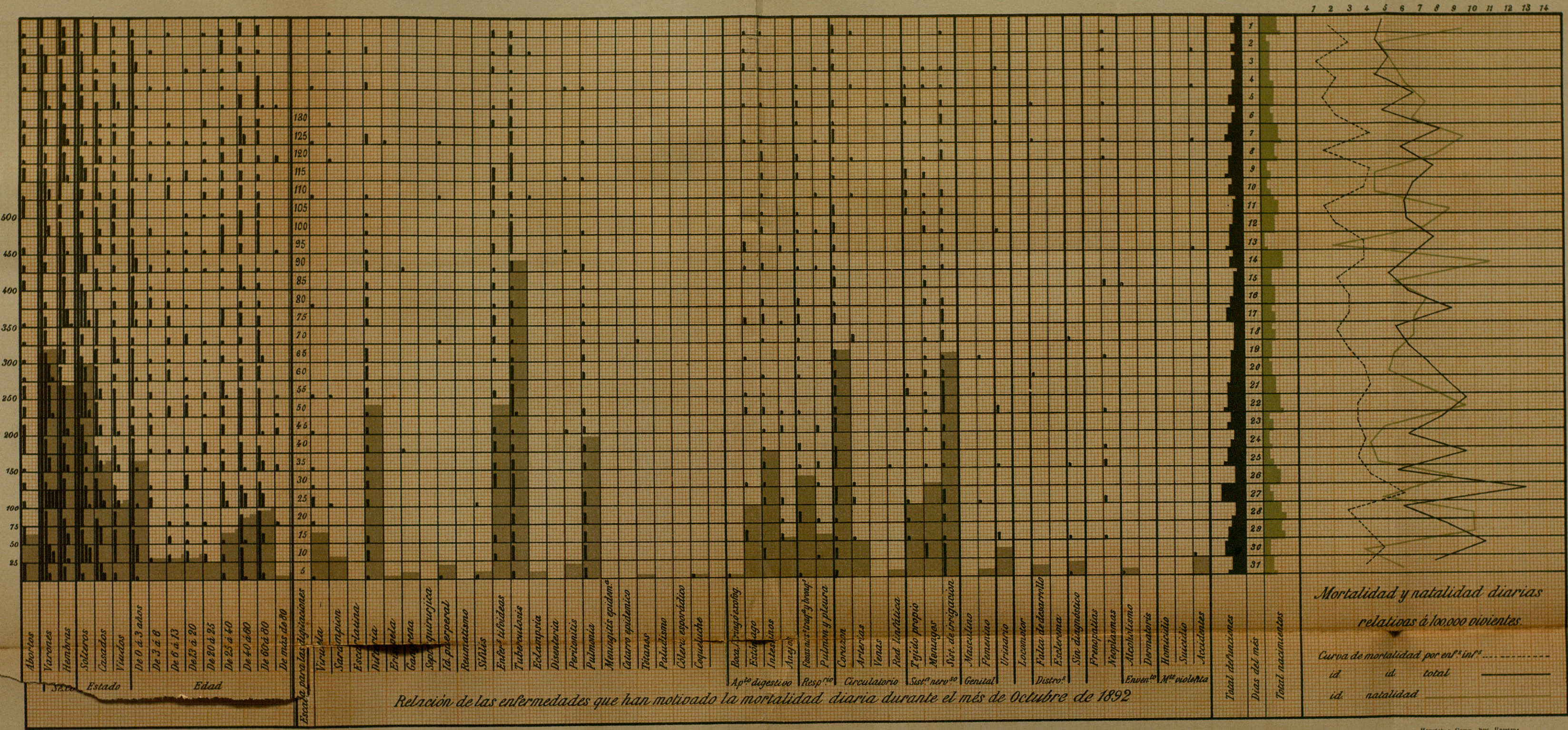
Barcelona 5 de octubre de 1892.—V.º B.º El Decano accidental, LAUREANO JULIÁ—El Director de la sección 4.ª, CARLOS RONQUILLO.

(\*) Calentura catarral, 2; bronquitis, 1; catarro gástrico 4; catarro intestinal agudo, 1; angina, 1; metrorragia, 1; neuralgia trifacial, 1; sin diagnosticar, 4.

(\*\*) Durante el mes de septiembre, según comunicacion del Jefe de vigilancia, han sido dadas por fugadas 54 inscritas.

(\*\*\*) De las 33 enfermas específicas mandadas al Hospital, P. O. S. 13 quedaron en el local de la Inspección, ocupando una de las salas de la ex-enfermería de Ntra. Sra. de las Mercedes.



