

## **"Gaceta Médica de Murcia," y la Revista "Polytechnicum,"**

El próximo sábado saldrá al público, notablemente reformada, la importante Revista mensual «Gaceta Médica de Murcia» que temporalmente había dejado de publicarse, preparando trascendentales innovaciones, y que amplía ahora su campo doctrinal y su objetivo, trayendo de la mano a la palestra literaria a la nueva Revista de Ciencias, Artes y Cultura General, intitulada «Polytechnicum» que acompañando a aquella bajo la misma envoltura, funciona y se desarrolla separadamente, con fines exclusivos de difusión literaria y científica para que dicha acreditada publicación técnica tenga una original variedad y no sea pasto exclusivo de la ilustrada clase facultativa para que se fundó, sino que pueda ser leída y estimada por la generalidad de los doctos.

La Revista «Polytechnicum» formaba un núcleo de redacción de lo más brillante de nuestra juventud literaria bajo la presidencia del bibliotecario y poeta nuestro querido amigo don Andrés Sobejano, con otro lucido grupo de redactores artísticos y con un cuadro de colaboración de lo más selecto que puede hallarse en nuestra región y fuera de ella.

La parte de «Gaceta Médica» sigue dirigida por su fundador-propietario el distinguido especialista doctor don José Pérez Matos.

La parte tipográfica es esmeradísima y decoran el ejemplar algunos fotografados y dibujos. Puede decirse sin error que es, en cuanto a la edición, de lo más elegante y acabado que puede darse en revistas de provincia.

Avaloran el número primero en la parte de «Polytechnicum» unas preciosas cuartillas del libro inédito del maestro Baquero sobre «Escritores Murcianos», una carta literaria del gran orador P. Benisa y otros interesantes originales; y en la parte médica un novísimo estudio de procedimiento quirúrgico del eminente catedrático de Barcelona Dr. Botey, cuyo resumen, por la verdadera importancia del trabajo y por la difusión que ha de tener la revista más allá de la frontera española, lleva al fiscal en varias lenguas.

Una sección bibliográfica muy nutrida «Polybiblión» cierra el cuaderno, utilísimo índice para los lectores y aficionados a seguir el movimiento literario y científico, como asimismo para los librereros y editores.

Mañana daremos el sumario de este número de publicación tan interesante que ha de ser acogido seguramente con fervoroso aplauso por la intelectualidad murciana y española y por cuantos vemos con hondo placer todo aquello que contribuye al mayor esplendor de la sana ciencia y de la educación mental y al progreso moral de nuestra Murcia que va a contar desde ahora con otra publicación de tanta notoriedad y relieve que dejará muy alto su nombre en la esfera de la Prensa nacional.

Se encuentra enfermo, agudizado el dolor de la cabeza de la señora doña Rosa Relemente.

—Se encuentra ligeramente enfermo, nuestro estimado amigo don Antonio Lesguer.

—Se encuentran mejorados de su enfermedad, nuestros distinguidos amigos don Alejandro de Martínez Serón el médico don Juan Antonio Martínez.

#### Viajeros

Han venido: de Madrid, el senador don Isidoro de la Cierva.

Han salido: para «Torre-Pinilla» (Riuelmo), don Jerónimo García Martínez.

#### Nuevos hogares

Mañana tarde á las cuatro y media, en la capilla de Nuestro Padre Jesús, en la Iglesia de la Merced, se unirán en el santo lazo del matrimonio, la distinguida y agraciada señorita Dolores Martínez Guevara y nuestro amigo el oficial de Correos de esta Central don Alberto Arranz.

Benedicirá la unión el M. I. Sr. Provisor de este Obispado don Antonio Alvarez, siendo padrinos don Antonio García Pastor y su esposa doña Josefa Martínez, hermano político y hermana, respectivamente, de la contrayente.

Dios bendiga la unión de los nuevos esposos.

#### Notas varias

Mañana, festividad de la Inmaculada Concepción, celebran su onomástico la marquesa de Torre-Pacheco, Conchita Fontes y Díaz de Mendoza, Conchita Forte y las señoras Carrillo Cabeza de Vaca viuda de Clavijo, Serrano Miró de Ayuso, García viuda de López del Castillo, Clavijo Carrillo de Pafarea, Lanzarote de Vidal, Crespo viuda de Martínez-Moya, del Portillo viuda de Pérez de los Cobos, Llanos viuda de Hernández, Calleja viuda de Molina, Cascales Font y nuestro distinguido amigo don Mariano Fuster y Fontes.

#### Patronato

## Noticias

**LABORATORIO GUILLAMON.**—Análisis clínicos.—San Agustín 2.

En Alcantarilla, y en el domicilio de los padres de la novia, se han tomado los dichos la distinguida señorita Luisa Aledo Fuentes y nuestro estimado amigo el comerciante de esta plaza don Antonio Franco.

La boda se celebrará en breve.

Reciban por adelantado nuestra enhorabuena.

Con gran solemnidad se está celebrando en Nenduermas el novenario á la Inmaculada.

El altar mayor se halla profusamente iluminado, y la Iglesia artísticamente adornada por la presidenta de la Asociación y presidentas de coros, las señoritas Josefa Ruizperes, Josefa Ortuño, Pilar Ruizperes, Antonia Ortuño, Gloria Ubeda y María Hernández.

El día 9, víspera de la función, al amanecer, repique de campanas, disparándose bombas y cohetes.

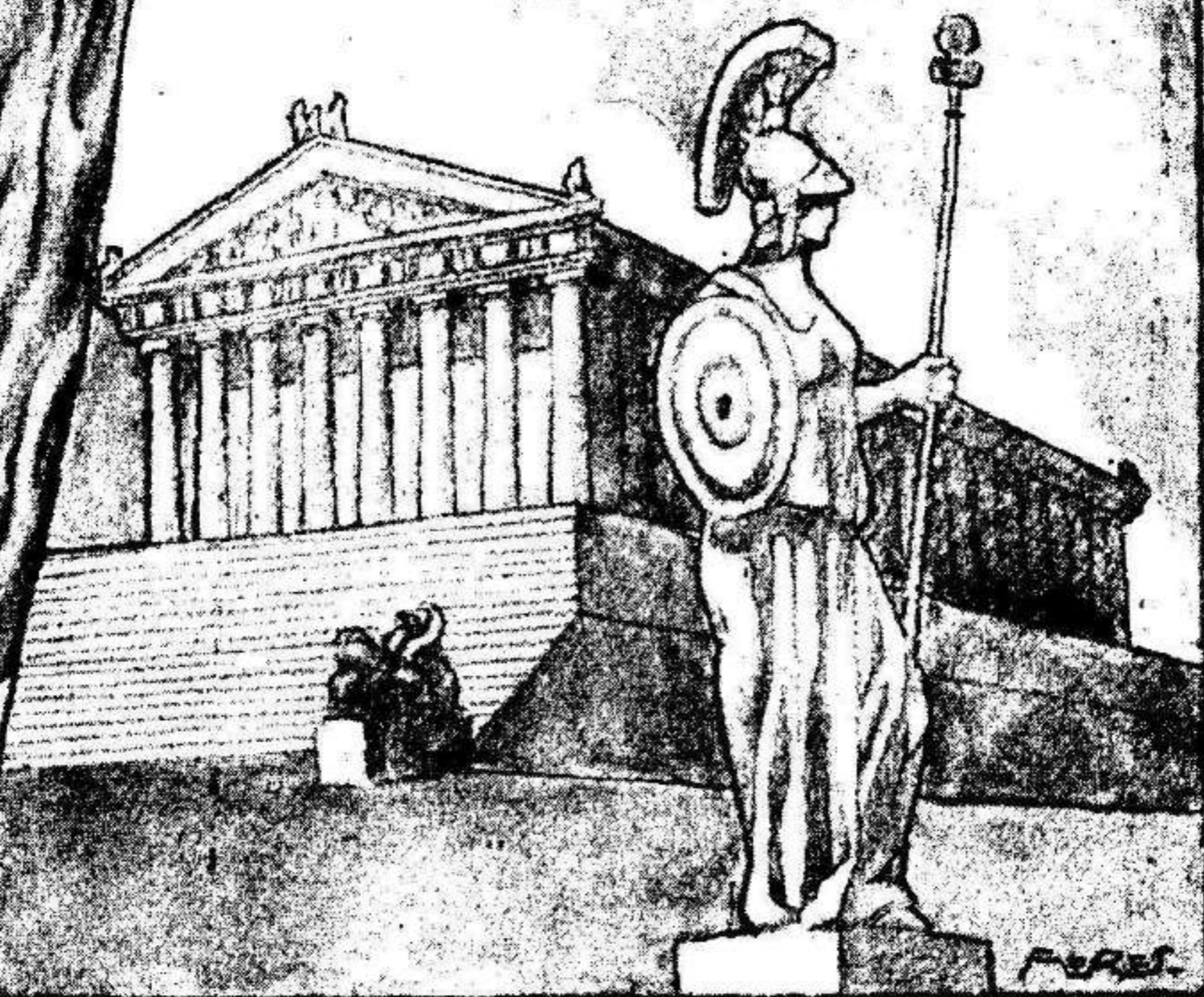
El día 10, á las seis de la mañana, Misa de Comunión y llegada de l.

