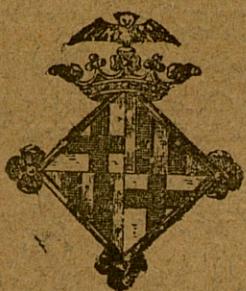


NÚM. 8.

AÑO XIV.



GACETA SANITARIA

DE BARCELONA

ÓRGANO DEL CUERPO MÉDICO MUNICIPAL

AGOSTO DE 1902

REDACCION Y ADMINISTRACION
CASAS CONSISTORIALES

CONSEJO DE REDACCION

Director: Dr. Giralt (D. Pelegrín)

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

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

CONDICIONES DE LA SUSCRIPCION

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

PAGO ANTICIPADO

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

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

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

SUMARIO

Boletín Estadístico.—Julio, de 1902.

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

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

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

Boletín Académico: Principios generales que deben informar en el tratamiento de las fracturas, por el Dr. Esquerdo.—Rinitis atrófica fétida (ocena verdadero) por D. F. Javier Parés y Bartra. (continuación).—Publicaciones recibidas.—Anuncios.

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

GRAN FABRICA DE CAPSULAS EUPEPTICAS DOSIFICADAS

MIL PESETAS

AL QUE PRESENTE

CÁPSULAS DE SÁNDALO

mejores que las del DR. PIZÁ, de Barcelona, y que curen más pronto y radicalmente las ENFERMEDADES URINARIAS, sobre todo la blenorragia si va acompañada de hemorragia. Catorce años de éxito, premiado con medallas de oro en la Exposición Universal de 1888 y en la Exposición concurso de París de 1895. 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.

Cápsulas Eupépticas de Santalol Pizá.—Frasco: 4 pesetas

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

Cápsulas eupépticas	de	Rs.	Cápsulas eupépticas	de	Rs.
Aceite fosforado.	.	10	Eter sulfúrico.	.	8
Aceite de hígado de bacalao puro.	.	10	Eucaliptol.	.	8
Aceite de hígado de bacalao creosotado.	.	12	Eucaliptol iodoformo y creosota.	.	12
Aceite de hígado de bacalao iodo-ferruginoso.	.	12	Eucaliptol iodoformo y guayacol.	.	12
Aceite de hígado de bacalao bromo-iodado	.	12	Hemoglobina soluble.	.	12
Aceite de enebro.	.	8	Extracto de cubebas.	.	12
Aceite de hígado de bacalao.—Bálsamo de Tolú y Creosota.	.	10	Extracto de helecho macho.	.	14
Aceite mineral de Gutiérn.	.	9	Extracto de hojas de matico.	.	10
Aloes sucotriño	.	8	Extracto de ratanía y mático.	.	10
Apiol	.	8	Febribujas de bromhidrato de quinina y eucaliptol.	.	10
Bálsamo peruviano.	.	10	Glicerofosfato de cal.	.	12
Bisulfato de quinina.	.	8	Fosfato de cal y de hierro.	.	10
Bisulfato de quinina y arseniato-sódico	.	8	Gomo-resina asafétida.	.	8
Brea, Bálsamo de Tolú y Creosota.	.	10	Guayacol.	.	10
Brea, vegetal.	.	8	Guayacol iodoformo.	.	12
Bromuro de alcanfor.	.	10	Hierro reducido por el hidrógeno.	.	9
Bromuro de quinina.	.	9	Hipnono.	.	10
Carbonato de creosota.	.	12	Iodouro de azufre soluble.	.	10
Carbonato de guayacol.	.	16	Iodoformo.	.	10
Cloroformo puro.	.	8	Lactato de hierro y manganeso.	.	10
Contra la jaqueca (bromuro de quinina, paulinia y belladona).	.	12	Mirtol.	.	10
Copaíba puro de Maracaibo.	.	12	Morrhuol.	.	10
Copaíba y esencia de sándalo.	.	20	Morrhuol creosotado.	.	14
Copaíba, esencia de sándalo y cubebas.	.	20	Morrhuol y Glicerofosfato de cal.	.	14
Copaíba y cubebas.	.	16	Morrhuolhipostosfitos y cuasina.	.	9
Copaíba, cubebas y hierro.	.	16	Morrhuol, fósfato de cal y cuasina.	.	14
Copaíba y brea vegetal.	.	14	Morrhuol iodo ferruginoso.	.	14
Copaíba y mático.	.	16	Monosulfuro de sodio.	.	10
Copaibato de sosa y brea.	.	16	Pectorales de Tolu, clorato de potasa, óxido de antimonio y codeína.	.	8
Creosoto de Haya.	.	12	Pepsina y diastasa.	.	12
Ergotina Bonjean.	.	8	Pepsina y pancreatina.	.	12
Esencia de eucaliptus.	.	10	Pepsina pancreatina y diastasa.	.	12
Esencia de trementina bi-rectificada.	.	8	Peptona de carne.	.	12
Esencia de cubebas.	.	16	Sulfuro de carbono.	.	8
Esencia de mático.	.	20	Sulfuro de carbono y iodoformo.	.	12
Esencia de sándalo puro.	.	14	Sulfato de quinina.	.	8
Esencia de Sandalo y Saiol.	.	14	Terpinol.	.	8
Etelorado 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. PIZÁ

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

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

MEDICACIÓN CACODÍLICA

Gránulos pépsicos y gotas pépsicas PIZÁ al cacodilato de sosa químicamente puro.—Cada gránulo contiene 0'01 gramos de cacodilato de sosa y 0'02 gramos de pepsina pura. Corresponden iguales cantidades de medicamentos para cada 5 gotas. Estos preparados se indican en las enfermedades de la piel, anemia, clorosis, diabetes, calidismo, etc., siendo sus resultados sorprendentes.—Frasco de gránulos ó de gotas, 2'50 pesetas.

Grageas pépsicas PIZÁ al cacodilato de sosa, kola, coca y glicerofosfato de cal.—Reconstituyente general del sistema nervioso. Alimento reparador, muy indicado en las neurostenias, fosafturias, celalgias, neuralgias, herpes, etcétera. Cada gragea contiene 0'005 gramos de cacodilato de sosa; 0'08 gramos de extracto de kola; 0'04 gramos de extracto de coca y 0'12 gramos de glicerofosfato de cal.—Frasco, 3 pesetas.

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

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

Grageas pépsicas de lecitina y glicerofosfato de sosa —Medicamento de mejorables resultados en los estados de postración y fuerte debilidad. Contiene cada gragea 0'05 gramos de lecitina pura de huevo, 0'05 gramos de glicerofosfato de sosa y 0'08 gramos de pepsina pura.—Precio de cada frasco, 4 pesetas.

PARA INHALACIONES

Yoduro de etilo en tubos. Indispensable medicamento para combatir con eficacia los accesos asmáticos, cardíacos y laringeos.—Caja 3'50 pesetas.

Nitrito de amilo en tubos. Muy recomendadas sus inhalaciones en la epilepsia, cefalalgie, etc.—Caja, 3'50 pesetas.

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

FARMACIA DEL Dr. PIZÁ

Plaza del Pino, 6.—BARCELONA

DEL ANALISIS DE LA ORINA EN LA CLÍNICA

POR

D. ALEJANDRO FORTUNY DURAN

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

PRECEDIDA DE UN PRÓLOGO DEL EMINENTE HISTÓLOGO

Dr. D. S. RAMÓN Y CAJAL

SEGUNDA EDICION

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

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

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.

--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 (FÓRMULA 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 hipofosfato de estricnina á un miligramo por la dosis ordinaria de 20 gramos de jarabe cucharrada grande, aleja todo peligro de síntomas de intoxicación estricnica.

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 facultativos de la Península por lo bien que responde á sus múltiples indicaciones.

El Jarabe de hipofosfitos del Dr. Jimeno

es de acertada aplicación 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 (migrána), dolores de estómago durante la digestión, vahidos ó desvanecimientos, zumbido de oído, ruidos en la cabeza, etc., etc. En el aparato digestivo puede combatirse con este jarabe la inapetencia, las dispépsias en todas sus formas, las regurgitaciones ó acideces (cor agre), los vómitos y el estreñimiento y desarollo de gases.

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

El 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 es constante y duradero. No estimula en exceso un día á costa de la depresión del día siguiente.

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

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

GRANULADO Y ELÍXIR

DE

Ovi

Lecitina

Giol

PREPARACIONES A BASE DE LECITINA PURA DE HUEVO

(Fósforo orgánico completamente asimilable)

NUTRITIVO PODEROSO



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

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

FARMACIA GIOL

Paseo de Gracia, número 4

BARCELONA

GACETA SANITARIA DE BARCELONA

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

Sección Científica

PRINCIPIOS GENERALES

QUE DEBEN INFORMAR EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS ^(*)

por el Dr. A. ESQUERDO

I

Ha de llamaros la atención que para asunto de esta Disertación haya escogido uno en apariencia tan vulgar y sobado.—*Principios generales que deben informar el tratamiento de las fracturas de los huesos.*—Algunos años de práctica me han demostrado que el estudio de las fracturas no es el más cultivado entre nosotros, á pesar de que las fracturas menudean tanto; y he podido adquirir el convencimiento deplorable de que la fama de que gozan algunos curanderos y pastores dedicados al tratamiento de fracturas, viene excusada, en parte, por la ignorancia del vulgo, pero también, en parte, por el desdén con que muchos médicos miran asunto tan importante. Tal vez la falta de enseñanza en las escuelas, y la falta de práctica hospitalaria influyen en el desvío que se nota para asunto de tanta importancia. Lo cierto es que, abunda más la práctica rutinaria que equipara el médico con el curandero, que el tratamiento concienzudo y racional que deriva del conocimiento de las fracturas.

Por no haber estudiado lo fundamental, por no habernos detenido á examinar el proceso de reparación en las fracturas, las circunstancias que en él influyen y lo modifican, creemos que la fractura

(*) Extracto del discurso leído en la Sesión Pública Inaugural del curso académico de 1901 á 1902 que la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Barcelona celebró en Diciembre de 1901.

es un hecho físico, de pura mecánica y que basta para tratarla con conocer los medios mecánicos que se han aplicado á su tratamiento. Y, así, al encontrarnos con una fractura vamos buscando en nuestra memoria ó en los libros que tenemos á mano los métodos de tratamiento, los vendajes, apósticos ó aparatos empleados, hallándonos en una verdadera confusión si por ventura no hemos visto aplicar con éxito satisfactorio uno de ellos.

Yo creo que, por falta de estudiar bien los principios fundamentales se ha divagado, se divaga y divagará tanto sobre un asunto que parece debiera estar ya bien resuelto, con líneas bien trazadas y con una uniformidad de criterio que facilitase la comprensión á los más torpes y que permitiese á todos entenderse en cuestión de tratamiento. Coged dos tratados y es fácil encontrarlos con que un cirujano teme el menor movimiento mientras que otro procura mover el miembro, que uno aconseja poner vendaje definitivo sin pérdida de tiempo, mientras que otro no lleva ninguna prisa, y que uno lo fia todo á la quietud mientras otro la condena.

Tengo para mí que, el que se preocupa de estudiar las fracturas comenzando por el estudio del esqueleto, fijándose en la parte que en las funciones desempeñan los huesos, en la parte que en la fisiología del movimiento toman los músculos, ligamentos y tendones, analizando la manera de vivir y nutrirse tanto el hueso como los tejidos que le rodean, podrá encontrar fácilmente reglas y recursos para cada caso de fractura y no le sorprenderá que en tiempo de Egipcios y Helenos, se curasen bien muchas fracturas, como tampoco, que en los actuales, muchos pastores y curanderos tengan igual fortuna: pero se hará cargo también de los fracasos á que puede conducir el empirismo aún puesto en manos de un práctico bien reputado. Al médico no ha de bastarle estudiar un método de tratamiento ni tomar ejemplo de la práctica de un maestro, porque, con ello puede quedar equiparado á un curandero y aún no ser tan afortunado. Es preferible que estudie y conozca bien los principios en que debe fundar un buen tratamiento, pues de este modo con su inteligencia e instrucción hallará siempre recursos para desempeñar un papel más lucido que el más experto *curandero*.

II

Doy por sabido todo lo que pertañe á anatomía, fisiología y patología de los huesos. No obstante, para lo que tengo que decir no estaré de más un recuerdo á grandes brochazos, fijando la atención sobre lo que puede servir en el estudio de las fracturas.