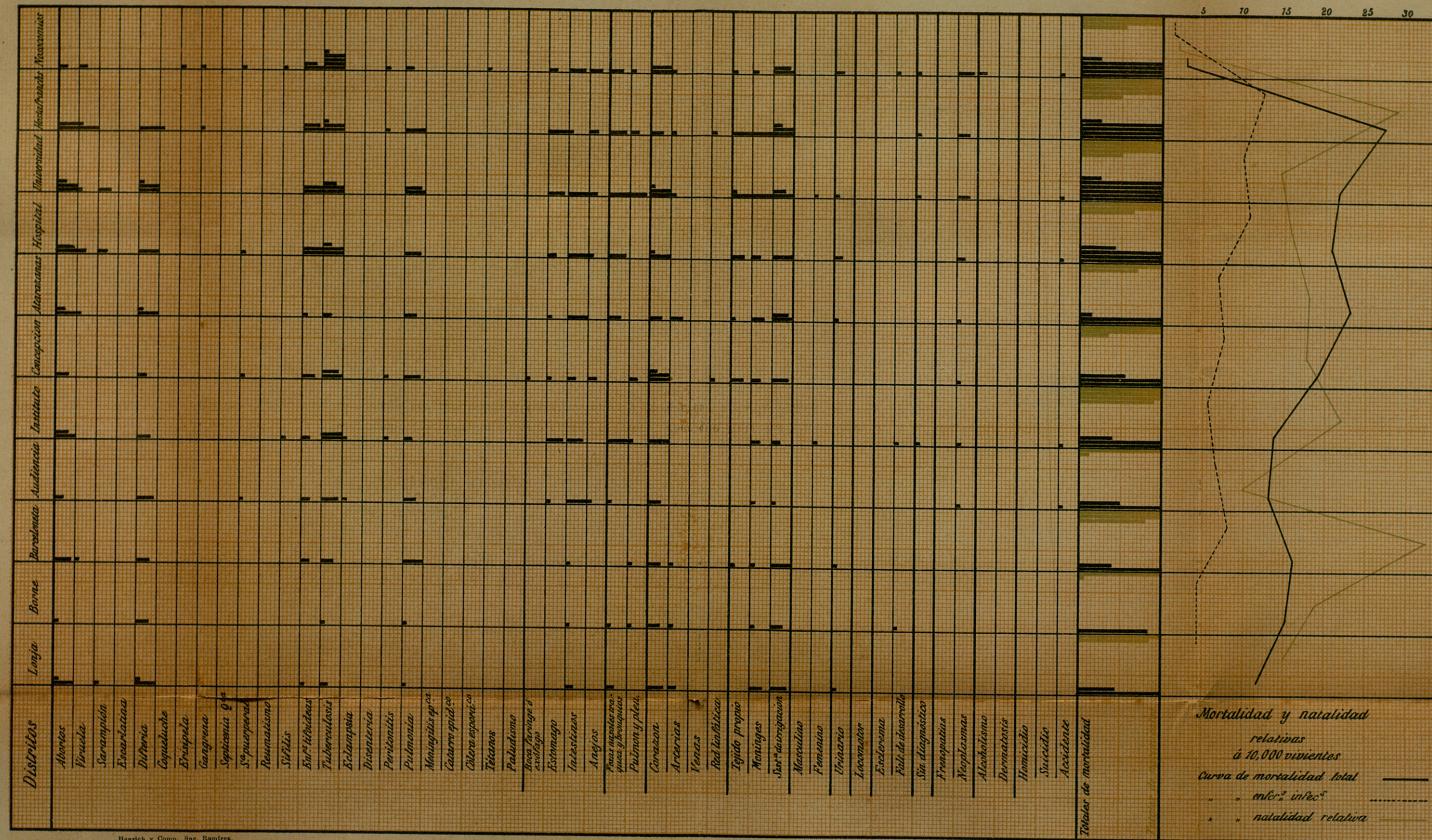


V.º B.º—El Concejal,  
Fran.º de P. Nebot Canth.

El Director,  
L. Comenge.