GAZETA MEDICA

DE MURCIA



REVISTA ILUSTRADA  
DOLTECHICUM  
CULTURA GENERAL



HISTOGENO

LIOPIS

PIPERAZINA

OXINA



# ESPECIALIDADES DEL Dr. BASCUÑANA.

ARSINUCLÉOL. ELIXÍR E INYECTABLE

BACTERICIDINA. INYECTABLE

HIPNOTINA. INYECTABLE

SOLUTO ANTÍFÍMICO. INYECTABLE

SOLUTO NEUROSTÉNICO. INYECTABLE

SUERO TÓNICO. INYECTABLE

~ INYECTABLES EN GENERAL ~

COLIRIOS ASÉPTICOS

VASELINAS ESTERILIZADAS

FARMACIA

y

LABORATORIO

SACRAMENTO

— Nº 36

## CADIZ

# PRODUCTOS =

# OPOTERAPICOS

# Y BIOLÓGICOS



NEFRINA, OVARINA, (VIAS GÁSTRICAS E HIPODÉRMICAS) ORQUINA, TIROIDINA, (VIAS GÁSTRICAS E HIPODÉRMICAS) FERMENTOS GLÍCOLÁCTICOS, MEDULINA, CEFALASA

FLORES.

BILIASA, ZIMASA, SPLENASA, HEPATINA, PANCRE-  
ATINA, SUPRARRENINA, (VIAS GÁSTRICAS E HIPODÉRMICAS)  
HEMOPLASINA, HIPOFISINA, (VIAS GÁSTRICAS E  
HIPODÉRMICAS) PLACENTOZIMASA, GASTROKINASA,  
PROSTATASA, FERMENTOS MAMARIOS, Y SUERO  
DE LA VENA RENAL DE CABRA,



THE STOMACH GO!



Comprimidos Escobar  
ANTICÉPTICOS  
DIGESTIVOS Y ALICAINOS

PECTORAL LAXOTAN

A BASE DE GOMENO  
THIOURILE BENZOATO SÓJA CODEINA...

PRODUCTOS ESCOBAR



## Nuestras reformas

**M**odestamente, sin vanas pretensiones, ofrecemos á nuestros lectores, una total renovación de esta Revista, inspirada en lo que siempre constituyó el lema de nuestras empresas y que definió como nadie el Hipócrates del siglo XIX, el genial Letamendi, en aquel aforismo en que afirmaba que «el médico que solo sabe Medicina, ni Medicina sabe».

*Esto que Letamendi decía de los médicos: es igualmente aplicable a los ingenieros, a los abogados, a los artistas... La época actual es de especialización, pero en general mal entendida. La especialización puede constituir el mas evidente progreso pero aplicando á ella toda la enciclopedia de nuestros dias; solo de esta suerte podrian evitarse los varios y mortales vicios que nacen de llevar el especialismo profesional hasta el exclusivismo.*

*Lo que la instrucción extraprofesional contrasta y rectifica las ideas y las prácticas, déjalo ver elocuentemente el estudio biográfico de todas las celebridades de primer orden que han influido en los rumbos del progreso humano. Letamendi lo demostró así brillantemente. Hipócrates y Miguel Angel, Galeno y Leonardo de*

*Vinci, Descartes y Napoleón, valieron lo que todo el mundo sabe por una razón que casi todo el mundo ignora: porque pusieron la enciclopedia de su tiempo al servicio de su genio profesional.*

*Ello nos ha hecho comprender la conveniencia de consagrar un poco de nuestras facultades intelectuales y afectivas a algunos estudios extraprofesionales. En una palabra nos ha llevado a ofrecer este primer ensayo, para contribuir siquiera sea humildemente, a lo que debe constituir la conquista mas preciada de nuestro tiempo: la cultura.*

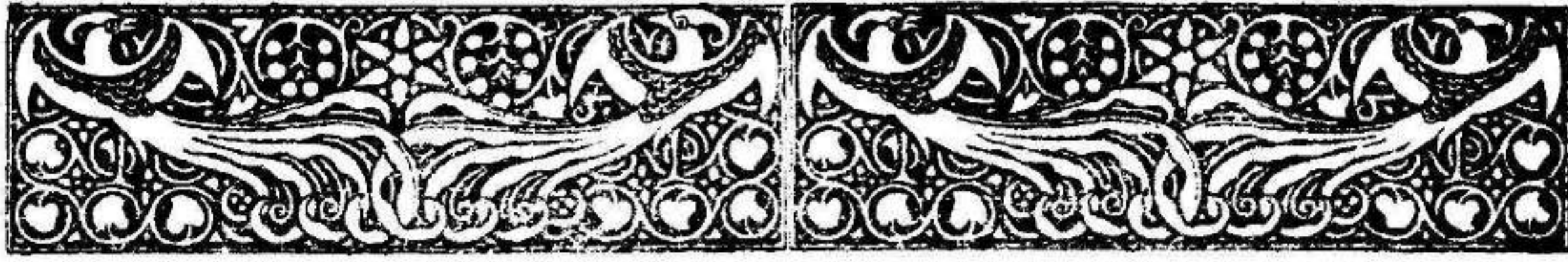
- No la cultura en el concepto vulgar, confundida con la instrucción, sino en su exacto significado.*

*La instrucción es la raíz del árbol; la cultura es la flor, que no solo vive de la tierra, sino del aire, del sol, y de los cuidados que con ella se tengan y que, después de esparcir su delicioso aroma, dá el fruto la obra personal científica, política, artística o sociológica. Un cerebro instruido es aquel que tiene muchos territorios celulares ocupados por múltiples conocimientos; un cerebro culto es el que tiene muchas fibras de asociación entre esos territorios.*

*¿Sera acertado nuestro ensayo?...*







    Mi plástica actual en la  
operación radical del oído  
por el doctor don Ricardo  
Botey, profesor libre de oto-  
rino-laringología de Barce-  
lona. :-: :-: :-: :-: :-:

**D**espués de la trepanación ático-antral, es indispensable que quede una cavidad única y un nuevo conducto amplio, por donde pueda curarse y vigilar fácilmente la cavidad auricular, sin perjuicio de la estética.

Hace más de veinte años que estoy luchando para conseguir este ideal.

En efecto, la otoplastia, o sea, la creación de colgajos tomados del conducto y de la concha, destinados a epidermizar la cavidad ósea labrada por la operación, constituye un asunto todavía discutido.

Desde mis primeras operaciones de esta índole noté ya que la perfecta vigilancia de la cavidad operatoria, por el nuevo conducto, y su definitiva holgura, eran difíciles de lograr.

Utilizaba, como todo el mundo entonces, los procederes de Stacke,

Koerner, Pause, etc.; más estos, no descubrían bien el antro.

La plástica de Stacke, en efecto, que labra un colgajo que se aplica sobre la cara inferior de la cavidad ósea, tiene el inconveniente de proporcionar una abertura demasiado estrecha al nivel del meato auditivo.

La plástica de Koerner, que crea a expensas del conducto un colgajo posterior, deja también una estrecha abertura auricular.

