

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS
REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS
REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS

TOMO IX

FEBRERO 1915

NUM. 95

SUEÑOS Y ENSUEÑOS

POR EL

DR. AURELIO VIRGÓS Y GUILLÉN

EL SUEÑO

Las funciones cerebrales, como, por otra parte, todas las funciones del organismo, son intermitentes y pasan por dos estados que se suceden periódicamente: el estado de actividad ó vigilia y el estado de reposo, inactividad reparadora ó sueño, que vamos á estudiar en este momento.

El sueño, á lo menos cuando es profundo (primera parte del sueño), está esencialmente caracterizado: primero, por la suspensión completa de la actividad cerebral consciente, sensitiva, psíquica y voluntaria; segundo, por la abolición automática de los centros para los movimientos de conjunto (locomoción, equilibrio); tercero, por una disminución marcada de la excitación refleja y del tono muscular, y cuarto, por el retardo del corazón, de la respiración, de las secreciones, de los movimientos del estómago y del intestino, que demuestran que los centros automáticos esenciales orgánicos participan de un descanso periódico.

Aún no sabemos con seguridad cuál es fisiológicamente el fundamento del sueño. Probablemente el sueño es originado por una fatiga química de la corteza cerebral (por ejemplo; por los residuos que se han debido formar durante el trabajo de vigilia), que lleva consigo el agotamiento del sistema nervioso y la disminución de su excitabilidad, que resulta del propio funcionamiento de los nervios y de los centros nerviosos durante el estado de vigilia.

Se ha comparado el sistema nervioso cerebro-espinal con un

motor que gasta la energía acumulada durante su funcionamiento, y al cual debe dársele cuerda periódicamente para una nueva fase de actividad.

La causa del sueño que hemos señalado explica el por qué sobreviene en el hombre y en los animales á intervalos periódicos, que se corresponden en general con la noche, es decir, con el momento en que la excitabilidad nerviosa cerebro-espinal, ya agotada por la actividad del día, se halla, además, solicitada en grado menor, á causa de la debilitación de todas las excitaciones sensoriales exteriores (luz, ruidos, etc.).

Aquí merece recordarse el caso de una enferma, joven, afectada de anestesia generalizada de todos los sentidos, excepto de un ojo y un oído, y en la cual se provocaba inmediatamente el sueño cerrando el ojo y tapando el oído que la ponían en comunicación con el mundo exterior. Demuestra perfectamente este caso la influencia de la disminución de las excitaciones exteriores en la producción del sueño.

El estado de circulación cerebral es digno de observarse, ya que muchos autores han hecho depender, sin razón, el sueño directamente de él. Pero mientras que, según unos, existe un aflujo más considerable de sangre y de congestión cerebral durante el sueño, lo que haría asemejar el reposo cerebral al coma de las congestiones morbosas, según otros, existe, al contrario, anemia de los centros nerviosos. Las observaciones ple-tismográficas de Salathé, de Franck y de Mosso, practicadas en el hombre en casos de pérdida de substancia de la bóveda craneal y la observación directa en animales, han demostrado que durante el sueño existe realmente anemia.

Se ha tratado también de explicar el sueño por la rotura temporal del contacto entre las neuronas. Sustituída la vieja idea de la continuidad de estas por la noción de mera contigüidad (Cajal), se ocurrió desde luego que las ramificaciones de substancia protoplasmática, que son las que establecen el contacto, pudieran por la retracción aminoidea de este protoplasma (teoría del amibismo nervioso) separarse más ó menos entre sí, interrumpiendo la comunicación.

Cajal admite como muy probable que son ciertas células de neuroglia las que vienen á interponerse entre las neuronas, suspendiendo ó dificultando la corriente; en este caso, la suspensión resultaría de un proceso activo, mientras que en la teoría de Duval y Lepine resulta del reposo ó retracción amiboide pasiva.

Después de un tiempo variable, se presenta la segunda parte del sueño, durante la cual se ven reaparecer, bajo la influencia

de la restauración del sistema nervioso, las funciones suspendidas. La excitabilidad refleja debilitada aumenta paulatinamente, y se ven aparecer los movimientos automáticos de conjunto, como son la acción de mover las extremidades y de moverse en la cama; estos movimientos, puramente reflejos, debidos á impresiones periféricas, no son sentidos y atestiguan que los nervios y los órganos de los sentidos recuperan paulatinamente su excitabilidad hasta el momento de despertar. Esto lo demuestra igualmente el establecimiento de la curva de intensidad del sueño por la intensidad de la excitación sensorial (ruido, por ejemplo) necesaria para despertarse. Alcanza su máximo entre la primera y la segunda hora, para disminuir luego de un modo continuo hasta el momento de despertar. Estas curvas se han determinado valiéndose de esferas de metal que se dejan caer, y la altura de caída necesaria para despertar a un individuo determina la profundidad de su sueño. Durante esta fase de excitabilidad creciente del sistema nervioso es cuando principalmente sobrevienen los ensueños.

Psicológicamente se representa al sueño como una abolición más o menos graduada de todos los procesos psíquicos, es decir, una pérdida de la conciencia «o inconsciencia».

ENSUEÑOS

Decía en el párrafo anterior que el sueño es un estado de inconsciencia por la abolición de todos los procesos psíquicos. En una forma de los sueños, en los llamados ensueños, aparecen procesos psíquicos paralelos.

Para Tissié, el ensueño es el pensamiento del hombre dormido, como el pensamiento es algunas veces el ensueño de un hombre despierto.

Para el estudio de los ensueños se recomienda muy encarecidamente la auto-observación, y sobre todo seguir el ejemplo de Lazarus, que colocaba junto a la mesilla papel y lápiz y en cuanto despertaba de su ensueño escribía lo soñado, ya que más tarde difícilmente se recordaba.

Si analizamos un ensueño observamos que existen en él representaciones fantásticas, dotadas muchas de ellas de la viveza sensorial de las sensaciones. Lo que caracteriza al ensueño, entre otros estados semejantes, reside en el hecho de que el aumento de la excitabilidad, atestiguado por las alucinaciones, se mantiene limitado a las funciones sensoriales, estando inhibida en el sueño ordinario y en los ensueños la actividad externa de la voluntad. En efecto, que hay aumento de excitabilidad se demuestra por el crecimiento de las sensaciones re-

producidas durante el ensueño, y que, como decimos antes, llegan a adquirir la intensidad de impresiones sensitivas externas, aconteciendo que sean objetivadas como representaciones reales, meras imágenes mneumónicas.

Vemos, pues, que la abolición de los procesos psíquicos durante el sueño lleva consigo un estado de disposición mayor para una excitabilidad de los centros sensitivos y, por consiguiente, cualquier impresión reproducida o interna puede alcanzar toda la intensidad de una impresión real o externa. Trátase, pues, de peculiares alucinaciones del sueño, las cuales se reúnen en prolongadas series sucesivas.

En muchísimos casos se puede demostrar que en los fantasmas de los sueños no falta un estímulo periférico. Así, una neuralgia intensa, con frecuencia sirve de punto de partida a la sensación soñada de una puñalada violenta en el sitio donde radica la neuralgia; después asóciase con viveza alucinatoria la imagen del homicida y sus palabras amenazadoras.

Vemos, pues, que en este caso existe al principio una ilusión y ninguna alucinación, pero más tarde aparecen éstas atraídas por la ilusión. En una palabra, los pensamientos de nuestros ensueños pueden venir de fuera, dando lugar a ensueños de origen sensorial, pero otras veces su origen es interior y dimanar de una imagen mneumónica: ensueños de origen psíquico.

Como ejemplos de ensueños de origen sensorial citaré los casos que Maury refiere de él mismo.

Estando enfermo soñó que era perseguido, hecho prisionero y condenado a muerte. Es arrastrado hasta el patíbulo, asiste a los preparativos de su ejecución y coloca su cabeza sobre la fatal plataforma, sintiendo en seguida la terrible cuchilla sobre su cuello. Al despertar observó que uno de los bolinches de su cama se había caído, colocándose junto a su cuello. La impresión táctil había provocado un ensueño de algunos segundos que había durado muchos días.

Otro ejemplo, no menos notable, de Maury, va a servir de relación entre los ensueños de origen táctil y los de origen auditivo. Este autor cuenta que se había adormecido a consecuencia del fuerte calor que se sentía. Sueña entonces que habían colocado su cabeza sobre un yunque y que le daban martillazos repetidos. El oía en sueños, muy claramente, el ruido de los pesados martillos, más, por un efecto singular, en lugar de romperse su cabeza, se funde en agua. Despiértase y siente su cara inundada de sudor, y oye, no muy lejos de su casa, el ruido real de los martillazos.

Estas observaciones prueban que el ensueño puede ser producido por una impresión sensorial. Esta despierta una imagen del mismo orden que la impresión recibida, visual si es la vista, auditiva si es el oído. Esta imagen llama a otras por asociación de ideas, por recuerdos de pasadas escenas.

Entre dos impresiones sensoriales percibidas al mismo tiempo, la más viva es la que domina la escena y provoca la idea principal del sueño. Si Maury no hubiese oído martillazos mientras sudaba, probablemente hubiera soñado que se bañaba; más la impresión auditiva, dominando la escena, originó el sueño descrito.

Vemos, pues, que el soñar es una manifestación restringida de la actividad psíquica que prosigue durante el sueño, o que después de una suspensión momentánea reaparece con el retorno de la excitabilidad nerviosa que sigue al primer sueño.

La característica de los sueños es, en general, la falta de ilación, la incoherencia en las imágenes y las ideas que se suceden resultantes de un trabajo cerebral incompleto, desordenado, debido al funcionalismo parcial y desigual de los centros nerviosos, en lugar del encadenamiento lógico de las ideas, de los juicios razonados y del proceso normal del pensamiento, que es el resultado del concurso armónico de todas las partes del cerebro.

Esta falta de ilación e incoherencia de las imágenes y el intervenir representaciones relativamente escasas, al contrario del estado de vigilia, en que actúan numerosas representaciones concomitantes, y por tanto comparaciones y correcciones adecuadas, explican la dificultosa capacidad de reproducción de las imágenes de los sueños y su rápido olvido.

ENSUEÑOS DE ORIGEN PSÍQUICO

En este lugar colocaremos aquellos ensueños cuyo origen no es una sensación, sino una representación o, mejor dicho, imágenes mneumónicas no vivaces sensorialmente. Llegan a tener gran vivacidad alucinatoria en el ensueño aquellas imágenes mneumónicas que han aparecido en nuestra asociación de ideas, no inmediatamente antes de dormir, sino algunas horas antes; pero no obstante encontrarse algunas veces estas representaciones asociadas en series y hasta en juicios, la asociación resolutive, frecuentemente absurda y su rápido olvido tiene también lugar, como en el caso anterior.