(1) **ADVERTENCIAS.** — 1.ª Las líneas horizontales limitan días del mes en que han ocurrido las defunciones.—2.ª Las verticales la edad, sexo, estado de los difuntos y causas de los óbitos.—3.ª Cada milímetro tachado en negro supone una defunción, de tal suerte que si los símbolos fuesen movibles, inclinados á la derecha, compondrían el total de mortalidad diaria que se marca por milímetros.—4.ª Toda digitación ascendente indica la mortalidad mensual producida por una especie ó grupo nosológico ó fisiológico.—5.ª Las totales diarias de natalidad se representan por milímetros tintos en verde; los abortos no se incluyen en la mortalidad.—6.ª Como que no es dado modificar las fuentes diagnósticas, no intentamos ofrecer una clasificación etiológica; procuramos agrupar del mejor modo los certificados de los médicos de cabecera.—7.ª Los datos demográficos son muchos y de tal índole algunos como los referentes á la craneometría, talla, raza, emigración é inmigración, profesión, instrucción, focos insalubres, medios de combatirlos, etc., que no es posible incluirlos en nota mensual, ellos formarán parte del estudio ánuo.—8.ª El complemento de este trabajo sería un censo médico exacto.





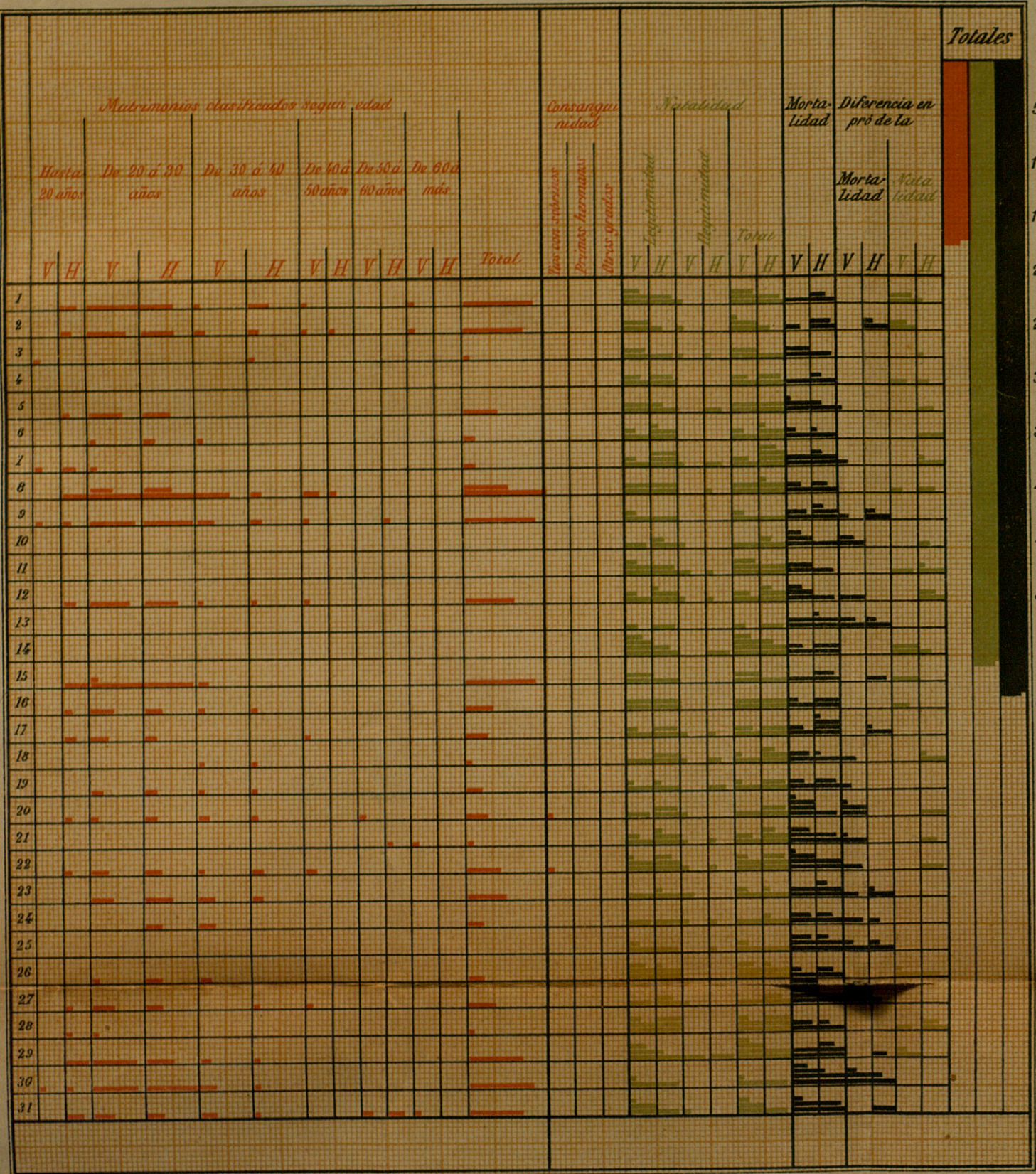
Hensick y Comp. Suc. Ramtrea.

