

Núm. 12.

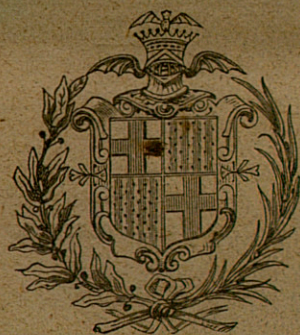
Año IV.

GACETA SANITARIA

DE

BARCELONA

(ÓRGANO DEL CUERPO MÉDICO MUNICIPAL)



DICIEMBRE 1892

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
CASAS CONSISTORIALES

CONSEJO DE REDACCION

DIRECTOR: Dr. Giralt (D. Pelegrín).

REDACTORES

Dr. Comenge (D. Luís).	Dr. Llorens (D. Ignacio).
» Farriols (D. Agustín).	» Pi y Gibert (D. Augusto).
» Grau (D. Rosendo de).	» Ronquillo (D. Carlos).
» Jaques (D. Eugenio).	

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>	7'50	» »
<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

È 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. PIZA, de Barcelona, y que curen más pronto y radicalmente las ENFERMEDADES URINARIAS, sobre todo la blenorragia si va acompañada de hemorragia. Catorce años de éxito, premiadas con medalla de oro en la Exposición Universal de 1888. Únicas 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.
Advertiendo 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.	2
Aceite de hígado de bacalao puro.	10	Eucaliptol.	18
Aceite de hígado de bacalao creosotado.	12	Eucaliptol iodoformo y creosota.	19
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 Gabián.	9	Extracto de hojas de matico.	10
Aloes sucotrina.	8	Extracto de ratania y matico.	10
Apiol.	8	Febrifugas 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	Hipnono.	10
Bromuro de quinina.	9	Ioduro de azufre soluble.	40
Cloroformo puro.	8	Iodoformo.	10
Contra la jaqueca (bromuro de quinina, pautina y belladona).	12	Lactato de hierro y manganese.	10
Copaiba puro de Maracaibo.	12	Mriol.	10
Copaiba y esencia de sándalo.	20	Morrhul.	10
Copaiba, esencia de sándalo y cubebas.	20	Morrhul creosotado.	14
Copaiba, esencia de sándalo y hierro.	20	Morrhul hiposofitos y cuasina.	16
Copaiba y cubebas.	16	Morrhul, fosfato de cal y cuasina.	14
Copaiba, cubebas y hierro.	16	Morrhul iodo ferruginoso.	14
Copaiba y brea vegetal.	14	Monosulfuro de sódio.	10
Copaiba y matico.	16	Pectorales de Tolú, clorato de potasa, óxido de antimonio y codeina.	8
Copaibato de sosa y brea.	16	Pepsina y diastasa.	12
Creosota de Haya.	12	Pepsina y pancreatina.	12
Ergotina Bonjean.	8	Pepsina pancreatina y diastasa.	42
Esencia de eucaliptus.	10	Peptona de carne.	10
Esencia de copaiba.	12	Quina y hierro.	10
Esencia de trementina bi-rectificada.	8	Sulfuro de carbono.	8
Esencia de cubebas.	16	Sulfuro de carbono y iodoformo.	12
Esencia de matico.	20	Sulfato de quinina.	8
Esencia de sándalo puro.	14	Terpinol.	10
Etolorado de asafétida.	10	Tenicidas (extr.º de kouso y helecho macho).	20
Eter amílico valerianico.	10	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 Far-

macología, 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.— Un 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.

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.^a, agentes

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.^o, 1.^a

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

VINO IODO-TÁNICO FOSFATADO

PREPARADO POR

J. GUARRO

Es irremplazable en la tuberculosis de todos los órganos, Bronquitis crónica, Pneumonta caseosa, Raquitismo y Escrofulismo en sus distintas formas (tumores fríos, mal de Pott, tumor blanco, etc.).

Cada 30 gramos (dos cucharadas grandes) de este **VINO** preparado con Moscatel, contienen:

Cinco	centigramos	de Yodo bisublimado
Treinta	"	de Tanino puro, y
Cincuenta	"	de Lactofosfato de cal.

Al por mayor: Farmacia del autor, Alta de S. Pedro, 50. Barcelona.

Al por menor: En todas las buenas Farmacias.



Gaceta Sanitaria de Barcelona

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

SUMARIO

Sección científica: Nota acerca de las indicaciones para la administración de la tuberculina de Koch, por el Dr. Pi Gibert.—La medicina vibratoria, por D. Ignacio de Llorens.—Tratamiento de las piel-nefritis de origen calculeoso, por el Dr. D. Jerónimo Peraltá y Jimenez (conclusion).—**Revista de Academias:** Un caso de tétanos traumático crónico de marcha progresiva, curado por medio de la amputación.—Del valor del examen bacteriológico en el diagnóstico de las formas vagas y anormales de la lepra, por el Dr. Nogues.—**Demografía médica de Barcelona:** Estado de los enfermos asistidos en sus domicilios por los señores Facultativos del Cuerpo Médico-municipal, durante el mes de noviembre de 1892, por el Dr. Pelegrin Giral.—**Instituto de Higiene práctica:** Servicios de desinfección practicados durante el mes de noviembre de 1892.—**Higiene especial.** Mes de noviembre de 1892.—**Nota demográfica mensual de Barcelona.**—**Publicaciones recibidas.**—**Anuncios.**

SECCION CIENTÍFICA

NOTA ACERCA DE LAS INDICACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA TUBERCULINA DE KOCH

POR EL DR. PÍ GIBERT.

Hace próximamente unos dos años, que el sabio bacteriólogo alemán Roberto Koch después de haber anunciado en el último congreso médico habido en Berlín el descubrimiento de un medio para la curación de la tuberculosis de los conejillos de Indias, medio que creía igualmente eficaz en el hombre, comunicó al mundo médico que sus experimentos eran bastante concluyentes para que se utilizara dicho medio en el tratamiento de la tuberculosis humana.

El prestigio de Koch era entonces tan grande que ya nadie puso reparo en emplear el nuevo medicamento usándose desde luego por todos los médicos que tuvieron medios de proporcionarse la famosa

tuberculina, siguiendo para ello los preceptos suscritos por él y por Lieberts en una nota que acompañaba á cada frasco.

Inútil es repetir aquí el entusiasmo y consecuentes decepciones que originó el nuevo invento, y el misterio con que se ocultó al principio la naturaleza de la tuberculina, pues están aún grabados en la memoria de todos nosotros y conservan toda su viveza de color é intensidad de notas los múltiples detalles del descubrimiento y los funestos incidentes locales á que dió margen su empleo.

No es pues extraño que á pesar de la gran importancia que tenía un descubrimiento de esta índole, al ver que con más ó menos rapidez los individuos inoculados iban poco á poco desapareciendo para aumentar el número de la estadística de defunciones, todas las esperanzas se desvanecieran y se hundiesen en el abismo de la indiferencia y del escepticismo tanto el nuevo invento como su ilustre inventor, negándole hasta á aquél el período de prueba que se concede á todo nuevo fármaco al objeto de fijar la dosis terapéutica del mismo.

Verdad es que las observaciones de Vischow eran concluyentes no sólo bajo el punto de vista de la poca eficacia del remedio, si que también como agente tuberculizante de primer orden en los enfermos ya tuberculosos, de modo que después de esto la opinión médica rechazó el nuevo método anatematizándolo con las frases más duras del vocabulario, puesto que lo consideró como el veneno más deletéreo para el pobre enfermo atacado de tuberculosis.

Los que estábamos más ó menos iniciados en los estudios bacteriológicos y sabíamos por la experiencia de cada momento que cuanto decía Koch en el dominio de dichos estudios quedaba siempre comprobado y sancionado por la práctica, no podíamos resignarnos tan fácilmente á creer que Koch hubiera podido caer en un error tan grande, y sin embargo nos veíamos arrastrados por la contundente réplica de Vischow á abandonar el nuevo método, ya que este distinguido profesor tiene en el terreno de la anatomía patológica que fué el campo á que llevó su demostración un nombre tan ilustre como el de Koch en la bacteriología. Además el resultado de las inoculaciones que presenciábamos en aquella época apoyaban de tal modo la opinión de Virchow, que en nuestra ciudad quedaron aquéllas poco menos que relegadas al olvido.

A pesar de lo dicho uno de los médicos catalanes que habiendo ido á Berlín en el período de entusiasmo universal y que había traído consigo la tuberculina, no se desanimó y continuó administrándola con buen resultado en un caso que hemos podido comprobar.

El Dr. Bigas, pues éste es el nombre del distinguido médico á que nos referimos, ha sido el primero que con una previsión que le honra, ha empleado en nuestra ciudad las dosis mínimas de tuberculina en una época en que estaba desacreditado el método de Koch y en que por lo tanto las comunicaciones de sus pocos secuaces tanto en España como en el extranjero que defendían este tratamiento se hallaban aún por publicar.

A fines del próximo pasado año, el inteligente joven y querido amigo nuestro Dr. Carreras y Solá que acababa de llegar del extranjero, después de haber visitado al mismo Koch y comprobado en el Sanatorium de Davos-Platz los óptimos resultados obtenidos por el Dr. Turban en su numerosa clientela de aquella región alpestre con el uso de la tuberculina, nos comunicó los datos por él recogidos, de los cuales se desprendía *que la tuberculina de Koch empleada á dosis mínima era el mejor medio curativo de la tuberculosis, dosis que por otra parte era completamente inofensiva para el individuo tuberculoso.*

Movidos por la afirmación que antecede á experimentar la acción de la tuberculina á dosis casi imponderables, rogamos al distinguido Dr. Salvat, que á la sazón se hallaba en Berlín, nos remitiera tuberculina legítima, apresurándose nuestro buen amigo á complacernos con la amabilidad y actividad que le caracterizan.

Si bien el plazo de tiempo de un año es corto para juzgar de la acción de un remedio tratándose de una enfermedad como la tuberculosis, que en general dura algunos años, y en cuyos comienzos pueden presentarse notables remisiones, no por ello debemos dejar de presentar algunos datos suministrados por la experiencia durante este tiempo y que consideramos serán de utilidad para el médico que quiera ensayar el método de Koch.

Modo de usar la tuberculina:

Dosis de tuberculina que debe administrarse.—Lo primero que preocupa al médico al tratar de administrar la tuberculina, es la fijación de la dosis que puede inocular sin dañar al enfermo. Esta dosis la tenemos calculada después de bastantes tanteos, por ser la que conviene más en nuestro país en cifras redondas: la de media décima de milígramo por 10 kilogramos de peso de organismo humano. De modo que siendo generalmente el peso medio de nuestros tuberculosos, el de 50 kilogramos, daremos dos décimas y media de una solución al milésimo por gramo de agua, ó sea dos líneas y medio espacio interlinear de una jeringuilla de Pravaz, cargada con una solución al milésimo. Las soluciones se harán con agua fenicada al

medio por ciento para evitar su rápida alteración y coadyuvar á la acción de la tuberculina, pues no nos cabe duda alguna de que las inyecciones de sustancias antisépticas, tales como el ácido fénico, el sublimado y el ácido picrico, en los tuberculosos son, como dice Langenbuch, excelentes medios para acantonar el microbio dentro del tubérculo, ya que no pueden dichos antisépticos llegar hasta aquél por la falta de riego en el interior de éste.

Espacio de tiempo que debe mediar entre una y otra inoculación.—Según nuestra experiencia, el tiempo medio es el de seis días de intervalo si bien son muchos los casos en que hacemos dos inoculaciones por semana. En tesis general podemos decir, que este último intervalo está indicado en las tuberculosis de marcha subaguda, y que aquél lo está en las marcadamente crónicas.

En la tuberculosis articular y ósea los intervalos pueden ser más cortos, dando la preferencia á la inoculación en días alternos; en cambio, en las tuberculosis pulmonares crónicas ya mejoradas con el tratamiento, se pueden distanciar cada día más las inoculaciones llegando hasta á hacerlas cada quince días.

Dosis de tuberculina á que puede llegarse gradualmente. La mayoría de investigadores están acordes en admitir el hecho, de que á medida que el organismo humano se habitúa á la acción de la tuberculina, es preciso para que sus buenos efectos se produzcan, aumentar progresiva y gradualmente la dosis inoculada. Respecto á este aserto, diremos que es cierto en muchos de los casos, pero no en la generalidad de los mismos, pues hay enfermos que durante todo el tratamiento no podrán pasar de la dosis ultramínima ó sea la de una ó dos décimas de milígramo, mientras que serán los menos los que podrían llegar á un milígramo, 3 miligramos y hasta 5 miligramos.

Para nuestros enfermos, la dosis gradualmente máxima ha sido en general la de 5 á 8 décimas de milígramo.

Al comparar estas dosis que bien podríamos llamar homeopáticas con las administradas, cuando se principió á emplear la tuberculina en que apenas alguno que otro experimentador usaba por precaución la dosis de medio milígramo, mientras que la inmensa mayoría de médicos empezaban por uno, dos, tres, cinco miligramos y hasta dando centígramos de una vez, llegando después de pocas inoculaciones á la dosis de un centígramo, cinco centígramos y más aún respectivamente, asusta verdaderamente considerar los profundos trastornos que debían producir en el pobre enfermo tuberculoso unas

dosis tan enormes de estas verdaderas dinamitas que se llaman diastases ó toxalbúminas, introducidas en un organismo saturado ya en su máximo de las mismas.

El error de Koch fué seguramente el querer relacionar la dosis terapéutica para el hombre con la dosis curativa por él observada en el conejillo de Indias, tomando sólo como punto de comparación el peso relativo de uno y otros. Este error era tanto más de lamentar, en cuanto sabemos que muchos de estos roedores soportan la tuberculosis de órganos esenciales para la vida con la misma facilidad que el hombre resiste á la tuberculosis ganglionar periférica. Este solo hecho debiera haberle prevenido para ser más cauto en sus aplicaciones en la especie humana, y así se hubiera evitado el disgusto de ver agostados en flor después de tantos años de trabajos sus desvelos sin cuento.

Dato que permite aumentar gradualmente la dosis de tuberculina.—Termometría clínica. La señal que permite aumentar la dosis nos la suministra el termómetro. Si después de haber dado tres ó cuatro inyecciones de tuberculina á una misma dosis, vemos que el termómetro marca las mismas temperaturas en los períodos diarios que las siguen, temperaturas especiales para cada individuo y que constituyen su normal, entonces estaremos autorizados para ensayar un ligero aumento de dosis, que puede oscilar entre media y una décima de milígramo más por cada inyección. La continuación de esta nueva dosis nos la fijarán á su vez los datos que nos ofrezca el termómetro.

Si éste marca un aumento de tres á cinco décimas del grado máximo del período diario intercalar que tengamos establecido, aunque no corresponda al día del acmé de la curva termométrica, deberemos volver para las inyecciones sucesivas á la dosis anteriormente usada; y si, por el contrario, tenemos que la temperatura no ha cambiado de su normal, entonces podremos seguir dos rumbos; ó bien persistir en la nueva dosis durante las tres ó cuatro inoculaciones siguientes que es lo más prudente, ó bien aumentarla en la misma proporción hasta que se llegue á esta pequeñísima reacción de décimas de grado, en cuyo caso será conveniente volver á la dosis anterior ya indicada.

No debe un momento perderse de vista el siguiente principio: *La reacción de aumento térmico que produce la tuberculina en el individuo tuberculoso es siempre funesta por pequeña que sea.* Procuremos, pues, que cuando se presente sea aquélla insignificante.

Por lo que procede, se desprende claramente que la fijación de una nueva dosis de tuberculina se hará siempre *a posteriori*.

Tiempo que ha de durar el tratamiento.—No hay dato alguno que nos permita al examinar un enfermo, fijar *a priori* el tiempo que durará el tratamiento. De una manera general podemos decir, que cuanto más reciente sea la tuberculosis, más tórpida su forma y más lento su curso, tanto más corta será la duración del tratamiento. La suspensión definitiva del mismo se hará cuando el examen bacteriológico de los esputos no demuestre la presencia del bacilo tuberculífero de Koch. En los casos raros en que la espectoración sea nula ó en los casos de tuberculosis no pulmonares, el examen clínico del órgano ú órganos afectados y el estado general del enfermo ha de decidir la cuestión. Pero téngase presente, que cuando exista alguna duda acerca la completa curación de la tuberculosis, debe continuarse el uso de la tuberculina á dosis no reaccionante, puesto que está demostrado por las experiencias de algunos investigadores, y por las nuestras propias que la tuberculina á dosis mínima introducida en el organismo humano, no ejerce en el mismo acción alguna deletérea.

INDICACIONES DE LA TUBERCULINA.

Cuando Koch dió á conocer la tuberculina, la preconizó como siendo un tratamiento específico de todas las afecciones tuberculosas originadas por el bacilo tuberculífero descubierto por el mismo autor.

Pertenecen á estas afecciones las enfermedades siguientes: La tuberculosis pulmonar, la tabes mesentérica, la granulía, la tuberculosis testicular, vesical y renal, la caries (mal vertebral de Pott) y las artritis fungosas, las adenitis escrofulosas y el lupus.

Todas estas enfermedades bajo el punto de vista de las indicaciones se pueden dividir en tres grupos principales:

- 1.º La tuberculosis de la piel ó sea el lupus.
- 2.º La tuberculosis articular y ósea.
- 3.º La tuberculosis de órganos parenquimatosos, cuyo prototipo es la tuberculosis pulmonar.

En el lupus por extenso que sea, mientras el bacilo de Koch no se haya generalizado á los órganos parenquimatosos, están perfectamente indicadas las inoculaciones de tuberculina. Para la aplicación de las mismas, se pueden seguir dos métodos principales, ó sean, el de las dosis mínima, al cual siempre nos inclinamos y el de las dosis altas. Este método tiene una ventaja indiscutible sobre el anterior, y es que dada la gran reacción local que produce, determina la cicatrización más rápida de los tejidos afectados. Así hemos tenido ocasión de ob-

servarlo en una enferma inoculada en la Casa de socorro de los Amigos de los Pobres de la calle de Barbará, por el erudito laringólogo Dr. Roquer Casadesús con linfa que trajo de Berlín el distinguido Dr. D. Luis Fábregas, cuya enferma ha mejorado notablemente.

Este método está formalmente contraindicado siempre que se sospeche generalización del proceso tuberculoso hacia los órganos internos, puesto que expondría al enfermo á graves accidentes de momento, y le determinaría nuevos brotes de tubérculos que precipitarían su fin. En cambio, con el método de las dosis mínimas, si bien es muy lento en obrar, en caso de haber p. e. tuberculosis pulmonar, al mejorar aunque muy lentamente el lupus, puede á su vez según el grado en que se halle aquélla determinar la curación.