Hablando de los ensueños de origen psíquico recuerda Maury el siguiente ejemplo de su propia observación:

«Yo tengo—dice—la vista corta y mala, y desde la ventana de mi cuarto no puedo distinguir con claridad una persona que pasa por la calle. Pues bien, muchas veces, en sueños, creo percibir desde mi ventana gentes que pasean y yo no las distingo mejor que lo hubiese hecho en la realidad.

Evidentemente, no hay miopía imaginativa; era la memoria de una mala vista lo que le hacía ver mal también en sueños. Cuando Maury soñaba como un hombre está conformado y lo representaba tal como era, distinguía perfectamente todos sus rasgos característicos. En su sueño la representación concreta de la ventana provocaba la representación abstracta; había relación de causa a efecto. El poseía dos memorias; la de un hombre que él había visto de cerca y la de un hombre que él veía de lejos desde su ventana.

Cada vez que la memoria de la ventana aparecía en su sueño despertaba la memoria de su corta vista, que despertaba a su vez una representación abstracta.

La Tuberculosis y la fiebre tifoidea

POR EL

DR. RODRIGUEZ MÉNDEZ

La endemia tifoidea de Barcelona, convertida en epidemia en virtud de una serie de abandonos injustificables, y la endemia tuberculosa, uno de los grandes males de esta ciudad, que no cesa en su labor destructora, han dado ocasión al estudio de casos en que coincidieron en el mismo individuo las dos infecciones.

La recíproca influencia de ambas no es uno de los asuntos más estudiados, y no será, ciertamente, porque falte material en muchos puntos. Sin pretensiones de ninguna suerte, voy á reseñar lo que he visto en algunos de mis clientes, lo que he aprendido en varias consultas y lo que han tenido la bondad de contarme algunos compañeros á quienes he interrogado sobre el asunto.

Es antigua la creencia de que la tuberculosis aparece con predilección especial en la convalecencia de las fiebres tifoideas, sobre todo en las de larga evolución, de grandes desgastes morbosos y terapéuticos y de lenta y difícil reposición. Quedaba el individuo débil y se heticaba con facilidad, decían los antiguos, ó, como dicen los presentes, queda sin defensas orgánicas, y el bacilo, ya presente, pero inactivo hasta entonces, ya adquirido, campa por sus respetos; en el fondo es el mismo concepto: ideas viejas con ropaje moderno. Y extendiendo más la connivencia, entraban también otros padecimientos microbianos, el paludismo, por ejemplo, antes tan discutido, como preparadores ó aguzadores de la infección tuberculosa.

En este aspecto del estudio se admitía, y sin inconveniente puede aceptarse, hoy como ayer, la existencia de una correlación entre ambas microbiosis. La una predispone, la otra aprovecha las, para ella, favorables circunstancias.

Cuando no se suceden, si no que coinciden, el hecho cambia por modo esencial. El caso es este; un tuberculoso que ha sido presa de la fiebre tifoidea.

Queda, con lo enunciado, afirmada la compatibilidad entre

los dos padecimientos, que algunos han discutido y unos pocos negado. Un tuberculoso puede ser tifoideo.

¿Qué pasa en este caso? Reduciendo á conceptos generales lo que se deduce de los datos á que me atengo, he aquí lo más culminante en cuanto á la tuberculosis pulmonar de evolución lenta.

Al iniciarse la fiebre tifoidea, en aquel momento más presentida que diagnosticada, se agravan casi siempre los fenómenos torácicos, especialmente, los subjetivos, opresión, dolores y la tos aumenta. Parece se trata de una grippe mediana de escasa reacción torácica y con ligera extensión de las zonas congestivas. Poquísimas veces hubo un paro en el padecimiento pulmonar.

A medida que evolucionaba la nueva infección y á la par que se iban destacando los trastornos digestivos y subiendo la fiebre, la acentuación de lo pulmonar arreciaba más y más en unos enfermos, hasta el punto de que, de no estar en antecedentes y sin un examen detenido, se hubiera pensado sólo en una localización neumónica de la infección eberthiana; en cambio, en otros remitió lo que se hab.a agravado en el pecho y hasta pareció alguna vez que retrocedían las anteriores congestiones, dejando más libre el campo respiratorio y quejándose menos los enfermos de la opresión, de los dolores y de la tos, disminuciones no siempre referibles á perturbaciones de los centros nerviosos, ya que algunos pacientes ó no las tuvieron en toda la evolución ó no alcanzaron proporciones merecedoras de ser tenidas en cuenta por formas muy benignas y con escasa intoxicación, no obstante ser el diagnóstico bien preciso (bacteriología de las deposiciones y de la sangre).

En cambio, al establecerse la convalecencia, el proceso pulmonar adquirió rápido vuelo generalmente; lo que era crónico se convirtió en agudo, y en plazo más ó menos largo sucumbió el enfermo á la tuberculosis, avivada por la ya extinguida fiebre tifoidea. No hubo ciertamente entonces bacterioterapia ni neutralización de unas toxinas por otras, antes bien se auxiliaron los bacilos y no se opusieron entre sí las toxinas. Sólo en contadísimos casos excepcionales, quizás dudosos, hubo algo de alivio en la convalecencia, y un poco después de ésta, alivio que no fué duradero y mucho menos definitivo.

Curación en esta simbiosis morbosa de la tuberculosis, no conozco ninguna.

Al revés, sé de un caso de tuberculosis intestinal, conllevado varios años por un moceton, al parecer fuertísimo, que en breves días falleció, liquidándose verdaderamente por los sudos-

antisepsia intestinal

Ferment Lactique MIDY

Muestras: Curiel Aragón 228 Barcelona et M. J. Curis Paris.

los mejores comprimidos Activos

JARABE IODURO de HIERRO DUPASQUIER

DEL D^o CHEVRIER FRASCO 4 P^{tas}

21, FAUBOURG MONTMARTRE, PARIS. DEPÓSITO, E. J. CURIEL, ARAGÓN 228, BARCELONA.

AGUA OXIGENADA CURIEL

MEDICINAL

BOTELLAS DE 250, 500 Y 1000 Grm. BOMBONAS DE 10 LITROS

ESTABILIDAD PUREZA

PRECIOS ESPECIALES A HOSPITALES Y CLÍNICAS EXÍJASE BOTELLA PRECINTADA

10 VOLÚMENES

LA PREFERIDA POR EL CUERPO MEDICO-FARMACEUTICO

DEPÓSITO GENERAL ARAGÓN 228-BARCELONA

OPOTERAPIA BILIAR

PILDORAS del D^o DEBOUZY

Extrato combinado de Bile
 Selección de 28 erliges
 0.50 gr. por Píldora - Dosis media 6 Píldoras por día

AFECIONES HEPÁTICAS
 Insuficiencia hepática
 Enfermedades de los países calientes. Constipación
 Entero-Colitis. Tuberculosis

PARIS



EL ANTISEPTICO más PODEROSO de los BRONQUIOS

CATARROS, BRONQUITIS, ENFISEMA, ASMA

SE CURAN CON EL

Jarabe FAMEL

ADOPTADO POR LOS HOSPITALES

CITROSODINE GRÉMY

CITRATO TRISÓDICO

COMPRIMIDOS solubles de CITROSODINE
 Corresponden a 0.25 grm. de Citrato trisódico puro
 CITROSODINE GRANULADA
 Corresponde a 1 grm. de Citrato trisódico puro por cucharada de café

Disuelto en medio vaso de agua dos ó tres veces por día

Pharmas y Literaire
P. LONGUET
 50, rue des Lombards, PARIS.



CLOROFORMO Y ETÉR

ANESTÉSICO

de Fabricación Nacional

en Ampollas cerradas á la lámpara

De uso corriente en los Hospitales de toda España, en el Instituto Rubio y en los principales Sanatorios y Clínicas de la nación

Sociedad Leonesa de Productos Químicos

PNEUMOGENO

ENÉRGICO ANTIBACILAR Y ESTIMULANTE DE LA NUTRICION

Fórmula (por cucharada)

Metilarsinato disódico, 0,02.
Lactofosfato de cal creosotado 0,60 (equivalentes á 0,15 de creosota 20 % guayacol)
Codeína, 0,005.
Extracto de nuez vómica, 0,01

Indicaciones

Bronquitis.
Tuberculosis pulmonar en 1.º y 2.º grado.
Catarrros pulmonares.
Afecciones de las vías respiratorias.

HEMATOL

TÓNICO ESTIMULANTE DE LA NUTRICION

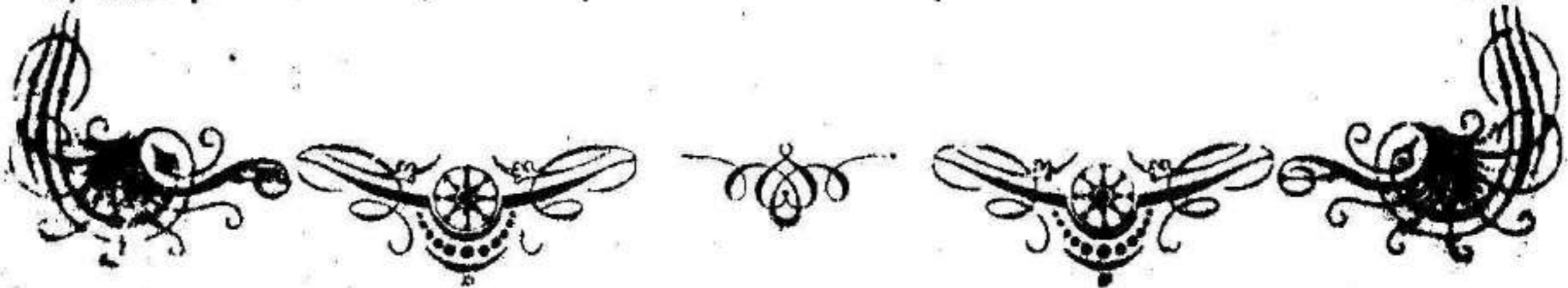
Fórmula (por cucharada)

Fósforo orgánico. 0,05
Arsénico orgánico 0,05
Extracto de coca. 0,10
Extracto de kola. 0,10
Nuez vómica 0,01

Indicaciones

Neurastenia.
Anemia.
Clorosis.
Tuberculosis.
Estados consuntivos.

De venta en todas las Farmacias y Droguerías. Recomendados por los mejores especialistas de España.



res, la diarrea profusa, las hemorragias intestinales y los vómitos.

Respecto á la influencia de ciertos síntomas, hay observaciones interesantes.

La fiebre, en esta epidemia, no se ha sujetado al programa que trazara Wunderlich, ni mucho menos. Buen número de veces ha comenzado por modo brusco, con escalofríos intensos y ha llegado á 40° y más en pocas horas, para seguir alta durante lo más culminante del proceso ó para tener bajas imprevistas, anuncio frecuente de copiosas enterorragias. En los tuberculosos pulmonares, la primera arremetida de la fiebre, brusca y alta, exacerbó los fenómenos de pecho por modo alarmante (congestion), cual si no hubiera en absoluto efecto revulsivo de parte del vientre, esto mismo ocurrió pero con menos violencias, en los casos de temperatura gradualmente ascensional. En pleno período de estado, en esa meseta técnica, que más que meseta parecía la cota de niveles de un terreno quebradísimo, los trastornos torácicos estaban en una especie de calma y no llamaron la atención. Más iniciada la baja térmica y llegadas las hipotermias, lo local y lo general de la tuberculosis siguió su curso, pero entonces á paso más rápido.