V.º B.º—El Concejal,  
Fran.º de P. Nebot Canth.

El Director,  
L. Comenge

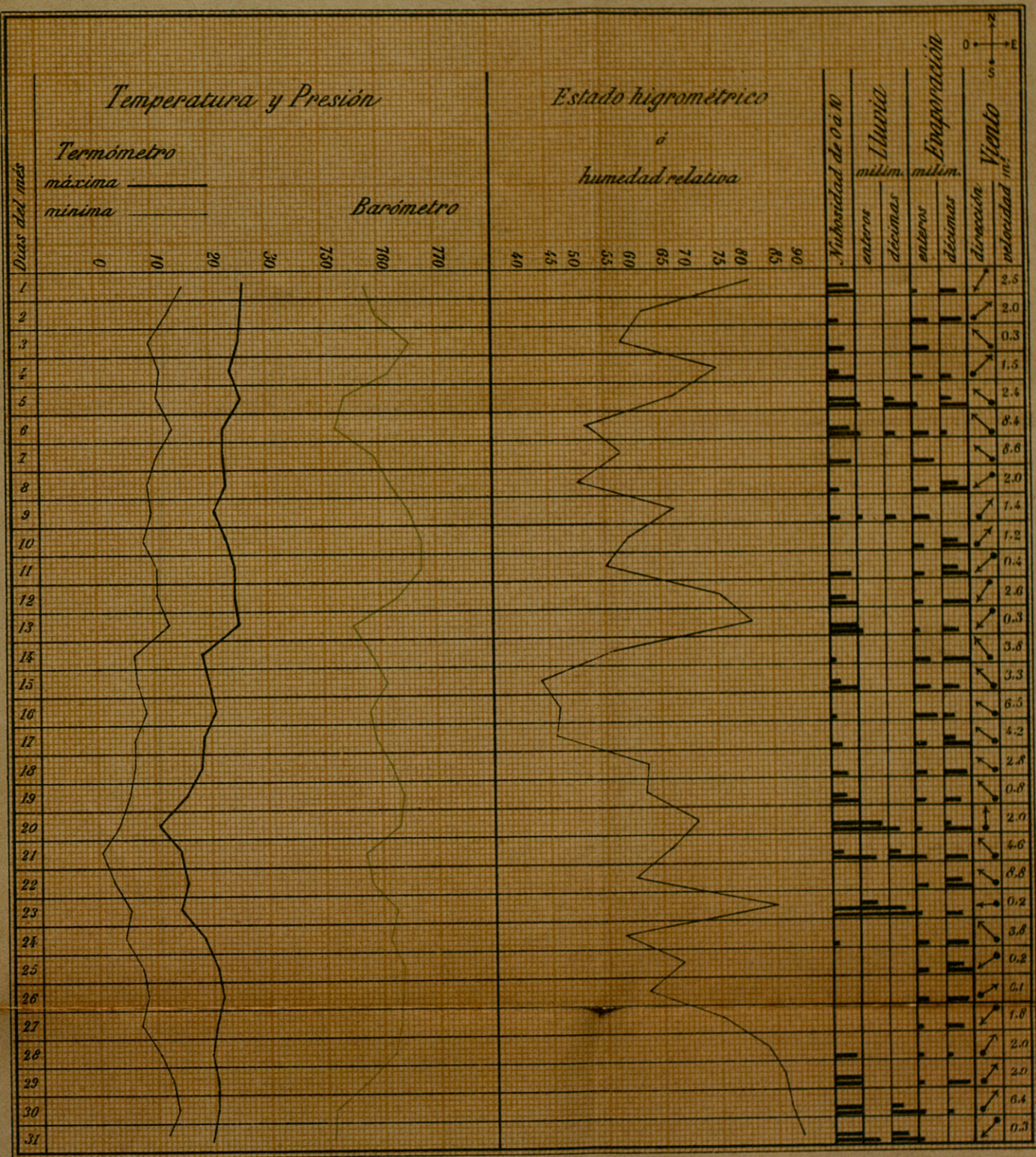
(1) **ADVERTENCIAS.** — 1.ª Para la mejor comprensión de este cuadro conviene saber que rigen las aclaraciones 3.ª y 5.ª del cuadro primero. — 2.ª Los abortos no se incluyen en la mortalidad total por distritos. — 3.ª Las curvas de mortalidad de los Nosocomios son relativas á 100,000 vivientes y se refieren á toda la ciudad.





V.º B.º—El Concejal,  
Francisco de P. Nebot Canti

El Director,  
L. Comenge.



Hora de las observaciones: 9 de la mañana

V.º B.º—El Concejal,  
Francisco de P. Nebot Canti.