La plástica de Pause, labrando dos colgajos que se aplican arriba y abajo, proporciona luz posteriormente, mas resulta también un meato auditivo insuficientemente amplio.

Desalentado por estas deficiencias de la plástica, concluí finalmente por seccionar totalmente el conducto cutáneo junto al pabellón, como Zanzal. Pero por más que la vigilancia de la cavidad operatoria era entonces más fácil, tenía este método, como los anteriores, la desventaja de proporcionar, de la misma manera, una abertura demasiado estrecha al nivel de la concha.

Acontecióme lo propio, más tarde, al suprimir, con Caboche, Lombard y Delsaux, la pared posterior del conducto.

Se imponía, por lo tanto, la creación de un amplio meato auditivo, que permitiera las curas y la vigilancia por él, ocluyendo la herida retro auricular.

Instituí entonces mi primer método otoplástico, que publiqué en el *Archiv für Ohrenheilkunde*. Cortaba longitudinalmente el conducto y el pabellón arriba y adelante, en la incisura intertrago-heliciana donde no existe cartilago, creando así un meato gigante sin deformidad.

Algún tiempo después añadí a mi incisión la ablación de la pared posterior del conducto membranoso, operando con este procedimiento otra tanda de enfermos, cuyos resultados también publiqué. La estética era inmejorable, pero luego me apercibí que la vigilancia del techo del antro, resultaba deficiente.

En aquella ocasión apareció el proceder de Siebenmann, que divide la pared posterior del conducto longitudinalmente, para bifurcarse al llegar al pabellón, seccionando la raíz del helix la rama superior. Los

resultados obtenidos en la clínica de Siebenmann no me satisficieron.

Sabido es que Siebenmann fundamenta su plástica en las relaciones del pabellón con el antro; este corresponde a la raíz del hélix y a la porción de concha comprendida entre esta raíz y el antehélix. Creando una abertura al nivel de la porción superior de la concha, se mantiene abierta una cavidad que permite realmente vigilar todos los recodos de la misma.

Esta plástica es muy racional, los resultados quirúrgicos son inmejorables, pero, a causa de la fealdad que subsigue, no ha tenido en todas partes buena acogida. Por más que con ella los operados pueden fácilmente ser curados por médicos no especialistas, el que el nuevo meato comprenda toda la concha, deslucen el proceder, puesto que la porción superior hundida es muy visible.

Por lo que acabo de indicar se deduce que no debe tocarse a la raíz del hélix y a la mitad superior de la concha, porque además de formar un techo natural que preserva de la fealdad, estando la porción de concha situada bajo la raíz del hélix normalmente a la sombra, si la suprimimos, esta sombra se convierte tan solo en acentuada. El nuevo meato no debe, por lo tanto, interesar más que la mitad inferior de la concha.

Instituí entonces mi actual proceder otoplástico, que voy a describir en detalle. Consiste este, en desprender hasta el tímpano la pared pósterosuperior del conducto para suprimirla, dejando algunos milímetros del mismo, junto al pabellón. Seccionar transversalmente la pequeña porción de conducto y pabellón bajo la raíz del hélix en la extensión de unos quince milímetros, cortando después de nuevo, aquél y la concha paralelamente más abajo en la misma longitud, por encima del antífrago. Queda así formado un colgajo cuadrangular, a expensas de la porción interior de la concha y de una parte del conducto, que se sutura, para facilitar el apartamiento del mismo y la consti-

guiente amplitud del nuevo meato, al labio posterior de la incisión retro-auricular, en vez del labio anterior.

Para asegurar aun más esta amplitud del nuevo meato, añado la incisión intertrago-heliciana, que lo levanta hacia el antro. Tomando la precaución de trazar el centro de la incisión retro-auri un centímetro distante de la inserción del pabellón, el colgajo de la concha resulta bien apartado al suturarlo.

Ejecuto esta plástica al principio de la operación, antes de abrir el hueso, porque así queda ensanchado el campo operatorio y se facilitan las maniobras.

Cábenos manifestar que los resultados obtenidos con mi plástica son excelentes, tanto bajo el punto de vista estético, como quirúrgico.

Pero, el labrado de los colgajos resulta, como es sabido, cosa pesada y laboriosa con todos los procederes. La hemorragia de las arteriolas del pabellón, difícil de cohibir, hace perder bastante tiempo, y un resbalón del bisturí hiere a menudo el hélix, el ante-hélix o el trago, por ser penosas las maniobras en campo tan estrecho.

Por todo ello en la actualidad, ejecuto muy rápidamente esta mi plástica con unos instrumentos que llevo ideados.

Ejecutada la incisión y desprendido posteriormente el conducto, corto de un golpe el colgajo cuadrangular de la concha con mi taladro (fig. n.º 1.) Para ello coloco el bocado macho bajo la raíz del hélix, en la concha, y el otro bocado tras el labio anterior de la incisión retro-auricular. A las pocas vueltas del manubrio queda cortado con limpieza el colgajito.

Luego reseco la pared posterior del conducto membranoso y ejecuto mi incisión intertrago-heliciana, quedando creado en un par de minutos un meato auditivo enorme orientado sobre el fondo del antro.

La creación del colgajo con el taladro, cuyas piezas seccionan por enchufe, hace que siendo las paredes de los vasos aplastados, la hemorragia resulte insignificante.

Finalmente, para evitar los dolores de las curas sucesivas, que en los niños llegan a ser intolerables, insinuo unos conos de caucho que mantienen la permeabilidad del nuevo conducto y suprimen los roces dolorosos de la gasa que todos los operadores colocan, para impedir el progresivo estrechamiento del nuevo meato. (fig. n.º 2.) A medida que la cavidad se estrecha voy disminuyendo el calibre de los conos, los que son puestos en el conducto doblados con una pínza para que no moleste su introducción.

**Meine gegenwärtige Ohrenplastik in der radicalen Operation von Prof. Dr. Richard Botey.**  
(Auszug)

Die verschiedenen Arten der Ohrenplastik lassen in der radicalen Operation des Ohres einen schmalen und schlecht placierten Gang.

Prof. Botey hat alle Arten von Ohrenplastiken, einschliesslich die, des Siebenmann ausgeführt, und hat gefunden dass das Siebenmannsche System ist das allerbeste vom chirurgischen Standpunkt aus betrachtet aber schlecht vom Punkte des Schönheitssinns. Prof. Botey hat das folgende System entdeckt und praktisch ausgeführt:

Klassischer Einschnitt; Ablösung der hinteren Hälfte des häutigen Ganges; Schöpfung eines herunterhängenden Fetzen, bestehend aus der unteren Hälfte der Ohrenmuschel und einen kleinen Teil des Ganges mittels eines Specialinstrumentes; Zusammennaht dieses Fetzen, nach Entfernung der hinteren Hälfte des Ganges, mit dem Rand des Einschnittes des Ohrenmuschelansatzes. Zur Erleichterung der Vergrössung des neuen Ganges fügt Botey einen anderen Einschnitt hinzu, den er inter-trago-helig benennt, und fährt einen Halbkegel aus Hartgummi ein um die Grösse desselben zu erhalten.

**Ma plastique actuelle dans l'opération radicale de l'oreille, par le Dr. Ricardo Botey**  
(Resumé)

Après l'évidement pétro-mastoïdien les différentes méthodes otoplastiques destinées à canaliser la cavité osseuse créent un nouveau meatus auditif trop étroit et mal placé.

Après essai de toute les procédés, inclus celui de Siebenmann, très désagréable au point de vue esthétique malgré qu'excellent au point de vue chirurgical, Botey a imaginé et depuis longtemps mis en pratique un procédé de son invention, le voici:

Incision classique; décollement de la moitié postérieure du conduit membraneux. Création d'un lambeau au dépend de la moitié inférieure de la conque et d'une petite partie du conduit, avec un instrument spécial, et suture de ce lambeau après suppression de la paroi postéro-supérieure du conduit, à la lèvre postérieure de l'incision re-auriculaire, qui amène ainsi son écartement, en arrière. Pour faciliter l'amplitude du nouveau conduit, Botey ajoute son incision inter-tragohélycienne qui agrandit le meatus, puis place des cones en caoutchouc pour conserver sa largeur.