En la tuberculosis articular y ósea, sólo se debe emplear la tuberculina á dosis mínima sea cual fuere el período del mal, puesto que en todos ellos puede dar excelentes resultados. Lo venimos empleando hace unos 4 meses con éxito en una niña de unos cinco años, de 11 kilogramos de peso, y la cual ofrece mal vertebral de Pott de la cuarta vértebra dorsal y artritis fungosa de ambas articulaciones coxo-femorales. Cuando se presentó á nuestra clínica, ofrecía además signos de tuberculosis pulmonar en su primer período, vómitos, fiebre ética y los correspondientes trayectos fistulosos de las lesiones nombradas. Se le ha inyectado por sesión una vigésima parte de milígramo de tuberculina durante todo este tiempo en días alternos, y hoy su aspecto es tan satisfactorio que abrigamos esperanzas de curación definitiva. A otra enfermita de artritis fungosa coxo-femoral supurada, recientemente inoculada, le administramos la tuberculina á dosis mínima dos veces por semana, sin que por ahora se haya observado agravación alguna, antes bien se observa ligera mejoría señalada por disminución del volumen del tumor articular y de la supuración.

En la tuberculosis pulmonar sólo hay un período en que esté perfectamente indicada la tuberculina. Este es el primer período. Pero, la dosis de tuberculina administrada siempre debe ser dosis mínima. En este período y á esta dosis la tuberculina cura la tuberculosis pulmonar. En los otros períodos y á la misma dosis, no agrava la enfermedad, antes bien alivia al enfermo. Así he tenido la ocasión de observarlo en un tuberculoso que fué inoculado en un período avanzado.

Pero acerca de la cuestión de los períodos de la tuberculosis pulmonar, nos parece que no todos los médicos opinan de la misma manera.

La misma clasificación de la tuberculosis en tres períodos nunca nos ha satisfecho, ni en general hemos observado unanimidad de pareceres entre nuestros profesores al querer definir el período en que se halla un tuberculoso. Esta discordancia manifiesta cuán artificiales son por lo común nuestras clasificaciones. Creemos que lo más práctico sería dividir el curso de la tuberculosis en dos períodos más en armonía con la anatomía patológica; uno, que sería el primer período ó el de la formación del tubérculo hasta su completo desarrollo, y otro, llamado segundo período, que empezaría en el acto en que degenerado el tubérculo entraría el pulmón en supuración. En el primer caso habría sólo el tumor embrionario infectante; en el segundo, éste habría desaparecido en gran parte de la escena para dejar la úlcera tuberculosa. La tuberculina de Koch sólo cura pues aquel período.

No obstante lo dicho se presentan en la clínica dos casos en que la clasificación que acabamos de señalar sirve de base para sostener ideas diametralmente opuestas, que son: 1.º En nuestro concepto, la tuberculina de Koch no cura la tuberculosis pulmonar galopante, ni en su primer período; y 2.º La tuberculosis pulmonar muy localizada se cura por medio de la tuberculina aun cuando esté en el segundo período.

Cuando el enfermo se halla en la frontera indecisa entre el primero y segundo período de la tuberculosis, débese emplear la tuberculina, pues, puede en ciertos casos determinar la curación.

Podríamos citar ejemplos que confirman todas estas afirmaciones, pero no lo hacemos para no herir la susceptibilidad de los enfermos; pero baste decir que un tuberculoso que se hallaba en período avanzado se ha mejorado visiblemente, que otro que se encontraba en la frontera que hemos señalado ofrece todas las apariencias de curado, y finalmente otro que tenía cavernas pulmonares localizadas ha mejorado tanto que esperamos su curación.

Además dos otros enfermos, uno con infiltración pulmonar generalizada ha mejorado, y otro con infiltración localizada ha curado. En cambio una joven con tuberculosis galopante ha sucumbido y otro enfermo de la misma clase no ha mejorado.

Sea cual fuere el período de la tuberculosis se pueden ofrecer al médico dos circunstancias en que no sepa qué resolución tomar; si continuar con el uso de la tuberculina ó suspenderla, y en esre último caso cuánto tiempo debe durar la suspensión. Las circunstancias á que hacemos referencia, son: las hemoptisis y las temperaturas constantemente elevadas.

En cuanto á las primeras, ante todo hemos de hacer una división según se trate de abundantes hemoptisis ó de simple espectoración sanguinolenta. En el primer caso se suspenderán las inoculaciones, y en el segundo se podrán continuar siempre y cuando los esputos sanguinolentos no sean originados por la reacción local de la tuberculina, pues de lo contrario sería necesario el suspenderlas. Tanto en un caso de suspensión como en otro no se volverán á repetir las inoculaciones sino hasta tanto no hayan desaparecido las señales de la congestión inflamatoria pulmonar que en estos casos se observa y que en general no desaparecen hasta transcurridos el cuarto ú octavo días de la cesación de la hemoptisis.

Por lo que se refiere á la inoculación de la tuberculina cuando se presentan temperaturas elevadas sostenidas p. e entre los $38'5^{\circ}$ y $39'5^{\circ}$ C., no hay temor alguno en aplicarla y hasta diremos que en determinados casos tendremos absoluta necesidad de emplearla, ya que la constancia misma de la fiebre indica que el proceso tuberculoso evoluciona con rapidez, por cuyo motivo procuraremos atajar por este medio la marcha destructora de la enfermedad.

Cómo obra la tuberculina en el sujeto tuberculoso? La escuela de Koch explica la acción de la tuberculina diciendo, que ésta ejerce una modificación especial sobre los tejidos tuberculosos y no sobre el bacilo, modificación que es destructora y cicatrizante á la vez, puesto que, elimina los focos tuberculosos degenerados y organiza los que aún cuentan elementos anatómicos vivos así como los tejidos perituberculosos inflamados, determinando la cicatrización de los tubérculos. A la actividad organizante de la célula embrionaria así estimulada y originada por la presencia de una sustancia tal como la tuberculina, se la ha llamado acción chimio-táxica. De modo que según esta escuela la tuberculina obra favoreciendo el chimio-táxismo celular.

Nosotros no negamos esta acción pero creemos que obra de otra manera. Las inoculaciones de tuberculina nos han puesto de manifiesto el hecho de que tiene dos acciones diametralmente opuestas, una que la llamaremos vacunífera y otra tuberculífera. Una y otra están estrechamente enlazadas con el origen de la tuberculina y dependen seguramente del procedimiento seguido en su preparación.

Con arreglo á la teoría química de las vacunas, expuesta magistralmente hace pocos años por nuestro amigo el Sr. Güell Bacigalupi, los microorganismos patógenos elaboran, por una parte, fermentos químicos que les facilitan y ejercen su acción destructora sobre el organismo atacado, y por otra, productos finales, excrementicios que

son altamente tóxicos para el microorganismo que los ha elaborado. Ahora bien; atendiendo á estas razones y relacionándolas con los hechos observados, creemos que en la linfa de Koch se hallan mezcladas estas dos sustancias en proporciones no definidas todavía, las cuales nos explican los opuestos efectos observados. Según nuestra manera de pensar, la acción de la tuberculina sería pues una acción altamente nociva para el bacilo de la tuberculosis y se haría curativa para el organismo humano en el momento en que éste tuviera el grado de saturación necesario para impedir la vida de aquel microscópico sér.

Admitimos también por lo que se observa en la acción de las vacunas y la de los fermentos químicos, que mientras éstos son eliminados rápidamente por los emuntorios de nuestro organismo, aquéllas deben permanecer años y años dentro del mismo, y así nos explicamos el porqué la tuberculina de Koch inoculada á dosis mínima no ejerza acción alguna deletérea sobre el mismo, por la rápida eliminación de la sustancia tuberculizadora, y sólo manifieste su acción curativa después de muchas inoculaciones, por la dosis infinitesimal de sustancia vacunífera que en cada una de ellas se introduce dentro del organismo.

Hemos hecho incapie en señalar estas dos hipótesis, porque, según el partido á que se afilie el médico que se dedica á inocular la linfa de Koch, optará, si admite la teoría de la escuela de éste, por las inoculaciones á dosis mínimas, muy poco distanciadas, gradualmente aumentadas hasta llegar á dosis peligrosas, procurando ligera reacción local y huyendo siempre de la reacción general, ó si acepta nuestra teoría por las inoculaciones también á dosis mínimas, algo más distanciadas, no tan gradualmente aumentadas y procurando que tanto la reacción local como la general sean nulas.

Terminaremos esta nota, diciendo: que la tuberculina de Koch, es el mejor tratamiento que se conoce de la tuberculosis, pero que á pesar de su empleo muchos serán aún los tuberculosos que pagarán por esta enfermedad su tributo á la muerte.

LA MEDICINA VIBRATORIA ⁽¹⁾

Aplicación de las vibraciones rápidas y continuas en el tratamiento de algunas enfermedades nerviosas.—M. Charcot. (Salpêtrière.)

I.

En 1878 en mi clínica de la Salpêtrière, M. Vigouroux empezó á ensayar un método curativo, sobre el cual deseo hablaros en esta lección; el tratamiento de ciertas afecciones del sistema nervioso por las vibraciones mecánicas.

M. Vigouroux estudió, en aquella época, los efectos de las vibraciones mecánicas en varias *hísticas*. Por medio de un enorme diapasón, puesto en acción por un arco de violín y colocado en una caja de resonancia, llegó á conseguir que desapareciera la hemianestesia y las contracturas casi tan repentinamente como con el imán ó con la chispa eléctrica. En una enferma afecta de *ataxia locomotriz*, calmaba las crisis dolorosas introduciendo las piernas de la enferma en la caja de resonancia. Después de varias experiencias del mismo orden, pudo establecer que las vibraciones del diapasón tienen exactamente la misma acción fisiológica que los metales, el imán y la electricidad estática. Al año siguiente Schiff teóricamente establecía la misma conclusión.

Estas pesquisas científicas no continuaron y es necesario llegar al año 1880, época en la cual, un distinguido electricista, M. Boudet, de París, comenzó nuevas experiencias que le condujeron á resultados muy importantes.

M. Boudet, de París, estudió especialmente las vibraciones localizadas, ó mejor dicho, las aplicaba localmente. Hizo construir un diapasón montado eléctricamente y adaptó en la plancha soporte y en el punto en donde las vibraciones se hacían sentir con mayor intensidad, una espiga de cobre de unos diez centímetros de largo y terminada por un disco que se aplicaba sobre la parte del cuerpo ó trayecto del nervio que se deseaba someter á la acción de las vibraciones. El disco era de pequeñas dimensiones á fin de impedir la difusión de las vibraciones; para mejor localizarlas, podíase darle la forma de un punzón de extremidad roma.

Las primeras experiencias de M. Boudet de París, fueron hechas en el hombre sano, libre de toda alteración en la sensibilidad. Apli-

(1) El presente artículo estaba compuesto, pero no pudo aparecer en el número de Noviembre por exceso de original. (Nota de la R.)

cando la espiga vibratoria en un punto de la piel, bastante sensible, como en la región suborbitaria, produciase al cabo de algunos minutos, una analgesia local y hasta una anestesia, bien marcada, pudiéndose prolongar 8 á 20 minutos, según los sujetos. «La misma experiencia hecha en distintas partes del cuerpo produce resultados análogos, con la consideración de que los efectos son tanto más rápidos y completos: 1.º cuando el sitio escogido es muy cercano á un ramal nervioso; 2.º cuando los tejidos tienen poco espesor y descansan sobre un plano huesoso ó resistente. El máximo de efecto se alcanza en la frente, en las regiones temporales, en las encías, sobre las apófisis mastoides, etc.; en una palabra, sobre todos los puntos en los cuales puedan fácilmente comprimirse los nervios.» Estas son las palabras textuales de M. de Boudet.

Obrando de esta suerte, puede llegarse á calmar rápidamente diversas neuralgias, la neuralgia facial en particular. El número de vibraciones por minuto es de poca importancia; no así la intensidad y energía cuyos límites deben ser estudiados con antelación.

El artículo que publicó á este propósito, contenía otras consideraciones no menos interesantes.

«Cuando uno aplica, dice, el instrumento sobre alguno de los sitios de la cara que acabamos de mencionar, las paredes del cráneo vibran al unísono con el diapasón como lo harían las paredes de una caja de resonancia, y se experimenta una sensación particular que ciertos sujetos comparan á un principio de vértigo y que en algunos determina una necesidad marcada de sueño.

»En algunos casos de emicránea, las vibraciones muy rápidas comunicadas á las paredes craneanas y luego al encéfalo, detienen el acceso al cabo de algunos minutos y llegan á cortarlo cuando la aplicación se hace al comienzo del acceso. Nosotros hemos podido, gracias á este procedimiento, evitarnos accesos de emicránea que nos duraban regularmente algunas horas, y estamos ciertos que muchos dispépticos y reumáticos afligidos del mismo mal encontrarían un precioso remedio en nuestro procedimiento.»

M. Boudet, de París, termina emitiendo la hipótesis, bastante razonable de que la transmisión de las vibraciones al cerebro juega un papel importante en estos efectos.

Apenas el autor había publicado su artículo, fué objeto de una reclamación de prioridad en el invento.

El doctor Jeunings escribió una carta, que el *Progrés Médical* hizo pública en la cual manifestaba que hacía ya 4 años que el doctor

Mortimer-Granville, de Londres, aplicaba el mismo método de las vibraciones para la curación del dolor, añadiendo que dicho médico había inventado un instrumento especial « *el percusor* » que había sido ensayado, con un éxito relativo, en un hospital de París.

M. Boudet, de París, recordó las experiencias de Vigouroux, concluyendo por afirmar que ni Mortimer ni él mismo podían vanagloriarse de haber inventado el método de las vibraciones.

En un libro publicado por Granville en 1883, nos dan á conocer los resultados que obtuvieron con este método empleado en el tratamiento de algunas enfermedades del sistema nervioso.

La obra de M. Granville puede dividirse en dos partes: una teórica y una práctica; esta última derivada de la primera.

La vibración devuelve al nervio que le sirve de conductor la energía que había perdido. M. Mortimer-Granville se propone siempre obrar localmente. Sirvese de un percusor el « *clockwork percusor* » cuya mecánica recuerda la de algunos timbres eléctricos. Este aparato es portátil y se desarregla difícilmente, pero para el médico que se dedique á este método curativo es preferible el sistema movido por la electricidad. La espiga puede terminar por un botón, un disco, un pequeño martillo, un pincel ó un cepillo, según se quiera obrar sobre un punto determinado ó sobre una superficie más extensa. Puede, asimismo, poner el sitio doloroso en el agua y servirse de ésta para difundir las vibraciones. Las sesiones son de variable duración según los casos.

Los resultados que ha obtenido en el tratamiento de ciertas neuralgias, en particular en la neuralgia facial, fueron notables. Pero este tratamiento es, sobre todo, recomendable en la neurostenia de forma cerebral ó espinal, en la emicránea y en el insomnio.

Si el dolor de cabeza se halla localizado, se percuten y hacen vibrar los nervios vecinos del sitio dolorido, y si el dolor se halla extendido como sucede en la emicránea, se pasó el cepillo vibrátil de delante atrás, por la cabeza, varias veces. El mismo procedimiento se usa en la neurostenia localizada á lo largo de la columna vertebral.

No olvidemos estos diversos procedimientos de tratamiento, pues, tendremos que recordarlos luego.

II.

Desde largo tiempo sabía que algunos enfermos afectos de parálisis agitante, experimentaban grande alivio durante los viajes en

ferrocarril ó en coche. Durante los viajes las sensaciones tan penibles y á menudo asaz dolorosas que son el habitual cortejo de esta enfermedad, desaparecían casi completamente, el bienestar persistía durante algún tiempo después de terminado el viaje.

Tuve á menudo la ocasión de llevar estos hechos á los conocimientos de mis discípulos que siguen mis cursos y he emitido, más de una vez, la hipótesis de los buenos efectos de un tratamiento de la enfermedad de Parkinson por un procedimiento que recuerda el conjunto de movimientos comunicados al cuerpo por un coche en marcha.

Uno de mis oyentes, el doctor Segu, me propuso buscar un aparato que realizara nuestras aspiraciones. Ayudado por un distinguido ingeniero, M. Solignac, hizo construir un sillón al cual un mecanismo especial comunicaba movimientos rápidos de oscilación al rededor de un eje anterior y lateral. Estos movimientos combinados é inversos, producían una vibración, una trepidación rápida, bastante análoga, como podeis juzgar sentándoos en este sillón, á la que se experimenta cuando nos hallamos sentados en un vagón en marcha. Instalado el aparato, M. Segu escogió sugetos, para las experiencias, en mi clínica y policlínica, pero la muerte vino á sorprenderle en lo mejor de sus pesquisas científicas.

A mi petición, encargóse de continuar las experiencias interrumpidas mi antiguo jefe de clínica, M. Gilles de la Tourette. Estas han sido hechas, hasta hoy, en seis hombres y dos mujeres. Desgraciadamente la mayoría de estos sugetos no pertenecen á mis solas clínicas y varios, por causas diversas, han seguido con irregularidad el tratamiento.

Sin tratar de analizar uno por uno los resultados satisfactorios obtenidos, podemos tener una idea general de la acción de este tratamiento.

La mejoría se inició generalmente en la 5.^a ó 6.^a sesión de trepidación. El alivio nótase, particularmente, en los fenómenos dolorosos que acompañan tan frecuentemente á la enfermedad de Parkinson.

Enseguida que el enfermo desciende del sillón trepidante, siéntese más ligero, parece que su rigidez ha desaparecido, marcha mejor que antes de la sesión. Fenómeno que se observa constantemente es el que el enfermo pasa las noches mejores; el enfermo que se agita de un modo penible en su lecho duerme un sueño tranquilo que le produce un gran alivio. Salvo un solo caso, el temblor no ha pareci-

do modificarse por este procedimiento. El bienestar se deja sentir, sobre todo, el día del tratamiento, y de ahí la necesidad de que las sesiones sean diarias. Desgraciadamente esto es difícil en la Salpêtrière. El mecanismo del sillón se pone en movimiento por un motor eléctrico y tres veces por semana necesitamos servirnos de esta electricidad para alimentar máquinas estáticas. Por otra parte las sesiones no han tenido, quizás, la suficiente duración. En efecto, es difícil cuando uno se ve obligado á visitar á tantos enfermos, dedicar más de 15 á 20 minutos á cada uno. Esperamos alcanzar nuestro *desideratum*. Sea lo que fuere, los resultados por nosotros obtenidos son satisfactorios, las experiencias se continuarán y os tendré al corriente de lo que obtengamos. Es ya mucho el poder aliviar á los paráliticos agitados sobre los cuales tan poco éxito se obtiene por los remedios farmacéuticos.