Las enterorragias ejercieron decisiva influencia. He de advertir que en dicha epidemia han sido éstas la complicación más frecuente y más temible; que las hubo muy precoces y muy tardías, hasta en la convalecencia, se me ha dicho que murió de hemorragia intestinal un extifoideo que se dedicaba ya á sus ocupaciones individuales y que, hombre parco y sensato, no había cometido la más leve transgresión. Estas hemorragias calmaban bruscamente los fenómenos de pecho emparentados con las congestiones; pero, al disminuir las energías orgánicas, aceleraban luego la evolución tuberculosa.

Es digno de notar que algún tuberculoso no hemoptóico hasta entonces, tuvo verdaderas hemorragias, como si éstas sustituyeran á los enterorragias. Así lo hace pensar la época de su aparición, que correspondió, casi en todos los casos, á aquella en que surgen de ordinario los flujos sanguíneos intestinales. Este hecho, que tiene algo de *vicariante*, confirma una vez más la creencia, justa en mi opinión, de que las hemorragias no se deben sólo á las lesiones intestinales ulcerosas, sino que influyen mucho en ellas la mala crisis sanguínea y los daños vasculares determinados por las toxinas, lo mismo en el tubo digestivo que en cualquiera otra región.

Conosco someramente el hecho de una tuberculosa en la cual la sangre salía de todas partes: vientre, pecho, fosas nasales,

aparato urinario, aparato genital, en grandes cantidades, habiendo sido las torácicas las primeras en presentarse.

Pudiera hablar de algunos enfermos en que se empleó la vacunoterapia ó la autovacunoterapia; prefiero callarme, porque son escasos y lo que dedujera no tendría gran valor. Haré constar, sin embargo, que no he usado en caso alguno ni la una ni la otra.

Tampoco he recurrido á las tuberculinas ni á ninguno de los sueros antituberculosos; pero sí, con frecuencia y con resultado benéfico, al suero antidiftérico *larga manu* sin contratiempo de ninguna clase: al contrario, me parece un medicamento excelente en la fiebre tifoidea sola y en la fiebre tifoidea asociada á la tuberculosis pulmonar.

Respecto á terapéutica una sola manifestación. Como era de prever, la ergotina y análogos, todos los vaso-constrictores, dieron peores resultados que las sales de calcio. Estas, por modo especial, fueron más benéficas en los tifoideo-tuberculosos.

Termino estas breves apreciaciones, con las que no pretendo enseñar. Narro sencillamente algo de lo mucho que he visto.

La retención aguda de orina

Diagnóstico de sus principales causas e indicaciones generales en su tratamiento.

POR EL

DR. D. PEDRO CIFUENTES

Ninguna situación de más angustiosa urgencia habrá en Patología urinaria que la retención completa y aguda de orina. Además de la indicación vital que supone la evacuación de la orina, la crisis dolorosa que por momentos va subiendo de intensidad a medida que la distensión de la vejiga aumenta, obliga a un inaplazable auxilio que el enfermo reclama impaciente, dominado por la excitación nerviosa, sudoroso, pidiendo, por pusilámne que sea, se le libre de esa tortura con cualquier medio sin reparar en la clase del mismo.

No pretendo en este corto trabajo hacer un estudio completo de la retención urinaria; tampoco está en mi ánimo el escribir sobre este asunto para compañeros que estén ya impuestos en esta materia; me dirijo y es mi intención facilitar a los médicos generales un breve resumen etiológico de esta afección, refrescando ideas ya adquiridas y reuniéndolas en forma concisa para los que el egoísmo de la sociedad, más ostensible en la práctica rural, les exige un completo dominio de toda la medicina. Por eso, estos compañeros deben ser, y lo son, admirados y enaltecidos por los que ejercemos la profesión sobre la base de la división del trabajo.

**

Al observar una retención completa de orina es el primer problema á resolver el conocimiento exacto de la causa que la produce. Ella nos indicará la conducta que hemos de seguir.

En dos grandes grupos podemos colocar las causas: retenciones por obstáculo en la uretra y retenciones por parálisis pasajera o definitiva de la vejiga.

Examinaremos sucesivamente todas estas causas.

Retenciones por obstáculo al curso de la orina en la uretra

Es este primer grupo el que más variado número de elementos etiológicos comprende.

La *hipertrofia de la próstata* ocupa un lugar preeminente en la etiología de la retención. Puede ser ésta en algunos casos el primer síntoma de aquella afección que sorprende al paciente en un estado de salud satisfactoria sin que fatalmente haya ido precedida de trastornos urinarios apreciables como no sea algún número mayor de micciones nocturnas o cierta debilidad del chorro de orina ya observada por el enfermo.

En otros casos los trastornos son más antiguos y la retención incompleta ya existente se hace completa en un momento dado.

Sea como quiera, esta retención es la generalmente observada en los viejos de cincuenta y ocho a sesenta años en adelante, y su aparición es debida a un acceso de congestión prostática que a su vez es producido por un enfriamiento, por una transgresión de régimen o comida abundante y algunas veces por excitaciones genésicas repetidas.

El tamaño de la próstata no guarda relación con la retención; con hipertrofias grandes lo mismo que con pequeñas aparece aquella; el elemento principal en su patogenia es la deformación de la uretra prostática que por el crecimiento y compresión del adenoma prostático contribuye a la obstrucción del conducto; la congestión encuentra preparado el terreno.

Con próstatas pequeñas y de conformación normal apreciable por tacto rectal puede observarse la retención completa de orina igual que en una hipertrofia fácilmente ostensible. Esto es debido a la producción de adenomas prostáticos pequeños que en uno o en los dos lóbulos aparecen comprimiendo la uretra; en otros casos es debido a la llamada hipertrofia del lóbulo medio que consiste en la formación de un adenoma a expensas de las glándulas subcervicales, situadas por debajo y detrás del cuello vesical. Todos estos casos son de más difícil diagnóstico para el médico general, pero debemos enumerarlos en este bosquejo etiológico.

Los *abscesos de la próstata* pueden determinar retención aguda de orina al formar abombamiento al lado de la uretra; aun abriéndose el absceso en este conducto, puede no vaciarse completamente y seguir ocasionando la retención.

El *espasmo del esfínter* de la región membranosa es en ciertas ocasiones un obstáculo para la salida de orina; tal se observa en algunos casos de uretritis total aguda con gran reacción inflamatoria de la mucosa.

Las *estrecheces uretrales*, ya blenorragicas, ya traumáticas o cicatriciales, son la causa, después de la hipertrofia prostática, que más retenciones de orina produce. Esta situación va pre-

cedida de un periodo de un tiempo más o menos largo en el que los síntomas de la estrechez (dificultad, deformación del chorro, etc.) son apreciados por el mismo enfermo. Para ocasionar la estrechez una retención completa ha de ser muy pronunciada, haciéndose la micción cada vez más difícil. En otros casos no muy pronunciados de estrechez, y aunque éstos den paso a una sonda del número 12, podrá ocasionar una retención completa y una congestión provocada por un enfriamiento o un coito.

Las *infiltraciones de orina* y *abscesos urinosos* son complicaciones de las estrecheces, y por éstas y la congestión que les acompaña determinarán en ciertos casos una retención completa.

Los *cálculos* detenidos en la uretra y los *cuerpos extraños* de la misma también podrán obstruyendo la luz del canal impedir la evacuación de la vejiga.

En las *roturas uretrales* por traumatismo perineal es muy frecuente observar la retención de orina en cuya patogenia no sólo toma parte la deformación de la uretra en [el foco traumático, sino el espasmo reflejo del esfínter que en estos casos acompaña.

Retenciones por parálisis vesical

Con completa integridad anatómica del aparato urinario se observan retenciones por parálisis del músculo vesical, pasajeras, que desaparecen al cesar la causa que las determina.

Conocida es la ley de Stokes de que toda capa muscular subyacente a una serosa inflamada se pone parésica o paralizada. Así se observa que en el curso de algunas *apendicitis*, *peritonitis*, inflamaciones anexiales, etc., se produzcan retenciones de orina.

Después de ciertas operaciones como *hernias inguinales*, *fístulas de ano*, *operaciones testiculares* y *abdominales*, es frecuente que los enfermos tengan que ser sondados por no poder orinar. En estos casos de retenciones post-operatorias no está clara su patogenia. Se admite por unos una inhibición de la musculatura vesical; eso también podrá atribuirse al espasmo del esfínter, como algunas veces hemos tenido ocasión de observar.

Estas parálisis vesicales son transitorias, y la retención no se hace permanente.

En cambio en las lesiones medulares y en los traumatismos del mismo órgano aparecen retenciones urinarias por quedar

lesionados los centros reflejos medulares que presiden la contracción vesical. Tal ocurre en las mielitis, en la tabes, en el hematorraquis, en las luxaciones y fracturas de la columna vertebral. En estas afecciones la retención es de importancia porque se establece con carácter de permanencia en la mayoría de los casos.



Cuando se requiere el auxilio del médico para un caso de retención, casi siempre presenciaremos el mismo cuadro clínico. El enfermo no orina desde seis, ocho, doce o más horas; sufre de dolorosa tensión en el hipogastrio, y los violentos esfuerzos que realiza para orinar poniendo en juego la contracción de los músculos abdominales, no consiguen más que aumentar su angustia.

Después de muchas horas de no orinar se establece frecuentemente la *falsa incontinencia* llamada por *rebosamiento*. Es debido esto a que la tensión de la orina en la vejiga vence la resistencia de los esfínteres, y la orina sale *babeando* gota a gota. Esta falsa incontinencia no significa desaparición de la retención aunque en apariencia el enfermo orine y moje las ropas de la cama; sería un error creer lo contrario y no recurrir al tratamiento necesario.

En el hipogastrio se apreciará el *globo vesical*, tenso, doloroso, que en casos determinados por la mayor duración de la retención puede alcanzar de altura hasta poco por bajo del ombligo.

¿Cuál es la causa de la retención? Ante todo interroguemos al enfermo y éste nos informará si padeció antiguas blenorragias que ocasionasen estrecheces, si sufrió algún traumatismo perineal que pudiera producir una retención por estreches consecutiva a rotura, u otro traumatismo ya vertebral u operatorio que ocasione la retención por inercia vesical.

El mismo interrogatorio nos pondrá en camino de ciertas causas de retención como cuerpos extraños y cálculos uretrales.