**Mia aktuala plastiko de  
la radika operacio de la ore-  
lo, de D-ro. Rikardo Botey.  
(Resumo)**

Post la petro-mastoidea malplenigado, la diversaj otoplastikaj metodoj difinitaj por havigi la ostan kavajon kreas novan oretruon suffice malargan kaj malbone lokatan.

Post provi elujn procedojn, antenante tiu de Siebenmann, tre maltrafa laci estetika vidpunkto kvenkam bonega laci kirurgia vidpunkto, Botey imagis kaj praktikis antaŭ longe procedon de sia elpensado. Jen estas.

Klasika sekco; malgluo je la postduono de la membranhava konduko. Kreado je elpendaĵo per la malsupra duono de la konko kaj malgranda parto de la konduko, per speciala ilo, kaj suturo (kunkudro) je tiu elpendaĵo—post forigi la postan supran parton de la konduko—kun la posta lipo de la retro-aurikula sekco, kio produktas tiel ĝian malkuniĝon posten. Por faciligi la amplekson de la nova konduko, Botey aldonas sian inter-trago-helicana sekcon, kiu pligrandigas la oretruon; kaj poste metas kiel ĉukajn konusojn por konservi ĝian dimensionon.

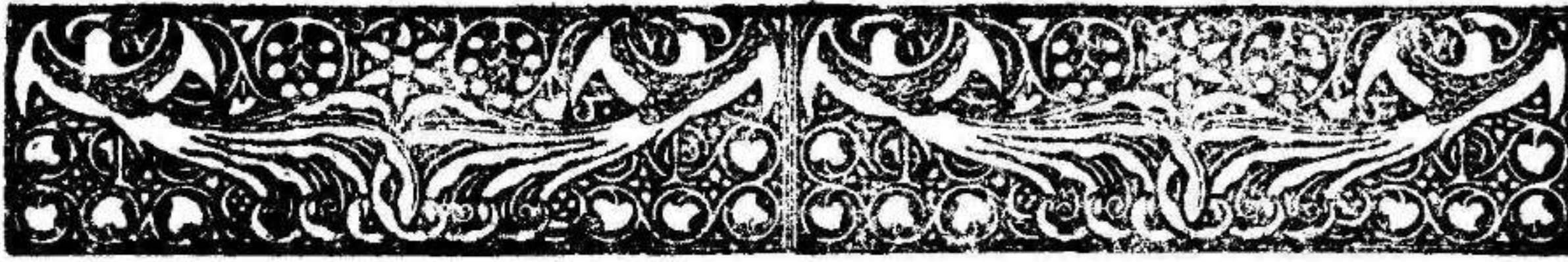
**«La mia plastico attuale  
nell'operazione radicale dell'  
orecchia» dal Dott. R. Botey**

Dopo l'vuotamento petro-mastoideo, i diversi metodi otoplastici, destinati a produrre cute nella cavità ossea, creano un nuovo buco auditivo troppo stretto e male impiegato.

Dietro le prove di tutti i procedimenti, quello inclusive del Siebenmann, spiacevole allo scopo estetico benché eccellente per l'obiettivo chirurgico, il Prof. Botey ha concepito e alla perfine praticato questo procedimento della sua invenzione:

Classica incisione; scollamento della metà posteriore del condotto membranoso. Formazione d'un cencio preso dalla metà inferiore del nicchio e d'una piccola parte del condotto con uno speciale strumento, e cucito di quello cencio—dopo la suppressione della parete posteriore del condotto—col labbro posteriore della incisione retro-auricolare. Per facilitare l'ampiezza del nuovo condotto il Botey aggiunge la sua incisione inter-trago-elicana che ingrande il canaletto e poi colloca i suoi coni di caoutchouc per conservare le loro dimensioni.





**Dos casos operados de Epididimectomia por lesiones tuberculosas, por el Doctor Julio Lorca, Ancien Moniteur á la Clinique des Voies Urinaires de l'Hopital Necker de Paris :: :: :: :: ::**

**S**e debe precisar en qué casos la epididimectomia puede ser practicada con éxito y para ello es necesario el conocimiento exacto de la evolución de las lesiones tuberculosas en el aparato genital masculino.

Clínicamente sabemos que la tuberculosis genital se presenta a nuestra observación bajo dos formas evolutivas, una aguda y otra crónica: la primera, siempre primitiva y unilateral provoca reacciones generales y síntomas locales debidos a la localización de la infección sobre la glándula genital pero bien pronto se propaga esta también a las vías espermáticas empezando por el epididimo para continuar invadiendo rápidamente los canales deferentes y vesículas seminales.

El principio de la enfermedad se manifiesta a veces por un dolor más o menos vivo en el testículo invadido, a veces existe también algo de fiebre pero casi siempre pasa desapercibida para el enfermo, el testículo aumenta de volumen y se vuelve un poco irregular y duro, el epididimo se encuentra ligeramente afectado y existe un hidrócele de más o menos consideración; en estas condiciones lo que ocurre con más frecuencia es que el testículo se vaya creando adherencias a la piel al mismo tiempo que se le nota cierto reblandecimiento y entonces la piel en un punto se enrojece ligeramente tomando un aspecto más brillante y fino en donde más tarde se abren uno o varios orificios para dar salida a un pus espeso y quedando así constituida una fístula rebelde a todo tratamiento médico.

El proceso, puede seguir invadiendo así las vías espermáticas, creando nuevos focos tuberculosos desde donde puede invadir la infección a otros órganos de la economía acabando con la vida del enfermo.

En estos casos estaría indicada la castración con estirpación del canal deferente hasta mas allá del anillo inguinal interno.

La segunda forma de la tuberculosis genital o forma crónica, es bastante más frecuente que la aguda y principia generalmente por las vías espermáticas para invadir más tardíamente la glándula genital; al principio pasa casi siempre desapercibida para el enfermo la presencia de estas lesiones, la reacción que ellas provocan es tan exigua que no llama su atención, pero llega el momento en que el epididimo se afecta y entonces el paciente nota algo raro, su testículo ha cambiado sensiblemente de forma y volumen y hasta es algo doloroso; en estas condiciones se presenta a nuestro examen, apreciándose entonces uno o varios nódulos de infiltración, duros, irregulares, indoloros o muy poco dolorosos situados en la cola y cabeza del epididimo formando en conjunto una masa general casi de igual tamaño que el testículo o mayor; los canales deferentes están algo aumentados de volumen y en las vesículas seminales a nivel del cuello se pueden apre-



clar también algunos nódulos duros por el tacto rectal.

A medida que avanza el tiempo, el proceso tuberculoso tiende a propagarse al testículo el cual sufre cambios notables en su forma, volumen, consistencia etc. etc. hasta que más tarde se reblandece y adhiere a la piel para dar lugar a la consabida fistula de tendencia esencialmente crónica; en estas circunstancias es cuando la enfermedad es más molesta para el paciente lo cual hace que sean estos casos llegados a tal situación los que con más frecuencia acuden al médico.

Cuando las lesiones no han llegado aún a invadir el testículo quedando limitadas especialmente al epidídimo y canales deferentes, está perfectamente indicada la epididimectomía con ó sin deferentectomía total según la importancia de las lesiones a lo largo de estos conductos, pero cuando los casos son más avanzados, con invasión glandular, hayan o nó fistulas, entonces hay que pensar desde luego en la castración, única intervención eficaz.

Al proceder a operar los dos casos que son el objeto de esta nota clínica me he basado en en el criterio seguido por Marión, de la Clínica del Hospital Lariboisiere, que consiste en hacer siempre la mayor limpieza posible de los focos tuberculosos estirpando completamente el epidídimo y haciendo una resección bastante notable del deferente, puesto que en la mayor parte de los casos que él ha operado ha podido comprobar la resolución completa y desaparición de las lesiones que existían en las vesículas seminales, después de cierto tiempo de haber hecho la epididimectomía.

Así, en una de las estadísticas presentadas por Marión en que figuran 84 casos de lesiones tuberculosas primitivamente localizadas en el aparato genital, sin otras localizaciones en la economía, habían 40 enfermos cuyas lesiones radicaban solo en las vías espermáticas y practicó en ellos 21 epididimectomías unilaterales, 3 dobles, 13 epidídimo deferentectomías unilaterales y 3 dobles.