En anatomía se estudian en el hueso tres partes: el periostio, la trama ósea y la médula, y se dividen los huesos en compactos y esponjosos, considerando al hueso aislado de los otros órganos y tejidos. Para los fines patológicos y quirúrgicos es preferible tomar el hueso en la vida embrionaria, cuando apenas se esbozan sus caracteres diferenciales, con lo cual no se perderá nunca de vista su carácter de tejido conjuntivo que va organizándose y diferenciándose para fines especiales. De este modo, si bien se tendrá en cuenta su distinta composición química, no dejarán de asimilarse su fisiología y su patología á la de los otros órganos que proceden del tejido conjuntivo y en los cuales este continúa dominando.

No es el hueso un órgano en el cual se han formado, capa de revestimiento (periostio) cuerpo de sostén (trama ósea) y cavidad central (médula) porque sí, sino que todas estas partes resultan de la evolución en el desarrollo del hueso para ajustarse á los fines fisiológicos que cada hueso tiene que desempeñar. Aquí como en otros órganos se hecha de ver el arcano misterioso que preside á la organización animal según los fines á que el órgano va destinado, cuyo secreto no se desentrañará nunca: y por virtud de esta causa ignota se forman huesos planos, huesos cortos, huesos largos, con mayor ó menor densidad, con canales medulares más espaciosos ó reducidos, únicos ó diseminados, de forma redonda, triangular ó aplanada, reservando el periostio para comunicar el hueso con los otros tejidos y aislarlo de los otros órganos, el cartílago para permitir los movimientos entre hueso y hueso.

El cartílago que es una fase necesaria en la vida de desarrollo, es sólo etapa transitoria para la osificación, siendo de notar que ésta le invade á medida que adelanta la edad del individuo, y á medida que se reducen ó cesan los movimientos, como lo demuestran ciertas anquilosis consecutivas á la inmovilización, la soldadura de algunas vértebras en los viejos y la osificación de los cartílagos costales, laringeos y traqueales. De modo que, su presencia en hueso, más que parte ó tejido distinto, debe considerarse como paro de evolución motivado, ó bien por necesidades fisiológicas ó bien por trastornos patológicos. Y si bien su procedencia hace pensar que puede ser una transición de los elementos conjuntivos, investigaciones recientes (*Cajal, Ranvier Testut*) tienden á demostrar que más que transición es una desviación necesaria para prepararla.

Las ideas de *Virchow* tanto tiempo admitidas y que parecen halagadoras por lo sencillas y racionales, son desechadas por *Cajal* y

Ranvier. Para *Virchow* la célula cartilaginosa en el período de osificación se multiplica y divide por excisión del núcleo, rotura de la cápsula madre, formación de nuevas cápsulas que serían invadidas por las sales calcáreas para aprisionar las nuevas células jóvenes que llegarían á convertirse en osteoblastos. Para *Cajal* y *Ranvier* las células cartilaginosas, en pleno trabajo de osificación se multiplicarían del mismo modo, pero desaparecerían como elementos caducos sin formar osteoblastos, los cuales procederían de las células conjuntivas del periostio y de la médula. En el primer caso habría transformación de la célula cartilaginosa en células óseas y de éstas en medulloceles, mieloplaxos y células grasas de la médula ósea, mientras que en el segundo la célula ósea procedería directamente de la conjuntiva la cual iría invadiendo el cartílago para substituirlo, formaría la substancia medular y por lo tanto toda reproducción dependería de la médula y del periostio, aunque mediara la formación cartilaginosa. No obstante, en lo fundamental hay tal conformidad que sólo parecen diferencias de apreciación, dependientes de las dificultades de estudiar el proceso, como dice *Virchow*; siempre se ven sustituir las cápsulas cartilaginosas por sales calcáreas que llenan el espacio que queda entre las células nuevas y que poco á poco, sea por secreción ó sea por asimilación, estas sales calcáreas van oprimiendo las células y deformándolas, hasta hacerlas adquirir la forma de araña con sus prolongaciones canaliculares que las ponen en comunicación unas con otras, con los canículos de *Hawers*, con la médula y con el periostio. ¿Es la trama calcárea la que constituye el armazón fundamental del hueso ó son los vasos y las células conjuntivas? Por la consistencia y porque por la trama ósea conserva el hueso su forma puede decirse que ésta constituye el armazón fundamental; pero por el desarrollo, organización y vida del hueso ha de creerse más bien que la trama fundamental la constituyen los elementos conjuntivos, sólo que las substancias calcáreas depositadas entre ellos y alrededor de ellos son las que dan forma y consistencia al hueso.

De aquí que, para los usos patológicos el hueso deba considerarse como un derivado del tejido conjuntivo modificado según los fines que tiene que cumplir. Por un lado la capa fibrosa que lo deslinda de los otros tejidos, sin dejar de conservar relación con ellos por medio de arterias, venas, nervios y linfáticos, parece en su parte externa, condensada por el movimiento de los otros órganos, y con una organización definitiva, mientras que por otro lado, la parte interna se conserva blanda y con abundantes células dispuestas á

transformarse como si estuviese en continuidad con la trama ósea. Y en realidad, la continuidad existe, porque, por el sinnúmero de orificios que se verí en la superficie del hueso penetran vasos, y á éstos acompañan células conjuntivas en más ó en menos abundancia según la actividad de osificación y la profundidad del hueso. Estos orificios que en el hueso muerto parecen canales de aligeramiento y en el vivo parecen construidos ex profeso para dejar paso á vasos y nervios, mas que, como canales, han de considerarse como espacios guardados por la primitiva formación conjuntiva de la que se conservan restos en las fibras de *Sharpey* y en los vasos y nervios que nutren y dan vida al hueso. La trama ósea es substancia pasiva acumulada allí por propiedad fisiológica del osteoblasto ó por condiciones especiales de la substancia intercelular que facilita la precipitación de las sales calcáreas, mientras que, el elemento conjuntivo sub-periostico, perivascular (medular de los conductos de *Hawers*) ó medular es el que sostiene la vida del hueso, el que facilita su crecimiento y el que está dispuesto siempre para la reparación. Hasta la célula ósea á la cual *Virchow* y *Ranvier* hacen desempeñar un gran papel en la inflamación del hueso y en la reproducción, sostiene *Cajal* que es un elemento caduco y que no sirve para la reproducción. De modo que, para todo proceso de proliferación y reparación de los huesos, hay que fiarlo todo ó casi todo á los elementos conjuntivos, los cuales han de portarse en el proceso de separación de igual manera que los elementos conjuntivos de los otros tejidos, salvo que para llegar á su organización definitiva en el hueso han de rodearse de sales calcáreas y quedar englobados en ellas.

Es verdad que en muchos huesos, queda en el centro y como órgano al parecer independiente, la substancia medular; pero por poco que fijemos en ello la atención, la médula resulta una consecuencia de la evolución en el desarrollo del hueso y su distribución está en relación con los usos á que el hueso está destinado. Al principio el hueso no tiene cavidad medular: la substancia calcárea lo invade todo dejando sólo espacio para los vasos, nervios y células embrionarias que los rodean. En los huesos cortos, en las epífisis de los largos y en los planos, estos espacios conservan cierta amplitud y como se comunican unos con otros, en su confluencia forman lagunas en que abundan los medulocelos, los mieloplaxos y las células grasas, constituyendo así, cavidades medulares angostas e irregulares, pero éstos, con las mismas propiedades que los que llenan la cavidad medular de los huesos largos. En los huesos largos, en los que

el trabajo de osificación lo invade todo, llega un momento en que aparecen en el centro células voluminosas y polinucleadas (osteoblastos de *Kollicker*) las cuales destruyen á su alrededor la substancia calcárea dejando lagunas irregulares (de *Hewship*) que poniéndose en comunicación unas con otras constituyen la cavidad medular, con su retículo óseo, resto de la osificación anterior. Parece natural pensar que, mientras la llegada de jugos nutricios es desahogada y fácil y el proceso de osificación está en actividad, la vida se mantiene por igual en todo el hueso, conservando el tejido óseo cierta uniformidad en toda su extensión con vasos, médula y substancia calcárea bien distribuidos; pero así, que por las necesidades del hueso, las substancias calcáreas se depositan en mayor cantidad ahogando los osteoblastos y transformándose en tales, todo ó casi todos los que hay alrededor de los vasos, los conductos se estrechan, los espacios medulares se reducen y la actividad vital en el centro del hueso ha de quedar más comprometida. ¿Quién sabe si por esto mismo el poder de fijación de las sales calcáreas alrededor de las células óseas (osteoblastos) se aminora, éstas vuelven á adquirir actividad, proliferan y se multiplican sus núcleos, resultando de ello la reabsorción de las sales calcáreas y la formación de elementos varios (meludoceles, mieloplaxos y células grasas) todo lo cual constituye la cavidad medular y la substancia que la rellena?

En este caso habría que considerar á la médula no como un tejido bien organizado, sino como tejido anómalo é incompleto que con no ser tejido conjuntivo ni vivir como tal, poseyendo los elementos del tejido conjuntivo está siempre dispuesto como tal, con tal de que sus elementos sean transportados á otras zonas de vida más regular ó se abren brechas que permitan la llegada á ellos de más elementos nutritivos. Tal vez por la manera de ser y de vivir de estos elementos celulares resisten tan poco á los elementos infectivos y están siempre dispuestos á las transformaciones de los elementos embrionarios.

Indudablemente la médula es necesaria para la vida del hueso, pero la cavidad medular debe considerarse como consecuencia de la organización progresiva del hueso.

Es, pues, el tejido óseo, el mismo en todas partes con variantes obligadas por el uso ó necesarias para éste, compacto aplanado, cilíndrico ó triangular algunas veces, esponjoso otras, con la substancia medular acumulada ó diseminada según el hueso ó parte del hueso, pero siempre formando parte integrante del mismo.

El hueso no puede ni debe considerarse aislado de los otros órganos, ni el periostio como estuche independiente: pues aunque el periostio establezca el destinde entre el hueso y los tejidos que le rodean, es positivo que por su capa profunda se confunde con el hueso y por su cara externa se confunde con los otros tejidos: sólo que la laxitud del tejido celular que le rodea le da cierto aspecto de independencia. El tejido celular se confunde con el periostio por su reticulum y sus vasos, como los ligamentos, tendones y aponeurosis se confunden con él por sus fibras; y así como el tejido celular se separa con facilidad, los ligamentos, tendones y aponeurosis no pueden desprenderse sino seccionándolos ó arrancándolos con fuerza, lo cual demuestra que el periostio no acaba en donde se insertan aponeurosis, tendones ó ligamentos sino que se confunden con ellos, ó más bien que las expansiones de unos y de otros son una especie de periostio más denso y que establezcan más solidaridad entre el hueso y los órganos inmediatos.

A pesar de la identidad de procedencia entre el hueso y los otros tejidos conjuntivos, de su similitud en nutrición y reproducción y de la relación de continuidad con los tejidos que le rodean, conserva aquél por misterio de la organización sus caracteres de vida, pues, sólo debajo de la capa fibrosa que lo envuelve ó entre sus prolongaciones, puede formarse hueso organizado como tal.

La osificación puede invadir ligamentos, tendones y músculos, pero hay que tener en cuenta que encima del hueso estos órganos se confunden con el periostio y que por lo tanto entre sus fibras, el periostio y el hueso hay relación directa y cierta continuidad que permite que la osificación saliéndose de sus límites los invada. El hecho de que, fuera del periostio se formen masas óseas, cuando aquél ha sufrido desgarro no autoriza á creer como decía *Cruveillier* y admitió *Gosselin* que pueden formar hueso todos los tejidos; podrá formarse el hueso con elementos tomados de los otros tejidos, pero no, si estos elementos pierden las relaciones con el hueso, el cartílago ó el periostio. La tan debatida cuestión de los tiempos de *Galen*, *Haller*, *Bordenave* y hasta de *Hunter* y *Bichat* de si el hueso se formaba á expensas del jugo óseo sin intervención del periostio, no se discute ya porque los trabajos de *Duhamel*, *Troya*, *Fourens*, *Ollier* y tantos otros han puesto fuera de duda el papel que el periostio toma en la formación y reconstitución del hueso. *Virchow*, *Ranvier* y *Cajal* nos enseñan la parte importante que el periostio toma en la formación del hueso, tanto que según los últimos, del periostio

proceden todo el trabajo de osificación y él aprontaría todos los elementos que van invadiendo y substituyendo el cartílago.

No obstante, los elementos medulares conservan propiedades de osificación que se manifiestan en cuanto se les estimula ó se abre una brecha en el hueso para que recobren su libertad.