El Director,  
L. Comenge.



# Farmacia y Laboratorio Químico

M. GÓMEZ DEL CASTILLO

Premiada con Medalla de Oro en la Exposición Universal de Barcelona de 1888

POR TODOS SUS PEPTONATOS, ELIXIRES, SOLUCIONES Y GRÁNULOS.

Los más rápidos, seguros y eficaces según dictamen de la Real Academia de Medicina y Cirugía, cuya eficacia é inmensos resultados han sido comprobados en los hospitales de esta capital, Madrid y Buenos Aires. Dice así la Ilustre Real Academia de Barcelona:

## ELIXIR PEPTONATO DE HIERRO «CASTILLO»

Es de un grato sabor, sus efectos empiezan á manifestarse en los primeros días, no produce asfijación ni cólico, como sucede con los demás preparados ferruginosos, notándose mayor coloración en las mucosas, aumento de apetito y otros efectos que no dejan lugar á duda sobre los inmensos resultados del Elixir.

V.º B.º Dr. Bartolomé Robert.—El Secretario perpetuo, Luis Suñé Molist.

SOLUCIÓN DE PEPTONATO AMÓNICO HIDRARGÍRICO «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas; cada grano de esta solución contiene 0'02 de sal (una inyección diaria).

GRÁNULOS DE PEPTONATO AMÓNICO HIDRARGÍRICO «CASTILLO»; cada gránulo contiene 0'01 de sal por tomar CINCO gránulos al día.

El peptonato amónico hidrargírico «CASTILLO», tanto en la forma de solución como de gránulos tiene su principal uso en los periodos secundarios y terciarios de la sífilis, cuyos progresos contiene inmediatamente, llegando en pocos días á la más completa curación, cosa que no habías podido conseguir antes del descubrimiento de tan prodigioso preparado, según se acredita en las prácticas de eminentes especialistas académicos y puede afirmar de los experimentos efectuados esta Real Academia de Medicina y Cirugía.

SOLUCIÓN DE PEPTONATO DE QUININA «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas; cada gránulo de solución contiene 0'20 de sal.

GRÁNULOS PEPTONATO DE QUININA «CASTILLO», cada gránulo contiene 0'05 de sal.

El peptonato quinina Castillo, bajo estas dos formas de Solución y Gránulos, tienen un valor inapreciable en toda clase de estados febriles y muy especialmente en las afecciones de origen palúdico, en las neuralgias y los casos de septicemia y en general en todos los casos en que están indicadas las sales de quinina, siendo muy superior el peptonato de quinina por su gran solubilidad y absorción y rápidos resultados.

GRÁNULOS PEPTONATO DE BISMUTO «CASTILLO» de 0'10 de sal por gránulo. Han sido administrados en enfermos que padecían diarreas catarrales; los resultados terapéuticos han sido casi inmediatos.

ELIXIR DE PEPTO-FOSFATO DE CAL «CASTILLO» tres cucharadas al día. En diversos enfermos ha podido ensayar el Elixir esta Academia, observando magníficos resultados en afecciones escrofulosas que radican en los huesos y cubierta periostia.

V.º B.º El Presidente, Bartolomé Robert.—El Secretario perpetuo, Luis Suñé.

## ELIXIR MORRHUOL «CASTILLO»

La Ilbre. Academia Médico-farmacéutica, donde ha sido presentado el Elixir y grajeas Morrrhuol preparadas por M. G. del Castillo para su estudio, esta docta corporación ha emitido el siguiente dictamen:

«El Elixir y grajeas Morrrhuol del Dr. Castillo, contienen la parte medicinal curativa ó sea el conjunto de todos los principios á los que el aceite de hígado de bacalao debe su acción terapéutica constituyendo medicamentos muy agradables al paladar y de excelentes resultados como reconstituyentes. Por tanto la Academia recomienda estos dos medicamentos por su exquisita confección y á par que por su valor terapéutico. Comisión de preparaciones farmacéuticas, Dres. Güdel, Segura y Jimeno.—Presidente, Dr. Nicolás Homs.—Secretario, Dr. Estanislao Andreu.»

Tenemos también preparados Elixir Morrrhuol con peptonato de hierro, con peptofosfato de cal, é hipofosfitos y las grajeas Morrrhuol creosotadas. Es superior al aceite de hígado de bacalao, emulsiones y demás preparados por presentar todas sus ventajas y ninguno de sus inconvenientes.

ELIXIR PEPTO-YODURO DE AZUFRE «CASTILLO» tres cucharadas diarias.