En un gran número de estos casos observados algún tiempo después de operados se comprobaron excelentes resultados pues en todos

ellos las cicatrices eran apenas visibles, no habían adherencias de la piel con los tegidos más profundos, el testículo permanecía libre, las lesiones de la próstata y vesículas habían desaparecido completamente y en todos ellos sin excepción la fuerza genital había permanecido igual que antes de aparecer sus lesiones tuberculosas.

*Observación primera.* F. M. de 24 años, natural de Almería. Un año antes de venir a consultar había contraído una blenorragia que trató convenientemente quedando curado, unos meses más tarde empezó a notar cierta sensación de escozor a cada micción y por las mañanas veía en el meato una secreción poco abundante que apesar de los variados medios empleados no había llegado a desaparecer; pero lo que más preocupaba su ánimo era una hinchazón que había notado en su testículo derecho, hinchazón apenas dolorosa a la presión que había aparecido en unas cuatro semanas.

Examinado detenidamente encontramos que aquella secreción no contenía más que algunos elementos epiteliales, muy escasos glóbulos blancos y no existían gonococos. La uretra era de un calibre 25 y examinada con el uretroscopio no presentaba en toda su extensión nada anormal; el tacto rectal nos mostró que la próstata se hallaba enteramente normal a juzgar por su volumen forma y consistencia; solamente a nivel del cuello de las vesículas seminales encontramos una induración especial, de forma redondeada que parecía prolongarse hacia arriba en dirección al cuerpo de la vesícula del lado derecho; en el lado opuesto no se notaba nada de esto. Una minuciosa exploración de bolsas y testículos permitió apreciar que en el lado izquierdo no habían señales de la más ligera alteración, en cambio en el derecho, el epididimo, estaba muy aumentado de volumen y sumamente duro; en la cabeza del mismo se podía apreciar un nódulo del tamaño de una avellana, de superficie lisa y regular, este se unía por medio de un estrechamiento a manera de cuello con otro cuerpo alargado y abolido irregularmente que ocupaba todo el resto del epididimo haciendo a este mucho más largo y ancho; el escroto parecía algo espesado

á nivel de la cabeza del epididimo y a lo largo del cordón espermático se podían notar dos o tres induraciones redondeadas hasta unos tres centímetros del anillo inguinal a cuyo nivel estaba completamente liso.

En el aparato respiratorio no había ningún signo que llamase nuestra atención sobre la probabilidad de existir una lesión bacilar, pero apesar de la falta de antecedentes individuales y familiares en ese sentido hicimos el diagnóstico de tuberculosis genital que más tarde quedó comprobado por el exámen microscópico de la pieza patológica extirpada.

*Observación segunda.* I. S. natural de Barcelona, de unos 30 años; vino a la consulta con una antigua historia de blenorragia habiendo padecido epididimitis doble recidivante hacia unos 6 años; su consulta era motivada por la presencia de tres fístulas escrotales que le tenían en un lastimoso estado de ánimo.

Hecho un examen del paciente se comprobó que en la parte superior y media del escroto, en el lado derecho, existían uno y dos orificios respectivamente por los cuales salía fácilmente a la menor presión de las zonas próximas, un pus muy fluido de color blanco amarillento; la piel estaba fuertemente adherida a una masa dura e irregular subyacente formada por el epididimo y principio del canal deferente; todo allí estaba confundido excepto el testículo que parecía completamente aislado de la lesión epididimaria; el canal deferente no parecía afectado en el resto de su extensión pues era liso y perfectamente regular.

El tacto rectal dejaba apreciar una próstata en la cual no había nada anormal, solamente una pequeña induración a nivel de la vesícula derecha.

El testículo izquierdo, era normal su epididimo, tenía una induración a nivel de la cola con los mismos caracteres de las lesiones blenorragícas, el canal deferente no estaba nada afectado; en el pus procedente de las fístulas se comprobó la presencia del bacilo de Koch; ninguna otra lesión tuberculosa existía en otros órganos.

Tanto en este caso como en el anterior, con ligeras variantes, procedía hacer la epididimo-deferentectomía siguiendo la técnica que detallamos a continuación.

Primer tiempo: Incisión, que principia un par de centímetros por encima del centro del arco de Falopio, para descender oblicuamente y al principio casi paralela a la misma arcada y hacerla vertical al llegar a la raíz de la bolsa; en el segundo caso, al llegar a este sitio se dividió la incisión en dos que rodeando los orificios fistulosos se volvían a reunir en la parte inferior del escroto; en el primer caso, fué única; esta incisión comprendía la piel, el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis del gran oblicuo, con el fin de descubrir el canal inguinal como para una operación de hernia; tirando del cordón y despegando al mismo tiempo de las adherencias de tejido celular laxo se conduce el testículo hacia la herida habiendo tenido la precaución de seccionar el ligamento escrotal.

Segundo tiempo: Se aísla el canal deferente de los otros elementos del cordón espermático en la extremidad superior de la herida; una vez aislado se le diseca sin ejercer grandes tracciones siguiéndole todo lo posible en su trayecto inguinal y entonces se le liga y secciona con el termocauterio; enseguida se abandona en el interior del conducto inguinal y se hace la disección y aislamiento de la porción interior del canal deferente teniendo cuidado sobre todo con los vasos espermáticos para lo cual se secciona longitudinalmente la vaina fibrosa que rodea el cordón y se ejercen tracciones sobre el canal deferente separándole poco a poco de los vasos.

Tercer tiempo; Disección y separación del epididimo: se empieza por seccionar la vaginal en el surco de separación del epididimo y del testículo, enseguida se continúa disecando con ayuda del bisturí y con tijeras hasta llegar a nivel de la cola del epididimo, en donde se ejercen pequeñas tracciones para acabar de poner bien de manifiesto los pequeños vasos, que se seccionan igualmente que a nivel de la cabeza del epididimo para ligar los más importantes después.

Como todavía queda el epididimo unido al cordón por un collar de membrana vaginal que no se seccionó antes, se acaba esta sección y tirando del canal deferente se termina rápidamente la separación del testículo por un lado y el epididimo con su trozo de canal deferente por otro. La hemostasia se realiza buscando cuidadosamente los vasos que dan alguna sangre y ligándolos con cadgut del número 1. Si la albugínea del testículo ha sido muy interesada, se procura reconstituir por unos puntos también de cadgut fino. Enseguida se coloca el cordón en su lugar, se reconstruye la pared anterior del anillo inguinal con cadgut grueso y la piel se sutura con crin o seda en toda la longitud de la herida haciendo antes un orificio en la parte más declive del escroto para colocar un pequeño tubo de drenaje, y terminar colocando un vendaje apropiado.

El curso postoperatorio fué perfectamente en el primer caso, a los cuatro días se levantó el apósito presentando toda la herida el mejor aspecto; ocho días más tarde estaba la cicatriz completamente terminada quedando solamente un punto por cicatrizar correspondiente al sitio en donde había estado el tubo de desagüe que fué retirado al sexto día; visto el enfermo un mes más tarde continuaba perfectamente sin que se apreciara nada anormal en los testículos derecho e izquierdo; sin embargo, se le aconsejó un régimen sobrealimenticio y vida al aire libre para afianzar aun más su estado general bueno.

En el segundo caso no marchó la cosa tan rápidamente ni tan bien; al cuarto día se veía que por el tubo de desagüe había un ligero flujo por lo cual se empezó a inyectar por el mismo tubo una disolución de nitrato de plata al 1|200 haciendo así un buen lavado del foco supuratorio mientras tanto el resto de la sutura iba cicatrizando perfectamente; al décimo día la cantidad de flujo purulento del orificio fistuloso que había quedado al quitar el tubo de drenaje era muy escaso, el resto de la línea de sutura había cicatrizado completamente; el testículo seguía en un perfecto estado sin notar la más pequeña induración en el escroto que estaba completamente libre de adherencias con los testi-

dos subyacentes; en la próstata y vesículas no había nada nuevo que mencionar.

Un mes más tarde apenas si había un ligero rezumamiento por la pequeña fístula; y en unos quince días más, acabó por cerrarse totalmente.