Los experimentos de *Ollier* han demostrado hasta la evidencia que el periostio y la médula están siempre en disposición de formar hueso, sólo que esta aptitud se agota ó es más tardía y deficiente á medida que progresá la edad del individuo. Todos los tejidos inmediatos al hueso pueden contribuir á formar hueso, aportando materiales de nutrición y elementos celulares nuevos que se mezclan con los del periostio y de la médula, pero esto es cuando ha habido solución de continuidad que permite la mezcla de unos y otros, más no forman hueso nunca por fuera del periostio. Si bien *Ollier* ha conseguido formaciones óseas á distancia, ha sido trasplantando hueso ó periostio y en este caso han sido muy deficientes. En cambio arrancando el periostio y llevándolo á distancia sin desprenderlo del todo del hueso ha conseguido verdaderas formaciones óseas. Todo esto demuestra que para que se forme hueso es necesaria la influencia del hueso por el intermedio de las partes que le constituyen y que por lo tanto la aptitud de los elementos celulares para la osificación disminuirá la relación con la distancia que les separa de la médula, del hueso ó del periostio.

Todos los histólogos y patólogos están conformes en admitir que por efecto del estímulo aplicado á un hueso se despierta en éste un trabajo de reabsorción de las sales calcáreas (*osteitis rarefaciente de Gerdy*) merced al cual desaparecen muchas laminillas calcáreas, se ensanchan los conductos de *Hawers* y los canales medulares, aumentando las células embrionarias. Sea porque la proliferación celular consecutiva al estímulo provoca la disolución de estas sales y facilita su reabsorción; sea porque la mayor actividad circulatoria provocada por el estímulo favorece el arrastre de las sales; ó sea porque la perturbación nutritiva de *osteoblasto* hace que éste no pueda retenerlas á su alrededor, el hecho es, que la reabsorción existe en toda inflamación ósea y en toda cicatrización de las heridas de los huesos.

Mucho se ha discutido acerca de si la formación ósea había de pasar forzosamente por la fase cartilaginosa, pero hoy no hay motivo para tal discusión desde el momento que se admite la formación ósea, más á expensas del periostio y de la médula que del mismo hueso y del cartílago.

De consiguiente no precisa que en la reparación ósea se forme cartílago para llegar á la osificación. No obstante, hay tal mancomunidad entre el cartílago y el hueso, que así como aquél está dispuesto siempre á sufrir la transformación ósea, en el hueso pueden volver á formarse células cartilaginosas, tanto más cuanto que el nuevo tejido esté más relacionado con el hueso ó con la médula que son las partes del hueso que ya pasaron por la fase cartilaginosa, lo cual demuestra, que aún cuando las células cartilaginosas no sirvieron para formar los elementos celulares del hueso, queda en la trama de éste cierta influencia que hace que nuevas células conjuntivas, ya procedan de la médula, ya de los osteoblastos, puedan transformarse en células cartilaginosas.

Si analizamos la vida del hueso comparándola con la de los otros tejidos pronto echaremos de ver que no se diferencia de la de éstos sino por lo que la obliga su estructura. En el hueso se verifican cambios orgánicos de asimilación, desasimilación y transformaciones, que influyen en la vida general del organismo; sus elementos celulares, como los demás elementos orgánicos se forman, se nutren, se reproducen ó degeneran según su actividad vital y sus necesidades; sólo que, como órgano de resistencia que es, más que órgano de función, su actividad vital es escasa y sus modificaciones apenas perceptibles. Se puede decir que, en la vida normal del hueso, todo el cambio celular consiste en el desgaste medular, en la condensación de las paredes y en el engrosamiento de las mismas.

Es necesario que un agente extraño vaya á perturbar la vida del hueso para que vuelvan á entrar en actividad los elementos óseos. Los que quedan libres debajo del periostio, en los conductos de *Hawers* en los canales medulares y en la médula, sufren pronto la influencia del agente extraño y se presentan á la defensa hinchándose, proliferando y multiplicándose, porque hallan á mano jugos nutritivos suficientes y tienen espacio libre; pero los osteoblastos ó ya no tienen aptitud para proliferar y reproducirse ó no disponen de los materiales necesarios y mueren agobiados por los otros elementos.

Tanto por el traumatismo como por la infección hay elementos celulares destruidos que han de ser sustituidos por otros; muchos elementos estacionarios se hinchan, sus núcleos se dividen y forman células embrionarias. Las células embrionarias se aprestan á formar otras nuevas para sustituir á las muertas.

Todo esto, requiere una perturbación vascular y en las funciones de nutrición del tejido. Para proporcionar materiales de nutrición á

los elementos nuevos y arrastrar los destruidos y degenerados se requiere una hipoxemia (dilatación vascular y mayor actividad en la corriente) que se establece tanto más rápidamente cuanto más vascularizado sea el tejido y más se preste á la dilatación de las paredes vasculares.

En el tejido óseo este trabajo de reacción está en razón inversa de la densidad y de la edad del hueso, y así como el tejido esponjoso permite de pronto estos cambios, el tejido compacto requiere un trabajo de preparación, en el cual pierde densidad el hueso, por reabsorción de las sales calcáreas, quedando libres algunos osteoblastos y en disposición de proliferar para ayudar á los otros elementos conjuntivos en el trabajo de reparación. Si por el hecho del traumatismo, del agobio vascular de la reacción ó de la coagulación de la sangre en el trayecto de los vasos queda interrumpida la corriente sanguínea en un trecho óseo, como la circulación colateral no puede establecerse con facilidad ni con desahogo para suplir á la interrumpida, hay grupos de osteoblastos que mueren por falta de elementos nutritivos, no se verifica la reabsorción calcárea y se forman secuestros más ó menos grandes, que ó son disueltos después por la actividad de los cambios que se verifican en la periferie ó permanecen como tales hasta que son destruidos. Es la mejor prueba de que si el osteoblasto tiene poder para la fijación de las sales calcáreas lo tiene también para diluir las y de que continua una vida más ó menos activa mientras se verifica el trabajo de reabsorción, tomando parte en las modificaciones de la reparación ósea.

(Se continuará.)

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



RINITIS ATRÓFICA FÉTIDA

(Ocena verdadero)

TESIS DE DOCTORADO

POR

D. F. JAVIER PARÉS Y BARTRA

(CONTINUACIÓN)

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA PATOLÓGICAS

Trataré brevemente esta cuestión por cuanto ya quedó algo involucrada al hablar de la Etiología y Patogenia de esta enfermedad.

- Los rinólogos no andan muy acordes acerca la índole de las lesiones anatómicas que determinan la rinitis atrófica fétida, como también acerca la evolución de estas lesiones.

Unos pretenden que la atrofia de la mucosa va siempre precedida de un estado hipertrófico, y otros sostienen que desde el principio las lesiones son regresivas y que si en algún caso puede observarse un primer proceso activo, es en forma de coriza crónico, de catárrro purulento estrumoso ó de cualquier otra manifestación del escrofulismo que aparentemente puede simular la rinitis hipertrófica. Los que sustentan la primera opinión asimilan las lesiones anatomo-patológicas del ocena á un trabajo cirrótico, resultado de una proliferación conjuntiva anterior y citan en apoyo de su tesis casos prácticos, aunque en su descripción no están todos conformes. Schaeffer evalúa la duración del período hipertrófico en ocho ó diez años, al paso que Morell-Mackenzie asegura que pocos meses bastan para entrar de lleno en el período atrófico. Bayer dice haber observado rinitis hipertróficas en niños cuyos padres habían llegado al período atrófico con ocena. Gottstein asegura que no es raro encontrar en las mismas fosas nasales regiones hipertrofiadas al lado de otras atrofiadas.

Moldenhauer que participa de la segunda opinión, sostiene que la rinitis atrófica fétida es una verdadera entidad nosológica cuya atrofia es primitiva y sistematizada y que en modo alguno puede considerarse como lesión cirrótica secundaria. Fúndase en primer término en que

el ocena simple, en la forma que generalmente se observa, no tiene ni objetiva ni clínicamente ninguno de los caracteres que se asignan al catarro; no hay repleción sanguínea, ni tumefacción de los tejidos, ni aumento de la secreción: fundase también en que la atrofia de la faringe nasal, que es bastante frecuente, es siempre primitiva sin que á ningún autor se le haya ocurrido sostener lo contrario; y muy principalmente apoya su modo de ver en el hecho de que en las rinitis hipertróficas demostradas por la vista y por el estilete, á pesar de su gran frecuencia nadie ha observado que espontáneamente desaparezca la hiperplasia y vuelva la mucosa á su estado primitivo. ¿Cómo puede suponerse pues, dice, que retroceda hasta el punto de originar un estado atrófico? ¿Quién en presencia de un cornete inferior cuya mucosa transformada en masa grisácea y llenando por completo el meato inferior, esperará tranquilamente la curación espontánea por regresión? ¿Cómo siendo tan frecuente la rinitis atrófica fétida, todos los rinólogos no están conformes, por observación diaria y por seguir el curso de muchos casos, en la transformación de la rinitis hipertrófica en atrófica?

Martín sostiene también que el ocena verdadero no va nunca precedido de período hiperplásico y que en los casos de pretendida hipertrofia se ha confundido ésta con la tumefacción que puede sufrir la pituitaria por hallarse en contacto con substancias tan altamente irritantes como son las mucosidades concretas en un medio húmedo y caliente que favorece toda suerte de fermentaciones.

Uno de los elementos patogenéticos que más intervienen en el proceso que estudiamos es la perversión cuantitativa y cualitativa de las secreciones nasales. El moco de la pituitaria está formado en parte por la descamación glandular; es de aquellas secreciones en que la misma célula al caer forma parte del producto segregado. Esta descamación glandular va precedida de una transformación química de las células glandulares que ya es grasosa como en las secreciones sebáceas, ya es mucosa como en el caso que estudiamos. Además de esta secreción epitelial hay otra producida por las glándulas arracimadas. La cantidad que normalmente se produce de este líquido debe ser considerable, según se desprende de los estudios hechos por Aschenbrandt.

Franck que diferentes veces ha examinado el moco producido en el ocena, lo ha encontrado compuesto únicamente de corpúsculos de pus, de restos granulosos y de epitelio. Krause afirma que las células mucosas de nueva formación sufren la degeneración gra-

sosa antes de llegar á la superficie de la pituitaria, haciendo viciosa la secreción y predisponiéndola á rápida putrefacción. Observa que en la membrana así degenerada no se encuentran células normales y en su lugar hay corpúsculos grasos y moléculas de pigmento que sirven para constituir el mucus desecado que forma las costras adherentes. Mas tarde las materias grasas se hacen ácidas y producen el olor característico del ocena. Sin embargo Fränkel en tres casos con examen *post mortem* no ha podido comprobar la existencia de grasa.

Lo que parece fuera de duda es que la afección comienza por la mucosa, ya por catarro crónico de las glándulas que lesionan el tejido eréctil, ya por una degeneración grasa del epitelio de las glándulas arracimadas que termina en la atrofia y esclerosis de los elementos propios de la mucosa.

SINTOMATOLOGÍA

Pueden admitirse en la sintomatología de esta enfermedad dos períodos; uno inicial ó infantil, que pasa fácilmente desapercibido, y otro llamado período de estado, frecuente en los adolescentes en los cuales esté ya constituido el ocena.

El primero que podemos denominar *preocenoso*, se caracteriza por un derrame purulento abundante y espeso mezclado de pequeñas costras grisáceas, que exhala un olor nauseabundo y que mancha el pañuelo de un color verde-amarillento. Luego esta secreción se torna más espesa y forma costras amarillo-verdosas, las cuales están constituidas por láminas superpuestas que se acumulan en las fosas nasales y particularmente al nivel de los cornetes y meatus medios y que se amoldan á los relieves y cavidades de esta región para ser más tarde expulsadas ya por un esfuerzo sonándose, ya por la aspiración de agua de que hacen uso estos enfermos.

El aspecto exterior del enfermo basta muchas veces para sospechar su dolencia. En algunos casos se trata de individuos de ojos grandes, labios gruesos, mejillas hinchadas, piel fina y transparente y de fisionomía simpática. Otras veces se presentan con infartos ganglionares, sobre todo sub-maxilares, con escrofúlides y extensas cicatrices, con la nariz hundida en su nacimiento y cuyos orificios en vez de mirar directamente abajo se dirigen un poco hacia adelante, recordando esta forma de nariz la de las razas inferiores y la que presentan los recién nacidos. Sin embargo hay ocenosos con nariz perfectamente conformada.

El estado general en estos enfermos se resiente siempre, no sólo porque su etiología ya presupone un organismo depauperado por la diátesis escrofulosa que generalmente llevan en sí, sino también por la íntima relación que hay entre las fosas nasales y los importantes aparatos respiratorio y digestivo.

La mezcla continua de gases infectos con el aire que se inspira y viciado por su paso al través del tamiz emponzoñado de las fosas nasales, así como la deglución de una parte de estas masas pútridas que resbalando por la faringe y esófago van al estómago á producir importantes trastornos digestivos, pueden alterar la crasis sanguínea y debilitar aún más aquel organismo ya de si nada enviable.