Otra con evidentes resultados en las afecciones sifilíticas, herpéticas y reumáticas.

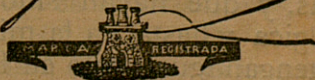
Para evitar falsificaciones en cada frasco EXÍJASE LA MARCA Y FIRMA DEL AUTOR

De venta en las principales farmacias

M. G. del Castillo

DEPÓSITO GENERAL

farmacia del autor, Dr. M. GÓMEZ DEL CASTILLO



Condal, 15 BARCELONA.

PRECIO 10 reales

NOTA. Advertimos á los señores Médicos y farmacéuticos que si quieren obtener los maravillosos resultados con los preparados «Castillo», exijan lo mismo en éstos que en las sales, la marca y firma del autor único preparador de los mismos. Hacemos esta advertencia porque tenemos noticia que circulan en el comercio sales falsificadas, cuya diferencia se puede establecer con facilidad al ver de ser las nuestras perfectamente cristalizadas, lo que demuestra ser una combinación químicamente pura, mientras que las substancias que emplean para falsificarlas constituyen un polvo heterogéneo y delicuescente, lo que prueba ser una mezcla grosera y no una verdadera combinación.



ANTISEPSIS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

# Bronquitis, Catarros, Tisis

CÁPSULAS EUPÉPTICAS PIZÁ  
EUCALIPTOL PURO, IODOFORMO Y CREOSOTA  
DE HAYA

EUCALIPTOL, IODOFORMO  
Y GUAYACOL

Antibacilar por excelencia. Tolerancia perfecta

Frasco 12 reales

Dr. PIZÁ. Plaza Pino, 6.-Barcelona  
y principales farmacias

## HEMOGLOBINA SOLUBLE

del Dr. PIZÁ

CÁPSULAS EUPEPTICAS. JARABE

Principio ferruginoso natural. Reparador de los glóbulos de la sangre.

El mejor reconstituyente contra la anemia, clorosis, abatimiento,  
debilidad general.

Cápsulas, frasco 3 pesetas • Jarabe, frasco 2'50 pesetas

DR. PIZÁ. Plaza Pino, 6. — BARCELONA — y principales farmacias

## LECCIONES DE PATOLOGÍA INTERNA

POR EL

—( DR. LIEBERMEISTER )—

versión española del Dr. D. Manuel Carreras

El Dr. Liebermeister es uno de los clínicos alemanes que mayor renombre han adquirido en el mundo científico, así que no es extraño que sus **Lecciones de Patología interna** (*Enfermedades del sistema nervioso*) se traduzcan á varios idiomas, y que hayan sido también acogidas en Alemania, Italia, Bélgica y hasta en la misma Francia. De esperar es, pues, que obtengan igual éxito en España. Forma esta obra un volumen de 400 páginas, en 8.º francés.

Precio: 6 pesetas en toda España

Se halla de venta en la Administración de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUJÍA PRÁCTICAS, Pizarro, 13, 1.º, Madrid, y en las principales librerías.



# ESTADÍSTICA MÉDICO-FARMACÉUTICA GENERAL DE ESPAÑA

POR

**D. FELIX ANTIGÜEDAD DIEZ**

*Médico-Cirujano Titular de Fuentes de Béjar (Salamanca) Año de 1892*

Vencidas algunas dificultades que se oponían á la publicación de este trabajo, tenemos el gusto de ofrecerle al profesorado Médico-Farmacéutico Español, seguros de que será leído con interés por los datos que contiene.

Comprende una indicación, por orden alfabético de provincias, partidos judiciales y pueblos, de los profesores que ejercen en los mismos, con un resumen particular y general, seguido de algunas consideraciones que se deducen de ellos: además contiene una lista, por el mismo orden, de los subdelegados de Medicina y Farmacia de España, y otra de los periódicos profesionales y científicos que en la misma se publican.

Podrán adquirir un ejemplar de este trabajo, al precio de 6 pesetas, franco de porte, y 75 céntimos más, si prefieren recibirle certificado, todos los profesores que hasta fin de Agosto manifiesten su deseo ó incluyan su importe en letra del giro mutuo sobre Béjar (Salamanca) á nombre del autor.

Los editores y autores de obras de Medicina, Cirugía y Farmacia que remitan un ejemplar de las mismas, durante dicho tiempo, tendrán derecho á que se dé cuenta de ellas en un anuncio, y á un ejemplar de este trabajo. Los directores de los periódicos profesionales y científicos que den cuenta en ellos de esta circular, y remitan un número, recibirán después un ejemplar, y también tendrán derecho á un anuncio.

Este trabajo se repartirá en el mes de Octubre.