Visto el enfermo unos seis meses más tarde, continuaba en buen estado, había aumentado ligeramente de peso y en el lado operado continuaba todo perfectamente; en el lado opuesto nos pareció que no había ninguna modificación, así como tampoco en la próstata y vesículas.





CLOROFORMO Y ÉTER.  
ANESTÉSICO

---

SOCIEDAD LEONESA DE  
PRODUCTOS QUÍMICOS.

AGUA DE

AZAHAR

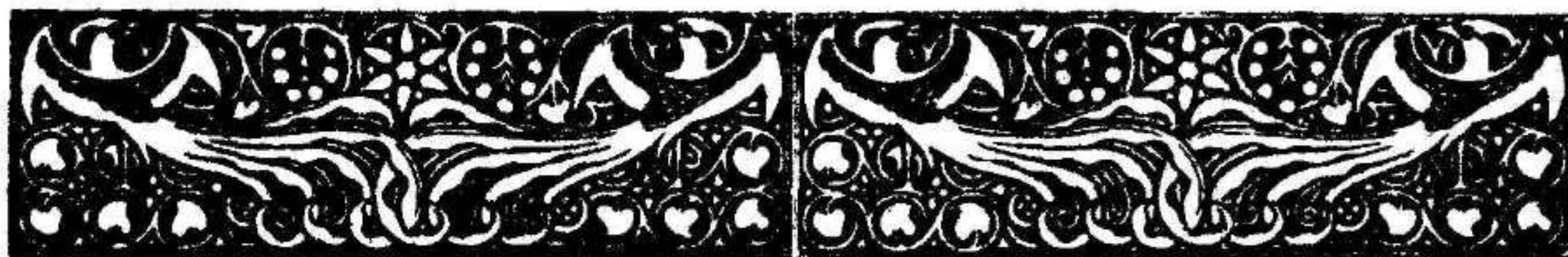
MARCA

LA GIRALDA<sup>SM</sup>

SEVILLA







**Albúmíno-fosfaturias de ori-**  
**gen dispépsico, por el Doctor**  
**D. Francisco Giner Hernán-**  
**dez, Gastrópata del Hospi-**  
**tal provincial. :-: :-: :-: :-:**

**L**a influencia que las enfermedades del estómago ejercen sobre los distintos órganos de nuestra economía, es hecho tan indubitable que su conocimiento se remonta a fecha muy lejana en que traspasando los dominios de la ciencia se hizo vulgar la célebre frase «el estómago es la oficina de la salud;» y en efecto puede decirse que apenas hay órgano cuya función no se modifique bajo el determinismo de la perturbación gástrica, buena prueba de ello son los trastornos nerviosos, los del aparato cardio-vascular, ciertas afecciones de la piel que a menudo observamos en los dispépsicos crónicos.

El riñón, el grande emunctorio de nuestra economía es por su importante desempeño fisiológico el que con más frecuencia y más directamente sufre en las gastropatías crónicas, manifestándose clínicamente por las alteraciones que ellas imprimen en la composición química de la orina, y apesar de las reservas formuladas por Brault fundadas en lo complejo del mecanismo de la producción de las albuminurias gástricas, Bouchard las admite en un tercio de casos de dilatación de estómago y Teissier llega á dividir las en gástricas é intestinales.

Harley y Johnson han sido los primeros en emitir el concepto de que ciertas albuminurias se deben al paso á través del filtro renal de materias albuminoideas imperfectamente elaboradas en el tubo digestivo. El profesor Robin expresa su conformidad en esto diciendo «tal vez no

conviene desechar la idea del paso á través del riñón de las materias proteicas insuficientemente quemadas ó introducidas en proporciones demasiado grandes en el estómago, según se observa sin duda en ciertos obesos muy comilones ó en aquellos en que la nutrición está manifiestamente más retardada».

La mayor parte de las veces esta albuminuria dispéptica pasa para el clinico desapercibida, porque siendo pequeña la cantidad de albumina contenida en la orina no es lo frecuente que dé lugar á signos clínicos que llamen la atención del médico, y cuando se descubre casi siempre es porque otras sustancias del mismo origen hacen cambiar el aspecto de la orina y el mismo enfermo nos hace fijarnos en ello y determina nuestra decisión al análisis químico.

Así nos ha ocurrido más de una vez en casos de fosfaturia de origen gástrico en los que la orina toma un aspecto lechoso de cuyo fenómeno siempre nos pide una explicación el sujeto que lo padece; fenómeno que como es sabido no depende ni por lo tanto es signo de aumento en la eliminación de ácido fosfórico y sí de bases alcalino-terreas en exageradas proporciones.

En los hiperclorhídricos crónicos, en aquellos en que su afección gástrica ha llegado á relajar la fibra muscular de la víscera, es en los que más facilmente se observa esta fosfaturia á que hacemos referencia, en los cuales la precipitación de bases alcalino-terreas es debida á que formándose de continuo mayor cantidad de ácido clorhídrico en la mucosa gástrica, queda en la sangre un exceso de bases.

Así han debido ocurrir las cosas en el enfermo cuya historia clínica voy á relatar á la ligera.

El día 30 de Septiembre del presente año se presentó en nuestra consulta T. B. H. de 46 años de edad, vecino de Corvera (Murcia) dedicado á la compra y venta de ganado lanar.

Sin antecedentes patológicos dignos de mención, nos refiere que desde hace seis años padece del estómago siéndole actualmente muy molesta la digestión de toda clase de alimentos; sufre frecuentes acideces y dolores gástricos, que se alivian con la ingestión de grandes cantidades de bicarbonato sódico; durante su relato nos dice repetidas veces que sufre pertinaz estreñimiento que procura combatir con purgantes; no ha tenido hematemesis ni deposiciones de color marcadamente obscuro.

Dice que le preocupa hondamente el color de su orina y esto que ya lo observa algún tiempo unido á *un dolor sordo* que nota á veces en el bajo vientre (señala región vexical) le han decidido á buscar el remedio ya que de su estómago está cansado de preocuparse.

La exploración clínica seguida del análisis del recogido gástrico, nos lleva á formular un diagnóstico indudable de hiperclorhidria con dilatación y ligera perigastritis.

El análisis químico de la orina arroja como resultado la presencia de grandes cantidades de fosfatos y uratos; albumina en la proporción de 0'75 por 1.000.

Durante un mes el enfermo ha estado sometido á un régimen lácteo absoluto; al uso moderado de alcalino (excepto el bicarbonato sódico) y lavados gástricos.

Actualmente ha mejorado de un modo notable y ha desaparecido su albumino-fosfaturia y con ello sus dolores hipogástricos debidos á la ligera inflamación vexical que ocasionan la presencia en dicho reservorio de concreciones pastosas de uratos y fosfatos que han de eliminarse en sucesivas micciones.

Ante una mejoría tan manifiesta le hemos permitido un régimen dietético lacto-vegetariano.

Pertenecen al grupo de albumino-fosfaturias por afección de aparato digestivo, las dependientes de estados hepáticos, y se observan tanto en las congestiones que en este órgano ocasionan ciertas dispépsias como en los casos en que esta víscera es la primitivamente afectada; así sucede en las hiperemias, hepatitis, cirrosis etc, según se desprende de los estudios de Teissier quien dá como cierto que en los casos de hiperfuncionamiento hepático, que se acompañan de una destrucción intensa de globulos rojos, queda en libertad una buena cantidad de globulina cuya presencia en la orina coincide con la de fosfatos.

En ciertos estados de discrasia por hipofunción hepática, la albuminuria estaria representada por la presencia en la orina de la serina ó sereglobulina y va acompañada de fosfaturia y peptonuria.

En los casos de cancer de higado suele presentarse albuminaria si bien con menos frecuencia; nosotros durante el pasado año hemos podido ver en dos enfermos de esta clase que acudieron á nuestra consulta pública del hospital provincial, una ligera albuminuria, sin fos-

fatúria en uno de ellos, y sin que en ambos el examen microscópico del líquido urinario denotara degeneración renal.