El olfato disminuido desde el principio de la enfermedad está siempre alterado y con frecuencia absolutamente perdido en una de las fosas nasales, no conservándose íntegro en la opuesta. En ciertos casos á más de la amosmia, parosmia y de la cacosmia, los enfermos perciben olores de cuero quemado y de vela ó cirio.

Esta pérdida de olfato contribuye á que la mayor parte de los ojenosos ignoren el olor fétido que desprenden.

La disminución ó pérdida del olfato se acompaña de trastornos de la gustación, la cual queda en algunos casos reducida á las sensaciones fundamentales de dulce ó amargo, salado ó ácido.

Los enfermos se quejan á menudo de sensaciones penosas en la garganta, las cuales son debidas á las alteraciones de la mucosa faríngea, cuya mucosa presenta todos los caracteres propios de la faringitis crónica seca; el paciente hace movimientos de deglución para remediar los trastornos de secreción y para expulsar las mucosidades que vienen á pegarse en la parte superior de la faringe.

Abundan también los trastornos nerviosos secundarios, comocefalalgias, frontal ó occipital según los senos por donde se propague, neuralgias e ineptitud para los trabajos mentales.

Toda complicación inflamatoria llevada sobre las cavidades accesorias ó toda aglomeración de secreciones obstruyendo sus orificios, basta para ocasionar aquellos dolores de cabeza tan violentos de que se quejan algunos enfermos.

Si los ojenosos se dan cuenta del olor nauseabundo que despiden, se tornan tristes y con frecuencia vienen á parar en un estado tal de hipocondria que se apartan siempre de sus semejantes y buscan vivir aislados, creyendo ser objeto de disgusto y de desprecio por parte de todos aquellos que les rodean.

El síntoma capital que da nombre á esta enfermedad es el olor

fétido *sui generis* que exhalan los enfermos, el cual es reconocido fácilmente por los que lo han sentido alguna vez, y que se distingue del que acompaña á ciertas afecciones ulcerosas de las fosas nasales. Este olor es más ó menos intenso según las ocasiones en que se observe al paciente, pues lo es más por la mañana á causa de ser más abundantes las costras. Varía también según los individuos, siendo más fuerte en aquellos que no pueden desembarazarse de las secreciones acumuladas en sus fosas nasales, y es tanto más penetrante cuanto más antiguas sean las aglomeraciones.

Este olor es difusible, impregnando la atmósfera que les rodea, molestando por lo tanto á sus afines los cuales se ven obligados á sufrir directamente las consecuencias de la enfermedad. Se hace casi nulo en los que las cavidades de la nariz han sido convenientemente limpiadas.

Algunos autores afirman que en las niñas el ocena es más intenso y persistente durante el período catamenial, observándose en ellas que el olor casi nulo durante todo el mes, reaparece ordinariamente en el momento de la menstruación, á pesar de la continuación del tamiento.

Lo positivo es que en el período menstrual las secreciones sufren ciertas modificaciones en su composición; se tornan más espesas, más adherentes y á menudo de color más oscuro y por lo tanto más fétidas; pues se ha observado que cuanto más clara es la secreción menos mal olor desprende. Juraz dice que se trata de verdaderos casos de ocena periódicos.

Este autor ha llamado la atención sobre la disminución notable de secreciones durante el embarazo, reapareciendo generalmente después del alumbramiento.

Es de advertir que si bien es verdad que la acumulación y la estancación de las secreciones nasales ocasiona el ocena, en cambio este síntoma no siempre está en relación con la cantidad de productos segregados, y así pueden observarse individuos que desprenden un olor fétido extremadamente fuerte con una cantidad relativamente pequeña de aglomeraciones costrosas y reciprocamente una acumulación considerable esparciendo poco olor.

La naturaleza y el aspecto de las secreciones varía según las épocas y según el período de la enfermedad; en los casos recientes el moco-pus ó el pus es expulsado en forma de moco espeso amarillo-verdoso que mancha el pañuelo de un color amarillo con orlas verdes.

En algunos casos, los más graves por cierto, en pleno período de actividad el exudado se halla formado por una aglomeración de mucosidades aglutinadas formando verdaderos tapones de color verdoso obscuro en su superficie cuyo volumen varía según los períodos de la enfermedad y según el tiempo que residan en las fosas nasales de bordes irregulares y de consistencia dura y costrosa en su cara libre. Estos enfermos al sonarse expulsan algunas costras y esto les hace creer que sus fosas nasales han quedado ya libres de secreciones, mas al cabo de unos días vuelven á sentir la necesidad de expulsar el obstáculo que vuelve á crecer gradualmente y concluye por reducir las cavidades de la nariz.

Si se observa un enfermo después que ha expulsado esta especie de tapones, se nota que ha desaparecido el olor fétido característico del oceña, de cuyo olor procura él mismo desembarazarse por medio de aspiraciones de agua tibia por la mañana, ya haciendo violentos esfuerzos para sonarse. Sin embargo en algunos casos á pesar de estos cuidados el mal olor no desaparece.

Algunos autores señalan como hecho importante la presencia de epistaxis después de la expulsión brusca de los tapones mucosos contenidos en la nariz de los ocenópatas; sin embargo estas hemorragias son generalmente tan insignificantes que no tienen importancia alguna en el curso de esta enfermedad.

EXAMEN RINOSCÓPICO.—Varia según el período de la enfermedad en que examinemos al enfermo.

Trataré primero del *examen rinoscópico anterior*.

En éste lo que primero nos llama la atención es la gran capacidad de las fosas nasales y también su alargamiento, de tal manera que con una simple ojeada podemos examinar la parte superior del velo del paladar, la pared posterior de la faringe, las paredes externa e interna, el orificio de la trompa de Eustaquio, y si obligamos al enfermo á practicar un movimiento de deglución observaremos las contracciones de los músculos faringeos y de los peristafilinos.

El meato inferior y el medio, á consecuencia de la atrofia del cornete inferior forman un sólo canal ó mejor dicho una vasta cloaca en la cual se acumulan las costras que se adhieren á la mucosa subyacente. En otros casos las secreciones desecadas no recubren más que la parte superior de los cornetes medios. Estos y los inferiores están atrofiados y su volumen es tan pequeño que parecen estar separados de la pared externa de la nariz, pudiendo en estos casos observarse por debajo del cornete inferior y hacia adelante, la

curva formada por la cresta de la apófisis unciforme, cresta que limita el *infundibulum* por su base, y hacia afuera de aquel se encuentra el orificio del seno maxilar, observándose también á veces los orificios de las células etmoidales anteriores; en el fondo se descubre una parte del cuerpo del esfenoides, las aberturas de los senos esfenoidales y el contorno de los orificios posteriores de las fosas nasales y en los lados y hacia afuera la abertura faringea de las trompas de Eustaquio.

La mucosa de las fosas nasales así como el esqueleto óseo han sufrido un trabajo de regresión y el gran número de vasos venosos que anastomosándose forman una red cavernosa, dan considerable espesor á la mucosa, desapareciendo gran parte del tejido conjuntivo fundamental y con él gran número de vasos y glándulas, la mucosa se retrae y se convierte en una membrana delgada, en tan íntima relación coñ el hueso que ni el estilete logra deprimirla. Por causa de este trastorno de nutrición el hueso participa también de este trabajo regresivo y se adelgaza considerablemente, sobre todo el cornete inferior que á veces desaparece del todo, dejando como única señal un repliegue de la mucosa.

Toda la pituitaria tiene un aspecto desigual como arrugada, de un color rojo bastante vivo, principalmente al nivel del cornete medio, otras veces tiene un color grisáceo pálido. La que reviste el tabique, aunque también desigual y apergaminada, tiene sin embargo, un color más rojo. El tabique mismo parece adelgazado y como disminuido de espesor, sólo la cavidad naso-faringea es más espaciosa.

Este cuadro se pone de manifiesto después de haber limpiado bien la mucosa, ya sea por medio de irrigaciones, ya con el porta-algodón. Pero en la visita particular los enfermos se presentan con la mucosa cubierta ya por masas purulentas compactas, ya por costas verdosas ó negruzcas, viscosas y muy adherentes, ya por mucosidades verde-amarillentas, sucias y espesas que forman sobre el cornete medio y al nivel del cuerpo del esfenoides verdaderos tapones adherentes, ó bien aparece toda la mucosa cubierta de una delgada capa de secreciones desecadas, las cuales exhalan un olor extremadamente fétido y penetrante.

Al desaparecer estas secreciones, para lo cual hay que hacer uso del estilete en los casos en que la irrigación no sea suficiente, aparece la mucosa de Schneider roja, adelgazada, como aterciopelada, finamente granulosa, que se amolda perfectamente á los relieves y cavidades de los huesos por ella tapizados y que sangra con facilidad.

Una vez limpiada minuciosamente la pituitaria de un oceñópata, si prolongamos el examen rinoscópico, podemos hacernos cargo de cómo se verifica esta secreción, con lo cual se pone á prueba lo infundado que es la hipótesis de Michel acerca el punto de origen de estas secreciones. De momento se ven salir á la superficie de la mucosa algunos puntos grises como pequeñas gotas de pus, los cuales van haciéndose cada vez más numerosos hasta que no tardan en confundirse y formar una capa continua ó localizada en ciertos sitios, recubriendo al cabo de algunas horas una superficie bastante extensa de mucosa y formando luego costras ó tapones ó bien masas redondeadas ó ovaladas constituidas por capas estratificadas que se forman lentamente y se expulsan cada ocho ó diez días y que acumulándose algunas veces en la región naso-faringea son enviadas al exterior por la boca.

En cuanto al *examen rinoscópico posterior* podemos decir que nos revela muy á menudo la existencia de secreciones y costras acumuladas y desecadas hacia atrás de la inserción posterior del vomer, poniéndonos también de manifiesto la atrofia de la porción de mucosa que tapiza la región naso-faringea.

FORMAS CLÍNICAS DEL OCENA.—Al lado de la forma que acabamos de describir y que llamaremos típica, podemos añadir otras varias que denominaremos con Moure, intermedias.

En unos casos la lesión se localiza principalmente en una fosa nasal, la cual presenta todos los caracteres expuestos anteriormente, mientras que la fosa opuesta sin ser absolutamente normal está tan sólo recubierta de una secreción moco-purulenta, cuya porción de mucosa es más bien roja y tumefacta que arrugada, granulosa y atrofiada.

En otros casos las dos cavidades parecen sanas en sus dos tercios anteriores, mientras que en su tercio posterior y en la región naso-faringea se encuentran señales inequívocas de rinitis atrófica fétida.

En ciertos enfermos la mucosa nasal y la naso-faringea, parece más bien tumefacta y roja que atrófica y pálida: los cornetes conservan su aspecto normal, solamente las regiones naso-faringea y la faringea propiamente dicha se hallan secas y cubiertas de secreciones desecadas.

En las cavidades nasales la secreción no tiene el aspecto costoso ordinario, es más bien espesa, viscosa y de color amarillo-verdosos, la cual según la posición que escoja el enfermo se corre hacia ade-

lante por la parte anterior de la nariz ó bien hacia atrás por la región naso-faringea, en cuyo sitio se descompone.

Tissier cree que esta forma de ocena, coincide frecuentemente con las vegetaciones adenoideas de la mucosa naso-faringea. Moure no lo cree así, y dice que estas vegetaciones sin ser excepcionales son relativamente raras.

CURSO DE ESTA ENFERMEDAD.—Es lento y de larga duración, llegando un momento en que la atrofia de la mucosa es tal, que llegan á desaparecer casi todas las glándulas, por lo cual la secreción es escasa y poco espesa; parece como que en un cierto período de la afección la mucosa no pueda producir más elementos necesarios á la putrefacción.

COMPLICACIONES

Como se comprende las alteraciones de la mucosa pituitaria invaden á menudo las mucosas vecinas ocasionando trastornos á distancia. Una de las más atacadas es la faringe bucal, en la cual la atrofia se manifiesta de la misma manera que en la pituitaria, la amigdala faringea queda reducida al mínimo, desaparecen casi todos los elementos foliculares, las fositas de Rosenmüller se convierten en verdaderas cavidades, los labios posteriores de las trompas se hacen más salientes y los pabellones quedan enormemente dilatados. Las costras adherentes á la faringe bucal, son expulsadas por la boca después de repetidos esfuerzos que producen náuseas y á veces vómitos, no siendo extraño que á consecuencia de la ingestión de estas masas putrefactas sobrevengan trastornos gástricos é intestinales. En estos casos existe no solamente una atrofia de las glándulas de la mucosa, si que también una atrofia de la capa muscular subyacente que se contrae entonces con dificultad, ocasionando á veces un verdadero estorbo para la deglución de los líquidos y principalmente de la saliva. Esta lesión se fija principalmente en la parte superior de la faringe, siendo su porción inferior más raramente atacada. Es común ver también el velo del paladar adelgazado, como atrofiado, pero generalmente la lesión no ocupa más que la cara nasal de dicho velo dejando intacta su porción bucal. La campanilla es casi siempre delgada, un poco alargada y se une con mucha facilidad á la pared posterior de la faringe.