## GUIA DEL MÉDICO DOSIMETRA, por el doctor

BURGGRAEVE; vertida al castellano por D. Agustín Fuster y Fernández, médico-cirujano, etc,

«Hemos colocado por clases las enfermedades objeto del presente libro: primero, las enfermedades generales ó fiebres; en seguida, las enfermedades especiales: de las mujeres, de los niños; las enfermedades locales: de la cabeza, del pecho, del vientre, etc.; las enfermedades de nutrición ó diátesis: caquexias, discrasias; las dispepsias, porque ellas constituyen el fondo y el origen de la mayor parte de las enfermedades.

En fin, hemos terminado esta larga nomenclatura por resúmenes aforísticos, de los que sacarán reglas de conducta los médicos que siguen nuestro método.»

**BASES DE LA PUBLICACION.**—*Esta obra se repartirá en cuatro cuadernos*, cada uno de unas 186 páginas, al precio de 3 pesetas.

*Se han repartido los cuadernos 1.º, 2.º y 3.º*

Los que desde luego deseen la obra completa, que consta de un magnífico tomo en 8.º mayor, de unas 750 páginas, buen papel y esmerada impresión, podrán obtenerla á los precios siguientes:

En rústica, 12 pesetas en Madrid y 13 en provincias; en pasta, 13'50 en Madrid y 14'50 en provincias.

Se hallará de venta en la Librería editorial de Bailly-Bailliere é Hijos, Plaza de Santa Ana, 10, Madrid, y todas las librerías de España, Ultramar y América se encargarán de proporcionar dicha obra





# Elixir Digestivo

DE

## JIMENO

**PEPSIN. Y PANCREATINA EN ESTADO NATURAL, Y DIASTASA.**

**DIGESTIVO COMPLETO** de los alimentos grasos, azoados y feculentos.--**EXCITANTE PODEROSO DE LA DIGESTION**, por hallarse compuesto de los jugos pépsico y pancreático naturales, con sus inherentes ácidos, sales y principios inmediatos. Está reconocido este digestivo como preparación de alta novedad y superior á todas las conocidas.--**PRINCIPALES INDICACIONES**.--Apépsia (falta de apetito), dispépsias ácidas y flatulentas, digestiones pesadas, vómitos de los alimentos y vómitos de las embarazadas.

FARMACIA DEL GLOBO, PLAZA REAL, 4, BARCELONA, Y EN TODAS LAS DE LA PENÍNSULA

## JARABE DE HIPOFOSFITOS DEL Dr. JIMENO

### EUPÉPTICO Y RECONSTITUYENTE (FORMULA FELLOWS MODIFICADA)

Contienen los hipofosfitos de sosa (0'20), de cal (0'25), de hierro (0'03), de manganeso (0'02), de quinina 0'45 y de estricnina 0'001, químicamente puros y solubles.

El hipofosfito de estricnina á un miligramo por la dosis ordinaria de 20 gramos de jarabe, cucharada grande, aleja todo peligro de síntomas de intoxicación extrínica.

#### El Jarabe de hipofosfitos del Dr. Jimeno

hecho bajo las inspiraciones de un reputado facultativo de Barcelona, y con todo el esmero posible para su dosación y pureza, goza de una aceptación grandísima entre los mejores facultativos de la Península, por lo bien que responde á sus múltiples indicaciones.

#### El Jarabe de hipofosfitos del Dr. Jimeno

es de acertada aplicación y de resultados seguros en todas aquellas enfermedades que reconocen por causa la anemia, como por ejemplo los distintos estados nerviosos procedentes de empobrecimientos de la sangre, neuralgias faciales, jaquecas (migraña), dolores de estómago durante la digestión, bñidos ó desvanecimientos, zumbido de oído, ruidos en la cabeza, etc., etc. En el aparato digestivo puede combatirse con este jarabe la inapetencia, las dispépsias en todas sus formas, las regurgitaciones ó acideces (cor agre), los vómitos y el estreñimiento y desarrollo de gases.

Y donde son muy palpables las ventajas del JARABE DE HIPOFOSFITOS DEL DR. JIMENO, es en las enfermedades como la tisis, diabetes sacarina, raquitismo de los niños, convalecencia del tifus y en general en todos los estados caquéticos de consunción ó pérdida de las fuerzas orgánicas.

El fosforo en la forma de hipofosfitos, los reconstituyentes calcio, hierro y manganeso y los tónicos quinina y estricnina, representan una medicación tónica, reconstituyente y estimulante completa.

Toleran este Jarabe todas las personas por débiles que se encuentren, y siendo como son moderadas las dosis de sus más activos componentes, el bienestar que produce á los enfermos es constante y duradero. No estimula en exceso un día á costa de la depresión del día siguiente.