III.

M. Gilles de la Tourette no se ha limitado á vigilar el funcionamiento del sillón trepidante y á anotar los resultados, sino que ha buscado otras aplicaciones del método vibratorio.

Los resultados obtenidos por los señores Boudet de París, y Mortimer-Granville que os he indicado llamaron poderosamente su atención. Curar ciertas neuralgias, poseer un remedio casi heroico contra la jaqueca, devolver el sueño á los enfermos, hacer desaparecer los síntomas de la neurostenia, esto no es poca cosa en medicina.

M. Gilles de la Tourette había notado leyendo el artículo de Boudet, de París, que éste emitía la hipótesis en que las vibraciones locales se propagaban á toda la caja craneana, poniendo asimismo en vibración al encéfalo y que los resultados obtenidos podían atribuirse á estas vibraciones mecánicas cerebrales.

No es dudoso que el disco, la espiga y el cepillo de que se sirve Mortimer-Granville obran de la misma manera.

A su ruego, dos célebres electricistas, los señores Larat y Gautier, ayudados por Gaiffe, construyeron un aparato que se compone de una especie de casco de láminas separadas análogo al conformador que usan los sombrereros para tomarnos la medida y configuración de la cabeza; por medio de un sencillo mecanismo las láminas de este casco se adaptan perfectamente á la cabeza del sugeto. El casco lleva en su parte superior un plato en el cual se instala un pequeño motor movido por una sola pila. Todo el aparato es de fácil manejo,

muy portátil. El pequeño motor da unas 6,000 vueltas por minuto, regulares, produciendo una vibración continua que se transmite á todo el cráneo por la intermediación de las láminas del casco. La cabeza vibra, como es fácil de comprobar poniendo las manos sobre una de las apófisis mastoides. El aparato en marcha produce un ruido continuo, un *zumbido ó murmullo apacible*, que no es indiferente, quizás, bajo el punto de vista de la patogenia de los resultados obtenidos. Púedese, á voluntad, aumentar ó disminuir el número y amplitud de las vibraciones por un procedimiento sencillísimo.

El aparato puesto en la cabeza de un hombre sano es perfectamente soportable y su marcha no causa fastidio. Al cabo de 7 á 8 minutos nótase un aturdimiento especial á toda la economía y se experimenta la necesidad de dormir. Es un hecho comprobado que una sesión de 10 minutos realizada á las 6 de la tarde procura un sueño tranquilo y reposado durante la noche correspondiente. Ocho ó diez sesiones triunfan del insomnio cuando éste no depende de alguna lesión del encéfalo.

En tres casos la vibración ha producido efectos muy marcados para hacer abortar un acceso de emicráneo, cosa observada ya por Boudet, de París.

Tres personas afectas de neurastenia han sido tratadas de este modo; dos han curado, la tercera ha interrumpido el tratamiento cuando se hallaba aliviado.

La vibración obra haciendo desaparecer los síntomas cefálicos en particular los vértigos, y el casco doloroso tan especial en esta afección. Lo que parece demostrar que las vibraciones obran particularmente sobre el encéfalo, es que en un caso en el cual los fenómenos espinales eran los predominantes, la debilidad de los miembros inferiores, la impotencia sexual relativa, desaparecieron sin recurrir á las vibraciones á lo largo de la columna vertebral. En este enfermo la electricidad estática había sido ineficaz.

No es dudoso, después de lo que acabo de decir, que la vibración, así practicada, sea un poderoso sedativo del sistema nervioso.

Sabido es que desde largo tiempo los médicos alienistas emplean, para el tratamiento de ciertas formas de alienación mental, corrientes eléctricas en la cabeza. Se concibe que las vibraciones rápidas propagadas al encéfalo puedan aportar modificaciones favorables. En un caso de *depresión melancólica*, se obtuvieron favorables resultados, y la vibración parece haber limitado la intensidad de un acceso.

Nada más de particular puedo decir sobre este asunto; hay

días pues, como veis las experiencias se hallan en el período de actividad. Lo que os he indicado es suficiente para mostraros las ventajas que puede aportar la medicina vibratoria.

Traducido por IGNACIO DE LLORENS.

(De el *Progrés Médical*.)

TRATAMIENTO DE LAS PIELO-NEFRITIS DE ORIGEN CALCULOSO

POR EL

DR. D. JERÓNIMO PERALTA Y JIMÉNEZ

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar

(Conclusión)

En todos los individuos afectos de inflamaciones de los conductos excretores de la orina y cálculos fosfáticos, están perfectamente indicadas las aguas sulfatadas-cálcicas; éstas lavan abundantemente las superficies inflamadas, arrastran el moco-pus y demás productos orgánicos detenidos en los conductos, y su administración no está en pugna con el tratamiento general que requieren las pielitis y pielonefritis expuesto en otro número de esta revista (1), al contrario, sirve de complemento á la administración de las aguas; únicamente, cuando el individuo padezca de micciones frecuentes y dolorosas, aplazaremos la administración de las aguas hasta que desaparezcan esos síntomas que contraindican su empleo.

Cuando los cálculos fosfáticos son hijos de un estado general, el tratamiento es muy difícil, porque ignoramos las condiciones en que se producen. La fosfaturia es un proceso muy poco conocido, y el tratamiento ha de ser únicamente sintomático. Ahora bien, si los calculosos son víctimas al mismo tiempo de procesos generales y de consunción, como la osteomalacia, raquitismo, etc., el tratamiento médico por los tónicos tiene una gran influencia, y como se trata de enfermedades graves, el tratamiento general de ellas ha de ocupar principalmente nuestra atención.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Si el tratamiento médico es eficaz para combatir la discrasia única; si merced á su empleo vemos disminuir los síntomas generales y atenuarse á veces de un modo notable los síntomas locales, ya he-

(1) Diciembre del 91.

mos dicho que en cambio tiene poquísima influencia para facilitar la disolución y eliminación de los cálculos, cuando éstos tienen tal volumen que por esa sola cualidad no pueden franquear el orificio del ureter; en estos casos, el tratamiento médico es impotente por completo, no pudiendo obtener con su auxilio, el paciente, más que beneficios transitorios, resultados paliativos, porque únicamente puede obrar como sintomático, calmando ya los dolores, ya las fiebres u otra cualesquiera de las muchas complicaciones y molestias que los enfermos aquejan. Ahora bien, en estos casos, cuando estamos convencidos de que los remedios farmacológicos son inútiles para curar al enfermo, ó bien al aparecer síntomas cuya persistencia va siempre acompañada de un desenlace funesto, como sucede en la anuria de origen reflejo, en estos casos hemos de proponer al enfermo la intervención quirúrgica, porque es la única terapéutica que puede librar al paciente, no sólo de las molestias y dolores agudísimos en ocasiones, sino conservarle á ser posible el órgano enfermo evitando las complicaciones que produce el estímulo y la presencia constante del cálculo en la substancia renal, y, por consiguiente librándole de una muerte cierta, porque ésta se verificaría en un período de tiempo más ó menos largo.

Admitida la intervención operatoria por el enfermo, ¿podemos precisar *a priori* qué clase de operación ha de sufrir el paciente? Esto es muy difícil en un gran número de ocasiones y sólo podemos hacer cálculos más ó menos fundados; nuestra conducta como operador ha de ceñirse al estado en que encontremos al órgano enfermo, si puesto al descubierto el riñón lo vemos en su mayor parte ó totalmente atrofiado, la extirpación del órgano se impone; pero si por el contrario existe una gran parte del territorio renal, desempeñando su función, por todos los medios posibles hemos de procurar su conservación. Pues bien, antes de descubrir el órgano enfermo y guiándonos por los síntomas clínicos, únicos accesibles para nosotros, como son los que obtenemos mediante el examen local por la percusión, palpación, peloteo renal, etc., etc., así como por los análisis de las orinas, podemos solamente formar un juicio aproximado del estado del órgano y en consecuencia de la naturaleza de nuestra intervención. Si comprobamos una distensión grande del bacinete ó un aumento de volumen del riñón, si este síntoma data de mucho tiempo y se ve tendencia al crecimiento, si al mismo tiempo faltan en las orinas los elementos purulentos de las pielo-nefritis, si el enfermo ha emitido en meses anteriores sangre y pus... esta colección de sínto-

mas nos obliga á suponer la existencia de una retención permanente de orina, y en estos casos la atrofia del riñón es la consecuencia inmediata; por lo tanto, podemos aventurar que la operación indicada es la nefrectomía ó extirpación del órgano.

En condiciones opuestas, cuando la retención de orina en el bacinete es intermitente, cuando el enfermo arroja sangre, pus, etc., etcétera, cuando el volumen del riñón no es excesivo, es racional suponer que una gran parte del órgano ó quizá todo él está apto para funcionar, en cuyo caso la nefrotomía ó nefrolitotomía como la denomina Le Dentu, es la única operación que está indicada. Pero vuelvo á repetir, en la clínica, á la cabecera del enfermo no todos los casos se nos presentan con una reunión de síntomas claros y evidentes, muy á la inversa, la generalidad de ellos revisten aspectos tan diferentes, que hacen á nuestro juicio erróneos é incompletos. En cirugía renal, existe mucho de sorpresa, de eventual, sólo cuando está al descubierto el órgano enfermo, cuando podemos explorarle directamente y libre de los obstáculos que oponen los músculos y partes blandas que le rodean, sólo entonces podremos afirmar cuál ha de ser nuestra intervención.

Antes de descender al estudio del acto operatorio, creo prudente abordar el siguiente problema: ¿por qué vía hemos de llegar al riñón, por la lumbar ó á través del peritoneo? esto es, ¿nuestra intervención ha de ser peritoneal ó extra-peritoneal? Este problema, está en gran parte resuelto gracias á las estadísticas de estos últimos años; todas prueban que si la cirugía renal tiene siempre gravedad, ésta alcanza el maximum en aquellos casos en los cuales para llegar al riñón abrimos el saco peritoneal y este grave inconveniente no está compensado por las ventajas que sus defensores le encuentran. A la cabecera del enfermo, el primero y único problema que tenemos que resolver, es devolverle la salud, cuando pueda conseguir esto la ciencia y á esta consideración y no á ninguna otra, hemos de sujetar nuestra práctica; podrá ofrecer ventajas la intervención por la vía abdominal, pero lo cierto es que se mueren mayor número de operados, y ante este argumento, los demás son muy insignificantes.

Veamos las estadísticas: La de Samuel Gross (Filadelfia) (1) comprende 233 operaciones con 129 curaciones y 104 muertos; pues bien, para la intervención extra-peritoneal, se halla que de 111 operados tiene 70 curaciones y 41 defunciones, lo que da una propor-

(1) Véase Le Dentu.

ción de 36'93 por 100. Por el contrario, los 120 casos de operaciones intra-peritoneales dan 59 curaciones y 61 defunciones, la proporción por consiguiente es mucho mayor de un 50'83 por 100.

La estadística de Brodeur (1) comprende 235 casos con 133 curaciones y 102 muertos; las nefrectomías extra-peritoneales da en 125 operados una mortalidad de 37'6 por 100, y para las intra-peritoneales una proporción de 50 por 100 de mortalidad.

Guyon (2), da las estadísticas de Bureau las cuales arrojan para la nefrectomía lumbar una mortalidad de 21'9 por 100 y un 62'5 por 100 para las intra-peritoneales.

Algunas más estadísticas pudiéramos exponer, pero con las que anteceden, hay número suficiente para demostrar la gravedad de estas operaciones en todos los casos y la mayor gravedad que tienen cuando abrimos el peritoneo. Es verdad que todas estas operaciones no han sido empleadas todas ellas para el tratamiento de los cálculos renales; son estadísticas generales de nefrectomías y nefrotomías que abarcan casos patológicos á cual más diversos, pero no por eso carecen de interés ni de valor en el caso concreto que estudiamos. Preferible sería indudablemente no consultar más estadísticas que aquellas que se refieran á nefrotomías y nefrectomías hechas en riñones calculosos, pero hoy por hoy no cuenta la cirugía renal con esos datos y se necesita que la ciencia á medida que perfecciona los métodos y procedimientos operatorios, á fin de disminuir la excesiva mortalidad que dan esas operaciones en todos los casos, que al mismo tiempo vaya clasificando los resultados que dan en cada caso particular. La nefrectomía y nefrotomía, han de ser siempre operaciones graves por tratarse de un órgano tan importante como el riñón, pero es de esperar que perfeccionando los métodos operatorios, así como los medios de diagnóstico, disminuirá la mortalidad.

Por las estadísticas que preceden, ya hemos visto, que las operaciones peritoneales, dan sobre las extra-peritoneales en las estadísticas más benignas para las del primer grupo, un exceso de mortalidad de un 13 á un 14 por 100 próximamente, proporción bastante notable y que demuestra la mayor gravedad de la intervención por la vía abdominal; por lo tanto, es evidente la inferioridad de la operación extra-peritoneal.

Lawson-Tait, Thornton y los demás defensores de la interven-

(1) Véase Le Dentu.

(2) Véase Guyon.

ción por el abdomen, interesando el peritoneo dan como argumentos para demostrar la bondad de sus ideas, que la abertura de la serosa no tiene gravedad hoy, que abriendo la cavidad abdominal, podemos explorar ambos riñones, que nuestra intervención puede ser más eficaz y más completa porque apreciamos más fácilmente la extensión y gravedad de las lesiones.... Pero no obstante, las estadísticas demuestran con la elocuencia de los números, la mayor mortalidad, y aunque sus argumentos pueden tener mucho valor en determinados casos, éstos son poco numerosos y en la generalidad de ellos podemos asegurar, que sólo la intervención por la vía lumbar es la que está indicada. En ocasiones, aparte de la menor gravedad que tiene, está justificado su empleo por consideraciones de otra índole aunque no de menos importancia, y en efecto, cuando se trata de pielonefritis calculosas supuradas, de bastos abscesos perinefríticos en los que resulta imposible una curación aséptica, la intervención extra-peritoneal pone al enfermo á cubierto de complicaciones por parte de la serosa, la evacuación del foco purulento que tanta importancia tiene es mucho más fácil, porque la misma acción de la gravedad favorece la expulsión del pus, y por último, las curaciones son más factibles y menos peligrosas.

Por otra parte, cuando los bacinetes están dilatados por retenciones de orina, ya continuas, ya intermitentes, por regla general el peritoneo, está separado de la cara anterior del riñón, y si existieran extensas adherencias entre la serosa y cubierta fibrosa del riñón, nosotros intervendríamos por la vía lumbar, como si no existieran, por cuanto podemos hacer las curaciones necesarias sin tocar al peritoneo y en caso de tener que practicar la nefrectomía, si el riñón no se pudiera enuclear por sus adherencias, extirparíamos como aconseja Le Dentu lo que pudiéramos, y por último, mediante el raspado extraeríamos lo más posible de substancia renal, para evitar fistulas consecutivas. Así, pues, creo que en ningún caso debemos intervenir en las pielonefritis calculosas, cualesquiera que sean sus complicaciones por la vía abdominal, hemos de intervenir por la región lumbar, dejando íntegra la serosa.

Una vez resuelto este punto que tanta importancia ofrece, y antes de describir la técnica operatoria para poner al descubierto el riñón, quiero ocuparme de los procedimientos más usuales para descubrir los cálculos. En rigor, este estudio debíamos hacerlo posteriormente á aquel en que nos hemos de ocupar de los métodos operatorios para llegar al riñón, porque, únicamente cuando el órgano está al descu-

bierto, es cuando puede explorarse; pero, por la importancia que tiene el reconocimiento de los cálculos, quiero que anteceda á la descripción de las operaciones preliminares. En efecto, precisar las relaciones que tiene el cuerpo extraño con las paredes del bacinete ó en la substancia renal, es de suma entidad, porque ya sabemos á qué atenernos respecto al sitio y extensión de las incisiones renales; resultaría inútil la incisión completa del órgano, cuando, merced á una exploración detenida con la aguja exploradora, no descubriéramos más que un solo cálculo pequeño, alojado ya en el bacinete, ó bien en la substancia renal. Esta exploración, que en ocasiones ofrece bastantes dificultades, la hemos de practicar con sumo detenimiento; el estudio de las relaciones que tienen los cuerpos extraños con las cavidades que los encierran, es muy digno de toda nuestra atención. En estado fisiológico, he podido observar en los bacinetes una gran variedad en cuanto á su capacidad y forma, y si esto sucede en el estado normal del riñón, con mucha más razón se observa en el patológico, porque la inflamación por los exudados y falsas membranas que produce, establece una serie de tabiques que dificultan considerablemente la investigación de los cálculos; los cálices y bacinetes adquieren formas á cual más caprichosas, no sólo por las modificaciones que ocasiona en ellos la inflamación, sino por las retenciones de orina.

Ahora bien; si la exploración del riñón para la investigación de los cálculos no tiene objeto cuando nos decidimos por la extirpación del mismo, alcanza una importancia grande en caso de no sufrir el enfermo más que una talla renal, porque no es indiferente para el éxito operatorio dejar algún fragmento de cálculo alojado en cualquiera de los divertículos.

En ocasiones, cuando los cálculos son muy voluminosos y, como consecuencia de esas mismas irregularidades en las cavidades que los aprisionan, están verdaderamente enquistados, adquieren formas tan irregulares como las cavidades que les sirven de moldes, y que, por sus semejanzas con el polípero del coral, los autores les denominan cálculos coraliformes. Escuso decir las dificultades que ofrece su extracción.

A veces, estos cuerpos extraños no tienen relaciones constantes y fijas con el bacinete; son libres en el interior de dicha cavidad, y su extracción resulta fácil, pero van acompañados, en cambio, de otros inconvenientes. Esos cálculos, por regla general pequeños, pueden introducirse en el uréter, y como no siempre este conducto con-

sigue desembarazarse de ellos arrojándolos á la vejiga, ocasionan retenciones de orina, hemorragias, dolores agudísimos, etc., etc., y, no obstante estos síntomas, el reconocimiento del riñón es infructuoso: pues bien, en toda talla renal, aconseja Le Dentu, Démos y otros autores, que se practique el cateterismo retrógrado del uréter con una sonda llamada de extremidad metálica; así evitamos complicaciones futuras en el caso de tropezar con algún cálculo ó fragmento en dicho conducto.

Veamos ahora cuáles son los procedimientos operatorios de la talla renal, de la nefrotomía y de la nefrectomía, así como las indicaciones de cada una de ellas.