Se propaga también la rinitis atrófica fétida á la mucosa laringea, pudiendo observarse costras en las cuerdas vocales, en la región glótica y en la subglótica impidiendo á veces la aproximación de las

cuerdas vocales y produciendo los consiguientes trastornos fonéticos. En la laringe y en la traquea, los síntomas atróficos son menos marcados que en las cavidades nasales. En otros casos las secreciones se derraman durante la noche en el vestíbulo de la laringe y ocasionan por la mañana al despertar, una especie de estorbo que va seguido de esfuerzos de tos, tras de los cuales el enfermo expulsa algunas mucosidades viscosas, muy difíciles de separar, y costrosas en formas ya más avanzadas. Estas costras se colocan muy á menudo no solamente en el borde de las cuerdas vocales, si que también debajo de estas últimas y en la misma traquea constituyendo entonces la afección designada con el nombre de ocena laringo-traqueal.

Las secreciones observadas en estas partes de las vías respiratorias no solamente resultan de un derrame nasal verificado durante la noche, sino también del de la mucosa naso-faringea en la laringe y traquea. La mayoría de ellos se forman en el suelo de las fosas nasales, y es facil que se trate en estos casos de una propagación de la afección nasal á la mucosa laringo-traqueal.

Como se comprende, en estas formas complicadas la voz es grave, obscura y ronca, sobre todo por la mañana al despertar. Con más frecuencia la afonía es intermitente y cesa generalmente una vez que el enfermo ha desembarazado su laringe de las secreciones espesas que le estorban. Cuando éstas son más abundantes y secas, pueden sobrevenir accesos de disnea.

Al examinar directamente con el laringoscopio el órgano vocal, se observa desde luego la epiglotis recubierta de mucus espeso.

Sobre las caras ventriculares, cuerdas vocales, ventrículos de Morgagni y sobre la mucosa traqueal misma se perciben secreciones grisáceas y más frecuentemente amarillo-verdosas, dispuestas en forma de islotes ó láminas que á veces van de una cuerda vocal á la otra, hechas como un puente al nivel del orificio glótico anterior. Si con un pincel ó porta-algodón guarnecido se limpia la laringe de las secreciones que contiene, la mucosa aparece roja, irregular y granulosa en su superficie. La región inter-aritenoidea se halla hinchada, de aspecto papilar con masas coniformes salientes entre las cuerdas vocales, viniendo á constituir aquel estado que los alemanes llaman *placidérmico*.

No es raro observar también verdaderas paresias musculares laringeas.

Algunos oftalmólogos afirman que también se complica el órgano de la vista, pudiendo presentarse obstrucciones del conducto la-

grimal, conjuntivitis crónica, queratitis ulcerosa ó catarral, iritis, neuritis óptica, blefaritis y otras varias.

Empiezan todas ellas con un simple lagrimeo y terminan en estas importantes alteraciones que acabamos de enumerar.

Al contrario los hay, y entre ellos citaré á Berger y Chibret, que sostienen que los trastornos oculares son raros en el ocena, y niegan que esta afección ejerza influencia alguna en la curación de las lesiones oculares.

Por mi parte creo que todo depende de la naturaleza del coriza y principalmente del sitio de la alteración pituitaria, pues si la lesión está situada muy por detrás del orificio del canal nasal, poca influencia tendrá sobre el órgano de la vista, y al contrario cuanto más cerca esté de dicho canal, más probabilidades habrá de que la lesión se corra á través de él.

El oido se resiente con más frecuencia de esta enfermedad, desarrollándose en algunos casos una otitis esclerosa, rebelde á todo tratamiento, ó bien, aunque más raras veces, una otitis supurada, en cuyo caso debe suponerse que se ha transportado algún coccus de la supuración común.

Para Zaufal estas complicaciones son numerosas. Michel sostiene que son escasas. Moldenhauer dice que la sordera y los zumbidos son bastante frecuentes en el ocena. Tissier afirma que en la juventud raramente se encuentran trastornos de los que acostumbran á quejarse espontáneamente los enfermos, salvo en los que se trata de otitis supurada. A veces hay disminución de la agudeza auditiva, ordinariamente unilateral.

Wyss cree que la mucosa de la trompa de Eustaquio ó la de la caja son á menudo atacadas en esta afección, y dice que si estas complicaciones han sido por largo tiempo consideradas como raras, es debido á que los rinólogos antiguos no se habían fijado mucho con ellas.

Los catarros crónicos de forma subaguda ó seca son los más frecuentes, mientras que la otorrea es relativamente rara. Se comprende, pues, que según la forma clínica del proceso y según el lugar en que resida, el oido corre más ó menos peligro de ser atacado.

En los enfermos en que la atrofia ha llegado á un grado extremo, la lesión ya nada respeta, invade la faringe bucal y más á menudo el conducto laringo-traqueal.

Hay casos en que la parte superior del conducto aéreo es respetado, pero en cambio la afección extendiéndose por la faringe ataca

al esófago y al estómago mismo. La deglución frecuente de secreciones nasales puede ser causa de catarros gástricos; siendo este hecho menos común en las supuraciones de las cavidades accesorias de la nariz, según parecer de Tissier. Demme hace notar también la coincidencia frecuente de existir la dispepsia flatulenta en el ocena; y Tissier dice que no basta establecer la coexistencia frecuente de estas dos lesiones para tener el derecho de afirmar una relación de causa á efecto entre ellas. Los síntomas gástricos que estos presentan son los de la dispepsia flatulenta; irregularidad del apetito, digestión lenta aunque no dolorosa con desarrollo de gases desagradables al olfato, timpanismo, vómitos, congestión cefálica, sed en las comidas, evacuaciones escasas con irrupciones diarreicas de olor infecto. El tratamiento del ocena mejora más rápidamente los trastornos dispépticos.

La tuberculosis es también frecuente en estos enfermos. ¿Se ha de atribuir este hecho á que la entrada del aire y por consiguiente de los microbios que contiene, se hace más fácilmente por las fosas nasales considerablemente alargadas? Al contrario, se debe admitir que la ausencia de secreciones impide de una parte, que la nariz llene su misión de tamiz, y por otra hace suponer que la ausencia de mucus microbicida pone á estos enfermos en mejores condiciones para el cultivo del bacilo, y de esta suerte infectarse con más facilidad.

Cada una de estas hipótesis parece seductora, pero seguramente la verdad reside en el conjunto de ellas.

Las supuraciones de los senos, hasta estos últimos años, habían sido consideradas como bastante raras en el curso del ocena; pero hoy día los autores han modificado su opinión, pues los adelantos de la ciencia han permitido precisar mejor el sitio de las lesiones, como ya he tenido ocasión de demostrar en los capítulos anteriores.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la rinitis atrófica fétida es uno de los más fáciles, lo cual me permitirá ser breve en este capítulo.

El olor nauseabundo que exhalan los ocenosos y la expulsión de costras oscuras ó amarillo-verdosas, bastan para hacer presumir la naturaleza de la lesión nasal que el examen rinoscópico nos permite conocer exactamente.

Al comparecer estos enfermos en los consultorios médicos acom-

pañados de su familia, ésta manifiesta que el único motivo de la visita es el hedor que exhala la nariz del paciente.

Este olor es característico, ya lo hemos dicho al estudiar la sinmatología, el que lo ha percibido una sola vez no lo olvida ni lo confunde con otros semejantes. Se hace insoportable para los que rodean al enfermo, el cual, por último, ya sea efecto de la anestesia total ó parcial de su mucosa nasal ó de sus nervios olfatorios, no se da cuenta de él.

Los franceses dan al ocena el nombre de *punaisie*, palabra derivada de *punaise* que significa chinche, cuyo insecto tanto por su olor como por las condiciones de suciedad que requiere su desarrollo, expresa simbólicamente lo repugnante y penetrante del olor del ocena.

Al acercarse el médico para examinar las fosas nasales del enfermo percibe aquel olor *sui generis*, que basta para sentar el diagnóstico.

Si bien es verdad que las manifestaciones terciarias de la sífilis dan lugar á olor nauseabundo, sin embargo la fetidez no es la misma, á más de que en la sífilis hay varios focos de ulceración, lo cual no sucede en el ocena.

Lo mismo podemos decir respecto á la tuberculosis, tanto aguda como crónica.

Cuando la atrofia no es muy marcada y el enfermo se suena á menudo, se podría pensar en una lesión de los senos frontales, etmoidales ó esfenoidales, pero en estos casos la secreción es generalmente líquida ó simplemente granulosa.

El olor soso y desabrido exhalado á veces por los enfermos con rinitis hipertrófica, el de los que han sufrido la extirpación de pólipos, el de los atacados de *lupus exedens* y el de los cancerosos de la pituitaria son bien distintos del que despide el ocenoso para que podamos confundirlo con él.

El olor de la necrosis de los huesos nasales puede distinguirse del que desprende el ocenoso mediante un previo lavado y la expulsión de todas las costras.

Si es rinitis atrófica fétida, el olor desaparece completamente y tardará algunas horas en ser de nuevo percibido; si es necrosis, el olor aunque disminuya, no desaparece nunca completamente.

Importa tener presente que cuando en el curso del ocena verdadero el enfermo á pesar del tratamiento continúa sonándose pus, cabe pensar en la posibilidad de la existencia de un empiema; bus-

cando entonces al lado de las cavidades accesorias el origen de esta secreción.

El examen directo de las fosas nasales por medio de la rinoscopia anterior y posterior hace que toda confusión sea imposible. El cuadro antes expuesto aparece entonces con toda claridad, favorecido además por la índole misma de la dolencia que tiende siempre á ensanchar el cuadro de observación.

La presencia de úlceras, tumefacciones ó granulaciones, eliminará la posibilidad de que se trate de ocena, á pesar del olor fétido que pueda desprenderse de estos enfermos.

La interrogatoria y el curso de la enfermedad favorecen también el diagnóstico.

PRONÓSTICO

¿Es curable esta enfermedad? En primer lugar dejemos sentado que la rinitis atrófica fétida de por sí, y en esto están conformes todos los autores, no entraña en general peligro alguno para la vida del paciente. Hemos dicho en general, pues hay casos en que abandonada la enfermedad á sus propios impulsos, la diátesis causal sigue su evolución, y condenado el enfermo á arrastrar una vida miserable, efecto del aislamiento en que se encuentra, es muy posible que la hipocondría y la falta de vida social por un lado y los progresos de la enfermedad por otro, puedan llevarle á un estado tal de depauperación, que sea muy fácil que en él se inicie ó bien una mortal pneumofimia ó una alteración general de su sistema nervioso que bien pudiera ser una incurable neurastenia.

Respecto á la posibilidad de la curación de esta enfermedad, los pareceres de los autores son muy diversos, siendo difícil que pueda por ahora resumirse la cuestión bajo un punto concreto. En lo que que convienen todos es en la posibilidad de hacer desaparecer el mal olor que exhalan los enfermos; lo cual se logra haciendo desprender de las fosas nasales las costras, por procedimientos que describiré luego al ocuparme del tratamiento de esta enfermedad.

Moldenhauer y Morell-Mackenzie afirman que el ocena es incurable; para sostener lo cual se fundan en que no es posible que las condiciones anatómicas de las fosas nasales puedan cambiarse y en la no existencia de medio alguno capaz para detener la atrofia progresiva de la mucosa. Sin embargo ambos autores son de los que creen que el ocena se manifiesta principalmente en la pubertad, época

en la cual alcanza todo su apogeo, que persiste en la edad adulta y que disminuye y desaparece completamente en edad más avanzada. Ahora bien, como los progresos de la edad no modifican alguna de las condiciones que admiten para creer en la incurabilidad de la afección, resulta que dichos autores creen en la curación espontánea ó natural de la enfermedad, pero no en la eficacia de un plan terapéutico capaz de conseguir el mismo resultado.

Muchos prácticos imbuidos por estas ideas desilusionan de buenas á primeras á los enfermos exponiéndoles un cuadro nada halagüeño de los medios terapéuticos empleados en esta rinopatía.

El pronóstico también varía según las formas de esta dolencia y según que la atrofia esté más ó menos pronunciada. Debe ser esto considerado bajo el doble punto de vista de los síntomas y de las lesiones que le dan carácter.