La edad del enfermo podrá indicarnos algún dato. En la juventud encontraremos retenciones producidas por complicaciones blenorragicas, entre los treinta a cuarenta y cinco años las estrecheces las ocasionan frecuentemente, y a los sesenta años en adelante se verá a la hipertrofia prostática como principal factor en su producción.

El tacto rectal será un medio exploratorio de gran valor; por

el apreciaremos el tamaño de la próstata y su grado mayor o menor de hipertrofia.

Este mismo procedimiento nos hará comprobar en caso de uretritis blenorragica la posible complicación de absceso de próstata, o bien este mismo absceso establecido sin uretritis anterior, caso poco frecuente y debido a infecciones directas de la glandula o a infección por via sanguínea.

Es preciso palpar la uretra para comprobar la ausencia de induraciones características de ciertas estrecheces; observaremos también si hay abscesos perineales, infiltraciones de orina o edema del prepucio que puede ser síntoma de obstrucción de la uretra por cuerpo extraño.

De no existir inflamaciones peri-uretrales, es conveniente hacer un *cateterismo explorador*, con un explorador olivar (número 16 o 18), o en su defecto con una sonda cilíndrica de Nélaton.

Dos casos pueden presentarse: la sonda pasa facilmente hasta la vejiga o se detiene en la uretra. En el primer caso puede tratarse de hipertrofia prostática de fácil cateterismo, pero si los otros síntomas recogidos no la revelan, podrá pensarse en una retención por paresia vesical.

Si la sonda ó explorador se detiene en la uretra, el sitio en que lo hace es de gran importancia para el diagnóstico. Podemos sentar como seguro que siempre que la sonda se detenga en sitio donde podamos por la palpación apreciar su extremo, se tratará de una estrechez, cuyo diagnóstico será confirmado por los otros síntomas. Si el extremo de la sonda no puede ser apreciado por palpación en el periné y el punto de detención es más profundo, pensamos en un *espasmo* de la región membranosa, ó en hipertrofia prostática.

El espasmo se caracteriza en que cede al cateterismo con sonda metálica, prudentemente empleada, pero hay otro medio más sencillo de vencerle y es ó insistir con presión suave y continua con una sonda corriente de goma, ó mejor inyectar en la uretra ocho ó diez centímetros cúbicos de una solución de cocaína ó estovaina al 1 por 100 que se mantendrán en el conducto durante cuatro ó cinco minutos. Pasado este tiempo el espasmo ya no aparecerá ofreciendo resistencia al cateterismo.

Además, cuando se trata de espasmo, el extremo de la sonda ó explorador se apreciará bien por tacto rectal en la región membranosa, y en caso de hipertrofia no se tocará ese extremo que estará dentro de la uretra prostática.

También en cualquier región de la uretra puede detenerse la sonda, pudiendo apreciarse su choque con un cuerpo extraño.

Reglas generales para el tratamiento de la retención

Dos casos pueden presentarse en vista de los datos recogidos por la exploración hecha al enfermo.

1.º *No hay obstáculo uretral.*—En este caso como en todos los de retención en que ésta no ha cedido á un baño templado si el enfermo puede tomarlo, el cateterismo es necesario, inaplazable.

Se empleará la sonda de Nélaton, con ella bastará la mayor parte de las veces, pudiendo también emplearse las sondas cilíndricas y olivares.

2.º *Existe obstáculo.*—Si éste es producido por la *hipertrofia de próstata*, debe hacerse el cateterismo con sonda acodada si no ha sido posible realizarlo con sonda de Nélaton. En caso de que la sonda acodada, verdadera sonda de prostáticos, no pueda ser introducida, se intentará hacerlo conducida con el mandrín de Guyón, curvo ó acodado. Si todas estas maniobras fracasaran, la punción hipogástrica estará indicada como medio de evacuar la vejiga y como compás de espera para procurar la descongestión de la próstata intentando después otro cateterismo ó para dar tiempo á que intente el sondaje quien esté impuesto en esta técnica.

En caso de *espasmo* que oponga gran resistencia á la sonda, se empleará la metálica ó se anestesiara la uretra con una solución débil de cocaína.

Los cuerpos extraños serán extraídos con la pinza de Kollman si son movilizables, los detenidos en el meato por estrechez de éste (cálculos) serán fácilmente extraídos haciendo meatotomía. Si el cuerpo extraño provocando fenómenos de infección además de retención no puede ser extraído por las vías naturales se recurrirá á la uretrotomía externa.

En las *estrecheces* siempre se intentará el cateterismo con sonda olivar del número 6 ó 7, que si pasa es bastante á evacuar entamente la vejiga y que facilitará en sesiones sucesivas la dilatación de la estrechez.

Si esas sondas no pasan inténtese el cateterismo con bujías filiformes, ya en bayoneta, ya en manojo. Una bujía filiforme por su solo contacto puede facilitar la micción una vez colocada, contribuyendo á descongestionar la estrechez, la orina sale continuamente á gotas y aun á pequeños chorros, solucionándose de momento una situación grave. Si no favorece su ulterior dilatación, siempre se tendrá camino preparado para la uretrotomía interna.

Preparados del Dr. Bonald

NÚÑEZ DE ARCE, 17.—MADRID

Pastillas BONALD

Las pastillas Bonald, premiadas en varias Exposiciones científicas tienen el privilegio de que sus fórmulas fueron las primeras que se conocieron de su clase en España y en el extranjero.

Cloro-boro-sódicas:

- » » » con cocaína.
- » » » con cocaína y mentol.
- » » » con guayacina y mentol.
- » » » con guayacina, mentol y cocaína.
- » « » con mentol.
- » » » con pilocarpina.

Pastillas de cocaína, codeína y mentol.

Pastillas cinamo-benzóicas con heroína.

Pastillas de eucaliptus.

Pastillas vermífugas dosificadas.

Pastillas de frutos pectorales con cocaína.

Pastillas digestivas: pepsina, pancreática, papaina, inulina y maltina.

ELIXIR ANTIBACILAR "BONALD,"

(FHCOL Cinamo Vannadico Fosfoglicénico)

Tuberculosis. — Catarros bronco neumónicos. — Infecciones gripales, etc.

ACANTEA VIRILES

(Medicamento antineurasténico y antidiabético)

Tonifica y nutre los sistemas óseo, muscular y nervioso y leva á la sangre elementos para enriquecer el glóbulo rojo.

CURACION DE LA DIABETES

GLUCO SIDINA y PREPARADOS de COPALCHI Bonald

Nuñez de Arce, 17.—Madrid

EL ARIVLE

La importancia que el Glicerofosfato de cal, el Sulfoquayacolato de potasio y el Arrhenal. han adquirido en el tratamiento de todas las enfermedades.

des consuntivas, me ha obligado á elegirlos y agruparlos para constituir un producto farma-cológico inalterable de resultados correspondientes á las propiedades de sus componentes.

ARIVLE

PODEROSO RECONSTITUYENTE

PREMIADO CON DIPLOMA DE HONOR Y MEDALLA DE ORO EN BERLÍN

AFECCIONES PULMONARES

INDICACIONES

Mejora en alto grado á los TUBERCULOSOS desarrollando pulmones sanos y robustos. De éxito creciente en las bron-

quitis, toses,

catarros

crónicos y

recientes

y en las

convalecencias

por difíciles

que sean. Cura

radicalmente

la clorosis,

anemia, raquitismo, escrofulosis... etc.,

aumentando el peso del cuerpo un kilogramo por frasco. Muestras gratis á los Sres. médicos que lo soliciten.

DEPOSITARIO EN MURCIA:

FARMACIA COMA MARTÍNEZ,

SAN PEDRO 1

DEUTSCHE

Medizinische Wochenschrift

REDACTEUR:

Prof. Dr. Julius Schwabe

Geh. San.-Rat in Berlin

Vierteljährlich 6 Mark

Verlag von Georg Thieme in Leipzig

Cuando la estrechez es infranqueable se recurrirá a la punción hipogástrica como indicación vital, insistiendo después en el cateterismo o practicándose la uretrotomía externa de urgencia.

En las complicaciones de las estrecheces (abscesos, infiltraciones de orina acompañados de estrechez), no debe hacerse cateterismo, el cual pueda favorecer la infección urinosa. Ac-túese directamente sobre la infiltración o el absceso con incisiones amplias, sin ocuparse de la uretra; la orina saldrá por la misma herida, y en días sucesivos podrá ser tratada la lesión uretral.

En las *roturas uretrales* acompañadas de retención, el cateterismo será imposible en la mayoría de los casos. Debe intentarse con sonda de Nélaton; pero si no se logra, hágase la punción hipogástrica como espera a la operación directa sobre el periné, que es la verdaderamente indicada.

Estas son, sucintamente expuestas, las reglas generales que deben tenerse en cuenta en el tratamiento de la retención urinaria. La repetición del cateterismo dependerá de la persistencia de la misma, y la conducta a seguir depende de las condiciones de cada afección, materia extensa que no puede ser tratada en esta exposición elemental.

Para terminar, es conveniente recordar que la mayor limpieza debe presidir en esas prácticas de cateterismo, pues sabido es que toda vejiga en retención es un excelente medio para la infección que en determinados casos será difícil de combatir ulteriormente.

(Segovia Médica)

Un caso de Absceso Intra-dural

(PAQUIMENINGITIS INTERNA LOCALIZADA)

POR

D. JOAQUIN SANTIUSTE Y D. AGUSTIN CAMISON

Entre las múltiples y muy graves complicaciones intracraneanas a que las otitis supuradas dan lugar, una de las más raras e interesantes es esta de que vamos a tratar, y que aun le dan mucho más interés las particularidades que veremos en el transcurso de la descripción del caso, tanto bajo el punto de vista de la patología auricular como de la oculística.

La primera etapa de complicación de la otitis supurada, ya aguda, ya crónica, es el amtrum, o, según muchos autores, coexistiendo desde el principio de su aparición en la mayoría de los casos. La tendencia general de esta complicación es abrirse paso el pus al exterior, interesando las restantes células mastoideas y después la capa cortical, de cuya evolución y diferentes modalidades ya nos hemos ocupado en esta publicación al tratar de la mastoiditis de Bezold.

Si en este sentido encuentra resistencias grandes ó invencibles, por tratarse de una apófisis de las llamadas ebúrneas, cambia de ruta, dirigiéndose al endocráneo, bien hacia arriba á la fosa media o bien hacia atrás a las fosas inferiores y seno lateral.

Por más que en muchos casos sea esta condensación mastoidea la causa de tales complicaciones, no creo que sea siempre, pues el que haya operado y visto operar estas complicaciones intracraneanas; muchas veces no encuentra esta apófisis de carácter ebúrnea, y, en cambio, haciendo la operación radical o vaciamiento de todas las cavidades, habría encontrado ese tipo ebúrneo más o menos caracterizado, sin que exista complicación endocranánea, y, a pesar de existir la afección supuratoria del oído desde tiempo inmemorial. Indudablemente, carácter de constitución anatómica especial, o excesiva o también especial virulencia de los gérmenes, deben ser la base o deben influir para la aparición de esta propagación hacia el interior. Pero sea de esto lo que quiera, que no es del caso ocuparnos de ello en este momento, y prescindiendo de la complicación sinusal, va-

mos a ver la marcha más generalmente seguida por las restantes complicaciones intracraneanas que han sido mencionadas más arriba.