Una vez diagnosticada la pielo-nefritis calculosa por la sensibilidad del riñón, por el aumento de volumen que ofrece casi siempre el órgano enfermo, por los caracteres especiales de la orina, por la sangre que arrastra en cantidades variables, por los ataques de cólicos nefríticos anteriores, por la fiebre que en ocasiones acompaña al padecimiento, y en una palabra, por toda esa colección de síntomas que, si por la inconstancia de cada uno de ellos, no merecen el nombre de patognomónicos, por su reunión constituyen una excelente base para fundamentar el diagnóstico de cálculos renales, una vez recogidos esos datos y vista la impotencia del tratamiento médico, hemos de proceder á la intervención. Ya hemos dicho anteriormente, que es bastante difícil precisar sólo con los antecedentes y síntomas recogidos á la cabecera del enfermo, si hemos de practicar la talla renal, la extirpación del riñón ó la simple incisión de su cápsula fibrosa; sólo cuando ponemos al descubierto el órgano, cuando vemos y apreciamos la extensión de sus lesiones, sólo entonces podemos formar juicio definitivo, decidiéndonos por la operación que esté indicada.

Los métodos y procedimientos para poner al descubierto el riñón, son idénticos para la nefrotomía, nefrolitotomía y nefrectomía; estas operaciones se diferencian sólo en su último tiempo.

Es necesario consignar, que en aquellos casos en los que el riñón tiene sus dimensiones normales y las piedras que aloja son muy pequeñas; ó bien si demostrada su presencia con la aguja exploradora, no volviéramos á comprobarla en exploraciones ulteriores, Le Dentu aconseja que nos limitemos á practicar la movilización de los cálculos y la nefrotomía superficial, entendiendo por ésta la incisión de la cubierta propia é inextensible del riñón, penetrando de 4 á 5 milímetros en el espesor del parénquima. Esta incisión debe practicarse

siguiendo el mayor diámetro del órgano, ya en su cara posterior, ya en su borde convexo.

Le Dentu, que es el autor que se ha ocupado con más fruto de la cirugía renal, cita en apoyo de su procedimiento dos casos prácticos, en uno de los cuales, la curación ha persistido seis años, arrojando el operado, á los pocos días de practicada la operación, algunos cálculos de reducidas dimensiones; en cambio, en el otro caso clínico han persistido algunos síntomas. Aunque es racional en esos casos la operación propuesta y hecha por Le Dentu, creo que peca de exagerado en su criterio, aun cuando el riñón tenga sus dimensiones normales y los cálculos sean pequeños, si con la aguja exploradora comprobamos repetidas veces la presencia de cuerpos extraños, no debemos limitarnos á la incisión de la cápsula fibrosa del riñón y movilización de los cálculos, este es un procedimiento inseguro, y una vez que hemos llegado con el bisturí ó el termo al riñón, después de haberle ocasionado al paciente el traumatismo que supone el descubrir el riñón, es preferible tener la certeza de haber extraído los cálculos. Ahora bien, en el caso de que la aguja no revelara de un modo definitivo la existencia de una piedra, la nefrotomía profunda no puede emplearse más que como operación exploradora, y para esto ya contamos con la acupuntura, haríamos, pues, una grave operación sin objeto. Por consiguiente, la nefrotomía superficial no está indicada más que en los casos en los que no comprobamos con la aguja la presencia de cálculos; entonces, mediante la incisión de la cubierta fibrosa del riñón, libramos al órgano de la estrangulación que sufre por la inextensibilidad de dicha membrana, experimentando el paciente algún alivio. Por otra parte, es la operación más benigna de las que puede sufrir el riñón, por cuanto no interesamos á éste más que muy superficialmente.

Vamos á ocuparnos ahora de las indicaciones de la nefrolitotomía y de la nefrectomía, en individuos calcúlosos. Ya hemos dicho que la elección entre una ú otra operación, ha de estar fundada en el estado en que encontremos al órgano enfermo; si éste está reducido á una substancia casi fibrosa, dura, resistente, de tal manera, que el simple examen macroscópico nos demuestre su atrofia, debemos practicar la nefrectomía; si una gran parte del riñón está atrofiado, y el cálculo que intentamos extraer, además de ser muy voluminoso, tiene prolongaciones numerosas é irregulares que no sólo dificulten considerablemente su extracción, sino que ésta no pueda verificarse sin ocasionar grandes traumatismos en el órgano, la nefrectomía es

preferible á la talla renal. En los casos en los cuales comprobamos cálculos voluminosos en un riñón sano en una gran parte de su extensión, ó bien cálculos pequeños en un riñón sano también, ó sólo en parte degenerado, la nefrolitotomía es la operación indicada. Sintetizando, siempre que el riñón sea capaz de desempeñar su función en una gran parte de su substancia parenquimatosa, hemos de procurar su conservación.

Vamos á ocuparnos ahora de los procedimientos operatorios empleados en estas diversas operaciones. Ya dijimos que hasta el momento de poner al descubierto el riñón, estas operaciones se confunden en una sola y no tienen, por lo tanto, más que una descripción; únicamente radican sus diferencias en el último tiempo, según el fin que se proponga el operador.

Mucho espacio ocuparíamos si fuéramos á hacer un estudio crítico de los diversos métodos y procedimientos recomendados por los autores para llegar al riñón; y si bien ese estudio sería imprescindible en el caso de concretarnos á la descripción de la nefrotomía y nefrectomía en general, así como á sus indicaciones, conceptúo que ocupándonos sólo del tratamiento de las pielonefritis calculosas, no debemos consignar más que aquellos métodos y procedimientos que han merecido la aprobación de prácticos notables.

Ante todo diremos, que nuestra conducta ha de estar en armonía con las indicaciones que suministre el órgano enfermo, porque es evidente que no necesitamos, tratándose de un riñón que tiene poco más volumen del normal, practicar una abertura exterior tan amplia como la que es necesaria, cuando el órgano por una dilatación considerable del bacinete, por hidro-nefrosis, por inflamaciones perinefríticas acompañadas de vastos abscesos, ó por cualquiera otra causa, ha aumentado mucho de volumen; en esos casos, emplearemos aquellos procedimientos que dan una abertura mayor. A beneficio de ellos, el operador puede actuar con más libertad, con más luz, tiene más conciencia de sus actos; puede enuclear más fácilmente el órgano enfermo... en una palabra, en esos casos los procedimientos que dan amplia abertura exterior, reúnen á la mayor comodidad para el operador, el grado máximo en seguridad.

Le Dentu clasifica en tres grupos las incisiones preliminares: incisiones rectas y paralelas al eje del cuerpo, método de Simón; incisiones rectas, pero oblicuas por relación á ese mismo eje, método de Melchor Tonel; é incisiones curvilíneas, como en el de Klinenberger. Por último Le Dentu constituye un segundo grupo con los procede-

res que llama combinados, porque sus autores emplean dos de los métodos anteriores; también pudieran llamarse procedimientos mixtos. Dicho se está que en la clasificación precedente, están incluidos todos los procedimientos puestos en práctica para llegar al riñón; pero no obstante, hay un cuerpo de ellos, que por avanzar mucho sus autores hacia la línea blanca, por la amplitud de las incisiones, así como por los cuidados que reclama la serosa abdominal, merecen formar un grupo aparte, dándole con Koenig el nombre de incisión lumbo-abdomino-retro-peritoneal, ó con algunos prácticos franceses, la denominación más leve de nefrectomía lumbo-para-peritoneal.

Estos últimos procedimientos se distinguen principalmente por las incisiones extensas que reclaman, y éstas por la extensa cicatriz que dejan, ofrecen sus peligros para el porvenir, por cuya razón, no deben emplearse más que cuando se trate de tumores voluminosos. En la generalidad de los casos, debemos limitarnos á las incisiones combinadas. He aquí el procedimiento que emplea Le Dentu, siempre que el volumen del riñón no difiere mucho del ordinario y normal.

Hace una incisión vertical por fuera é inmediata á la masa sacrolumbar á partir de la duodécima costilla, no interesando con el bisturí más que la piel y capas subcutáneas; de la extremidad inferior de esta incisión, que no avanza más de 3 ó 4 centímetros por debajo del borde inferior costal, hace partir otra nueva incisión paralela á la costilla, dándole á esta última la extensión necesaria para que el desprendimiento y la exploración del riñón sea fácilmente ejecutable. La última incisión, comprende é interesa todas las capas musculares.

Este procedimiento, muy bueno en los casos en los que el riñón tiene casi su volumen normal, cuando éste es algo considerable, la incisión inferior y perpendicular al eje del cuerpo, ha de tener mucha longitud si ha de ser eficaz, y ya entonces adolece del grave inconveniente de poder interesar á la serosa peritoneal, si el operador no tiene un gran cuidado con ella. Ahora bien, con la incisión estrecha y prolongada, estos cuidados no pueden observarse tan bien, ni con tanta facilidad como en el procedimiento lumbo-abdomino-retro-peritoneal, y aun cuando en el de Le Dentu la incisión transversa de las masas musculares deja una amplia abertura, ésta puede resultar insuficiente en casos de riñón voluminoso, por hidro-nefrosis, por retenciones de orina, etc., etc. Por consiguiente en estos casos creo preferible la operación lumbo-para-peritoneal, no con arreglo al procedimiento de Koenig, verdaderamente exagerado como afirma Le Dentu, porque son completamente inútiles y perjudiciales incisiones

tan extensas, sino con arreglo al empleado por Poncet (1), y cuya descripción es la siguiente: incisión vertical que parte de las últimas costillas falsas, y á la distancia de 2 centímetros del resto del abdomen, se incide capa por capa hasta llegar á la serosa, ésta se luxa hacia el plano medio, y el riñón se presenta á la vista del operador, si existieran adherencias, éstas se desprenderían, en caso de ser posible y fácil; pero, si así no fuera, se empleará el procedimiento que luego describiremos. Poncet ha empleado el procedimiento que precede, en un riñón tuberculoso.

Nada consigno del procedimiento de Frums, del método de Simón, ni de otros muchos y notables operadores, porque, vuelvo á repetir, eso sólo sería propio de una descripción general de la nefrotomía y nefrectomía, pero concreto este estudio á los cálculos renales, consigno sólo los procedimientos más convenientes, sin entrar en juicios críticos de ninguna naturaleza.

Con estas operaciones preliminares llegamos al riñón, lo ponemos al descubierto, y á partir de este momento, necesitamos describir aisladamente la nefrolitotomía y la nefrectomía.

Si el riñón calculoso está sano en una parte de su extensión, ya hemos dicho que la operación indicada es la nefrolitotomía ó la nefrotomía; la nefrotomía es muy sencilla, y ya hemos expuesto su técnica, nos limitaremos, pues, á la nefrolitotomía. Para practicar ésta, lo primero que hemos de averiguar son las relaciones que tiene el cálculo con la substancia renal ó con el bacinete, y esto se consigue, ya con la aguja exploradora, ya por el tacto renal ó simplemente por la inspección ocular, y, en efecto, el riñón que encierra un cálculo en el espesor de su masa y está sano, ofrece en su periferia y en la región correspondiente al cálculo, una ligera eminencia acompañada de una coloración azulada, que se destaca sobre el color rojo obscuro del riñón. Con el auxilio de estos medios, es difícil que no se descubra un cálculo alojado en el riñón ó en el bacinete, y si escapa alguno á nuestra exploración, es en casos en los que los cálculos van acompañados de pielitis extensas y de focos y abscesos de supuración que modifican profundamente la situación y forma de cálices y bacinete. Por lo tanto, en todas ocasiones, nuestra exploración ha de ser muy minuciosa y detenida para evitar que cálculos ó fragmentos de cálculos queden en el riñón y mantengan fistulas consecutivas, supuraciones interminables que obliguen al fin y al cabo á practicar la nefrectomía.

(1) Véase (*Ann. gén. uni.*) Abril del 92.

En la nefrolitotomía, ¿qué parte del riñón hemos de incindir? ¿Haremos una incisión transversal en su cara posterior y parte media, una más extensa y paralela á su gran eje, ó bien hemos de incindir el borde convexo? ¿Interesaremos con el bisturí el bacinete, practicando una pielotomía en vez de nefrotomía, ó bien hemos de llegar en todos los casos á la cavidad del bacinete á través del parénquima renal? Todos estos son problemas resueltos en parte sólo; son necesarias muchas operaciones y numerosas estadísticas, concienzudamente formadas, para sacar consecuencias verdaderas, y por desgracia como la cirugía renal data de muy pocos años, la ciencia dispone de escasos datos clínicos; por lo tanto, apoyados sólo en los que suministra la anatomía y fisiología, en los que dan los experimentos fisiológicos, así como en los muy reducidos que arroja la clínica, hemos de fundar nuestro criterio y deducir de ellos las consecuencias prácticas.

Los autores no dan una regla fija y única para practicar las incisiones, éstas dependen de los caracteres que nos ofrezca el órgano enfermo; si por el aspecto del riñón, así como por el tacto, comprobamos la presencia de un cálculo muy próximo á la periferia del riñón, sería poco prudente incindir todo su borde convexo, para ir á su encuentro, cuando con una simple incisión en la substancia renal y en el sitio correspondiente al cuerpo extraño, logramos su extracción completa. Pero si el caso no es tan simple, sino que, por el contrario, el cálculo está profundamente alojado, nuestra conducta es más compleja y no es indiferente la dirección que le demos á la incisión. En efecto, hemos dicho que la incisión puede ser paralela al eje menor del riñón practicándola en la parte media de su cara posterior, paralela al eje mayor y en la misma cara ó bien en el borde convexo del riñón. Ahora bien, de un modo general podemos establecer, con el fin de evitar hemorragias peligrosas, que las incisiones han de ser practicadas en la misma dirección que siguen los vasos principales en el interior del parénquima. Estos, desde su penetración en el riñón por el hilio, van sufriendo divisiones dicotómicas, hasta alcanzar la parte periférica, ó, mejor dicho, la capa glomerular y cortical del riñón; en consecuencia, las incisiones que se practiquen perpendiculares al diámetro transversal han de seccionar un número de vasos mucho más considerable que las incisiones paralelas á ese mismo diámetro. Por consiguiente, lo más prudente es incindir ó el borde convexo, en el caso en que necesitemos mucho campo operatorio, ya para explorar, ya para facilitar la extracción de un cálculo que por su volumen

ó forma irregular resulte laboriosa, ó, por el contrario, practicar una incisión corta y transversal en la cara posterior del riñón cuando el cálculo sea pequeño y relativamente superficial.

Généralmente, las hemorragias, aunque profundas, no tardan en cohibirse en los individuos de sistema vascular normal, porque las arteriolas del riñón están dotadas de una espesa capa muscular que las retrae y oblitera, y si espontáneamente así no sucediera, debe lavarse la herida con agua fría, y, esterilizada, rellenar la cavidad de gasa y practicar una ligera compresión. A beneficio de estos medios, no es difícil triunfar de esas hemorragias arterio-capilares, constituidas por sangre roja y rutilante, que se extiende por la herida y mana de toda la superficie cruenta, por cuya razón Le Dentu las denomina hemorragias en forma de nube.

Las incisiones renales ¿con qué instrumentos hemos de practicarlas? ¿Emplearemos el bisturí ó el termo? Unos cirujanos prefieren el bisturí y otros el termo, y verdaderamente ambos instrumentos ofrecen sus ventajas y sus inconvenientes. El bisturí secciona con limpieza los vasos, deja abiertas sus bocas, y á los peligros de las hemorragias, es necesario sumar los de infecciones consecutivas que pueden verificarse en la herida por las condiciones abonadas en que ésta se encuentra para la absorción de productos tóxicos; en cambio, el bisturí ofrece las ventajas de su más fácil manejo y la de que, por lo mismo que la herida es limpia, queda en mejor estado para su reunión por primera intención. Los partidarios del termo fundan su criterio en que este instrumento secciona los vasos, formando al mismo tiempo un trombus obturador, librando al operado de los peligros de la hemorragia y de las consecuencias de una infección, porque la herida es menos accesible á la invasión de gérmenes patógenos. Estas son las ventajas que el termo ofrece; como inconvenientes, sus mismos partidarios afirman que la acción del termo es menos segura, y en ocasiones su empleo es imposible ó muy difícil, y, en efecto, cuando operamos en individuos obesos, en los que el riñón está situado profundamente, ó en sujetos delgados, cuando operamos sobre un bacinete irregular, dotado de tabiques muy vasculares y fuertes, el termo es inaplicable. Le Dentu renuncia á él en esas condiciones y recomienda el uso de tijeras fuertes; éstas, aun cuando no tan hemostáticas como el termo, á beneficio de ellas pueden seccionarse los tabiques y bridas del bacinete, con menos peligros de hemorragia que empleando el bisturí.

En resumen, este es uno de los puntos aún no resueltos, y en el

que es imposible, en un caso concreto y *a priori*, establecer si hemos de emplear el termo ó el bisturí. La existencia de abscesos en supuración, la profundidad del cálculo, el estado del riñón, según esté ó no afecto en gran parte de su parénquima de nefritis, esclerema, y, por lo tanto, con mayor ó menor número de vasos obturados, á consecuencia de una misma esclerosis; todas esas causas, comprobadas sólo cuando ponemos el órgano al descubierto, son las que nos han de aconsejar nuestra conducta, decidiéndonos en unos casos por el termo y en otros por el bisturí.

A veces, cuando los cálculos están alojados á mucha profundidad, la movilización y extracción de los mismos, resulta sumamente difícil y expuesta en los casos de cálculos ramosos. Le Dentu, con objeto de facilitar esas maniobras que tanta importancia tienen, recomienda el empleo de una serie de cucharillas, cuya principal diferencia estriba en el diverso ángulo que forman con el mango, así como en la mayor ó menor longitud de las cucharas (1) á fin de que éstas puedan adaptarse á la superficie del cuerpo extraño y servir de palanca para movilizarlos; su uso, por lo tanto, es muy conveniente, y está justificado porque además de la comodidad que ofrecen al operador, disminuyen el traumatismo del riñón.