Braun, Laker, Demme, Moure y Garnault creen, y esta es también mi opinión, que el ocena es curable en muchos casos principalmente en individuos jóvenes, pero debiendo sujetarse durante largo tiempo á un tratamiento adecuado y continuo; lo cual es bastante difícil dada la poca fuerza de voluntad que tienen la mayor parte de enfermos para amoldarse á un tratamiento que además de ser de larga duración es bastante molesto. Pero si el médico animando al enfermo logra captarse su confianza y este por su parte sigue al pie de la letra todas las prescripciones facultativas, es muy fácil que logre ó bien una curación radical ó un alivio tan notable, que á no ser por las prácticas terapéuticas á que le obliga su dolencia, quedaría ésta olvidada.

Pero lo que de un modo especial ha hecho mejorar el cuadro pronóstico ha sido el masaje vibratorio y la electrolisis. Los trabajos de autores tan notables como Felice, Garnault, Demme y otros, son lo suficientemente concluyentes para que pueda asegurarse que el ocena se cura con bastante frecuencia tratándolo por los diversos medios terapéuticos modernos.

TRATAMIENTO

La variedad de medios terapéuticos que se recomiendan, demuestra cuan rebelde es esta afección nasal.

Lo que si resulta más factible es hacer desaparecer el síntoma ocena, lo cual se consigue fácilmente por medio de la *limpieza nasal, desinfección nasal y de los tapones de Gottstein y de Woakes.*

I. **Limpieza nasal.**—Con varios medios se obtiene; los princi-

pales son los baños, aspiraciones, inyecciones, pulverizaciones y duchas ó irrigaciones. Las modificaciones varían en cada caso y á menudo es conveniente usar varios de estos medios combinados. Hay que tener en cuenta que la mucosa nasal no tolera inocuamente el agua pura; es mucho más ventajoso usar aguas alcalinas naturales ó artificiales, que además de no producir flegmasias catarrales y disminución ó desaparición del olfato, tienen la gran ventaja de ser más disolventes y de modificar las capas superficiales de la pituitaria. Por los mismos motivos es de toda necesidad usar soluciones tibias cuya temperatura no baje de 25° á 30°. Las soluciones preferibles son las de cloruro, borato, ó bicarbonato sódicos, en la proporción de cuatro gramos de substancia por medio litro de agua hervida.

Baño nasal.—Su partidario más entusiasta es Loewenberg. Consiste en inyectar poco á poco agua en un orificio nasal hasta que salga por el otro, estando el enfermo con la cabeza inclinada hacia atrás, de manera que los orificios nasales anteriores ocupen la parte superior de la cavidad naso-faríngea. Sabido es que cuando el agua entra en una fosa nasal con cierta presión, el velo del paladar se contrae y forma un solo plano con el paladar óseo, cerrando la comunicación con la cavidad posterior de la boca; si por cualquier accidente esto no se verifica, se puede conseguir procurando que el enfermo respire ampliamente por la boca. Cuando el agua sale por el orificio nasal opuesto se puede tener plena convicción de que el agua baña las fosas nasales y la cavidad retro-nasal. Su efecto inmediato es reblanecer las costras y facilitar su expulsión: pero como por una parte su aplicación es más molesta que otros medios energéticos de los que se emplean, y por otra parte no puede sostenerse durante mucho tiempo, únicamente tiene aplicación en ciertos casos especiales en que si se empleara la irrigación, habría probabilidades de que el líquido enfilara por las trompas, ó en individuos que por determinadas condiciones no es aplicable la ducha de Weber.

Aspiraciones de líquido por la nariz.—Viene á ser un baño incompleto. Solamente se emplea en los casos en que es de todo punto imposible usar otro medio de limpieza, ó en los que la enfermedad está circunscrita en la parte anterior de las fosas nasales, caso sumamente raro.

Inyecciones.—Cuando las costras son numerosas y muy adherentes, para cuyo desprendimiento no basta la ducha de Weber, entonces se emplean las inyecciones, las cuales se verifican con pera de goma, con jeringa de resorte ó bien con jeringa de hidrocele.

Tienen sin embargo el grave inconveniente de no poder graduarse la presión.

Pulverizaciones.—Tienen la gran ventaja de disundir el medicamento á todas las regiones de las fosas nasales y de ser su empleo fácil y cómodo, sin exponer al enfermo á peligro alguno. En los casos benignos y en los niños es un medio sumamente útil. Tienen, no obstante, la desventaja de que si se usan los pulverizadores ordinarios, la pulverización no tiene á veces bastante fuerza, requiriéndose el uso de pulverizadores de gran presión; pero por desgracia, el elevado precio que tienen no les pone al alcance de todos los especialistas y mucho menos de la inmensa mayoría de enfermos.

Moure recomienda la siguiente fórmula:

Timol ó eucaliptol. 5 centigramos.

Mentol. 5 gramos.

Aceite de vaselina. 120 "

Cada pulverización debe ser de más corta duración y dirigida á todos los senos de las fosas nasales.

Dan, á veces, buenos resultados las pulverizaciones cáusticas hechas con nitrato de plata ó cloruro de zinc y empleadas á dosis cada vez más concentradas. He aquí el modo de proceder: Despues de haber limpiado las cavidades nasales por medio de inyecciones y del porta-algodán, se coloca el especulum en uno de los orificios nasales, alumbrando la parte como para la rinoscopia ordinaria. Se toma el pulverizador nasal cargado de líquido cáustico y se dirige un chorro hacia la parte superior de la cavidad y luego otro más horizontal hacia la región esfenoidal y faringe nasal. En general bastan dos pulverizaciones para alcanzar todas las partes de la pituitaria accesibles á este modo de tratamiento. Estas soluciones deben ser cada vez más concentradas, llegando hasta la proporción del 1 por 5, cuyo número de pulverizaciones va disminuyendo progresivamente. En el intermedio del tratamiento el enfermo se limitará á hacer por la mañana al levantarse, una irrigación de agua salada tibia.

El cloruro de zinc requiere ser manipulado con más precaución y á dosis menos elevadas, partiendo de la solución del 1 por 100 y no pasando del 1 por 10. Las inyecciones se hacen en estos casos con bicarbonato ó borato sódico.

Sin creer que este tratamiento sea un remedio infalible, sin embargo puede recomendarse en vista de los buenos resultados que ha dado en algunos enfermos.

Duchas ó irrigaciones.—La irrigación ó ducha de Weber, practicada principalmente con el sifón, es el procedimiento más usado, útil y más cómodo, pues los inconvenientes y peligros que se le han atribuido sólo existen cuando se usa sin método y prescindiendo de las reglas precisas que su aplicación requiere.

Ya he manifestado antes que tan pronto como un líquido á cierta presión, penetrando por un orificio nasal llega al velo del paladar, éste se contrae y forma con la bóveda palatina un mismo plano, quedando por consiguiente obturada la comunicación con la cámara posterior de la boca. El líquido corre pues por el canal inferior, y el velo del paladar contraído es quien forma un plano para que pase de una á otra fosa nasal; no toca por consiguiente, ni la parte posterior de la faringe nasal, ni las cavidades nasales superiores. El líquido no debe tener mucha presión, pues de tenerla excesiva vencería la resistencia del velo del paladar y caería en la boca, y lo que sería peor, podría ensilar por la abertura de las trompas y llegar al oído medio. Basta casi siempre que caiga de una altura de sesenta centímetros á un metro, no debiendo pasar nunca de metro y medio. Deberá tenerse siempre en cuenta la conveniencia de introducir la cánula en la fosa nasal más estrecha, evitándose de este modo que el líquido penetre en la caja del tímpano por no tener desagüe suficiente: sin embargo si se tiene cuidado de usar líquidos é instrumentos asépticos, disminuyen grandemente los peligros de inflamación otítica.

(Se concluirá).



JARABE DE HIPOFOSFITOS DE CLIMENT

En los Hospitales,
en las casas de cura-
ción, en las grandes
ciudades como en los
pueblos, este prepara-
do es el primero y más
valioso recurso del
médico para combatir
con éxito las afeccio-
nes en que está indi-
cado.



Tónico excelente.
Inmejorable ferrugi-
noso. Estimula el APE-
TITO. Vigoriza el SIS-
TEMA NERVIOSO. Nor-
maliza las FUNCIONES
DIGESTIVAS. Regenera
todo el ORGANISMO. In-
sustituible en las
afecciones NERVIOSAS
y MENTALES.

Rechácese todo frasco que no lleve esta marca REGISTRADA

Irreemplazable en casos de **INAPETENCIA**
TUBERCULOSIS
ANEMIA
DEBILIDAD GENERAL

Recomendado por los médicos más eminentes.

Para distinguir el legítimo **Jarabe de Hipofosfitos de J. Climent**, de
otro similar que lleva el mismo nombre, bastará fijarse en la marca circular que represen-
ta una señora sentada, en actitud de dar una cucharada de este preparado á una criatura
que tiene en sus rodillas; marca registrada en el Ministerio de Fomento y en el Registro
Mercantil de la provincia, conforme á lo prescrito por la Ley.

DISCURSO LEÍDO

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE BARCELONA

en el acto de la recepción del académico electo

Dr. P. Mariano Batllés y Bertrán de Lis

DISCURSO DE CONTESTACION

DEL

Dr. D. Miguel A. Fargas y Roca

ACADEMICO NUMERARIO

AGENDA MÉDICO-QUIRÚRGICA

DE BOLSILLO

Ó

MEMORÁNDUM TERAPÉUTICO, FORMULARIO MODERNO Y DIARIO DE VISITA PARA 1902

Y USO DE LOS MÉDICOS, CIRUJANOS Y FARMACÉUTICOS

BAJO LA DIRECCIÓN FACULTATIVA

DEL Dr. D. GUSTAVO REBOLES Y CAMPOS

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

MEDICAMENTOS

Una nomenclatura de medicamentos nuevos

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

OBRAS PÚBLICADAS

POR EL

Dr. VIÑETA BELLASERRA

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

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

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

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

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

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

Los Epiteliomas cutáneos.—Año 1899. Barcelona.

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

DOMICILIO DEL AUTOR:

CALLE CÓRTES, 258, 2.^o BARCELONA

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

PUBLICACIONES RECIBIDAS

PERIODICOS

Barcelona.

La Independencia Médica, Julio, 1, 11 y 21, núms. 19, 20 y 21.
Gaceta Médica Catalana, Julio, 15 y 30, números 591 y 592.
El Restaurador Farmacéutico, Julio, 15 y 30, num. 13 y 14.
Archivos Latíos de Rinol. Laring. Otolog., Julio y Agosto.
La Práctica de Farmacia, Julio, 15, número 47.
La Medicina de los Niños, Julio, núm. 31.
El Criterio Católico en las Ciencias Médicas.
Archivos de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, Julio, 25, núm. 14.
Arquitectura y Construcción, Julio, número 120.

Madrid.

Revista de Medicina y Cirugía práctica, Julio, 7, 14, 21 y 28, núms. 745, 746, 747 y 748.
La Unión de los Médicos titulares de España, Julio, 1, núm. 53.
La Farmacia Española, Julio, 3, 17, 24 y 31, núms. 27, 28, 29, 30 y 31.
El Jurado Médico Farmacéutico, Julio, 7, 14, 21 y 28, núms. 25, 26, 27 y 28.
Boletín del Ayuntamiento, Julio, 6, 13, 20 y 27, núms. 289, 290, 291 y 292.
Revista mensual de Medicina, Cirugía, Farmacia y Veterinaria, Julio, núm. 7.
Boletín de Laringología, Otorrínología y Rinología, Julio y Agosto, núm. 10.
La Medicina Militar Española, Julio, 23, núm. 155.
El Noticiero Universal, núm. 83.
Revista de Stihiografía y Dermatología, Julio, núm. 43.
Revista Médico-hidrológico Española, Julio, núm. 4.
Boletín de la Sociedad protectora de los niños, Julio, núm. 256.
Revista de Medicina Contemporánea, Julio, núm. 329.

Bilbao.

Gaceta Médica del Norte, Julio, núm. 91.

Castellón.

Boletín de los Colegios de Médicos y de Farmacéuticos, Julio, núm. 61.

Cáceres.

Boletín del Colegio de Médicos, Julio, número 18.

Ferrol.

Boletín del Colegio Médico, Julio 15, n.º 17.

Gerona.

Boletín del Colegio Médico, Julio, núm. 7.

Palma (Baleares.)

Revista Balear de Ciencias Médicas, Julio, 20 y 30, núms. 476, y 477.

Pamplona.

La Región médica-farmacéutica Vasco-Navarra, Julio, núm. 224.

Sevilla.