Hace unos meses tuvimos ocasión de ver en Beniajan (Murcia) con nuestro compañero el Doctor Marin una enferma de cáncer masivo de hígado en la que además de anaclorhidria existía albuminuria y en este caso la presencia de elementos epiteliales procedentes del tejido renal acusaron una nefritis á la que forzosamente hemos de culpar como productora de la albuminuria observada.

Hemos citado estos tres casos porque fundándonos en los dos primeros admitimos frente á otras opiniones la albumino-fosfaturia de origen hepato-canceroso, ya dependa de la discrasia producto de la perturbación tan honda de viscera tan importante, ya del grado inferior de disgestion que en el estómago del hepato-canceroso sufren los materiales proteicos.





ACADEMIAS Y SOCIEDADES

## REAL ACADEMIA DE MURCIA

Sesión del día 2 de Octubre de 1916

**B**ajo la presidencia del Doctor Medina reanudó sus sesiones literarias esta corporación, interrumpidas por las vacaciones del Estio...

Después de leída el acta de la sesión anterior por el Secretario perpetuo, Doctor Albaladejo, dióse cuenta de los trabajos presentados al concurso anual de esta Academia, correspondiente al año actual, cuyo plazo de admisión habia ya expirado.

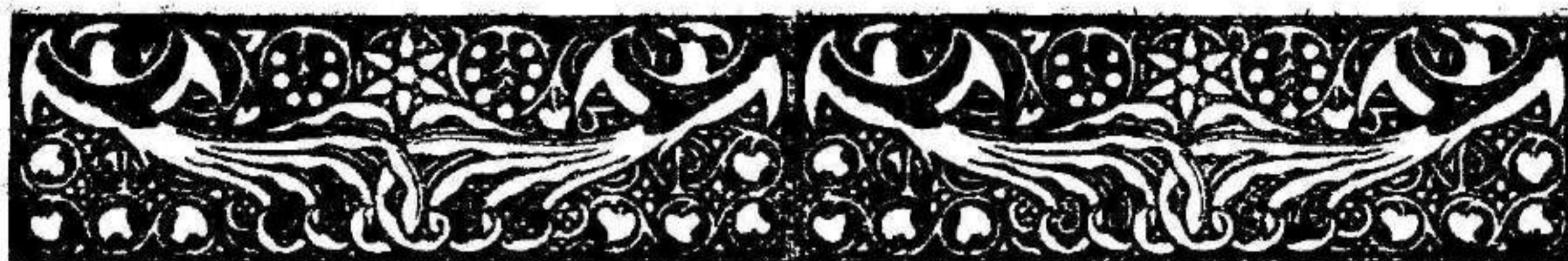
Seguidamente se ocuparon de las enfermedades reinantes (paludismo y enteritis) los doctores Piquer y Aroca.

El doctor Hernández-Ros siguió haciendo uso de la palabra para continuar ocupándose del tratamiento de la fiebre tifoidea. Aportando nuevas observaciones sobre el empleo de la vacuna específica.

Presenta tres nuevos casos de tifus abdominal, tratados por este moderno remedio terapéutico, en los cuales se comenzó á inyectar la vacuna antitífica por la dosis de 500.000.000 de gérmenes, y no obstante la equivocación del personal auxiliar encargado de su aplicación, no observó ningún accidente perjudicial.

El doctor Medina, hace algunas observaciones y termina rogando á los señores académicos que los casos presentados por el Doctor Hernández-Ros no vayan á formar parte de la estadística que venía haciendo la Academia, por carecer, dos de ellos, del diagnóstico bacteriológico y ser por lo tanto dudosa la existencia del bacilo de Ebert.

Y finalmente el doctor Hernández-Ros dá á conocer un caso por él observado de anafilaxia por el suero antidiftérico, haciendo atinadísimas reflexiones para evitar el uso intempestivo de tan precioso agente terapeutico, el que con tanta facilidad y por defectos de diagnóstico puede dar lugar á accidentes desagradables.



INFORMACIÓN CIENTÍFICA

## Revista de Especialidades

BIOLOGIA

**Estado actual de la reacción de Abderhalden** (*Med. Record*,  
Febrero 1916.)

**E**n este artículo se analizan algunos trabajos concernientes a este asunto llegando en él a conclusiones que son en general desfavorables.

Prácticamente todo suero, sea o no de mujer embarazada, ocasiona la digestión protéica cuando se halla en el caldo en presencia del tejido placentario, como sucede en la reacción de Abderhalden; y aunque en realidad el suero de embarazada posea una mayor actividad proteolítica, en los casos medios las diferencias son tan pequeñas que caen dentro de las variaciones individuales, por lo cual, aun empleando la técnica cuantitativa, el diagnóstico del embarazo queda indeciso.

Las dificultades técnicas son tan grandes que no puede entrar esta reacción entre las que son corrientemente practicadas en los laboratorios. La proteólisis puede ser debida no a un fermento específico, sino al fermento proteolítico normal del suero, y por ello resultaría positiva con suero masculino, por lo cual solo entre ciertos límites puede considerarse como específico.

Es prueba también contraria a su especificidad el hecho de que tales fermentos aparezcan prontamente en la sangre de los animales que acaban de ser inmunizados.

La reacción puede a veces depender de que existan en el suero, por reabsorción del tejido usado, antifermentos, y le sirven de complemento, con lo cual resultaría análoga a la reacción estalagmométrica de Ascoli.

En resumen, según el autor, la reacción de Abderhalden se halla casi desprovista de valor práctico.

J. EGGA LOPEZ

## FARMACOLOGIA

### *Algo sobre la digital*

**R**ecordemos que en el Congreso Internacional de Química celebrado en Londres en 1909 se recomendó la conveniencia del cultivo adecuado a cada país y a cada clima, de aquellas especies naturales que tienen una actividad que debe ser conocida por el médico y el farmacéutico. A procurar en lo posible esa uniformidad en la acción terapéutica tienden las prescripciones de las modernas farmacopeas dando normas sobre la época de la recolección.

Este objetivo que ha podido llegar a conseguirse en otras plantas, tratándose de la digital constituye un problema todavía no resuelto.

Nuestra farmacopea vigente manda se recolecten las hojas, único órgano medicinal de la planta, al principio de la floración (allá por el mes de Julio) del segundo año, y que han de proceder de la planta silvestre, por creerse que en estas circunstancias corresponde el máximo de acción. Pues bien, confirmando lo dicho anteriormente, parece haberse comprobado que las hojas recolectadas en Agosto del primer año son igualmente activas y parece corroborarlo las experiencias de Hatcher demostrativas de que la actividad de la planta es próximamente igual en el primero que en el segundo año, como así mismo en la planta cultivada que en la silvestre.

Es discutible sin embargo la conveniencia y beneficio del cultivo, pues por una parte es indudable que las hojas pierden mucho de su

actividad con el tiempo, así como es notablemente influenciada por el terreno y el clima; la digital francesa de los Bosgos por ejemplo, es más activa que la de la Bretaña, la alemana está reputada como más tóxica, y por otra, se ha observado que en las mismas condiciones de terreno y localidad dicha actividad puede variar de un año a otro resultando a veces menos enérgicas en su acción las cultivadas que las espontáneas. Las experiencias practicadas en Ondán enseñan que el cultivo de esta planta requiere un terreno ácido; si crecen en uno calizo solo contienen entonces indicios de digitalina cristalizada (digitoxina) aamentando en cambio la proporción normal de los demás glucósidos.