Si los cálculos están alojados en el bacinete y no tienen gran volumen, ¿es más conveniente la nefrolitotomía ó la pielotomía? Veamos los inconvenientes y ventajas de esta última operación; es evidente que la pielotomía, si los cálculos están libres y son pequeños, abrevia mucho la operación y economiza pérdidas al operado, por cuanto no traumatiza al riñón. Bergman, en esos casos precisos, la recomienda y algunos cirujanos la han realizado, pero se nos ocurre la misma observación que á Le Dentu; las paredes del bacinete, en estado normal, no están constituidas más que por una membrana fibrosa exterior, algunas fibras musculares y la membrana mucosa interna, su espesor es bastante pequeño y aunque inflamadas y aumentadas de espesor á causa del proceso patológico, éste siempre es muy reducido; además, por su estructura anatómica, no goza el bacinete de gran riqueza vascular en sus tónicas; consecuencia, que la reunión y cicatrización de la herida que en él se practique, no encuentra grandes facilidades para realizarse; y como se trata de una cavidad colectiva de orina, este líquido, en vez de salir por el orificio del ureter, se derrama al exterior por la solución de continuidad, cons-

(1) Véase Le Dentu.

tituyendo una fistula rebelde para su curación. Es verdad que la nefrolitotomía no pone á cubierto al operado de fistulas urinarias consecutivas, sobre todo en los casos de supuraciones peri-nefríticas y trayectos fistulosos externos en supuración, mas no puede negarse que la estructura anatómica del riñón, se presta admirablemente á la cicatrización de sus heridas parenquimatosas, y tanto es así, que no sólo la experiencia fisiológica, la misma clínica prueba que el número escaso de días de practicada la operación, deja de manchar la orina el apósito. Así pues, la incisión de la substancia parenquimatosa del riñón, expone mucho menos al operado á las fistulas urinarias, que la incisión del bacinete.

Este punto de la cirugía renal, como tantos otros, dista mucho de estar resuelto, y únicamente hemos de establecer alguna de las contraindicaciones de la pielotomía y que surgen por sí mismas. En efecto, si el cálculo que encierra el bacinete es voluminoso y á esta cualidad reúne una gran irregularidad, constituyendo un cálculo coraliforme, con ramas engastadas en los cálices y substancia renal, la pielotomía no tiene razón de ser, porque no existe campo operatorio, á menos que el bacinete no esté dilatado, y entonces dicha dilatación coincide frecuentemente con la atrofia y esclerosis del riñón, y ya hemos dicho que en estos casos la operación indicada es la nefrectomía.

Extraídos los cálculos y cohibida la hemorragia, en la nefrolitotomía, los cuidados consecutivos que nos faltan prestar al paciente, han de estar en relación con las operaciones preliminares; si hemos incidido una gran parte del riñón y las superficies cruentas no han sufrido ni dislocaciones ni desgarros al extraer el cálculo, lo que procede es practicar la sutura del tejido renal, con cagut fuerte, procurando no ponerlas demasiado tensas para no seccionar el tejido renal; colocaremos seguidamente un tubo de desagüe en la parte más profunda de la herida, rellenando ésta con gasa iodoformica cuando exista una pielonefritis acompañada de supuración y que haga no esperar la reunión por primera intención, y en el caso de no existir esta contrariedad, suturaremos superficialmente también y colocaremos el apósito exterior.

Respecto á la pielotomía, no existen indicaciones muy diferentes; es más indispensable aún que en el riñón la sutura de las membranas que constituyen el bacinete, pero por muy bien que se practiquen éstas, han de ser bastante frecuentes las formaciones de fistulas.

Nuestra conducta en el período de cicatrización, no se diferencia

en nada de la que observamos en las heridas en general; no hay más que combatir los accidentes que surjan, y aun cuando tratándose del riñón hay complicaciones especiales relacionadas con su función como ocurre con la anuria calculosa, cuando desgraciadamente ésta aparece y la cantidad de orina que emite el enfermo se mantiene muy baja unos cuantos días, el pronóstico es gravísimo porque poco podemos contra ese síntoma. En la nefrolitotomía, la anuria calculosa es menos grave que en la nefrectomía.

Ya precedentemente hemos expuesto las indicaciones de la nefrectomía, y es inútil volver á tratar lo mismo; únicamente diremos que para practicar la nefrectomía no tienen objeto, ni la acupuntura, ni el reconocimiento detenido del riñón, ni ninguna de las operaciones complementarias á la nefrolitotomía. Tampoco hemos de ocuparnos de las incisiones previas que nos conducen hasta el riñón; en todas estas operaciones, son las mismas y ya anteriormente hemos tratado con amplitud bastante este punto. Puesto, pues, al descubierto el riñón, ¿cómo hemos de proceder á su extirpación? ¿Hemos de emplear en todos los casos un solo procedimiento? Aquí por necesidad hemos de hacer distingos de importancia, según que el riñón esté libre ó no de adherencias con los órganos que normalmente tienen con él relaciones inmediatas (colón y peritoneo). Si el riñón está libre de adherencias, lo único que hemos de procurar, con el objeto de disminuir los temores de hemorragias, es hacernos dueños de los vasos practicando la ligadura del paquete vascular en el mismo hilio renal. Para esto, enuclearemos el órgano; y, una vez conseguido, pasaremos un cordón fuerte al rededor de los vasos. La generalidad de los autores hacen la ligadura múltiple del paquete vascular, y en efecto, si los vasos que penetran en el riñón los comprendemos en una sola ligadura, ésta no puede ser tan eficaz, como ligando aisladamente los vasos principales; la ligadura en masa, es más expuesta á hemorragias consecutivas.

Por regla general, los peligros de hemorragia en la nefrectomía son menores que en la nefrolitotomía, porque con la atrofia del parénquima renal coincide frecuentemente, como lo prueba la anatomía patológica, la de los vasos que nutren al órgano: esta atrofia vascular no queda limitada á los vasos pequeños; á veces se extiende á los más voluminosos, inclusa la misma arteria renal, y el operador encuentra en esas alteraciones las mejores garantías contra las hemorragias graves y mortales.

Enucleado el riñón y ligados los vasos, seccionamos el pedículo

que fija al órgano, llenamos la cavidad que resulta con gasa iodoformica, colocamos nuestro tubo de desagüe y esperamos la cicatrización del foco, haciendo frente á las complicaciones que sobrevengan.

Si la nefrectomía es operación relativamente sencilla cuando el riñón no tiene adherencias, la existencia de éstas hacen la operación difícil, peligrosa y grave, tanto más, cuanto más extensas y antiguas sean: nuestra intervención, en esos casos, está erizada de dificultades. Puesto el riñón al descubierto, procuramos desprender las adherencias que lo fijan, deslizando nuestros dedos sobre su cara anterior y con tracciones suaves, en unión de nuestros dedos, que desempeñando el papel de uñas, ayudan poderosamente á la separación del riñón, trataremos de enuclear á éste; pero si á pesar de nuestros trabajos no pudiéramos triunfar de las adherencias sin ocasionar desgarros en órganos de importancia, la prudencia aconseja que renunciemos á la enucleación del riñón para evitarle al paciente complicaciones gravísimas. Ahora bien, ¿cuál ha de ser nuestra conducta en este caso? Cuando las adherencias del riñón son extensas, ha desaparecido en su mayor parte la cápsula grasosa que lo envuelve en el estado normal y adulto del individuo y la cubierta fibrosa propia del riñón, reforzada por el tejido de las adherencias, á un mayor espesor una mayor resistencia; pues bien, si la enucleación es imposible, podemos emplear, ya la descorticación sub-capsular de Ollier, cuando el tejido del riñón no sea muy duro, ó bien si esta última cualidad vuelve imposible el raspado, haremos la operación que Le Dentu recomienda, y á la que denomina hemi-nefrectomía posterior. La operación de Ollier, es indudable que ofrece sus peligros: el riñón puede tener un gran número de vasos permeables, y en ese caso la hemorragia sería grandísima, y por lo tanto, peligrosa; es verdad que podríamos hacer la ligadura de la arteria renal, pero ésta ofrecería sus inconvenientes, porque no siendo el riñón enucleable, quedarían en la herida restos de sustancia renal privados de riego sanguíneo. Ahora bien, cuando el tejido del riñón es denso y fibroso, la descorticación sub-capsular es inaplicable; por lo tanto, hemos de limitarnos á la operación que propone Le Dentu, á la extirpación de la mitad posterior del riñón ó hemi-nefrectomía: ésta puede realizarse á beneficio de tijeras fuertes y cortantes, pero como el mismo Le Dentu afirma, esta operación no es siempre definitiva, y se comprende sin gran dificultad que dejando en la herida una porción de tejidos enfermos, éstos han de mantener una supuración interminable, y por consiguiente, una fistula muy rebelde al tratamiento.

Por lo que precede, vemos que la nefrectomía, no obstante el número de veces practicada, á pesar de los muchos métodos y procedimientos empleados, y de ser una de las muchas conquistas realizadas en nuestro siglo por ese espíritu de progreso que anima á nuestros hombres de ciencia, la nefrectomía es una operación incompleta. Es indudable, que en el terreno fisiológico está resuelto el problema; la experiencia fisiológica prueba que la vida y la salud son incompatibles con la extirpación de un riñón, pero, por desgracia, hoy en la clínica el problema permanece envuelto en tupido velo; en el dominio de la patología quedan muchos problemas secundarios que resolver, y no es extraño que esta operación dé una proporción considerable de mortalidad; yo creo que ésta ha de disminuir el día en que la ciencia precise las indicaciones y perfeccione los métodos operatorios de la nefrectomía, y digo disminuir, porque la nefrectomía será siempre una operación grave, tanto por tratarse de un órgano de la entidad del riñón, cuanto por el estado en que se encuentra el organismo, á consecuencia del envenenamiento lento, de la depuración insuficiente é irregular que produce la perturbación funcional del órgano durante meses y quizás años.

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

REVISTA DE ACADEMIAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Sesión de 29 Noviembre 1892. — Presidencia de M. Regnaud.

UN CASO DE TÉTANOS TRAUMÁTICO CRÓNICO DE MARCHA PROGRESIVA, CURADO POR MEDIO DE LA AMPUTACIÓN.—*M. Berger.* Un joven de veinte y ocho años se infiere una herida en el meñique de la mano izquierda, en 23 Julio, estando trabajando en la reparación de una cañería de agua. Quince días después del accidente, observa cierta rigidez de las mandíbulas y tres días después — el 9 Agosto — ingresa en el hospital Lariboisière con un tétanos limitado á los músculos masticadores y á los de la cara. Insensiblemente la rigidez invade los músculos de la nuca, del tronco, y los miembros inferiores, á pesar del tratamiento al cloral, enérgicamente aplicado desde el comienzo. El 16 de Agosto sobreviene un primer ataque tetánico generalizado, seguido de ataques diarios cada día más graves. La dosis de cloral es aumentada hasta 24 gramos por día, asociados con 0 gr. 06 centigr. de morfina; con todo, la situación sigue agravándose por momentos y la terminación fatal es inminente.

El 2 Septiembre, practiqué la amputación del meñique lesionado, cuya articulación interfalangiana era supurada. Aquel mismo día y los siguientes hicieron inyecciones de suero antitetánico á la dosis de 40 gramos, representando 4 gramos de extracto seco (antoxina) por día, según el método de Tizzoni y Cattani. El suero fué suministrado por el Sr. Roux, quien dió todas las instrucciones necesarias para su empleo. El Sr. Roux, por otra parte, había insistido acerca de la necesidad de suprimir desde luego el foco de infección tetánica.

La mejoría se declaró inmediatamente después de la amputación; los ataques tetánicos no se reprodujeron. Al cabo de un mes, el enfermo abandonaba el hospital.

¿Cuál es la parte que corresponde á la amputación, cuál es la que pertenece á las inyecciones antitéticas, en esta curación? La experimentación parece indicar que las inyecciones antitetánicas no tienen más que un valor profiláctico, que confieren la inmunidad contra el tétanos, pero que no modifican ni curan un tétanos declarado. Tal ha sido la conclusión de las primeras investigaciones de Tizzoni y Cattani; tal es también la manera de ver del Sr. Roux, basada en sus observaciones experimentales.

Sin embargo, recientemente ha sido publicado en el extranjero cierto número de casos de curación de tétanos por medio de las inyecciones de antitoxina Tizzoni. En vista de estos resultados poco acordes con la experimentación y la observación clínica, hay que suspender todo juicio definitivo; pero lo que sí se impone es la extirpación, la erradicación del foco de infección tetánica, de la llaga, aun cuando tenga que recurrirse á la amputación para llegar á este resultado.

Este modo de obrar, indicado por los exámenes bacteriológicos que nos presentan la infección bacilar limitada á la llaga, en el tétanos, viene confirmado por los hechos. Yo he tratado por medio de la amputación dos casos de tétanos graves, y los dos operados han curado. Por el contrario, los otros tetánicos, en número de una docena, á quienes he tratado por diferentes métodos, todos han sucumbido.

M. Polaillon.—Voy á señalar un hecho que viene á contrarrestar hasta cierto punto el del Sr. Berger, en lo que hace relación con la localización del bacilo de Nicolaïer al nivel de la herida.

En el mes de Julio último, un hombre recibió en la parte interna y media del muslo una baqueta de arma de fuego que determinó una herida contusa. Esta herida fué cuidada á domicilio de un modo muy irregular, y transcurrieron tres semanas antes que ese individuo entrase en el hospital. Entonces no presentaba todavía los síntomas del tétanos confirmado; pero estaba atacado de un ligero trismo y de rigidez de los músculos de la nuca.

Procedí inmediatamente, bajo la acción del cloroformo, á la extirpación de todas las partes que habían sido el foco del traumatismo, é hice practicar por el Sr. Roux inyecciones de antitetanina. A pesar de este tratamiento radical, declaróse un ataque de tétanos al

día siguiente por la mañana, y el enfermo sucumbía aquella misma noche. El examen bacteriológico de los tejidos extirpados por la operación demostró la existencia del bacilo de Nicolaïer, no solamente en su parte central, sino también al nivel de su superficie de sección, lo cual prueba que ese bacilo se había ya difundido en las partes sanas del muslo, infeccionando toda la economía.

Reconozco, no obstante, que al nivel de los dedos de las manos ó de los pies la difusión del microbio de Nicolaïer es acaso menos rápida que al nivel de la continuidad de los miembros, y, por consiguiente, que la amputación de aquellos órganos, practicada bastante pronto puede salvar al enfermo como en el caso del Sr. Berger.

Añadiré que, al igual que el Sr. Berger, tampoco he curado nunca un solo caso de tétanos agudo, y que únicamente en el tétanos crónico es donde el cloral, á dosis elevadas, me ha dado buenos resultados.

M. Nocard. — Opino de conformidad con la mayor parte de las conclusiones del Sr. Berger, y, como él, creo que es indispensable destruir lo más pronto posible el foco del traumatismo inicial, donde queda, por decirlo así, encastillado el bacilo al comenzar la infección.

Cuanto á las inyecciones de suero antitetánico, no tienen, en efecto, ningún valor curativo, propiamente hablando; son puramente profilácticas, á no ser que se practiquen inmediatamente después del traumatismo y aún antes de la aparición de los accidentes tetánicos.

En cambio creo que en el tétanos crónico — en que se verifica, de un modo constante, una producción de toxinas — las inyecciones de suero antitoxico podrían dar felices resultados.

M. Weber. — Mr. Nocard ha omitido decir que en los animales que se vuelven tetánicos á seguida de la amputación de la cola, basta, en general, que se practique una segunda amputación encima de la primera para ver cesar todos los accidentes. Este hecho viene en apoyo de la opinión formulada por el Sr. Berger.

M. Nocard. — En 1888 señalé ya este hecho, en la discusión que en aquella fecha hubo acerca del tétanos.

DEL VALOR DEL EXAMEN BACTERIOLÓGICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS FORMAS VAGAS Y ANORMALES DE LA LEPROA.—*M. Pitres* (de Burdeos).—Deseo referir en breves palabras, á título de documento, la historia de un enfermo de mi servicio, que ha sido durante algún tiempo considerado como un siringomiélico y que es, en realidad, un leproso, como lo ha demostrado el examen bacteriológico de un pequeño fragmento de nervio cortado en su antebrazo.

Se trata de un individuo de cuarenta y seis años, que presenta en las cuatro extremidades profundos trastornos tróficos y una disociación muy marcada de la sensibilidad. Yo le creía atacado de siringomielia y como tal le presenté en mi curso; pero después de la comunicación del Sr. Zambaco (*V. Semana Médica*, 1892, p. 322) asaltáronme algunas dudas y emprendí un nuevo estudio de este caso interesante.

Desde luego examiné, desde el punto de vista bacteriológico, la sangre del enfermo y el pus que salía de sus llagas plantarias. Este examen dió resultados negativos. Tampoco encontré el bacilo leproso en la serosidad de un vejigatorio aplicado en la pierna izquierda. Pedí entonces autorización al enfermo para cortarle un pequeño fragmento de nervio debajo de la piel del antebrazo, y en este fragmento de nervio, coloreado por el método de Ziehl-Neelsen, encontré un gran número de bacilos de Hansen. Mi enfermo, por consiguiente, no se hallaba atacado de siringomielia, sino de lepra sistematizada nerviosa.

Esta observación prueba que la disociación llamada siringomiélica de la sensibilidad no tiene el valor casi absoluto que le han atribuido ciertos autores.

Este hecho demuestra, además, la importancia que reviste el examen bacteriológico en el diagnóstico de las manifestaciones vagas ó anormales de la lepra.

Ahora, del hecho de que la lepra pueda simular la siringomielia no se sigue que sea preciso desde este momento borrar la siringomielia del cuadro nosológico, ó considerarla como una de las formas de la infección leprosa.

La siringomielia, según toda verosimilitud, tiene una existencia propia, una autonomía bien distinta. He examinado un fragmento de nervio cortado en el antebrazo de un siringomiélico verdadero, cuyas manos atrofiadas presentaban anchas placas de disociación sensitivas y, en este fragmento de nervio, manifestamente atacado, sin embargo, de alteraciones neuríticas bastas, no he descubierto la existencia de ningún microbio patógeno.

Tampoco he descubierto ningún microbio patógeno en las médulas de dos siringomiélicos, que yo he conservado durante diez y ocho meses en mi laboratorio.

De las consideraciones que preceden paréceme legítimo sacar las consideraciones siguientes:

1.º La lepra puede dar lugar á un conjunto de alteraciones tróficas y de síntomas sensitivos muy análogos á los que caracterizan la siringomielia;

2.º En los casos dudosos, la investigación metódica del bacilo de Hansen es el medio más seguro que poseemos para establecer el diagnóstico entre esas dos afecciones;

3.º El examen bacteriológico de la sangre, del pus secretado por las alteraciones tróficas, de la serosidad de los vejigatorios colocados en las regiones anestésicas de la piel, no arroja más que datos eventuales é inseguros;

4.º Para que el examen bacteriológico tenga todo su valor demostrativo, conviene que sea practicado en fragmentos de tubérculos cutáneos, si los hay, y si no los hubiera, en fragmentos de nervios cortados encima de las regiones de la piel, donde la sensibilidad y la nutrición son notablemente alterados.

FRANCISCO DE A. NOGUÉS.

(Sem. Méd. Noviembre.)