Revista Médica, Junio, 15 y 31, núms. 467 y 468.

Santander.

Lectura popular de higiene, Julio, núm. 2

Toledo.

Boletín del Colegio de Médicos, Julio, núm. 7.

Portugal (Lisboa).

A Medicina Contemporânea, Julio, 6, 13, 20 27, núms. 27, 28, 29 y 30.

Revista Militar, Julio, 15 y 31, núm. 18 y 14.
Jornal da Sociedade Farmacéutica Lusitana, Junio, núm. 7.

Oporto

A Dosimetría, Julio, núm. 7.

Francia (París).

Le Progrès Médical, Julio, 5, 12, 19 y 26, núms. 27, 28, 29 y 30.

La Médecine Scientifique, Julio, núm. 19.

La Dosimetrie, Julio, núm. 7.

Journal d'Hygiène, Julio, núm. 1277.

Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales, Mayo, núm. 5.

Burdeos.

Anales de Polyclinique, Julio, núm. 8.

Italia.

Firenze. Bollettino d'Oculistica, Julio, 1 num. 13.

Nápoles. Archivii Italiani di Laringologia, Julio.

Rumanía (Bukarest).

Spitalul, Julio, 1 y 15, núms. 12 y 13.

Estados Unidos.

Buffalo. Buffalo Medical Journal, Julio, núm. 12.

Michigan. Modern Medicine, Junio, núm. 6

R. del Salvador (San Salvador).

La Clínica, Abril.

Cuba

Habana. Revista de la Asociación Médico-Farmacéutica, Abril, núm. 8.

Perú.

Lima. La Crónica Médica, Mayo, 15 y 31, núms. 321 y 322.

Costa Rica

San José. Gaceta Médica, Junio, 15, número 9.

Brasil.

Rio Janeiro. Revista quincenal de Estadística Demográfica Sanitaria, Abril y Mayo, núms. 7, 8, 9 y 10.

Méjico.

Méjico. Boletín del Consejo superior de Salubridad, Abril, 30, núm. 10.

Gaceta Médica, Junio 1 y 15, núms. 11 y 12.

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

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

República Argentina (Buenos Aires).

Boletín Mensual de Estadística Municipal, La Semana Médica, Julio, 2, 10 y 17, núms. 432, 433 y 434.

Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, Junio, núm. 10.

Boletín de Estadística Municipal, Abril, Mayo y Junio, núm. 2.

ESPECIALIDADES

DE LA

GRAN FARMACIA AMARGÓS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

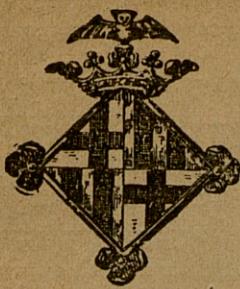
Kola granulada Amargós. LA KOLA GRANULADA AMARGÓS contiene todos los principios activos de la Nuez de Kola, Teobromina, Rojo de Kola, Tanino y Caffeína.

DEPÓSITO GENERAL GRAN FARMACIA AMARGÓS

Abierta toda la noche

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

— ♫ BARCELONA ♫ —



BOLETÍN ESTADÍSTICO

Barcelona: Agosto de 1902

SITUACIÓN DE BARCELONA

(DETERMINADA POR LA REAL ACADEMIA DE CIENCIAS Y ARTES)

Latitud geográfica. 41° 22' 59" N.

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

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

DISPENSARIOS	FORTUITOS								Á MANO AIRADA		VOLUNTARIOS		Total general... . .						
	Total..				Riñas				Total..		Total..								
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.							
De las Casas Consistoriales.	.	.	.	.	.	.	39	13	52	36	18	.	53	105			
De la Barceloneta.	6	.	4	1	.	.	1	1	33	6	52	2	2	61					
De Hostafranchs.	1	.	2	.	.	.	2	18	7	30	6	2	6	45					
De Santa Madrona.	9	.	2	2	.	.	6	3	33	13	68	9	15	9	42	110			
De la Universidad.	16	2	10	3	.	.	8	1	31	21	91	12	4	1	2	19	110		
Del Parque.	.	.	2	.	.	.	1	7	2	12	.	2	.	.	2	.	14		
De Gràcia.	9	.	1	2	2	.	3	2	30	11	60	4	6	3	5	18	78		
Del Taulat.	3	1	2	.	.	.	1	1	4	.	12	1	.	1	.	2	.	14	
De San Andrés.	3	1	2	.	1	2	1	1	19	8	88	.	2	.	2	.	40		
De Sans.	.	.	.	.	.	.	1	.	8	7	16	2	2	.	4	.	20
De San Gervasio.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	2	.	.	1	.	1	.	3
De San Martín.	5	1	2	.	2	.	.	.	3	2	15	.	2	.	2	.	17		
De Las Corts de Sarriá..	.	.	.	.	.	.	6	3	9	.	.	.	.	.	.	9	
Totales..	52	5	27	8	5	2	24	10	281	93	457	71	49	21	26	187	1	2	626

ESTADÍSTICA GENERAL SANITARIA

ESTADO MODELO NÚMERO 1

REGISTRO diario de los matrimonios, nacimientos y defunciones ocurridos en el Ayuntamiento de Barcelona durante el mes de Julio de 1902

Varones.
Hembras.
Total.

CENSO DE POBLACIÓN CALCULADO 600,000. . .

FECHAS.	MATRIMONIOS					NACIMIENTOS					DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR (1)				
	CLASIFICADOS POR EDADES DE LOS CONTRAYENTES					SEXOS					ESTADOS				
	VARONES		HEMBRAS			Legítimos		Ilegít.			VIVIENDOS.		DE MÁS DE		
	DE MÁS DE		DE MÁS DE			Total	general.	Hembras.	Vírgenes.	Varones.	Solteros.	Casados.	En el diestro materno.	Hasta 5 meses.	5 meses a 3 años.
	DE MÁS DE		DE MÁS DE												
	30		60												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30 . . .												
	30 a 40 . . .		30 a 40 . . .												
	40 a 50 . . .		40 a 50 . . .												
	50 a 60 . . .		50 a 60 . . .												
	60		60												
	Hasta 20 años. .		Hasta 20 años. .												
	20 a 30 . . .		20 a 30												

CONTINUACIÓN DEL ESTADO MODELO NÚMERO 1

DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR

FECHAS.	ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS		ENFERMEDADES INFECCIOSAS		Total parcial
	H.	V.	H.	V.	
1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1

CONCLUSIÓN DEL ESTADO MODELO NÚMERO 1

DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR

FECHAS	ENFERMEDADES INFECTO-CO NTAGIOSAS										ENFERMEDADES COMUNES										MUERTE VIOLENTA													
	DE LOS APARATOS					Total parcial					Total general					Ejecución de justicia					Homicidio					Suicidio					Accidente			
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.				
1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	7	3	4	6	2	1	7	6	7	8	9	4	3	5	4	4	4	4	5	1				
2	5	4	5	6	5	5	4	4	4	4	7	2	4	6	2	1	7	6	7	8	9	4	3	5	4	4	4	4	5	1				
3	6	7	7	8	9	8	9	8	9	8	7	3	4	5	1	2	1	3	4	5	1	2	1	3	4	5	1	2	1	3				
4	5	6	6	5	5	4	4	4	4	4	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
5	7	8	7	6	7	7	6	7	6	7	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9				
6	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9				
7	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8				
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

ESTADO MODELO NÚMERO 2 ⁽¹⁾

Ayuntamiento de Barcelona

Partidos judiciales de Barcelona

Provincia de Barcelona

RESUMEN numérico de matrimonios, nacimientos y defunciones ocurridos en este Municipio de Barcelona durante el mes de Julio de 1902

Censo de POBLACIÓN	MATRIMONIOS				NACIMIENTOS				DEFUNCIONES POR EDADES			
	CLASIFICADOS POR EDADES DE LOS CONTRAYENTES				ESTADOS				DE MÁS DE			
Total calculado	VARONES		HEMBRAS		Legítimos		Ilegít.		Viudos		5 meses à 8años	
	DE MÁS DE		DE MÁS DE		Hembras		Varones		Casados		Hasta 5 meses	
Gonsangs.	Total general		Total general		500		468		150		81	
Varones	Otros gredos		Primos hermanos		47		34		287		478	
Total general	Total general		Total general		513		549		1049		236	
Hasta 20 años	60		60		3		3		44		178	
60	50 à 60		50 à 60		12		11		10		12	
50 à 60	40 à 50		40 à 50		23		23		22		1	
40 à 50	30 à 40		30 à 40		178		169		1		1	
30 à 40	20 à 30		20 à 30		10		4		1		1	
20 à 30	Hasta 20 años		Hasta 20 años		60		50		4		5	
Hasta 20 años	Total calculado		Total calculado		Varones		Varones		Hembras		Hembras	
Varones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hembras	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTALES	2	2	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5

SEXO	DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR ENFERMEDADES ⁽²⁾											
	INFECCIOSAS			INFECTO-CONTAGIOSAS			COMUNES			MUERTE VIOLENTA		
Varones	Difteria	1	1	Tétanos	1	1	Otras	1	1	Enfermedades de la dentición	1	1
Hembras	Disenteria	1	1	Fiebre amarilla	1	1	Téjanos	1	1	Homicidio	1	1
TOTALES	Puerperales	1	1	Pistula maligna	1	1	Respiratorio	1	1	Suicidio	1	1
	Influenza ó grippe	1	1	Carbunclo	1	1	Circulatorio	1	1	Accidente	1	1
	Tifoides	1	1	Sifilis	1	1	Digestivo	1	1	Electrodes de justicia	1	1
	Erysipela	1	1	Lepra	1	1	Respiratorio	1	1	Homicidio	1	1
	Escarlatina	1	1	Tuberculosis	1	1	Carbunclo	1	1	Suicidio	1	1
	Sarampión	1	1	Coqueluche	1	1	Respiratorio	1	1	Accidente	1	1
	Viruela	1	1	Difteria	1	1	Circulatorio	1	1	Electrodes de justicia	1	1
	Total parcial	1	1	Puerperales	1	1	Respiratorio	1	1	Homicidio	1	1
	Varones	1	1	Influenza ó grippe	1	1	Carbunclo	1	1	Suicidio	1	1
	Hembras	1	1	Tifoides	1	1	Respiratorio	1	1	Accidente	1	1
	TOTALES	2	2	Erysipela	1	1	Circulatorio	1	1	Electrodes de justicia	1	1

(1) Véase la circular de la Dirección general de Sanidad del 12 de Diciembre de 1899, publicada en la *Gaceta de Madrid* del día 16.

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

ESTADO MODELO NÚMERO 3

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

DESIGNACIÓN ALFABÉTICA	MATRIMONIOS				NACIMIENTOS				DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR (2)			
	CLASIFICADOS POR EDADES DE LOS CONTRAYENTES				ESTADOS				EDADES			
	VARONES		HÉMBRAS		SEXOS	ESTADOS	DE MÁS DE		DE MÁS DE		Enfermedades infecciosas	
Districtos	DE MÁS DE	DE MÁS DE	DE MÁS DE	DE MÁS DE	V	H	V	H	V	H	Paludismo...	V
Atarazanas..	Hasta 20 años.	Hasta 20 años.	Hasta 20 años.	Hasta 20 años.	60	60	60	60	60	60	Reumatismo...	V
Hospital...	8 20	5 7	2 1	1 1	50 a 60 . . .	50 a 60 . . .	50 a 60 . . .	50 a 60 . . .	50 a 60 . . .	50 a 60 . . .	H	.
Norte...	6 68	15 5	2 1	1 1	40 a 50 . . .	40 a 50 . . .	40 a 50 . . .	40 a 50 . . .	40 a 50 . . .	40 a 50 . . .	.	.
Parque...	1 21	8 3	2 1	1 1	30 a 40 . . .	30 a 40 . . .	30 a 40 . . .	30 a 40 . . .	30 a 40 . . .	30 a 40 . . .	.	.
Universidad.	.	84	9	3	20 a 30 . . .	20 a 30 . . .	20 a 30 . . .	20 a 30 . . .	20 a 30 . . .	20 a 30		
TOTALES.	10 173	44	12	5	40 169	23	11	3	246	1 2 500	468	47 34 1049

DESIGNACIÓN ALFABÉTICA	DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR											
	ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS						ENFERMEDADES INFECTOSAS					
Distritos	Enfermedades infecciosas			Enfermedades infecciosas			Enfermedades infecciosas			Enfermedades infecciosas		
	Total	parcial	cif.	Total	parcial	cif.	Total	parcial	cif.	Total	parcial	cif.
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	V	H	V
Atarazanas
Hospital	.	.	.	1	.	.	1	.	.	2	1	2
Norte	2	1	2
Parque	.	.	.	2	.	.	1	.	.	5	3	2
Universidad	1	.	.	1	.	.
TOTALES	.	.	.	3	.	.	5	.	.	12	9	11