Por la progresiva osteítis destructiva se rompe la pared interna y el primer plano de resistencia que se encuentra es la dura, estableciéndose en este proceso flogístico de defensa adherencias alrededor del foco osteítico, para circunscribir y encerrar el pus en una cavidad más o menos grande, constituyéndose entonces el absceso extradural.

Pero si a este foco en comunicación constante con el séptico del oído no se le proporciona salida conveniente, la resistencia que opone la dura no es indefinida y cede al fin.

Entonces lo que sucede es que el pus se derrama en el espacio subaracnoideo, o pasa al interior del cerebro, constituyendo en este último caso el absceso cerebral, y en el primero una leptomeningitis generalizada en la mayoría de casos, haciéndose mortal. Lo raro y excepcional es que la leptomeningitis se localice, produciéndose en la pia mater un proceso de defensa como el indicado en la dura, produciéndose adherencias que aíslan el foco supuratorio del resto de la cavidad aracnoidea. En esta excepción está incluido el caso de que vamos a ocuparnos más adelante. Gran importancia tendría para el cirujano que pasaran las cosas tal como las acabamos de exponer, es decir, que en todos los casos hubiera una continuación de lesión directa desde el foco auricular hasta el cerebro, última etapa de avance del proceso séptico, puesto que entonces siempre tendría un guía seguro para seguir paso a paso la lesión hasta sus últimos límites. Mas, desgraciadamente, esta no es la única forma de propagación del exterior al interior.

Estando la lámina interna sin perforar puede propagarse la infección por los capilares intraóseos y alguna venilla que pone en comunicación la cavidad supurante con los senos venosos del cráneo. Contribuyen también a esta propagación órganos que pasan del cráneo al exterior, como son el nervio facial por el conducto de Falopio y el nervio auditivo, así como también los que van del exterior al interior, como la vena auditiva. La existencia de aberturas naturales anatómicas, que ponen el oído en comunicación con el endocráneo, como son el acueducto del caracol y el vestíbulo, son también vías conductoras del foco séptico.

Cuando estos últimos medios de propagación tienen lugar, la situación del cirujano es difícil y no tiene más indicio para caer sobre el foco de infección que la proximidad de la lesión auricular y los síntomas cerebrales que presenta el enfermo

que ya sabemos la poca precisión que dan en lo que se refiere a la localización del cerebro. También nuestro caso, que ya vamos a exponer a continuación, había penetrado en la cavidad craneana sin que, al menos perceptiblemente, estuviera perforada la lámina interna.

T. A., de 23 años, desde hacía cuatro sufría una supuración del oído izquierdo, que se le inició sin dolor ni molestias, a pesar de que la supuración era bastante abundante, y tampoco sin causa ostensible a que poderlo atribuir. Por esta falta de molestias no dió importancia a su afección ni tampoco trató de ponerla remedio hasta el momento en que, en la convalecencia de lo que ella llamaba una fiebre gástrica, que le duró ocho días, se le acentuaron unos dolores de cabeza intensos, con los que había empezado la fiebre. A esto se añadió el haber momentos en que no conocía a las personas y decía palabras incoherentes. En esta situación le hice el primer reconocimiento del oído, en el que presentaba una supuración abundante algo fétida, y destrucción completa del tímpano, no quedando más que restos del martillo; no había ni infiltración ni dolor en la región mastoidea. El examen de la función auditiva no pudo hacerse bien, por el estado mental de la enferma. Calificamos el caso de una otitis supurada crónica con fenómenos meningíticos bastante acentuados, proponiéndole la operación radical que, según las circunstancias en el curso de la misma, podría terminar por la abertura del cráneo.

Varios días después ingresó en el Hospital de San Rafael, de esta ciudad, en donde se presentó ya con diplopia, ptosis del párpado superior y acentuados los fenómenos de incoherencia, delirio, de tal modo, que nos obligó a operarla precipitadamente en la tarde del 9 de Julio del año último pasado. Se procedió a practicar la operación radical. Apareció pus en la células mastoideas, fungosidades en la caja, todo lo que se limpió minuciosamente. La mastoide no era de tipo ebúrneo, sin encontrarse lesión ninguna de la lámina interna ósea que nos indicara el paso de la sepsis al endocráneo; pero dados los síntomas meningo-cerebrales que presentaba la enferma, pusimos al descubierto en bastante extensión el seno y la dura madre correspondiente a la fosa cerebral media. En el primero no encontramos ninguna alteración, pero en la dura intacta pudimos apreciar una cierta decoloración, como algo engrosada, y, sobre todo, parecía empujada hacia fuera por una bastante intensa presión, por lo cual decidimos abrirla, y, efectivamente, salió una cantidad de pus que seguramente pasaría de unos 100 gramos; por la abertura de la dura madre pudimos observar que

la superficie encefálica, fuera de alguna vascularización de la pía madre, parecía normal, y por esta razón y los caracteres indicados en las meninges, desde luego creímos que el pus no había penetrado en la masa encefálica.

El pus se había extendido por la base del lóbulo esfenoidal, no pudiendo, no obstante, verse la extensión y límites de la cavidad purulenta. Por la abertura de la dura introdujimos un desagüe de gasa iodofórmica poco cargada, y en el resto de la cavidad mastoidea y caja, gasa blanca. No hicimos la autoplástica del conducto auditivo, primero, por parecernos facilitar de esta manera y asegurar más el desagüe, y porque en las curas sucesivas habían de intervenir personas muy competentes, pero poco habituadas a tratar estos casos especiales.

Desde el día siguiente de la operación disminuyó la ptosis del párpado superior; pero siguieron los fenómenos delirantes y el conocimiento tardó en restablecerse, tanto, que temimos por el resultado, a causa de que al menor descuido se quitaba la enferma el vendaje, sin poderse conservar la asepsia debida. El dolor de cabeza también continuó por algún tiempo, hasta que a los ocho o diez días ya desapareció, así como se restablecieron por completo las facultades intelectuales. La diplopia también pudo comprobarse, después de recobrar el conocimiento, que había desaparecido. En las primeras curas siguió saliendo pus fétido bastante abundante y estacelos grandes y numerosos. Ya a los quince días la herida se presentaba granulada, aunque supurando. El estado, muy bueno; la enferma se levantaba, estaba bastante fuerte, y atendido esto, pidió el alta para venir a la cura externa del Hospital. No obstante este buen estado, de vez en cuando se presentaban algunos conatos de vómitos, alguna ráfaga de dolor de cabeza y un fenómeno, no recordamos a qué fecha, que a ratos no veía bien del ojo correspondiente al lado enfermo, por lo cual el doctor Camisón, se encargó de examinarla.

▲ los pocos días de presentarse estos síntomas oculares se acentuaron vómitos y dolores de cabeza, que cesaron después de una noche que sintió la enferma como si saliera una gran cantidad de líquido por el oído, y al día siguiente se encontró el vendaje empapado de pus. Desde esa fecha poco á poco fué ganando en visión, hasta llegar casi y sin casi á la agudeza normal; pero de vez en cuando se inicia algún dolor de cabeza y vómitos, particularmente en las épocas de la regla, y la última vez que la vimos, aunque era poca la supuración, no había desaparecido por completo.

Como vemos, la infección de las meninges no ha sobrexeni-

do por estado de condensación de la mastoides, y, además, no hemos podido comprobar el camino que han seguido los gérmenes, pues hemos roto la lámina interna y puesto al descubierto la dura por la seguridad de que, dada la situación de la enferma, no podía menos de existir alguna complicación meníngea o cerebral. Afortunadamente, la prociencia que hacían las meninges hacia afuera, a través de la abertura ósea, y su decoloración, nos dieron cierta probabilidad de que íbamos á dar con el foco, como así sucedió, según queda referido en la historia de la enferma.

No puede dejarse de llamar la atención sobre la gran cantidad de pus que salió con porciones de tejido estacelado. No hemos registrado la literatura minuciosamente sobre este asunto, pero lo que hemos leído sobre esto en general, refiérese á abscesos pequeños, dados con el carácter de cierta rareza, pero absceso tan grandes como estos no recordamos haberlo visto descritos sin ser intracerebrales. La gran cantidad de pus nos explica la extensión de la gran cavidad que lo contenía para no poder llegar á apreciar sus límites, lo que nos podría hacer sospechar si sería una meningitis supurada no localizada, pero no podíamos creerlo así porque hubiera producido la muerte.

Esta gran extensión que había alcanzado la superficie supuratoria meníngea, nos explica, en primer lugar, los grandes fenómenos de irritación cerebral en el primer período, y después los fenómenos de compresión cerebral producida por el pus.

En el momento de la salida pudimos apreciar que el pus salía, en su mayor parte, por debajo del lóbulo, lo que nos explicaba que fueran fenómenos básicos los que presentaba la enferma, parálisis del motor ocular común (diplopia y ptosis del párpado superior), unida á la extensión que queda mencionada de la meningitis, que no nos atrevemos á negarle el nombre de paquimeningitis localizada.



La enferma de quien se ocupa anteriormente el doctor Santiuste, fué observada por mí, con motivo de la aparición de síntomas oculares. Estos eran de dos órdenes; unos tenían asiento en el nervio óptico y otros dependían de trastornos en la inervación del motor ocular común.

En las otitis medias y mientras no exista ninguna complicación cerebral o meníngea, se suele presentar, aunque en verdad con escasa frecuencia, una neuritis óptica que ofrece como únicos síntomas oftalmoscópicos hiperemia y ligero éxtasis papilar:

los vasos no presentan ninguna de las modificaciones que casi siempre se observan en las demás formas de neuritis y en el *staungs papille* de los alemanes; igualmente el edema peripapilar es escaso. Sólo estos caracteres de la imagen oftalmoscópica permiten en ocasiones hacer un diagnóstico etiológico de la neuritis, y aunque no se les pueda conceder un valor positivo, pueden, en muchos casos, valernos por sí solos para formular un diagnóstico causal con muchas probabilidades de acierto. Así, por ejemplo; la neuritis sífilítica (neuro-retinitis específica), se distingue muy bien algunas veces por el edema peri-papilar, que llega a ser tan considerable, extendiéndose tanto por la retina y borrando los límites papilares, que es muy difícil definir dónde termina ésta y donde empieza aquélla, y sólo por la entrada de los vasos puede uno orientarse del sitio que ocupa la papila. Además no son raros en la periferia depósitos de pigmento en la coroides, como asimismo una opacidad central del cuerpo vítreo. Las neuritis diabética y albuminúrica van acompañadas, sobre todo esta última, ya desde los primeros tiempos, de focos hemorrágicos y de degeneración en la retina y la papila suele presentar el aspecto del éxtasis papilar. La neuritis tuberculosa ya no es tan fácil de diagnosticar por el examen oftalmoscópico, más que en el caso de existir al mismo tiempo tubérculos en la coroides o en el nervio óptico. De todas maneras, aparece casi siempre cuando la meningitis ya se ha diagnosticado, al contrario que la neuritis sífilítica en la cual la inflamación del nervio óptico es anterior a las manifestaciones meníngeas. Claro está que no por esto han de tener un papel secundario otros medios de comprobación diagnóstica, como la reacción de Wassermann, el análisis de la orina, etc.