DEMOGRAFÍA MÉDICA DE BARCELONA

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

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CONTAGIOSAS		CLASIFICACIÓN DE LOS ASISTIDOS POR EDADES Y PERÍODOS DE LA VIDA																							
		Totales generales		Totales parciales		Dece- pitud.		Senec- tud.		Virili- dad.		Nubili- dad.		Puber- tad.		2.ª den- tición.		Tran- sición.		1.ª den- tición.		Modifi- cación.			
		V.	H.	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 diftérica	(Curados. Muertos. En tratamiento..																								
Coqueluche.	(Curados. Muertos. En tratamiento..																								
Enferme- dades ti- foideas.	(Curados. Muertos. En tratamiento..																								
Enfermedades puerperales.	(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..																								
Totales parciales.																									
Enfermedades comunes.	(Curados. Muertos. En tratamiento..																								
Totales parciales.																									
TOTALES PARCIALES																									
De enfermedades infecciosas.																									
TOTALES PARCIALES																									
ENFERMEDADES COMUNES.																									
Totales generales.																									

RESUMEN

—Número de visitas practicadas á estos enfermos, 1736 —Trasladados al Hospital de la Santa Cruz 12
Certificaciones libradas 18.—El Decano del Cuerpo Médico Municipal, **Pelegrín Giralt.**

INDICE DEL TOMO IV

Índice de materias por orden alfabético

A

- Acción de la luz solar sobre algunas bacterias patógenas para el hombre, pág. 321.
Acción y dosis de los principales antitérmicos en la infancia, pág. 342.
Acción terapéutica del trional y del tetrional, pág. 343.
Acido cítrico como medio de esterilización del agua durante las epidemias coléricas (El), pag. 429.
Adenia tratada con éxito por el arsénico, pág. 341.
Advertencia, pág. 201.
Afrodisíaco desconocido (Un), pág. 178.
Agregación de los pueblos del llano de Barcelona á la Capital (La), pág. 231.
Algunas consideraciones acerca de la noción de tumor, pág. 162.
Algunas dificultades del diagnóstico de la sífilis, pág. 321 y 370.
Algunos lunares de la reglamentación de higiene especial, pág. 338.
Amamantamiento artificial de los recién nacidos, pág. 307.
Anasarca (Contra él), pág. 397.
Anasarca (Incisiones asépticas en él), pág. 111.
Angina diftérica (Toques contra la), pág. 112.
Anosmia (Tratamiento de la), pág. 272.
Arqueología médica, pág. 52.
Arsénico (Adenia tratada con éxito por él), pág. 341.
Asapral (El), pág. 315.

- Asistolia (Contra la), pág. 317.
Atropina (Tratamiento de la parálisis agitante por la), pág. 67.
Azul de metileno en el tratamiento de las afecciones tuberculosas y de ciertas afecciones uterinas y peri-uterinas, pág. 109.

B

- Bacterias patógenas (Acción de la luz solar sobre algunas patógenas para el hombre), pág. 321.
Baños termale de la Garriga en las afecciones cutáneas. Juicio crítico, pág. 427.
Blenorragia (Tratamiento de la), pág. 153.
Blenorragia (Tratamiento de la), por la ergotina, pág. 277.
Blenorragia aguda (Inyección contra la), pág. 188.
Blenorragia crónica (Inyección contra la), pág. 188.
Brindis (Un), pág. 331.

C

- Calcio en terapéutica y especialmente en las enfermedades del estómago (Las nuevas sales de), pág. 146.
Campá y Porta (Dr.). Noticia de su fallecimiento, pág. 81.
Cáncer (Polvo calmante contra él), pág. 33.
Cáncer del estómago (Formulario para él), pág. 31.
Cáncer uterino (Tratamiento paliativo del), por medio de las inyecciones intrapareuquimáticas de alcohol, pág. 185.

Cartilla Higiénica para la mujer en cinta. Jucio crítico, pág. 270.
 Catarro gástrico-intestinal de los niños (Poción contra el), pág. 112.
 Cicatrices variolosas (Tratamiento abortivo de las), pág. 342.
 Cirrosis alcohólica (Nuevo caso de curación de la), pág. 183.
 Clorato potásico (Toxicidad del), pág. 66.
 Cólera (El ácido cítrico como medio de esterilización del agua durante las epidemias de), pág. 429.
 Cólera (Instrucciones preventivas contra el), pág. 346.
 Cólera (Investigaciones bacteriológicas sobre la epidemia actual del), en los suburbios de París, pág. 308.
 Cólera (La vacunación del), pág. 401.
 Cólera (Tratamiento del), pág. 345.
 Cólera asiático (Tratamiento por el cloroformo), pág. 390.
 Cólera y los franceses (El), pág. 336.
 Cólera morbo (El bicloruro de mercurio en el tratamiento del), pág. 391.
 Cólico hepático (Tratamiento del) por la glicerina, pág. 181.
 Coqueluche (Contra la), pág. 317.
 Congreso hispano-americano de ciencias médicas, pág. 189.
 Congreso periódico internacional de ginecología y de obstetricia, y exposición experimental, pág. 113.
 Consideraciones sobre el trancazo, pág. 41.
 Contagio sífilítico (Datos para el conocimiento del), pág. 1.
 Contribución al estudio del chancre blando, pág. 125.
 Coriza (Tratamiento del), pág. 272.
 Creosota como agente revelador de las tuberculosis, indicaciones y contraindicaciones (La), pág. 235.
 Cuerpo Médico Municipal. pags. 38, 78, 119, 159, 199, 239, 279, 319, 359, 399, 439.
 Chancro blando (Contribución al estudio del), pág. 125.

D

Datos para el conocimiento del contagio sífilítico, pág. 1.
 Delirio en la pneumonia de los alcohólicos (Mixtura contra la), pág. 33.
 Demografía Médica de Barña, pags. 39, 79, 118, 158, 198, 238, 278, 318, 358, 398, 438, 478.
 Dermatitis (El ictiol en las), pág. 388.
 Diagnóstico de la sífilis (Algunas dificultades del), pags. 327 y 370.
 Diarrea infantil (Contra la), pág. 317.
 Disenteria (Tratamiento de la), pág. 150.
 Distocia por resistencia exagerada en las partes blandas, pág. 266.
 Diuretica en la práctica infantil (De la), pág. 151.

E

Electrolisis aplicada al tratamiento de las estrecheces (De la), pág. 231.
 Electuario tenífugo para los niños, pág. 153.
 Eliminación de los elementos tóxicos en la fiebre tifoidea según el tratamiento, pág. 23.
 Endocarditis infecciosa y erisipela, pág. 388.
 Enema nutritivo, pág. 71.
 Epidermina (La), pág. 316.
 Eritema nudoso palúdico, pág. 107.
 Erisipela (Endocarditis infecciosa y), pág. 388.
 Erisipela (Tópico contra la), pág. 188.
 Esplenomegalia primitiva, pág. 343.
 Estadística demográfica médica. Cuadros gráficos.
 Estadística demográfica médica, pags. 34, 36, 74, 76, 114, 116, 154, 156, 194, 196.
 Estadística demográfica médica de Barcelona del año 1891, pág. 82.
 Estadística de higiene especial, pags. 40, 80, 120, 160, 200, 240, 280, 320, 360, 400, 440, 480.
 Estómago (Las nuevas sales de calcio en terapéutica y especialmente en las enfermedades del), pág. 146.
 Estómago El régimen alimenticio en las enfermedades (Del), 27.

Estrechez del exófago. Gastrostomía, Casos clínicos, pág. 96.
 Estrecheces (De la electrolisis aplicada al tratamiento de las), pág. 231.
 Estrignina (Intoxicación por el opio tratada por la), pág. 148.
 Exófago (Estrechez del), Gastrostomía. Casos clínicos, pág. 96.

F

Fiebre infectiva durante el parto, pág. 262.
 Fiebre tifoidea (Eliminación de los productos en la), según el tratamiento, pág. 23.
 Flemón peri-uterino, pág. 311.
 Formulario para el cáncer del estómago, pág. 311.

G

Gangrena pulmonar (Tratamiento quirúrgico de la), pág. 182.
 Ginecepatías (El ictiol en el tratamiento de las), pág. 144.
 Grietas de las manos (Pomada contra las), pág. 33.
 Grippe (Poción contra la), pág. 71.

H

Habitaciones para obreros. Juicio crítico, pág. 141.
 Hemorragias gastro-intestinales en el recién nacido, pág. 392.
 Hemicránea (Contra la), pág. 397.
 Hemiferia Celosomia, pág. 275.
 Higiene del corazón. Juicio crítico, pág. 13.

I

Ictiol (Inyecciones hipodérmicas de), como analgésico, pág. 188.
 Ictiol en las dermatosis (El), página 388.
 Incisiones asépticas en el anasarca, pág. 111.
 Infección puerperal ante-partum, pág. 175.
 Infección tifódica con hipotermia (Una nueva forma de), pág. 243.
 Influenza (Cachets contra la), página 71.
 Influenza (Píldoras contra la), página 71.
 Influenza y la gangrena del pulmón (La), pág. 69.

Inyecciones intra-pulmonares de pioctanina en los tuberculosos, pág. 111.
 Instituto de Higiene práctica, págs. 38, 78, 119, 159, 199, 279, 319, 359, 399, 439, 479.
 Instrucciones preventivas contra el cólera, pág. 346.
 Inteligencia (Los venenos de la), pág. 108.
 Interrogatorio de las prostitutas, pág. 224.
 Intoxicación por el opio, tratada por la estrignina, pág. 148.
 Intoxicación producida por atún en conserva, pág. 149.

J

Junta de defensa de la clase médico-farmacéutica de Barcelona. Circular, pág. 433.

L

Laparotomía (Compresa olvidada en la cavidad abdominal de una mujer al practicar la), pág. 184.
 La aprensión y su tratamiento, pág. 25.
 Lepra (Del valor del examen bacteriológico en el diagnóstico de las formas vagas y anormales de la), pág. 476.
 Líquido de Brown-Sequard (Una serie de investigaciones sobre la acción del), pág. 386.
 Los cirujanos de Mauresa, página 132.
 Los encantos de una reina, página 20.

M

Mareo (Tratamiento del), pág. 313.
 Mecanoterapia (Estudios teórico-prácticos sobre). Juicio crítico, pág. 428.
 Medicamentos modernos, pág. 334.
 Medicina pretérita, 60.
 Mendicidad en Barcelona (La). Apuntes, pág. 201.
 Mamitis de los recién nacidos, página 148.
 Menorragias prolongadas (Píldoras contra las), pág. 397.
 Mezcla analgésica que puede reemplazar las preparaciones opiáceas, pág. 189.

N

- Nefritis albuminosa protopática en un niño de dos años, página 121.
 Neuralgia (Contra la), pág. 397.
 Neurastenia (Tratamiento de la), por la transfusión de la sangre) pág. 107.
 Nin y Pullés (Dr. D. José). Noticia de su fallecimiento, pág. 161.
 Novedad sanitaria en la Casa de Caridad. Aclaración importante, pág. 217.
 Nuevo tratamiento de la neumonía con inminencia de supuración, pág. 136.

O

- Obstetricia (Casos prácticos de), pág. 361.
 Ozena (Polvos contra el), pág. 397.
 Oftalmia simpática (La), pág. 46.
 Olecranon (Sutura del), pág. 187.
 Otorrea (Un tratamiento de la), pág. 315.

P

- Parálisis agitante (Tratamiento de la). Por la atropina, pág. 69.
 Periartritis escapulo-humeral á pneumococos con trombosis de la vena axilar, pág. 67.
 Peritonitis blenorragica en la mujer (La), pág. 233.
 Pi y Molist. Noticia de su fallecimiento, pág. 241.
 Píldoras tónicas, pág. 153.
 Piocetanina en los tuberculosos (inyección intra-pulmonar de), pág. 111.
 Piperazina (Acción de la) pág. 267.
 Pneumonía con inminencia de supuración (Nuevo método de tratamiento de la), pág. 136.
 Poción anti-reumática, pág. 71.
 Prolapso del útero. Histeropexia, pág. 24.
 Prurito anal (Un tratamiento para el), pág. 152.
 Prurito del ano (Del empleo del tencrío escordio en el), pág. 167.
 Pulmón (Un caso de sutura del), pág. 325.
 Pulmonía. Tratamiento abortivo, pág. 26.
 Purgante suave, pág. 33.

R

- Rameras (Pseudónimos de las), pág. 102.
 Radicalismo en Cirugía (El), página 377.
 Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona Memorias recibidas para el Concurso de 1892-93, pág. 432.
 Régimen alimenticio en las enfermedades del estómago (El), pág. 27.
 Reglamentación de higiene especial (Algunos lunares de la), pág. 3-8.
 Riñón movable (Trastornos del aparato genital de la mujer consecutivos al), pág. 430.

S

- Sección 4.^a del Cuerpo Médico-Municipal. Memoria reglamentaria del año económico de 1891 á 1892, pág. 408.
 Sífilis (Algunas dificultades del diagnóstico de la), págs. 327, 370.
 Sífilis (Tesis acerca del modo de evitar la difusión de la), pág. 393.
 Sifilitico (Datos para el conocimiento del contagio), pág. 1.
 Sociedad de Medicina interna de Berlín, pág. 68.
 Solanina en las afecciones del estómago con predominio del elemento gastrálgico (Empleo de la), pág. 182.
 Sueño provocado por la oclusión de los oídos y de los ojos en los individuos afectos de anestesia histérica generalizada, por Giebert Ballet, pág. 296.
 Sutura del olecranon, pág. 187.

T

- Tencrío Escordio en el prurito del ano (Del empleo del), pág. 167.
 Tencrío Escordio en terapéutica (Reaparición del), pág. 167.
 Tencrío Escordio (Proceso del), pág. 169.
 Tenia (Contra la), pág. 277.
 Tétanos traumático crónico de marcha progresiva, curado por medio de la amputación (Un caso de), pág. 474.
 Tisis de los fabricantes de loza (La), pág. 312.

Tisis laríngea (Contra la), pág. 277.
 Tos ferina (Pulverizaciones contra la), pág. 112.
 Toxicidad del clorato de potasa, pág. 66.
 Trancazo (Consideraciones sobre el), pág. 41.
 Trasplatación de piel de rana en úlceras humanas, pág. 147.
 Trastornos del aparato genital de la mujer consecutivos al riñón movable, pág. 430.
 Tratamiento abortivo de las cicatrices variolosas, pág. 342.
 Tratamiento de la blenorragia, pág. 153.
 Tratamiento de la blenorragia por la ergotina, pág. 277.
 Tratamiento del cólera, pág. 345.
 Tratamiento del cólera asiático por el cloroformo, pág. 390.
 Tratamiento de los cólicos hepáticos por la glicerina, pág. 181.
 Tratamiento del corizo y de la anosmia, pág. 272.
 Tratamiento del forúnculo y del ántrax por el ácido bórico, pág. 25.
 Tratamiento de la disenteria, pág. 150.
 Tratamiento del mareo, pág. 313.
 Tratamiento de la nenrastenia por la transfusión de la sangre, pág. 107.
 Tratamiento de la otorrea (Un), pág. 315.
 Tratamiento paliativo del cáncer uterino por medio de inyecciones intra-parenquimatosas de alcohol, pág. 185.
 Tratamiento de la parálisis agitante por la atropina, pág. 67.

Tratamiento para el prurito anal, (Un), pág. 152.
 Tratamiento de las pielonefritis de origen calculoso, págs. 380, 418 y 457.
 Tratamiento quirúrgico de la gangrena pulmonar, pág. 182.
 Tratamiento de la retención placentaria post-abortiva, pág. 174.
 Trional y del tetrional (Acción terapéutica del), pág. 343.
 Tuberculosis en Barcelona (La), pág. 221.
 Tuberculosis ocular, pág. 307.
 Tuberculosis pulmonar (Mixtura contra la), pág. 32.

U

Úlcera del estómago complicada de neumonía grippal, pág. 273.
 Úlceras humanas (Transplatación de piel de rana en), pág. 147.
 Úlceras malignas (Pomada contra las), pág. 32.
 Úlcera metastásica de la pierna, pág. 182.
 Una nueva forma de infección tífica con hipotermia, pág. 243.

V

Valor terapéutico de la medicación antitérmica en los procesos febriles. Juicio crítico, pág. 279.
 Variolosas (Tratamiento abortivo de las cicatrices), pág. 342.
 Vómitos incoercibles (Mixtura contra los), pág. 188.

ÍNDICE

POR

orden alfabético de autores y materias

Dr. Altabas (Julio)

Artículo original: La oftalmía simpática, pág. 46.

Dr. Balaguer (José)

Artículo original: La agregación de los pueblos del llano de Barcelona á la Capital, pág. 281.

Dr. Ballet (Gilbert)

Artículo original: El sueño provocado por la oclusión de los oídos y de los ojos en los individuos afectos de anestesia histérica generalizada (Traducción), pág. 296.

Dr. Bofill (José M.^a)

Artículo original: Estrechez del esófago. Gastrostomía. Casos clínicos, pág. 96.

Dr. Comenge (Luis)

Artículos originales: Algunas consideraciones acerca de la noción de tumor, pág. 162.—Los cirujanos de Manresa, pág. 132.—Los encantos de una reina, pág. 20.—*Trabajos estadísticos:* Estadística demográfico-médica de Barcelona, cuadros gráficos; Servicios del Instituto de Higiene práctica de Barcelona, págs. 38, 78, 119, 159, 199, 239, 279, 319, 359, 399, 439, 479.

Dr. Comulada (Baldomero)

Artículo original: Novedad sanitaria en la Casa de Caridad. Aclaración importante, pág. 217.

Dr. Farriols Anglada.

Artículos originales: Distocia por resistencia exagerada de las partes blandas, pág. 266.—Fiebre infectiva durante el parto, pág. 262.—Infección puerperal antepartum, pág. 175.—Casos prácti-

cos de obstetricia, pág. 361.—Tratamiento de la retención placentaria post-abortiva, pág. 174.

Dr. Fleury (Maurice de)

Artículo original: El radicalismo en cirugía (Traducción), pág. 377.

Dr. Friginals (Cristóbal)

Artículo bibliográfico: Habitaciones para obreros, pág. 141.

Dr. Giralt (Pelegrín)

Trabajos estadísticos: Servicios prestados por el Cuerpo médico municipal, págs. 38, 78, 119, 159, 199, 239, 279, 319, 359, 399, 439. Demografía médica de Barcelona, págs. 39, 79, 118, 158, 198, 238, 278, 318, 358, 398, 438, 478.