CONCLUSIÓN DEL ESTADO MODELO NÚMERO 3

DESIGNACIÓN ALFABÉTICA	DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR																				Total gene- ral		
	ENFERMEDADES COMUNES										MUERTE VIOLENTA												
	DE LOS APARATOS					Otro					Accidente.					Ejecuciones de justicia.							
Distrítos	Circulatorio..	Respiratorio..	Digestivo..	Genito-urinario..	Otro	Total	par- cial	Total	par- cial	Accidente..	Ejecuciones de justicia.	Total	par- cial	Total	par- cial	Total	par- cial	Total	par- cial	Total	gen- eral		
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	R.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.		
Atarazanas.	2	5	7	3	.	.	8	8	13	6	22	18	2	.	17	21	2	3	71	66	1	.	
Hospital...	1	4	14	2	.	.	7	10	11	6	14	17	3	8	.	15	16	2	3	67	61	3	2
Norte...	4	3	15	8	.	1	13	15	17	16	33	28	5	3	.	22	19	2	1	111	94	3	1
Parque ..	.	4	10	8	.	.	18	9	12	9	7	15	1	3	.	17	22	4	3	69	73	1	.
Universidad.	7	8	10	7	.	.	15	10	11	8	12	25	3	3	.	24	22	1	2	88	85	4	1
TOTALES...	14	24	56	28	.	1	61	52	64	45	88	103	12	14	.	95	100	11	12	401	379	12	4
																						18	4
																						569	501

DR. LUIS COMENGE

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

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

ASILO DEL PARQUE

RECONOCIMIENTOS PRACTICADOS POR LOS FACULTATIVOS DEL DISPENSARIO ANEXO
durante el mes de Julio de 1902

		TURNO				EDAD	ESTADO CIVIL		
		FIJO		CONVENCIONAL					
		Diurno.	Nocturno.	Convencional.	Indefinido.				
Varones..	377	305	18	9	704	239	Total de reconocimientos.		
Hembras	53	48	2	18	111	53	Días que representan los convencionales.		
TOTALES..	430	348	15	22	815	342	Hasta 5 años.		
					23	10	De + de 5 á 15.		
					62	46	De + de 15 á 25.		
					234	219	De + de 25 á 40.		
					15	15	De + de 40 á 50.		
					287	252	De + de 50 á 60.		
					121	85	De + de 60 á 80.		
					55	46	Solteros, comprendidas todas edades.		
					83	9	Casados.		
					7	7	Viudos.		

		NATURALEZA										ESTADO CIVIL																
		NACIONALES					EXTRANJEROS																					
		Catalanes.	Aragoneses.	Valencianos.	Andaluces.	Castellanos	Gallegos	Vasco-navarros.	Murcianos.	Extremenos.	Leoneses.	Asturianos.	Isleños.	Franceses.	Italianos.	Resto de Europa.	Antillanos.	Africanos.	Asiaticos.	Americanos.	Venereo-sifilis.	Sarna.	Tifa.	Oftalmias contagiosas.	Baños ordenados.	Desinfecciones ordenadas.		
Varones..	296	58	63	40	62	27	21	11	11	4	6	80	1	37	10	11	3	2	11	11	3	12	11	11	De + de 80.			
Hembras	42	5	29	3	6	8	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	612	53
TOTALES..	338	63	92	48	68	35	22	15	6	31	6	19	6	44	12	11	3	2	11	11	3	2	2	11	11	11	59	29

ASISTENCIA PÚBLICA Y DESINFECCIÓN

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

LOCALES

	Bordegas anilladas . . .	Operaciones practicadas	Visitas gratuitas en el local	Visitas a domicilio	Reconocimientos.		Auxilios a embriagados	Vacunaciones. . .	Servicios varios..	Totales parciales.	
					A personas alienadas	A personas.					
Dispensario de las Casas Consistoriales.	103	8	345	6	17	1	—	44	4	14	542
Id. de la Barceloneta.	61	8	1017	19	34	—	47	4	19	14	1223
Id. de Hostafranchs.	45	8	864	30	7	1	15	4	8	10	992
Id. de Santa Madrona.	102	26	3392	4	10	—	120	7	12	—	3673
Id. de la Universidad.	110	25	1044	—	—	—	40	4	30	—	1253
Id. del Parque.	14	—	116	3	—	—	1	1	4	10	149
Id. de Gracia.	78	9	1787	—	5	—	5	4	—	4	1892
Id. de San Martín.	17	14	551	—	—	—	1	—	8	—	591
Id. del Taulat.	14	3	379	2	—	—	25	10	—	—	433
Id. de San Andrés.	40	2	516	7	—	1	2	8	—	9	585
Id. de Sans.	20	3	40	7	2	—	10	—	3	6	91
Id. de San Gervasio.	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Id. de Las Corts.	9	5	49	7	—	—	2	3	—	—	75
Asilo del Parque.	—	—	3472	—	1050	10	21	—	2	—	4555
Beneficencia domiciliaria.	—	3	—	13073	—	—	159	—	377	13612	
TOTALES GENERALES. . .	616	114	13572	13158	1125	13	448	89	90	444	29669

Servicios de vacunación y revacunación durante el mes de Julio 1902

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

Consultas de personas mordidas por animales.	192
Personas vacunadas contra la rabia.	42
Curaciones de heridas causadas por animales.	106
Perros vagabundos cazados en las calles de la ciudad.	405
Perros devueltos á sus dueños pagando la multa.	5
Perros entregados á la colección zoológica del Parque.	2
Perros entregados á la Facultad de Medicina.	8
Perros asfixiados.	336
Animales conducidos por sus dueños á las perreras de este Instituto para ser observados.	24
Individuos vacunados contra la viruela.	4

DEMOGRAFIA MEDICA DE BARCELONA

COMPRENDIENDO LAS POBLACIONES AGREGADAS)

ESTADO de los enfermos asistidos en sus domicilios por los señores facultativos del Gremio Médico Municipal,
durante el mes de Julio de 1902.

ENFERMEDADES INFECTIOSAS Y CONTAGIOSAS

CLASIFICACIÓN DE LOS ASISTIDOS POR EDADES Y PERÍODOS DE LA VIDA

	Total generales..																							
	Totales parciales..						Totales generales..																	
	H.	V.	H.	V.	H.	H.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.											
Viruela.	Altas.	1	Muertos.	1	En tratamiento.																			
Sarampión.	Altas.	1	Muertos.	5	En tratamiento.	6	4	1	1															
Escarlatina.	Altas.	3	Muertos.	2	En tratamiento.	1	3																	
Angina y laringitis difterica.	Altas.		Muertos.		En tratamiento.			1																
Coqueluche.	Altas.	1	Muertos.	2	En tratamiento.	6	8	2	1															
Enfermedades tifoides.	Altas.	1	Muertos.	1	En tratamiento.	1	3	3	1															
Enfermedades puerperales.	Altas.		Muertos.		En tratamiento.																			
Intermitentes palúdicas.	Altas.		Muertos.		En tratamiento.			1																
Disenteria.	Altas.		Muertos.		En tratamiento.																			
Sífilis.	Altas.	1	Muertos.	1	En tratamiento.			2																
Gripe.	Altas.		Muertos.		En tratamiento.			1																
Hidrofobia.	Altas.		Muertos.		En tratamiento.																			
Tuberculosis.	Altas.	1	Muertos.	2	En tratamiento.	4	1	1	5	8	3	10	9	7	3	2								
Cólera.	Altas.	1	Muertos.	1	En tratamiento.			1	1	1	7	10	18	20	10	7								
Otras enfermedades infec- tiosas y con- tagiosas.	Altas.	1	Muertos.	1	En tratamiento.			1	1		1	1	1	1	1	1	8							
Totales parciales.	3	4	88	30	24	21	10	15	29	18	19	20	42	49	30	23	8	8	1	203	179	382		
Enfermedades comunes.	Altas.	6	2	42	43	87	17	40	44	28	44	25	27	68	187	52	87	17	34	1	4	311	489	750
	Muertos.	2	9	8	3	1	2	2				1	1	1	5	1	4	5		26	19	45		
	En tratamiento.	2	4	29	29	19	12	23	35	15	47	10	22	39	96	63	77	20	47	2	3	222	372	594
Totales parciales.	10	6	80	80	59	80	65	81	43	91	35	50	103	284	120	165	41	96	3	7	559	880	1389	

RESUMEN

TOTALES PARCIALES	3	4	88	30	24	21	10	15	29	18	19	20	42	49	30	23	8	8	1	203	179	382	
DE ENFERMEDADES INFECTIOSAS																							
TOTALES PARCIALES	10	6	80	80	59	80	65	81	43	91	35	50	103	284	120	165	41	96	3	7	559	880	1389
DE ENFERMEDADES COMUNES.																							
Totales generales.	13	10	118	110	83	51	75	98	72	104	54	70	145	288	150	188	49	96	3	8	762	1009	1771

Número de visitas efectuadas a estos enfermos, 18,078.—Han pasado al Hospital de Santa Cruz, 22.—Han pasado a la asistencia particular, 12.—Han pasado al Asilo del Parque, 2.—Certificaciones libradas, 259.—Operaciones practicadas, 3.—Inyecciones hipodérmicas, 18.

**Servicios prestados por el Instituto de Higiene Urbana
durante el mes de Julio de 1902**

ENFERMEDADES QUE MOTIVARON LOS SERVICIOS	Desinfección doméstica				
	1. Sustitución de gases.	2. Desinfección.	3. Presección.	4. Ropas.	5. Extracción de gases.
ÓBITOS					
Coqueluche.	15	14	14	9	
Corazón.	1	1	1	1	
Cáncer.	2	2	2	1	
Difteria.	10	9	9	6	
Divieso.	1	1	1	1	
Enteritis.	2	2	2	1	
Fiebre tifoidea.	63	59	59	37	
Otras infecciosas.	2	2	2	1	
Puerperales.	18	10	10	4	
Peritonitis.	4	3	3	1	
Sarampión.	17	16	16	6	
Tuberculosis.	98	92	92	63	
Viruela.	6	6	6	4	
<i>Total</i>	284	217	217	135	
ENFERMOS					
Cáncer.	1	1	1	1	
Difteria.	1	1	1		
Escarlatina.	3	6			
Fiebre tifoidea.	8	41	5	5	
Otras infecciosas.	2	4	2	1	
Sarampión.	3	8	2		
Tuberculosis.	1	1	1	1	
Viruela.	6	18	6	4	
<i>Total</i>	25	80	18	12	
TOTALES GENERALES.	259	297	285	147	

Ropas sometidas á gases antisépticos.	2830
Ropas esterilizadas con calor húmedo en la estufa Geneste.	5081
Objetos desinfectados en la cámara de fumigación.	5267
Objetos destruidos por el fuego en el horno inodoro.	26
TOTAL.	13154

INSPECCIÓN FACULTATIVA

A domicilios y establecimientos industriales con informe.	10
A lavaderos públicos, triperías, depósitos de estiércol, etc.	53
TOTAL.	68

TRÁFICO DE ROPAS USADAS

Establecimientos visitados y desinfectados.	308
Prendas extraídas y devueltas.	5361
Prendas desinfectadas de los mismos establecimientos.	15236
Bultos expedidos y tratados con arreglo á la R. O. de 22 Noviembre 1886.	1923
TOTAL.	22828

DESINFECCIÓN DEL SUBSUELO

Cloacas desinfectadas, que representan 9568 imbornales.	205
Servicios especiales á establecimientos, públicos, mataderos, mercados, etc.	54
Otros servicios á la desinfección pertinentes.	206
TOTAL.	465
Prendas entregadas al Asilo del Parque.	9

INSTRUCCIÓN

BIBLIOTECAS	Núm. de volúmenes	Número de concurrentes	Volumenes consultados.	OBRAS				
				Volumenes servidos a señoras,	Jurisprudencia.	Ciencias y Artes.	Bellas Letras.	Historia.
Universidad.	—	—	—	—	—	—	—	—
Arús.	26600	1404	1512	10	—	—	—	—

Tranvías y Ómnibus fijos.—Movimiento durante el mes

LÍNEAS	Longitud de la línea en kilómetros	Número de estaciones	EN SERVICIO				
			Máquinas	Cabalgos	Coches	Coches de servicio	Vías férreas
Barcelona á Badalona.	10	4	5	20	20	115	—
Barcelona á San Martín.	3'500	2	—	20	3	25	—
La Nueva Condal, Provenza al Parque.	3,400	1	—	65	15	44	—