Antes indicaba la forma de neuritis que se presenta algunas veces en la otitis media, neuritis que no ofrecía al oftalmoscopio más que un ligero éxtasis e hiperemia de la papila, pero esto siempre que no hubiera complicaciones meníngeas o cerebrales, porque en el caso de existir, el cuadro sintomático varía notablemente. Entonces la papila se enrojece en extremo sin borrarse los límites; el edema peri-papilar aumenta y los vasos se hacen prominentes.

En nuestra enferma, después de la aparición de un absceso intrameningeo, consecutivo a una otitis media, que aumentó la presión intracraneana, la imagen oftalmoscópica era la del *staungs papille* típica, y aunque se observaba en los dos ojos, estaba más marcada en el izquierdo en el cual la elevación de la papila era considerable, así como la dilatación venosa, que contrastaba con el calibre sumamente reducido de las arterias. El

edema peri-papilar resaitaba más porque era un fondo de ojo casi albino.

A pesar de todas estas modificaciones del fondo, la agudeza visual permanecía casi normal: sólo se apreciaba una limitación concéntrica del campo visual.

Estas formas de éxtasis papilar tienen un pronóstico benigno, pues no llegan nunca al período atrófico, porque desaparecen sin dejar huella en cuanto la causa deja de obrar.

Así en nuestro caso todos los síntomas desaparecieron al dar salida al pus con una intervención quirúrgica: a los 14 o 16 días de la operación apenas era perceptible más que un enrojecimiento de la papila. Pero aquí, en esta enferma, aparecieron nuevamente los síntomas subjetivos que antes aquejaba y á la par nueva agravación de los síntomas oculares: era indudable que había nueva colección purulenta; ésta se vació espontáneamente al cabo de algún tiempo y las modificaciones del fondo mejoraron otra vez hasta desaparecer por completo.

Entre los síntomas de otro orden que se observaban en la enferma hay que apuntar una parálisis completa del motor ocular común izquierdo, que era el lado correspondiente á la lesión; ptosis muy pronunciada, midriasis, parálisis de la acomodación, ligero exoftalmos, bulbo ocular hacia afuera y abajo, y diplopia al elevar el párpado afecto de ptosis.

La parálisis de los motores del ojo que con más frecuencia se observa en la meningitis ótica no purulenta, es la del motor ocular externo; este nervio, en una parte de su trayecto, se apoya sobre el vértice del peñasco y en el caso de una meningitis circunscrita puede ser interesado. Después del motor ocular externo, viene en frecuencia el facial, mientras que los trastornos en los demás nervios motores del ojo, son de una rareza extrema.

Pero en nuestra enferma se trataba de una meningitis purulenta con la formación de un absceso que no era subdural, como es lo frecuente, sino intradural y difundiéndose en gran extensión. Este absceso ocasionó la parálisis del motor ocular común sin participación apreciable de ningún otro nervio. No pudimos observar el tiempo que tardó en establecerse esta parálisis, aunque debió de ser muy rápido, según indican los que rodeaban á la enferma. Desapareció también rápidamente hasta hacerlo por completo á los tres o cuatro días de operada.

Para que la parálisis total del motor ocular común se manifieste, debe existir una lesión que recaiga en el mismo tronco del nervio, porque las fibras que le constituyen se disocian por delante al entrar en la órbita para ir á cada uno de sus mús-

culos y posteriormente se disocian también para ganar los núcleos de origen. Así en la enferma de que nos ocupamos la parálisis debió de ser producida por compresión en la base, ejercida por el absceso.

Como dije antes, la parálisis desapareció completamente muy pocos días después de la operación, y apesar de que los demás síntomas oculares se agravaron con la formación de un nuevo absceso, los síntomas del motor ocular común no volvieron á manifestarse.

Revista de Oto-rino-laringología

POR EL

DR. D. JOSÉ PEREZ MATEOS

Oto-rino-laringólogo del Hospital provincial de Murcia

Hemicránea ótica, por el Dr. Magulies. (*Prager medizinische Wochenschrift*).

El autor presenta cuatro casos con crisis de vértigo en los cuales durante las crisis sobrevenia una pérdida de la audición y en cambio una vez terminados los vértigos, la audición volvía á ser normal.

Dos de los casos eran consecutivos á traumatismos; los restantes no obedecían á tal origen. El autor piensa que aquí, como en el síndrome de Barany, no se trata de adherencias, sino que existe un aumento de exudación provocado por un estímulo cualquiera; aumento que desaparece con el estímulo.

El punto de acción del estímulo, según sus apreciaciones, deberá encontrarse en el laberinto. Es probable que el laberinto y el aparato vestibular jueguen en la génesis de la hemicránea un papel bastante más interesante del que se le admite generalmente. Pues es de notar que, aunque los síntomas laberínticos, sean raros, como ocurre con los enfermos citados que el autor presente en este notable trabajo, el sintoma de hiperacusia que también se encuentra á menudo en los casos de hemicránea, habla muy mucho en favor de una íntima relación.

Aparición de una glucosuria pasajera en el curso de otitis purulentas y su significación, por el doctor Zimmermann (*Zeits. f. Ohrenheilkunden*).

Un enfermo de 24 años, en cuyos antecedentes familiares se encuentra una diabetes grave en el padre, es atacado súbitamente de una lesión de oídos que, estudiada, reduce en su diagnóstico, á una corriente supuración de oídos, que tiene por origen una otitis media aguda bilateral. El día de su ingreso en la clínica, la orina está exenta de todo vestigio de azúcar. El séptimo día de su hospitalización y apesar de un régimen constante y riguroso, aparecen signos muy manifiestos de azúcar coincidiendo con el momento álgido de su infección auricular. Después, muy poco á poco, á medida que el enfermo mejora, que se reconoce gran ventaja en los trastornos patológicos y el estado psíquico del enfermo, la cantidad de glucosa va simultáneamente decreciendo y acaba por desaparecer de una manera definitiva al cabo de poco tiempo; todo esto sin que se haya alterado absolutamente en nada la ración alimenticia del enfermo que es igualmente rica en hidratos de carbono.

El autor que ha estudiado detenidamente el caso, cree que los dichos trastornos, otitis y glucosuria, están íntimamente ligados el uno al otro, pero aunque discurre extensamente sobre ellos, no encuentra medio de darse una explicación patogénica aceptable.

Un segundo caso, muy semejante al anterior, observado por la misma época, en un enfermo afecto de sinusitis maxilar, lleva al autor á la conclusión de que es preciso no contentarse con un solo examen de orina hecho al comienzo de una sinusitis ó de una otitis. Es necesario—añade—proceder á exámenes repetidos frecuentemente en interés del enfermo y para dirigir la terapéutica de un modo conveniente y acertado.

Psicopatías faringolaríngicas, por Collet (*Annales des maladies de l'oreille etc.*)

Collet hace un detenido estudio de estas psicopatías. Principalmente se detiene en la investigación de las sensaciones motrices de forma anormal, dejando á un lado el comentario de los trastornos sensitivos.

Entre las dichas reacciones motrices de forma anormal, analiza: 1.º *la afonía nerviosa*, que sobreviene á veces tan completa que se manifiesta con parálisis de las cuerdas y coincide á veces con el mutismo; también se añade la disfagia con ó sin

anorexia. 2.º la tos nerviosa con cianosis y accesos disneicos (sin lesión laríngea ninguna). 3.º parálisis del velo del paladar sin ninguna lesión orgánica del sistema nervioso; y 4.º las manifestaciones disneiiformes que desaparecen durante el sueño, con integridad de la glotis y del mediastino, apesar del cornaje expiratorio, completamente psíquico.

CRÓNICA MÉDICA

NECROLÓGICA

Nuestro muy querido amigo y colaborador asíduo el cultísimo farmacéutico de esta capital D. Enrique Gelabert Aroca, pasa en estos momentos por el duro trance de haber perdido á su señora madre (q. e. p. d.) víctima de rápida enfermedad.

Al hacer presente á nuestros lectores tan triste nueva, reiteramos al amigo fraternal el testimonio de nuestro sentido pésame, que hacemos extensivo á su padre D. Ramón Gelabert, farmacéutico de Pacheco y á su hermano D. Leopoldo, médico de dicho pueblo, pidiendo á Dios por el eterno descanso de la finada y deseándoles la resignación necesaria para sobrellevar tan cruel desgracia.

VISITAS

Hemos sido honrados durante el corriente mes con la visita de los representantes del Dr. Caldeiro, de Madrid, y del doctor Beuty, habiéndonos entregado muestras de los *fermentos lácticos* del primero y del *Metharsol* y *Gaiarsol* del segundo; productos muy acreditados en la práctica diaria.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Tratado de patología y terapéutica especiales de las enfermedades internas para estudiantes y médicos, por el doctor Adolfo Strümpell.

Francisco Seix, Editor, Barcelona. Recibidos los cuadernos 16, 17, 18 y 19 que completan el tomo I.

Agenda médico-quirúrgica de bolsillo o Memorandum terapéutico. Formulario moderno y diario de visita.

Contiene: Diario en blanco para las anotaciones particulares. Hojas para los trazados del pulso y temperatura. Memorandum de terapéutica médico-quirúrgica y obstetricia. Formulario, venenos y contravenenos. Señas útiles á médicos, farmacéuticos y veterinarios, etc.

Editada por la casa Bailly-Bailliere de Madrid.

Precios: Madrid, 2'50 pesetas. Con cartera de piel, 5 pesetas. En provincias, 0'50 pesetas más.

—

Los principios de la vida. Embriología, por Gerald Leighton, doctor en Medicina, Miembro de la Royal Society de Edimburgo, Traducción de Manuel Vallvé. Editado por don Ramón Araluce, Barcelona. Un tomo en 8.º, lujosamente encuadernado, 2 pesetas.

—

Los ácaros parásitos, por el doctor P. Mégnin, Veterinario del Ejército y de la Academia de Medicina de Francia. Traducción de don Pedro Pérez Sánchez, del Cuerpo de Veterinaria Militar. Ilustrada con 40 grabados. Un tomo en 8.º en tela, 4 pesetas.

Editado por la casa Calleja de Madrid.