**DOSIS:** Una cucharada grande disuelta en medio vaso de agua, cada cuatro horas; para los niños la mitad de la dosis. A veces se recomienda tan sólo una cucharada grande disuelta en agua antes de cada comida. El facultativo en último resultado, indicará la dosis y hora de tomarla.

**NOTA.**—No debe confundirse este Jarabe de hipofosfitos del doctor Jimeno con otros similares.

FRASCO, 3'50 PESETAS

FARMACIA DEL GLOBO DEL DR. JIMENO  
SUCESOR DE PADRÓ  
4, PLAZA REAL, 4. -BARCELONA



## PUBLICACIONES RECIBIDAS

---

*Tratado de Terapéutica y Farmacología*, por E. Soulier, vertido al castellano por D. Eduardo Sánchez y Rubio. Se han recibido los cuadernos 16, 17 y 18.

---

*Los Baños termales de la Garriga en las afecciones cutáneas*, por el Director Dr. D. Manuel Manzaneque, Barcelona 1892.

---

*Tratado de Medicina*, publicado bajo la dirección de los doctores Charcot, Bouchard y Brissaud, y traducido al castellano bajo la dirección de D. Rafael Ulacia y Cardona.—Se ha recibido el cuaderno 12.

---

Dos ejemplares de *Estudios teórico-prácticos sobre Mecanoterapia*, por D. Joaquín Decref y Ruíz.

---

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.

---

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

---



# VINO AMARGÓS

TÓNICO NUTRITIVO PREPARADO CON

Peptona, Quina gris, Coca del Perú y Vino de Málaga

PREMIADO CON MEDALLA DE PLATA

en la EXPOSICIÓN UNIVERSAL de Barcelona

El **Vino Amargós tónico nutritivo** es recetado todos los días por la clase médica, así de Europa como de América, obteniendo siempre los más lisonjeros resultados.

Debido á su especial método de preparación, el **Vino Amargós tónico nutritivo** es de un sabor agradable, lo cual hace que pueda administrarse aun á las personas de paladar más exquisito, siendo al mismo tiempo soportado por los estómagos mas delicados.

NOTA.—El **Vino Amargós** aventaja tanto en propiedades farmacológicas como terapéuticas á todos los enolaturas extranjeros, que llevan el nombre de **tónico-nutritivos**.

Exijase en la etiqueta de cada frasco la firma y rúbrica del autor impresa en tinta roja. Cerciorarse de que la etiqueta que cubre el tapon está intacta.

## EMULSIÓN AMARGÓS

de aceite puro de hígado de bacalao con hipofosfitos de cal y de sosa y fosfato de cal gelatinoso.

Premiada en la Exposición Universal de Barcelona con la **más alta recompensa** otorgada á los preparados de aceite de hígado de bacalao, y la **única aprobada y recomendada** por la Real Academia de Medicina y Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.

## VINO DE HEMOGLOBINA preparado por AMARGÓS

Cada cucharada de 15 gramos contiene un gramo de Hemoglobina soluble.

## VINO NUEZ DE KOLA AMARGÓS

*Tónico neurosténico.—Alimento de Ahorro.*



## VINO DE CREOSOTA BIFOSFATADO preparado por AMARGÓS

Cada cucharada de 15 gramos contiene diez centigramos de creosota de Haya y treinta centigramos de bifosfato calcico.

DEPÓSITO GENERAL

## FARMACIA DE LUIS AMARGÓS

Calles de Gignás, 32, y Hostal del Sol, 12

— BARCELONA —

**De venta:** En Madrid, farmacia de Passapera, Fuencarral, 110; en Valencia, farmacia de A. Rines, Mercado, 10; en Zaragoza, farmacia de Rios hermanos, Cozo, 33; en Sevilla, farmacia del Dr. Medina, calle Sta. María de Gracia, 4; en Málaga, farmacia de Juan Bta. Canales, calle Compania, 15; en Bilbao, drogueria de Barandiarán y C.<sup>a</sup>, calle Arce-calle, 18; en S. Sebastian, farmacia de Juan Vidaur, Hernani, 41; en Santander, drogueria de Pérez Molins y C.<sup>a</sup>, Tableros, 5; en Palma de Mallorca, farmacia de Valenzuela, Plaza de la Cuartera, 2; en Tarragona, farmacia del Centro, de R. Puig; en Reus, farmacia de Serra, Arrabal Sta. Ana, 80; en Coruña, Ressansa é hijos, Real, 27 y

En las principales farmacias de España y América.