Dr. Grau (Rosendo)

Revista de la prensa: Acción y dosis de los principales antipiréticos en la infancia, pág. 342.—Acción terapéutica del trional y del tetrional, pág. 343.—El ácido cítrico como medio de esterilización del agua durante las epidemias coléricas, pág. 429.—Adenia tratada con éxito por el arsénico, pág. 341.—Tratamiento del coriza y de la anosmia, pág. 272.—Tratamiento de la parálisis agitante por la atropina, pág. 67.—Las nuevas sales de calcio en terapéutica y especialmente en las enfermedades del estómago, pág. 146.—Tratamiento abortivo de las cicatrices variolosas, pág. 342.—Nuevo caso de curación de la cirrosis hepática, pág. 183.—Toxicidad del clorato de potasa, pág. 66.—Tratamiento del cólera, pág. 345.—Tratamiento por el cloroformo del cólera asiático, pág. 390.—El bicloruro de mercurio en el tratamiento del cólera, pág. 391.—Tratamiento del cólico hepático por la glicerina, pág. 181.—Trata-

miento del coriza, pág. 272.—La creosota como agente revelador de las tuberculosis; indicaciones y contra-indicaciones, pág. 235.—El ictiol de las dermatosis, pág. 388.—Eliminación de los productos tóxicos de la fiebre tifoidea, según el tratamiento, pág. 23.—Endocarditis infecciosa y erisipela, pág. 388.—Eritema nudoso-palúdico, pág. 107.—Esplenomegalia primitiva, pág. 343.—Intoxicación por el opio tratada por la estrignina, pág. 148.—Flemón perinefrítico, pág. 311.—Tratamiento quirúrgico de la gangrena del pulmón, pág. 182.—El ictiol en el tratamiento de las ginecopatías, pág. 144.—Hemorragias gastrointestinales en el recién-nacido, pág. 392.—Hemiferia-Celasosmia, pág. 275.—Los venenos de la inteligencia, pág. 108.—Intoxicación producida por el atún en conserva, pág. 149.—Compresa olvidada en la cavidad abdominal de una mujer al practicar la laparotomía, pág. 184.—La aprensión y su tratamiento, pág. 25.—Una serie de investigaciones sobre la acción del líquido de Brown-Sequard, pág. 386.—Mamitis de los recién-nacidos, pág. 148.—Tratamiento de la neurastenia por la transfusión de la sangre, pág. 107.—Periostitis escápulo-humeral ó pneumococcus con trombosis de la vena axilar, pág. 67.—La peritonitis blenorragica en la mujer, pág. 233.—Acción de la piperazina, pág. 276.—Prolapso del útero. Histeropexia, pág. 24.—Un caso de sutura del pulmón, pág. 325.—Tratamiento abortivo de la pulmonía, pág. 26.—Trastornos del aparato genital de la mujer consecutivos al riñón movable, pág. 430.—Empleo de la solanina en las afecciones del estómago con predominio del elemento gastrálgico, pág. 182.—La tisis de los fabricantes de loza, pág. 312.—Trasplatación de piel de rana en úlceras humanas, pág. 147.—Tratamiento del forúnculo y del ántrax por el ácido bórico, pág. 25.—Úlcera del estómago complicada de pneumonia grippas pág. 273.—Úlcera metatífica de la pierna, pág. 182.

Dr. Homs Parellada (Joaquín)

Artículo original: El cólera y los franceses, pág. 336.

Herp (José)

Artículos originales: Un afrodisíaco desconocido, pág. 178.—Algunos lunares de la reglamentación de Higiene especial, pág. 338.—Pseudónimos de las ramerías, pág. 104.

Dr. Lepine (R.)

Artículo original: Nuevo método de tratamiento de la neumonía con inminencia de supuración (Traducción), pág. 136.

Dr. Llorens (Ignacio de)

Artículo original: La mendicidad de Barcelona, pág. 201.—*Traducción.*—El radicalismo en cirugía, por Maurice de Henry, pág. 377.—Sueño provocado por la oclusión de los oídos y de los ojos en los individuos afectos de anestesia histérica generalizada, por Gilbert Ballet, pág. 296.—*Artículos bibliográficos.*—Baños termale de la Garriga en las afecciones cutáneas. Juicio crítico, pág. 427.—Cartilla higiénica para la mujer en cinta. Juicio crítico, pág. 270.—Medicina pretérita, pág. 60.—Estudios teórico-prácticos sobre mecanoterapia. Juicio crítico, pág. 428.—Valor terapéutico de la medicación antitérmica en los procesos febriles. Juicio crítico, pág. 279.—*Revista de Academias.*—Amamantamiento artificial de los recién-nacidos, pág. 307.—Investigaciones bacteriológicas sobre la epidemia actual de cólera en los suburbios de París, pág. 308.—Tuberculosis ocular, pág. 307.—Aplicación de las vibraciones rápidas y continuas en el tratamiento de algunas enfermedades nerviosas. M. Charcot. (Salpêtrière.) pág. 451.

Dr. Nin y Pullés (José)

Trabajos estadísticos: Estadística demográfico-médica, págs. 34,

36, 74, 46, 114, 116, 154, 156, 194, 196.—Estadística demográfico-médica de Barcelona del año 1891, pág. 82.

Dr. Nogué (Francisco de A.)

Artículo original.—La tuberculosis en Barcelona, pág. 221.—*Traducción.*—Nuevo método de tratamiento de la pneumonía con inminencia de supuración, pág. 136.—*Revista de la prensa.*—Incisiones asépticas en el anasarca, pág. 111.—El asapral, pág. 315.—El azul de metileno en el tratamiento de las afecciones tuberculosas y de ciertas afecciones uterinas y peri-uterinas, pág. 109.—Formulario para el cáncer del estómago, pág. 31.—Tratamiento paliativo del cáncer uterino por medio de las inyecciones intraparenquimatosas de alcohol, pág. 185.—De la diuretica en la práctica infantil, pág. 151.—La epidermina, pág. 316.—El régimen alimenticio en las enfermedades del estómago, pág. 27.—La influenza y la gangrena del pulmón, pág. 69.—Inyecciones intra-pulmonares de pioctanina en los tuberculosos, pág. 111.—Tratamiento del mareo, pág. 313.—Sutura del olcezanon, pág. 187.—Sociedad de medicina de Berlín, pág. 68.—Un tratamiento de la otorrea, pág. 315.—Un tratamiento para el prurito anal, pág. 152.—Tratamiento de la disentería, pág. 150.—Tétanos traumático crónico de marcha progresiva, curado por medio de la amputación (Un caso de), 474.—Del valor del examen bacteriológico en el diagnóstico de las formas vagas y anormales de la lepra (pág. 475).

Dr. Pellicer (R.)

Artículos originales: Algunas dificultades del diagnóstico de la sífilis, págs. 327, 370.—Una nueva forma de infección tifódica con hipotermia, pág. 243.

Dr. Peralta (Jerónimo)

Artículo original: Tratamiento de las pielonefritis de origen calculoso, págs. 330, 418 y 457.

Dr. Pi y Gibert (Augusto)

Artículos originales: Acción de la luz solar sobre algunas bacterias patógenas para el hombre, pág. 321.—Datos para el conocimiento del contagio sifilítico, pág. 1.—Contribución al estudio del chancre blando, pág. 125.—*Traducción.*—De la electrolisis aplicada en el tratamiento de las estrecheces, por el Dr. J. Fort, 231. Nota acerca de las indicaciones para la administración de la tuberculina, pág. 441.

Dr. Robledo (Enrique)

Artículos originales: Consideraciones sobre el trancazo, pág. 41.—Medicamentos modernos, página 334.

Dr. Ronquillo (Carlos)

Artículos originales: Arqueología médica, pág. 54.—Interrogatorio de las prostitutas, pág. 224.—Nefritis albuminosa protopática en un niño de dos años, pág. 121.—Sección 4.^a del Cuerpo Médico Municipal Memoria reglamentaria del año económico del 1891 á 1892, pág. 408. Proceso del Tencrío-Escordio, pág. 169.—Un brindis, pág. 331.—*Traducciones.*—Del empleo del Tencrío-Escordio en el prurito del ano, pág. 167.—Reaparición del Tencrío-Escordio en terapéutica, pág. 167.—*Artículo bibliográfico.* Higiene del corazón, pág. 13.—*Trabajos estadísticos.*—Págs. 40, 80, 120, 160, 200, 240, 280, 320, 360, 400, 440, 480.

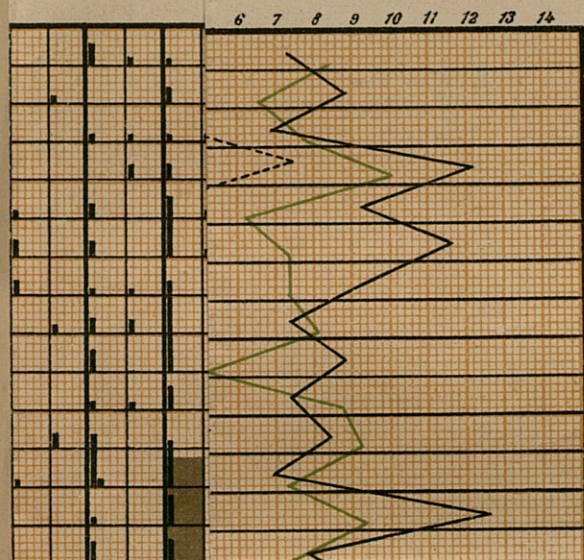
Turró (Ramón)

Artículo original: La vacunación del cólera, pág. 401.

ICA ME

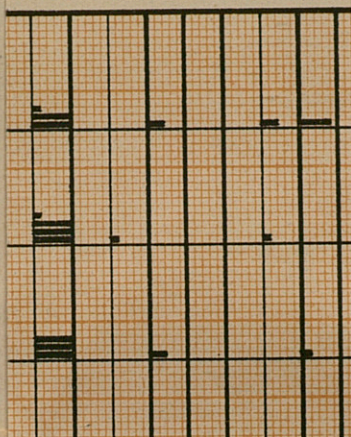
Cuadro :

ciembre 1892



MENSUAL D

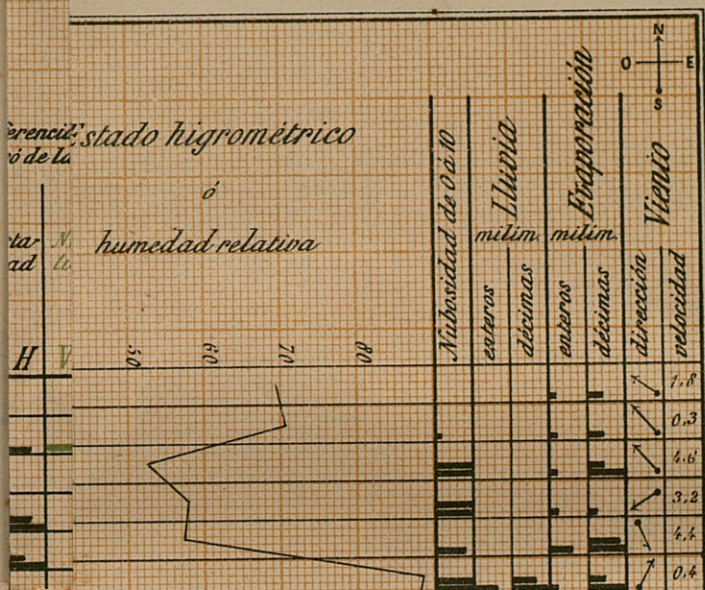
adro 2.º



MENSUAL DE BARCELONA

4. — Diadro 4.º

Agentes meteóricos — Diciembre 1892



CUERPO MÉDICO MUNICIPAL DE BARCELONA

Sección 1.^a— ASISTENCIA MÉDICA

Servicios prestados durante el mes de noviembre de 1892.

LOCALES	Heridos auxilia- dos.	Operaciones prac- ticadas.	Visitas gratuitas en el mismo local.	Idem, ídem á do- micilio.	Recono- cimientos.		CERTIFICACIONES Informes.	Auxilios á embria- gados.	Vacunaciones.	Reconocimientos á viajeros precedentes del extranjero, refrendo de las respec- tivas patentes de sanidad y otros ser- vicios varios.
					A personas.	A ídem alle- nadas.				
Casas Consistoriales.	42	2	106		491			19	121	
Dispensario de la Barcel. ^a	31	18	806		77			12	41	
Id. de la Concepcion			23		9					
Id. de la Universidad		4	38		29				5	
Id. de Hostafranchs.	21	2	853		23			6	41	
Id. de Santa Madrona	35	56	1301		32	1		9	49	
Asilo del Parque.		4	269		15					
Totales.	129	83	3416	1769	676	1	57	46	257	923

Total general de servicios prestados: 7357.

Barcelona 6 de diciembre de 1892. EL DECANO, **Pelegrin Giralt**

Sección 2.^a—INSTITUTO DE HIGIENE URBANA

Servicios que se han practicado en Noviembre 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	
	Solu- cio- nes anti- sépticas.	Desinfe- cantes ga- seosos.				
Septicemia.	2		Abrigos.	2	Alfombras.	2
Difteria.	31	2	Alfombras.	5	Almohadas.	4
Tifus.	25		Almohadas.	98	Americanas.	2
Tuberculosis.	29		Almohadones.	1	Camisas.	11
Viruela.	14	3	Americanas.	33	Camisetas.	11
Sarampión.	2		Batas.	1	Corbatas.	11
Escarlatina.	1		Bañobas.	8	Chalecos.	11
TOTALES.	104	5	Blusas.	5	Delantales.	2
Otros servicios á la desin- fección per- tinentes.	37		Calzoncillos.	18	Jergones paja.	36
Inspecciones colectivas par- ciales con in- forme.	48		Calcetines (pares).	8	Gorras.	5
			Camisas.	44	Guantes (pares).	1
			Camisetas.	19	Mantas.	1
			Capotes.	1	Mantones.	4
			Capas.	7	Medias (pares).	1
			Colchones.	83	Pañales.	2
			Colchas.	3	Pantalones.	21
			Cortinajes.	5	Pañuelos.	21
			Cubrecamas.	31	Pieles.	6
			Chalecos.	34	Sombreros.	8
			Chambras.	6	Sobretodos.	1
			Delantales.	6	Trapos.	83
			Faldas.	6	Zapatos (pares).	19
			Fundas.	81		
			Garibaldinas.	6		
			Jergones.	36		
			Gorras de dormir.	12		
			Mantas.	59		
			Manteles.	1		
			Medias (pares).	9		
			Pantalones.	26		
			Pañuelos.	200		
			Portiers.	1		
			Sábanas.	141		
			Sacos Sra.	10		
			Sobretodos.	7		
			Servilletas.	8		
			Toallas.	24		
			Tapetes.	2		
			Tapabocas.	1		
			Trapos.	117		
			Totales.	1163		257

Barcelona 5 de diciembre de 1892.—V.º B.º El Decano **Pelegrin Giralt**.—El Concejal Director, **Federico Massó Pastor**.—El Director, **L. Comenge**.

ESTADÍSTICA DE HIGIENE ESPECIAL

T

(A) Prostitutas inscritas en 1.º de Noviembre.		826
(B) Movimiento:	Alta.	208
	Bajas.	194
(C) Resultado del reconocimiento:	Enfermedades específicas.	6
	especiales.	99
	comunes.	(*) 12
Reconocimientos a las inscritas en sus domicilios.		5117
Faltas al reconocimiento		(***) 794

II

Dispensario.			
Curaciones practicadas.. . . .	1241	Altas concedidas por la Direccion.. . . .	2
Faltas de asistencia.. . . .	918	Propuestas para ingresar en el Hospital Civil por afecto contagioso.. . . .	5
Fugadas según parte de la sección de vigilancia.. . . .	13	Existencia en 31 Octubre.. . . .	90
Ingresadas.. . . .	50	Existencia en 30 Noviembre.. . . .	105
Altas curadas.. . . .	15	Diferencia en más.. . . .	15

III

(A)

Inscripciones.		25	Traslados.		45
Altas..	ex-inscritas.	32	61	Salidas del Hospital.	22
	procedentes de otra población.	13		Procedentes del Dispensario.	5
	fugadas.	16		Por otros conceptos.	48
	por pasar á otra población.	5			
Bajas..	para ser ama.	1	10	TOTAL.	216
	por dejar el tráfico.	4			

(B)

ENFERMEDADES ESPECIFICAS.

ENFERMEDADES ESPECÍFICAS.		
Vulvitis blenorragica..	1	Úlcera vulvar.
Vulvo-uretritis blenorragica..	1	Úlcera crónica vulvar.
Uretritis blenorragica.	4	Uretritis.
Uretritis blenorragica y bartolinitis.	1	Uretritis y papulas.
Uretritis blenorragica y úlcera vulvar.	3	Uretritis y vegetaciones.
Chancro vulvar.	5	Uretritis y metritis ulcerosa.
Chancro horquilla.	4	Bartolinitis.
Chancro horquilla y anal.	1	Quiste vulvar.
Chancro vulvar y vegetaciones.	1	Foliculitis uretral.
Chancro capuchon.	1	Blenorrea.
Úlcera chancrosa vulvar.	1	Metritis.
Úlcera chancrosa cuello uterino.	1	Metritis ulcerosa.
Sífilide maculosa.	1	Vegetaciones.
Sífilide papulosa.	1	Vegetaciones perianales.
		Papulas.
		Polipo uretral.
		Úlcera ingle.
TOTAL.	26	

ENFERMEDADES ESPECIALES.

Vulvitis.		3	TOTAL.	52
-------------------	--	---	----------------	----

RESUMEN.

Completamente sanas.	138
Con enfermedades específicas.	26
Con enfermedades especiales.	52
Total.	<u>216</u>

(C)

(c)
DISPOSICIONES

Mandadas al Hospital Civil.	(***) 25
Mandadas al Dispensario.	53

Barcelona 3 de diciembre de 1892.—V.^o B.^o *El Decano* PELEGRÍN GIRALT.—*El Director*
de la sección 4.^a, CARLOS RONQUILLO.

(*) Calentura catarral 1; catarro bronquial 1; calentura catarral gástrica 4; pleuridinia 1; enteralgia 1; enteritis aguda 1; metrorragia 1; sin diagnosticar 2.

(**) Durante el mes de noviembre, según comunicación del Jefe de vigilancia, han sido dadas por fugadas 67 inscrites.

(***) De las 25 enfermas mandadas al Hospital, P. O. S. quedaron 9 en el local de la Inspección, ocupando una de las salas de la ex-enfermería de Ntra. Sra. de las Mercedes. La enferma de sífilis maculosa pasó al Dispensario en observación.

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 as-tricción 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 hipodér-micas; 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 períodos secundarios y terciarios de la sífilis, cuyos progresos contiene inmediatamente, llegando en pocos días á la más completa curación, cosa que no habías podido con-seguirse 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 Aca-de-mia de Medicina y Cirugía.