—

La fauna de los cadáveres. Aplicación de la Entomología a la Medicina legal, por el Dr. P. Mégnin. Veterinario del Ejército de Francia. Traducción de don Juan Francisco Mega, Ex oficial médico por oposición, del Cuerpo de Sanidad de la Armada. Ilustrada con 28 grabados. Un tomo en 8.º en tela, 4 pesetas.

Editada por la casa Calleja de Madrid.

—

Anatomía obstétrica, por el doctor L. A. Demelin, Jefe de Clínica de Obstetricia de la Facultad de Medicina de París. Traducción de don Angel Avilés, médico de la Beneficencia municipal de Cartagena. Ilustrada con 9 grabados. Un tomo en 8.º, en tela, 4 pesetas. Editado por la casa Calleja de Madrid.

—

Eco médico de Levante, director don José Alos. Se publica en Altea (Alicante).

Agradecemos el saludo y le deseamos larga y próspera vida.

=====

AURASA VITORIA

Solución concentrada de los principios elaborados por los

Sacharomyces vini y ellypsoïdeus

(Principios activos de las levaduras de uva y cerveza)

ANTI-ESTAFILOCÓCCICO contra la Forunculosis,
Antrax, Absceso, etc.

*De resultados más rápidos y positivos que las levaduras
granuladas y cultivos simples*

DE VENTA EN LAS FARMACIAS

❖ MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS ❖

Fosfo - Hemoglobina VITORIA

Primera preparación en la que aparecen asociados el
FÓSFORO y ARSÉNICO orgánicos con la
HEMOGLOBINA ACTIVA a dosis altas

Indicaciones específicas: **Anemia, anemia esplénica,
leucemia, adenopatias, anemia perniciosa, etc**
Anemia y vómitos incoercibles del embarazo.
Neurastenia, Hemicrania, etc. etc

DE VENTA EN LAS FARMACIAS

❖ MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS ❖



CLINICA



EXCLUSIVA

PARA ENFERMOS DE LA

✻ GARGANTA ✻

NARIZ y OIDOS

— FUNDADA POR EL —

Dr. Pérez Mateos

JEFE DEL SERVICIO DE OTO - RINO - LARINGOLOGIA
DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE MURCIA

Consulta particular: San Nicolás, 25 y 27

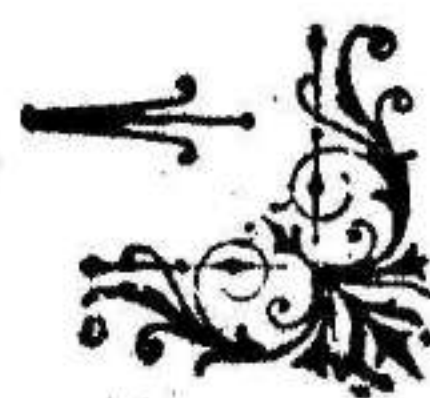
Todos los días laborables: de 11 á 1

Consulta gratuita: Hospital Provincial

Martes, Jueves y Sábados de 9 á 10



— MURCIA —



Grajeas pepsicas nucleínicas PIZÁ

E INYECTABLES DE SUERO PIZÁ

Los preparados que hoy presentamos bajo la forma de grajeas y de inyectables, están destinados á suministrar al organismo el fósforo y arsénico en forma orgánica; de aquí sus maravillosos efectos en la Anemia, Clorosis, Raquitismo, Fosfaturias, Neurastenias, Tuberculosis, etc., etc., debido á la acción que ejerce directamente sobre los huesos el **ácido nucleínico**, muy superior á todos los empleados; **al arrhenal**, que estimula poderosamente las funciones de nutrición y asimilación y actuando como dignos complementos entran los **glicero-fosfatos**, la **Kola**, **coca**, **cacodilato de estrignina**, etc., etc., formando un conjunto armónico que hace sea un reconstituyente de primer orden en cuantos casos sea necesario reintegrar al organismo las pérdidas sufridas por alguna enfermedad grave ó por un exceso de trabajo intelectual ó de otra índole, en una palabra, en todos los casos de depauperación orgánicas. Dosis de dos á tres Grajeas al día, pudiéndose aumentar ó disminuir, á juicio del médico.

Composición: Cada grajea contiene

Acido nucleínico.	0'05
Arrhenal.	0'01
Cacodilato de estrignina.	0'001
Extracto de kola, glicero-fosfatos de cal y de sosa, de cada.	0'08
Extracto de coca y pepsina pura, de cada.	0'04

Composición del Suero, CADA CC. CONTIENE

Arrhenal.	0'02
Acido nucleínico.	0'05
Cacodilato de estrignina.	0'001
Glicerofosfato de sosa.	0'10
Cloruro sódico.	0'001

Solución esterilizada en tubos de capacidad superior á 1 c. c

Inyectables esterilizados del Dr. PIZÁ

De arrhenal.	0'05	GRS. POR CC.
" Aceite alcanforado.	0'1	" " "
" Arseniato estrignina.	0'002	" " "
" Sulfato atropina.	0'001	" " "
" Cafeína.	0'25	" " "
" Idem.	0'10	" " "
" Cacodilato de sosa.	0'05	" " "
" Cacodilato de hierro.	0'05	" " "

De Cinamato sódico	0'01	GRS. PROC
" Clorhidrosulfato de quinina.	0'25	" " "
" Cloruro de cocaína.	0'01	" " "
" Idem.	0'02	" " "
" Glicerofosfato sosa.	0'10	" " "
" Ioduro mercurico.	0'005	" " "
" Cloruro morfíco.	0'01	" " "

Los inyectables esterilizados del Dr. Pizá van envasados en tubos de capacidad mayor á un cc, cerrados á la lámpara, y en cajas de 3, 6 y 14 tubos.

Carbón naftoado granulado

Desinfectante intestinal. dispepsia, gastralgia, flatulencias, diarreas pútridas disenterias, diarreas de los países cálidos.—De 3 á 9 cucharadas al día

Se preparan fórmulas en la misma, según prescripción facultativa.

Franco 3 PESETAS

VENTA AL POR MAYOR Y MENOR

Farmacia del autor, Plaza del Pino, 6, BARCELONA

MURCIA, Farmacia de Antonio Ruiz Seliquer

CARTAGENA Farmacia de R. Stangre

Medizinische Lehrbücher

aus dem Verlage von

Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien

*Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle
Sowie des Rachens und Kehlkopfes.* Ein Lehr-
buch für Ärzte und Studierende von Dr. Alfred
Bruck.—Berlin.

Mit 252 Abbild. und 2 Tafeln, 16 M.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Prof.
V. Urbantschits—Wien.

Mit 186 Textabbildungen, 20 M.

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille.—**Paris**

*Formulaire des médications nouvelles et
des traitements nouveaux pour 1914,* par
le Dr. H. Gillet, ancien interne des hôpitaux
de Paris. 9.^e édition, 1 vol. in 18, de 324 pa-
ges, avec figures, cartonné, 3 francs.

FELIX ALCAN — 118 Boulevard Saint Germain — PARIS

Les limites du Vol morbide, par les Dres.
P. Juquelier, J. Vinchon et A. Vigourout.
1 vol. in 4 de 280 pages, 3,50 francs.

OBRA NUEVA.—PUBLICACION IMPORTANTE
Diez y nueve ediciones en Alemania y numerosas traducciones
en todos los idiomas

TRATADO

DE

Patología y Terapéutica especiales

de las Enfermedades internas
PARA ESTUDIANTES Y MEDICOS

POR EL

DR. ADOLFO STRÜMPPELL

Profesor y Director de la Clínica Médica de la Universidad de Leipzig

Con numerosos grabados intercalados y láminas en negro y
en colores.

Traducido directamente de la última edición alemana por el
Dr. PEDRO FARRERAS.

Puede adquirirse por cuadernos a 1 peseta, o por tomos en-
cuadernados, a pagar a plazos, dirigiéndose a las principales
librerías y centros de suscripción, o a la casa editorial.

F. S. IX.—San Agustín, 1 a 3 (Gracia)
BARCELONA

Editores: PERLADO PAEZ Y C.^a—Madrid

OBRAS NUEVAS.—ACABAN DE PUBLICARSE

MANUAL DEL MÉDICO PRACTICO

CLINICA Y TERAPÉUTICA ESPECIALES

Por Cathelin, Delherm, L. Devraigne, Iselin, Mouchet,
M. Roy, F. Terrien, y Wicart.—Traducido al castellano por
D. José Núñez Granés y D. Joaquín Núñez Grimaldos.

Dos tomos en 4.^o mayor con más de 1.500 páginas de lectura y
778 grabados.—PRECIO: 30 pesetas en rústica y 34 encuader-
nado en pasta española.

LA HIPEREMIA COMO PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

por el Dr. Augusto Bier, de Berlín; traducida al castellano de
la sexta edición alemana, por don Joaquín Núñez Grimaldos.

Otras publicaciones de la casa

«Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las vías
urinarias», por el Dr. Aberto Suarez de Mendoza. Un tomo
en 4.^o mayor de 790 páginas con numerosos grabados y láminas
en color; en rústica. Precio 15 pesetas.

«Tratado de Medicina y de Terapéutica», publicado bajo la
dirección del P. Brouardel, A. Gilbert y S. Girode. Diez to-
mos en 4.^o prolongado, de más de 900 páginas cada uno; en rús-
tica. Precio 167 pesetas.

«Tratado de Cirugía clínicas y operatoria», publicado bajo la
dirección de A. le Dentu y Pierre Delbet. Once tomos en 4.^o
prolongado de unas 900 páginas cada uno próximamente; en
ca. rústi Precio 167 pesetas.

Hijos de Reus.-Editores

CANIZARIS, 5.—MADRID

Biblioteca médica de autores españoles y extranjeros.

Vol. I.—Estudios de Psicología sexual: Hombre y mujer, por HAVELLOCK ELLIS, individuo de la Sociedad de Medicina legal de Nueva York, etc. Un volumen en 4.º, en rústica. Precio: 8 pesetas en Madrid y 8'50 en provincias.

Vol. II.—Estudios de Psicología sexual: La evolución del pudor; Fenómenos de periodicidad sexual; El auto-erotismo, por Avelock Ellis. Un volumen en 4.º, en rústica. Precio: 6 pesetas en Madrid y 6'50 en provincias.

Manuales Reus, de Medicina

Vol. I.—Educación racional de la voluntad. Su empleo terapéutico, por el Dr. Paul Emile Levy. Un volumen en 8.º, encuadernado en lujosa tela. Precio: 4 pesetas en Madrid y 4'50 en provincias.

Neurastenia y neurosis, su curación definitiva en cura libre, por el Dr. Paul Emile Levy. Un volumen en 8.º, encuadernado en tela inglesa. Precio: 5 Ptas. en Madrid y 5'50 en provincias.



CASA EDITORIAL BAILLY-BAILLIERE

Núñez de Balboa, 21, y Pl. de Sta. Ana, 11, Madrid.

Acaba de publicarse.