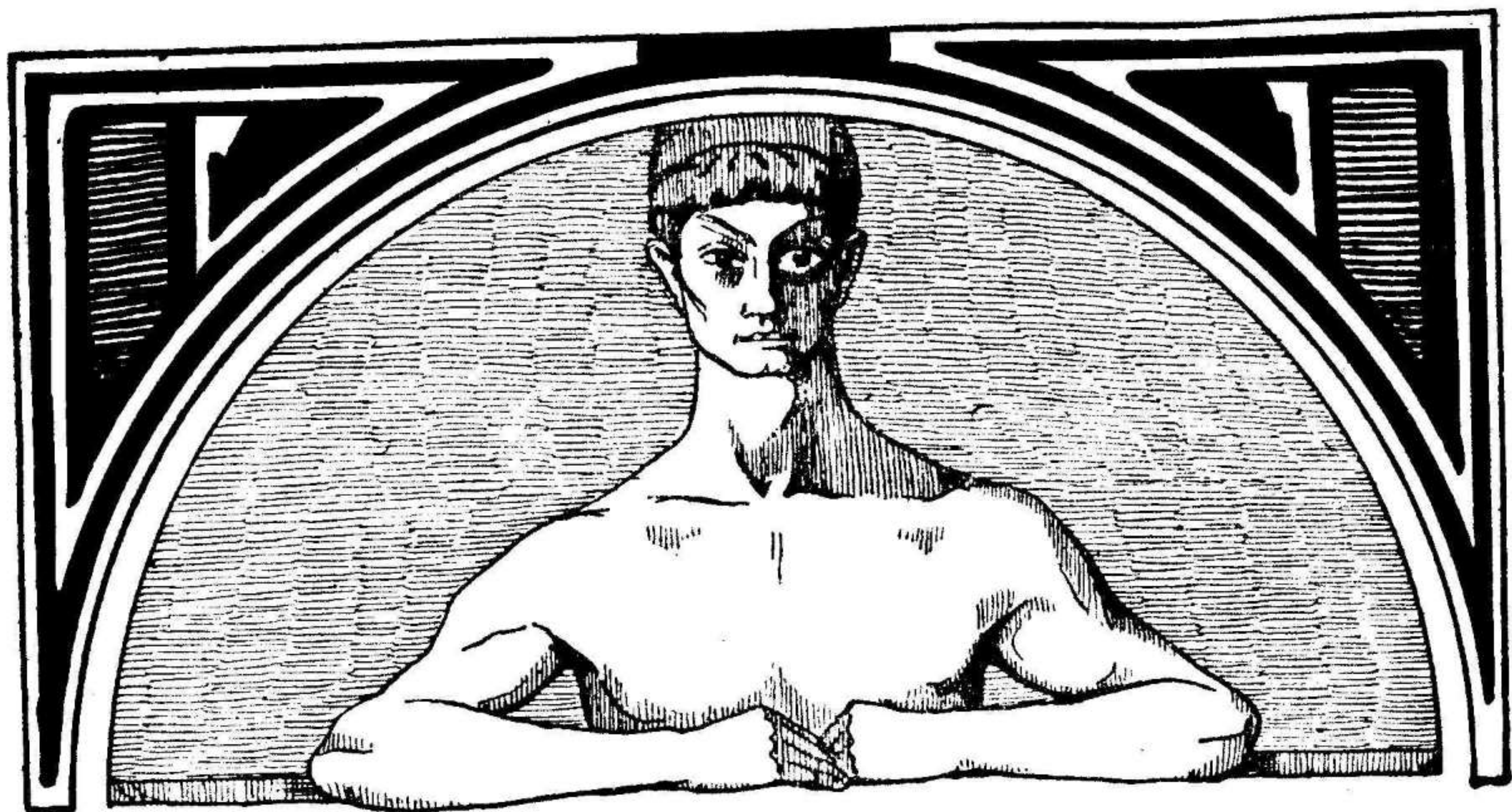
No está dicho por lo tanto la última palabra sobre tan importantes cuestiones, y estas discrepancias observanse también en el estudio de algunos de sus preparados galénicos; así mientras W. England recomienda como más eficaz la tintura preparada con las hojas privadas de grasa por el éter de petróleo, Hatcher asegura que ello no reporta ventaja alguna.

En los terrenos graníticos y montañosos del N. E. y S. de nuestra Península la *Digitalis purpúrea* es especie abundante de la rica y variada flora de nuestro suelo; pero sin embargo de tratarse de planta indígena, por ser recolectada las más de las veces por personas imperitas y muy mal pagada por las casas de drogas la digital suele encontrarse en el comercio mezclada con otras especies afines que no pueden sustituirla para los usos médicos, y aún con plantas notablemente distintas.

DR. ENRIQUE GELABERT AROCA.







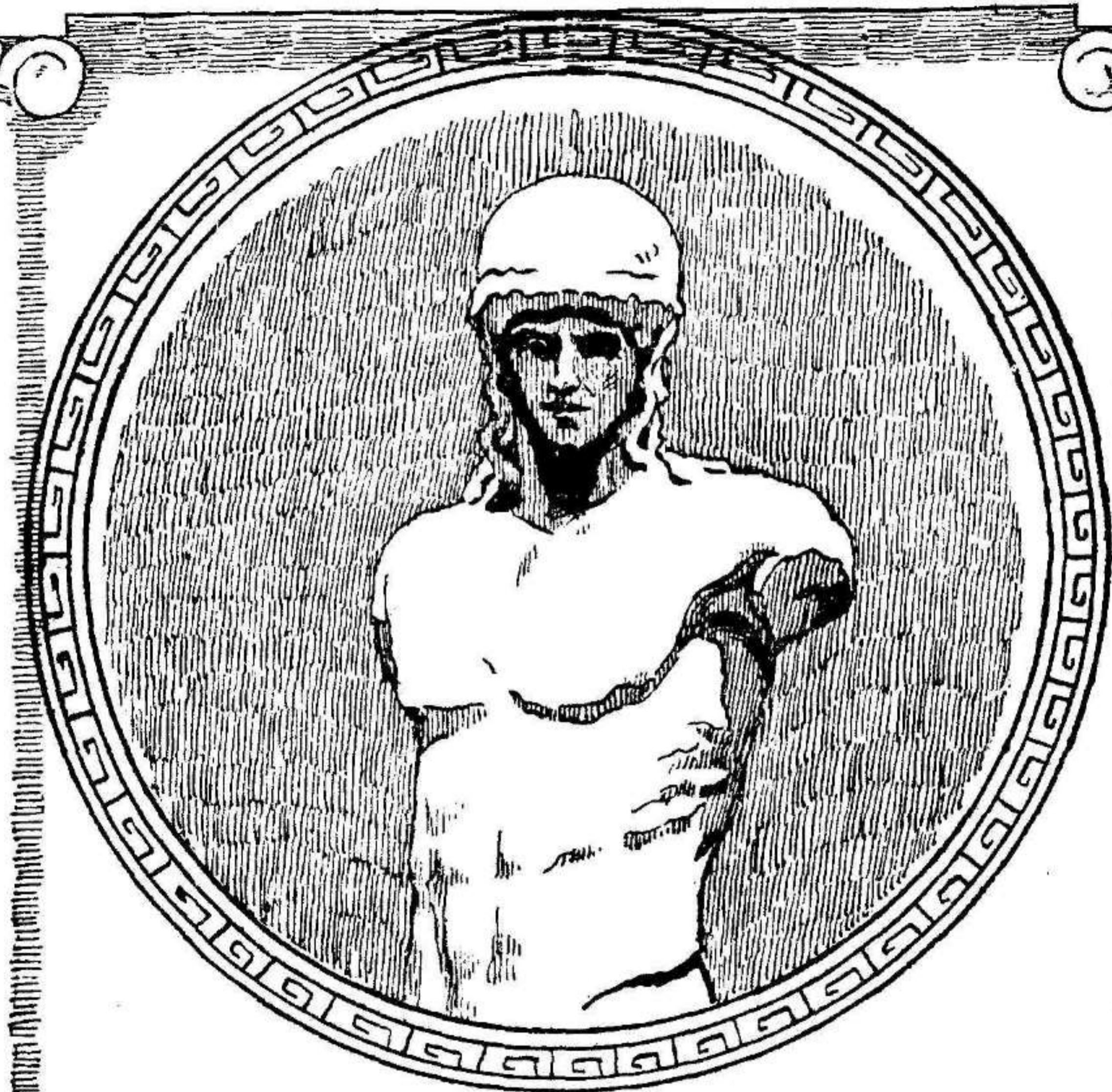
SOLUTO ~ VITAL

NEURASTENIA.  
AFECCIONES DEL PECHO.  
ANEMIA.  
RAQUITISMO.  
CLOROSIS.

---

J. ARRANS = FARMACEUTICO  
SEVILLA

# CAVERNINA-BAILEN-



-TUBERCULOSIS—

CATARROS CRÓNICOS—

-ANEMIA—

-CLOROSIS—

GARCIA BAILEN

FARMACEUTICO

CARTAGENA