SOLUCIÓN DE PEPTONATO DE QUININA «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas; cada gra-no 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 in-apreciable 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 admi-nistrados 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 escro-fulosas 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 Iltre. 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 con-junto 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 reconsti-tuyentes. Por tanto la Academia recomienda estos dos medicamentos por su exquisita confección á la par que por su valor terapéutico. Comisión de preparaciones farmacéuticas, Dres. Güdel, Segu-ra y Jimeno.—Presidente, Dr. Nicolás Homé.—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, emul-siones y demás preparados por presentar todas sus ventajas y ninguno de sus inconvenientes.

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

Obra 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

DEPÓSITO GENERAL

Farmacia del autor, Dr. M. GÓMEZ DEL CASTILLO

Condal, 15 BARCELONA.

M. G. del Castillo



PRECIO 10 reales

NOTA. Advertimos á los señores Médicos y farmacéuticos que si quieren obtener los maravillo-sos 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 de que circulan en el comercio sales falsificadas, cuya diferencia se puede establecer con facilidad en razon de ser las nuestras perfectamente cristalizadas, lo que demuestra ser una combinación quí-micamente pura, mientras que las substancias que emplean para falsificarlas constituyen un polvo amorfo, heterogéneo y deliquescente, lo que prueba ser una mezcla grosera y no una verdadera combinación

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 BURGGRÆVE; 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-Baillière é Hijos, Plaza de Santa Ana, 10, Madrid, y todas las librerías de España, Ultramar y América se encargarán de proporcionar dicha obra

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.

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 (0'05), de manganeso (0'02), de quinina 0'05 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, curcharada grande, aleja todo peligro de intoxicación extrínseca.

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, bahidos ó desvanecimientos, zumbido de oído, ruidos en la cabeza, etc., etc. En el aparato digestivo puede combatirse con este jarabe la inapetencia, las dispepsias 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 tífus y en general en todos los estados caquéticos de consunción ó pérdida de las fuerzas orgánicas.

El fósforo 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 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

La Sífilis no es ni constitucional ni hereditaria.—*Tratamiento por el método racional*, por el Dr. Joseph Hermann. Se ha recibido un ejemplar.

Tratado de Terapéutica y de Farmacología, por E. Soulier, vertido al castellano por D. Eduardo Sánchez y Rubio. Se ha recibido el cuaderno 28.

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 14.

Tratado elemental médico-quirúrgico de la infancia, por el Dr. Arturo Perales y Gutierrez, Catedrático de Patología de la Facultad de Medicina de Granada: publíquese por cuadernos de 40 páginas al precio de 75 céntimos de peseta. Se ha recibido el cuaderno 1.º

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, estriénina 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 enolatos 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 tapón 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

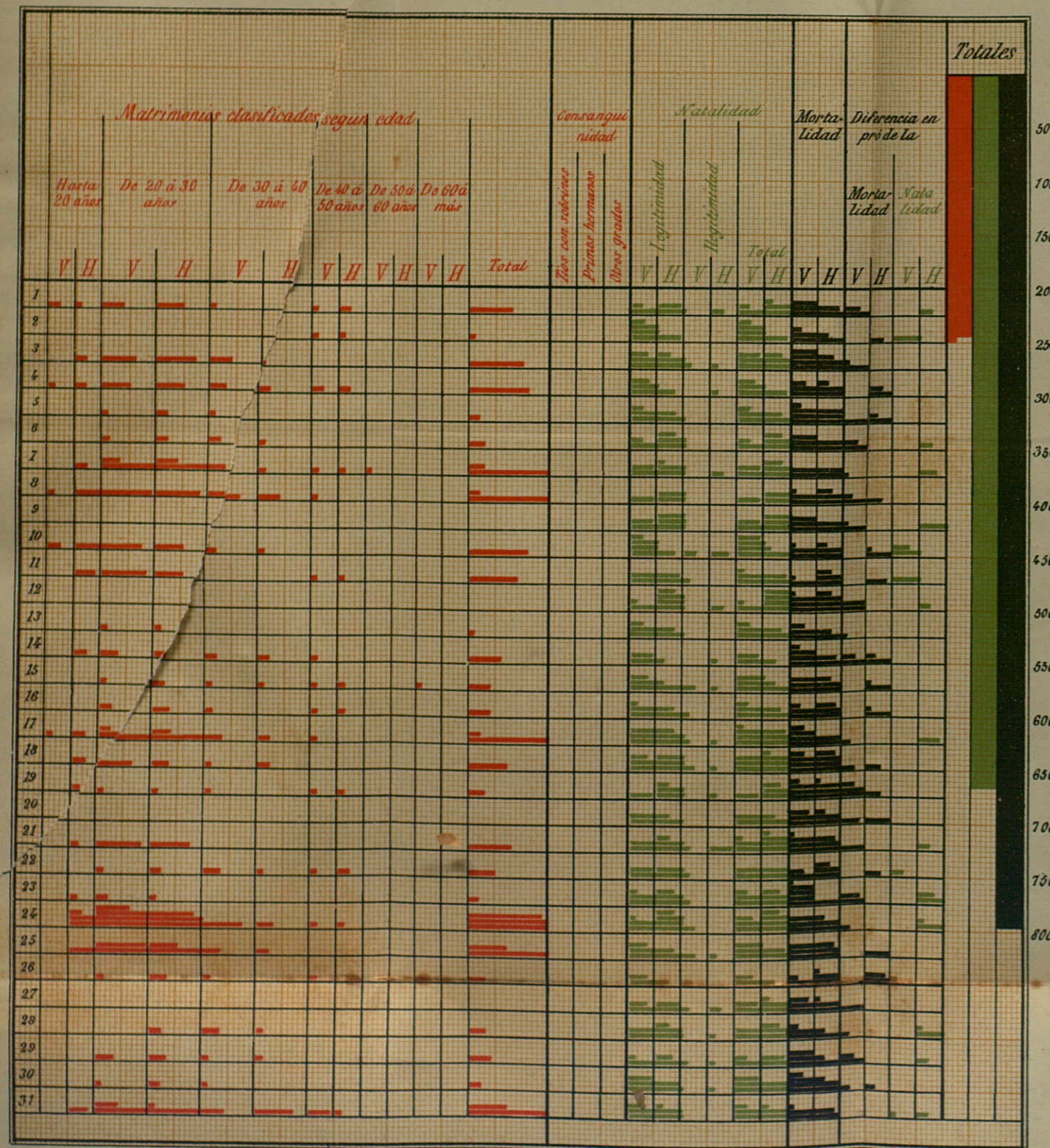
FARMACIA DE LUIS AMARGÓS

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, 40; en Zaragoza, farmacia de Rios hermanos, Oozo, 33; en Sevilla, farmacia del Dr. Medina, calle Sta. Marta de Gracia, 4; en Málaga, farmacia de Juan Bta. Canales, calle Compania, 15; en Bilbao, drogueria de Barandiarán y C.^a, calle Artecalle, 18; en S. Sebastián, farmacia de Juan Vidaur, Hernani, 41; en Santander, drogueria de Pérez Molins y C.^a, Tableros, 5; en Palma de Mallorca, farmacia de Valenzuela, Plaza de la Chartera, 2; en Tarragona, farmacia del Centro, de R. Puig; en Reus, farmacia de Serra, Arrabal Sta. Ana, 80; en Coruña, Ressañsa é hijos, Real, 27 y

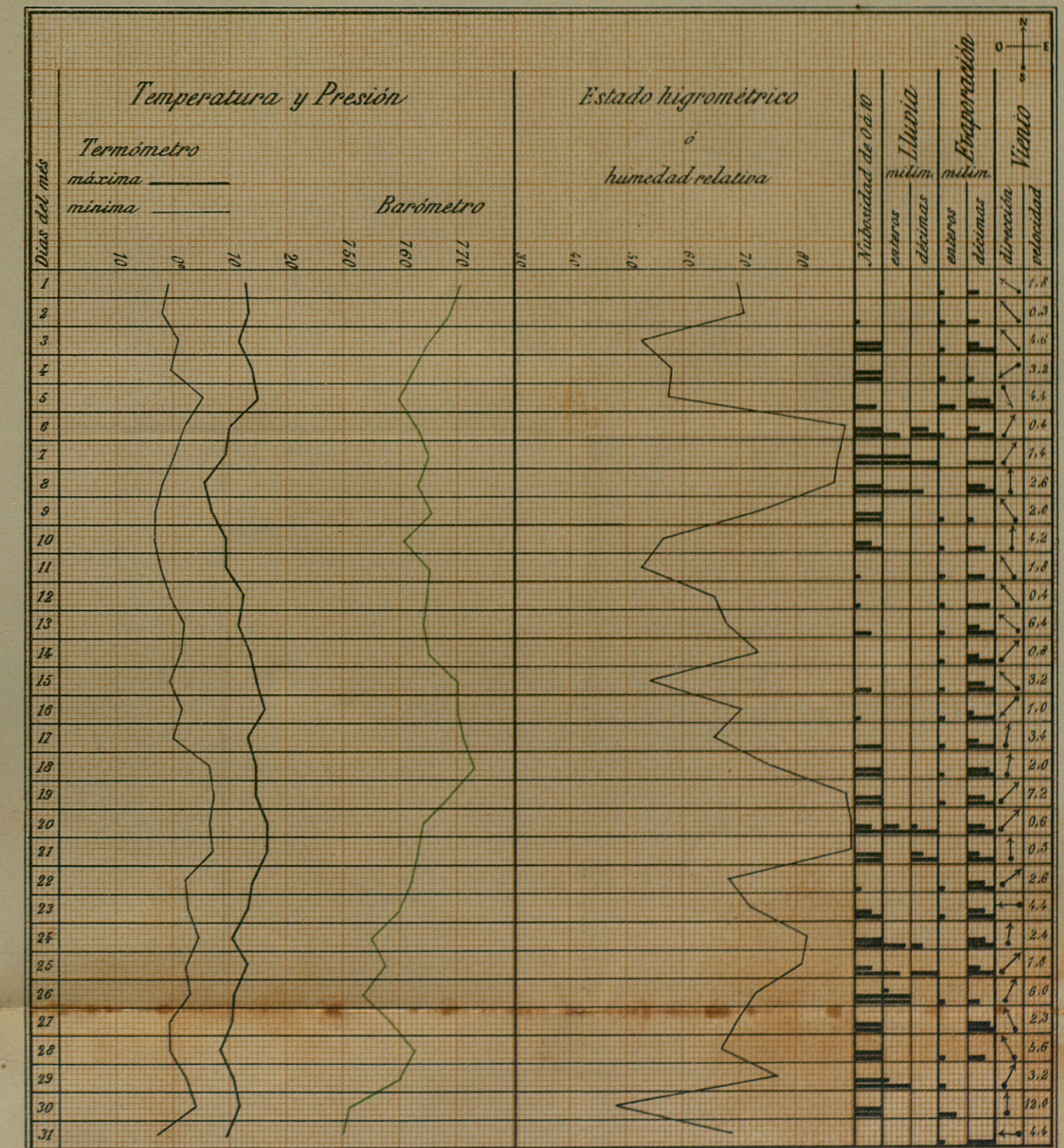
En las principales farmacias de España y América.



Henrich y Comp., Suc. Ramírez.

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

El Director,
L. Comenge.

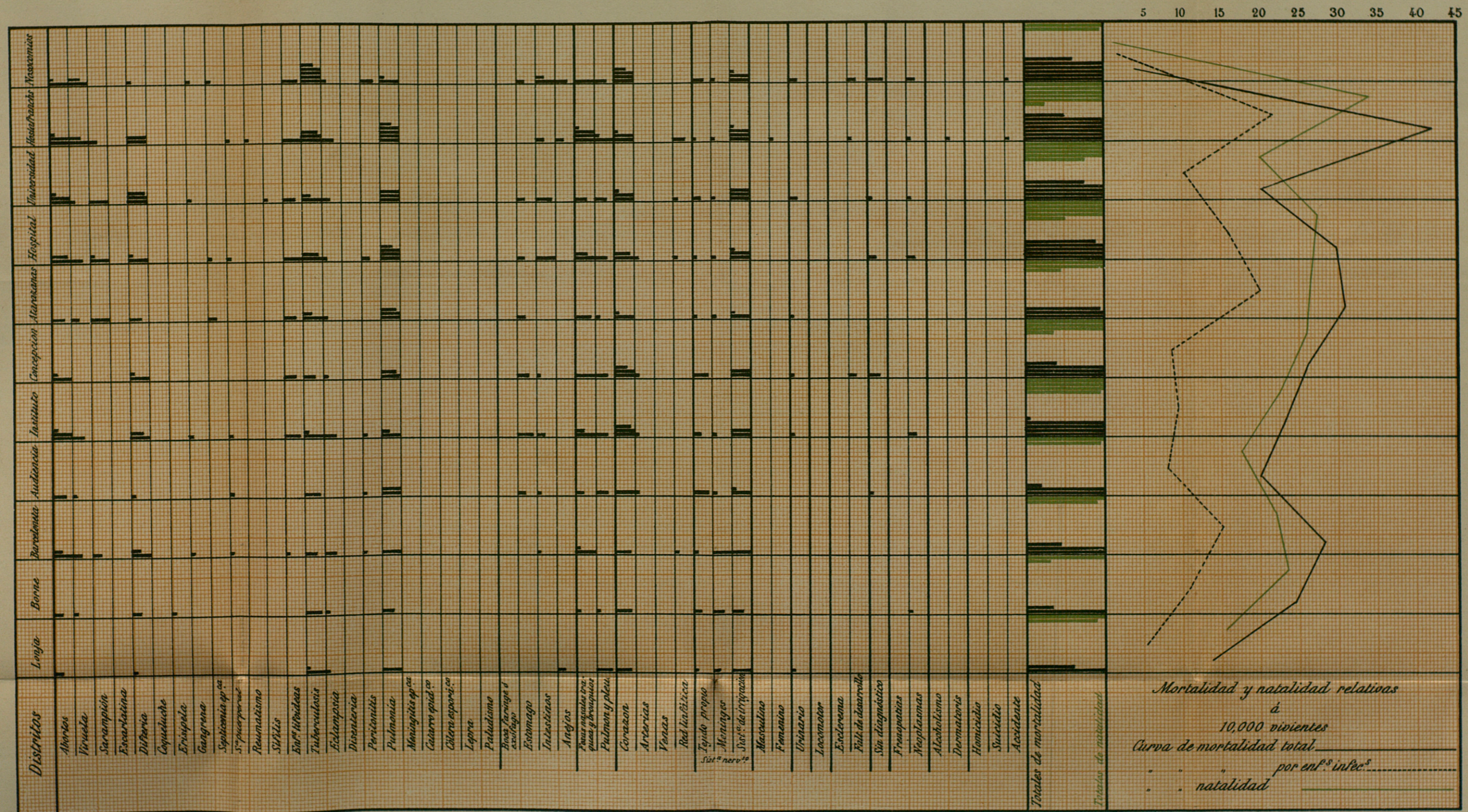


Hora de las observaciones: 9 de la mañana

Henrich y Comp., Suc. Ramírez.

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

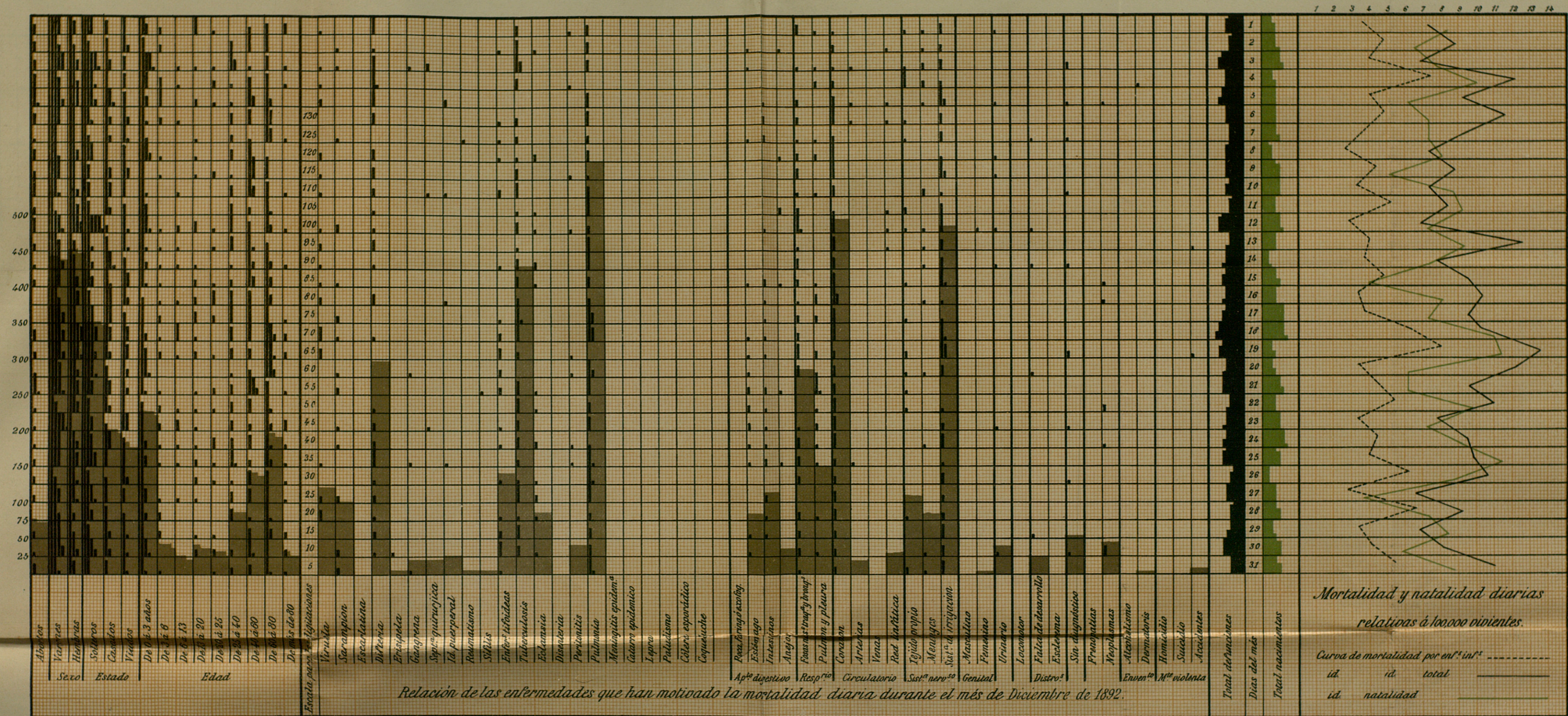
El Director,
L. Comenge.



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

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,

Fran.º de P. Nebot Cantí.

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.