TRATADO DE CIRUGÍA DE URGENCIA

Por FÉLIX LEJARS

Profesor agregado a la Facultad de Medicina de París.

VERSIÓN CASTELLANA DEL

DOCTOR GUSTAVO REBOLES Y CAMPOS

Un vol. en 8.º mayor, de más de 1.000 páginas, con 1.086 figuras, 193 fotografías originales y 20 láminas fuera del texto.

Precio: 30 pesetas en un tomo y 33 en dos tomos.

En provincias, 1 pts. más para franqueo y certificado.

Para la venta a plazos pidanse prospectos.

Nota. — Al hacer pedido se ruega mencionar este anuncio.



ACABA DE SALIR A LUZ

ANUARIO CURIEL

Médico Farmacéutico de 1914

Este tomo de 350 páginas de tamaño 17 por 24 contiene los nombres y direcciones de todos los médicos y farmacéuticos de España, así como los dentistas y comadronas de las principales poblaciones. Precio 10 pesetas.

Administración: Aragón 228. Barcelona.

AMBROSOL

Tónico antinetrástico vital. Excelente preparado para el tratamiento de la NEURASTENIA, EXTENUACION INTELECTUAL, SURMENAJE, GESTACION, LACTANCIA, CONVALESCENCIAS DE ENFERMEDADES AGUDAS, PERIODO INICIAL DE LA TUBERCULOSIS, FIEBRES, ANEMIAS, CAQUEXIAS, etc., etc.

Cada cucharada contiene: Cacodilato de sosa, 0'02; Hipofosfitos de extrinina, 0'0005; Glicerofosfato de cal, 1 gramo; Acanthea virilis, 0'10.

Crema cutánea Hébé

Tópico higiénico medicinal perfeccionado, regenerador portentoso del tejido epitelial, imprescindible en todas las ENFERMEDADES DE LA PIEL, particularmente en el ECZEMA FLUENS, INTERTRIGO, IMPETIGO, PITIRIASIS, PSORIASIS, QUEMADURAS, FRIADURAS, CAUTERIZACIONES, ROZADURAS, HERIDAS, etc.

PNEUMASEPTOL

Composición: Esencia de malaleuca, viridiflora, tiocol, arrhenal, eucaina, benzoato de sosa y lactofosfato de cal. Preparado balsámico bacilicida pulmonar y bronquial, de efectos notabilísimos en todas las afecciones de las vías respiratorias.

YODOYUGLOL

Yodo fisiológico asimilable, extracto de yuglans regia y fucus vesiculosus. Succedáneo del aceite de hígado de bacalao. *Indicaciones:* LINEATISMO, ESCROFULISMO, TUBERCULOSIS, en su primer grado, osteítis, raquitismo.

Tabletas Quintana

Laxativo y purgante chocolatado. Fenoltaleína, 0'125 gramos por tableta.

EUGASTRINA

Compuesto de pepsina, radiana, coca del Perú, condurango, nuez vómica y fosfato de sosa. Auxiliar eficaz en todas las alteraciones del aparato digestivo, dipepsia, gastralgias, dilataciones del estómago, flatulencias, acideces, atonías gástrica e intestinal, inapetencia, convalecencias, etc., etc.

Gotas Nasales Quintana

Aceite de vaselina C₁₀H₂₀O.—*Esencia de malaleuca viridiflora.*

De acción descongestiva, antiséptica y fluidificante de las mucosas nasales.—Imprescindibles en oto-rino-laringología.—Envase original para su aplicación.

DEPÓSITO EN MURCIA:

Farmacia de E. Gelabert.—Santa Teresa, 37

AL POR MAYOR

F. QUINTANA RALDIRIS.—FARMACÉUTICO

SALMERON, 237.—BARCELONA

GRAN FABRICA DE CÁPSULAS EUPEPTICAS DISIFICADAS

MIL PESETAS

al que presente

CÁPSULAS DE SANDALO

mejores que las del Dr. Piza de Barcelona, y que en su mayor parte y radicalmente las **ENFERMEDADES URINARIAS**, sobre todo la hematuria, va acompañada de leucorria, Tronca y otros de la índole crónica, premia las con medallas de oro en cuantas Exposiciones se ha presentado. Tienen sus ventajas y recomendadas por las Reales Academias de Medicina de Barcelona y de Mallorca, varias condecoraciones distinguidas y reconocidas prácticas diariamente en las prescripciones, reconocidas en los ventajados sobre todos sus similares. Frasco 14 reales.

Cápsulas eupépticas de Santalol (Arheol) Piza. - Frasco 16 reales.

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

Cápsulas eupépticas de Rs.

Acido fosforado.	10
Acido de ligado de bacabo puro.	10
Acido de ligado de bacabo creosotado.	12
Acido de ligado de bacabo todo ferruginoso.	12
Acido de ligado de bacabo bromo iodado.	12
Acido de eucalyptus.	8
Acido mineral de Gubian.	8
Algas suaberas.	8
Algas.	8
Balsamo paraguayo.	10
Bisulfato de quinina.	8
Bisulfato de quinina y arseniato sodico.	8
Brea balsamo de Tolu y creosota.	10
Brea vegetal.	8
Bromuro de alcanfor.	10
Bromuro de quinina.	8
Cloroformo puro.	8
Copaiba puro de maracaybo.	12
Copaiba y resaca de s. indio.	20
Copaiba esencia de s. indio y eucalyptus.	20
Copaiba esencia de s. indio y hierro.	20
Copaiba y eucalyptus.	12
Copaiba eucalyptus y hierro.	16
Copaiba y heca vegetal.	14
Copaiba y iodo.	10
Copaiba de s. indio y brea.	16
Creosota de Haya.	12
Egipcina Benjamin.	8
Esencia de eucalyptus.	10
Esencia de copaiba.	12
Esencia de troidentira lirectificada.	8
Esencia de embultra.	12
Esencia de iodo.	10
Esencia de s. indio puro.	12
Esclerado de asfaltida.	10
Euramifio valenciano.	10

Cápsulas eupépticas de Rs.

Extr. sulfúrico.	8
Eucalyptol.	8
Eucalyptol, iodoforno y creosota.	12
Eucalyptol, iodoforno y guayacol.	12
Hemo cl. pura soluble.	12
Extracto de eucalyptus.	12
Extracto de belecho macho.	14
Extracto de hojas de malico.	10
Extracto de salina y iodo.	10
Fosfato de cal y de hierro.	10
Goma-resina asfaltida.	8
Guayacol.	10
Guayacol iodoforno.	12
Hierro reducido por el hidrógeno.	9
Hipnosa.	10
Iodoformo.	10
Lactato de hierro y manganeso.	10
Mielol.	10
Mormol.	10
Muriato de sodio.	14
Muriato de sodio y quinina.	16
Muriato de sodio y quinina.	34
Muriato de sodio ferruginoso.	11
Pectorales de Tolu, clorato de potasa, óxido de antimonio y colerina.	8
Pepsina y diastasa.	12
Pepsina y pancreatina.	12
Pepsina pancreatina diastasa.	12
Quina y hierro.	10
Santalol (Arheol).	16
Sulfato de quinina.	8
Yerba de s. indio.	8
Tunicidas (extracto de kousa y belecho macho).	20
Ureterina de Venecia.	8
Valerianato de quinina.	9
Vodur y de azufre.	10
Yoduro.	10

NOTA. — La universal aceptación que tienen todas nuestras Cápsulas se debe á la pureza de los medicamentos que contienen en su exterior y en su interior, solubles y absorbibles y nunca producen fenómenos desagradables gastrointestinales, debido á la pepsina y pancreatina.

CANDELLAS DEL DR. PIZA

Para la curación de las enfermedades de la uretra: desulfato de zinc, de sulfato de zinc y lielladona (catalina), de iodo y hallado. a. de iodoformo, de opio, de iodo, etc. 12rs. caja. — Al por mayor 8 reales caja.

Venta al por mayor y menor FARMACIA DEL DOCTOR PIZA, Plaza del Pino, 6. BARCELONA y principales de España y América.

ELIXIR GUAYAQUINA

FOSFATADA

Dr. MONLLOR

Formula la mas racional para el tratamiento de aquellas afecciones crónicas de las vias respiratorias que van acompañadas de expectoración abundante, arteria general, desmineralización de los tejidos, emaciación del organismo (Tisis) y pérdida del apetito.

Remedio positivo para curar los catarros de las vias respiratorias, Bronquitis, Bronconeumonias, y Neumonias crónicas. Las tuberculosis pulmonares latentes, larvada, cerradas, fibrocaseosas, torpidas y esclero-bronquíticas.

De efectos maravillosos en las bronco-reas.

DOSIS

ADULTOS.— Dos a tres cucharadas al día, una en cada comida, mezclada con un cocimiento bélico, de poligala, liquen, tusilago, régaliz, etc. ó una infusión ligera de café ó té.

NIÑOS.— Dos cucharaditas en las 24 horas, en la misma forma que los adultos.

FARMACIA CENTRAL

ALCOY

CARNE LÍQUIDA

del Dr. Valdés García de Montevideo —

TÓNICO = RECONSTITUYENTE

— 20 % verdadera peptona de carne. —

El mejor para combatir anemias, clorosis, debilidad general etc, tratamientos de la tisis y convalecencias. —

— Agente exclusivo en España y Portugal. —

LOIS ANDRÉU — BARCELONA —

Medizinische Lehrbücher

aus dem Verlage von

Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien

*Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle
Sowin des Rachens und Kehlkopfes.* Ein Lehr-
buch für Ärzte und Studierende von Dr. Alfred
Brück. — Berlin.

Mit 252 Abbild. und 2 Tafeln, 16 M.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Prof.
V. Urbantschitsch-Wien.

Mit 186 Textabbildungen, 20 M.



FELIX ALCAN — 118 Boulevard Saint Germain — PARIS

Les limites du Vol morbide, par les D^{rs}.
P. Juquetier, J. Vinchon et A. Vigouroux.

1 vol. in 4 de 280 pages, 3,50 francs.



Las Cápsulas
de Quinina de Pelletier
son soberanas contra
las *Fiebres*, las *Jaquonas*,
las *Neuralgias*, la *Influenza*,
los *Resfriados* y la *Grippe*.

Exigir el Nombre:



En
todas las
buenas farmacias

CEREVISINA

(Levadura seca de cerveza)

La **CEREVISINA** da maravillosos resultados en el tratamiento de los *furúnculos*. En los enfermos que padecen de *psoriasis*, *herpès* ó *eczema*, produce el mejor éxito mejorando rápidamente su estado general, así como en el *cañé*, la *articularia*, etc.

PARIS, 8, rue Vivienne y en todas las Farmacias

APIOLINA CHAPOTEAUT



Regulariza el *flujo mensual*,
corta los *retrasos* y
supresiones así como
los *dolores* y *cólicos*
que suelen coin-
cidir con las
épocas.

En todas las Farmacias

SALUD DE LAS SENORAS

