

REVISTA MÉDICA DE MURCIA
REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS
ANUARIA DE LA CIENCIA

TOMO IX

NOVIEMBRE 1915

NUM. 104

TRABAJOS ORIGINALES

**VARIOS CASOS DE INTERVENCIONES ENDOLARÍNGEAS
POR EL PROCEDIMIENTO DE LA LARINGOSCOPIA EN**

SUSPENSIÓN DE KILLIAN

*Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina y Cirugía
de Murcia por el*

DR. D. JOSÉ PEREZ MATEOS

*Académico corresponsal y Director del servicio oto-rino-laringológico del
Hospital provincial*

Desde el Congreso que la Sociedad de laringólogos alemanes celebró en Hannover, en el que fué presentado el primitivo aparato de laringoscopia en suspensión, ha venido el profesor Killian practicando en su Clínica de la Charité este nuevo método de endoscopia directa, que ha llegado con sus ulteriores perfeccionamientos a constituir un procedimiento de innegable valía.

Los trabajos de Killian, de conclusiones altamente optimistas, y los juicios que mereció a otros ilustres laringólogos alemanes llegando a ser incluido este procedimiento en algunos tratados como el *Handbuch der speziellen chirurgie des ohres und der oberen luftwege* de L. Katz, formando parte de uno de sus admirables capítulos, estimulóme a adquirir el instrumental preciso, ya construído con las últimas modificaciones que su autor introdujo.

La casa L. Fischer, de Berlín, me proporcionó los aparatos, y aunque no llegó oportunamente la mesa del propio Killian que también había pedido, para mayor perfección en la técnica de mis investigaciones, comencé mis experiencias con otra no tan perfecta, pero que sin embargo ha cumplido su objeto a maravilla.

Desde aquel momento he venido utilizando dicho procedimiento en cuantos casos me ha sido dable. Los primeros pacientes fueron una joven a quien se operó un pólipo laríngeo y un seminarista que fué curado de un nódulo vocal; ambos casos correspondientes a la Consulta del Hospital Provincial. Después, el de una señorita a quien en mi clínica particular hube de extirpar un papiloma del borde de la cuerda izquierda, caso notable por haber sido operado anteriormente y sin resultado en Madrid; un joven labrador, recomendado por un querido compañero, a quien hubo de extraerse una sanguijuela que había tenido la desgracia de tragar y cuyo molesto huésped había elegido la laringe para su alojamiento determinando como punto de succión la parte más inferior de la cara laríngea de la epiglotis. El último enfermo, también particular fué operado de un pequeño fibroma y la laringoscopia en suspensión permitió de un modo clarísimo descubrir y curar esta neoplasia, rectificando varios errores de diagnóstico que el paciente traía en su historia.

Este procedimiento de endoscopia, tal vez por la forma como fué presentado y por no tener noticia de su utilidad y de los perfeccionamientos de que después ha sido objeto, es casi desconocido prácticamente, no ya por lo que sefiere a España, sino también en el extranjero.

En Francia sólo he visto publicado un artículo de Chavanne y otro de autor poco conocido: ambos juzgaban el procedimiento de escaso valor. El Dr. Allende, de Chile, tiene publicado un corto trabajo sin experiencias propias. De autores españoles, sólo conozco un artículo periodístico de Casadesús y los párrafos que el eminente Dr. Botey, mi ilustre maestro, ha incluido en el segundo fascículo (recientemente publicado) de la nueva edición de su Tratado de Oto-rino-laringología.

En el mes de Marzo pasado anuncié a esta Academia una comunicación sobre los casos que ya llevaba operados por este procedimiento de Killian y nuevas investigaciones me permiten hoy, que es llegado el turno a mi trabajo, presentar al juicio de tan distinguidos compañeros, la estadística de estas investigaciones y el criterio que tengo formado como consecuencia lógica de tales experiencias.

No he dudado en ofrecer estas impresiones personales, tanto porque creo han de interesaros tratándose de asunto de verdadera novedad e importancia científica, cuanto por el honor que ha de caber a nuestra Academia de ser la primera, según mis noticias, que se ocupa en nuestra nación de este último adelanto en la endoscopia directa de la laringe.

El instrumental de Killian se compone de dos partes esenciales: 1.º la *potencia*; 2.º el *gancho espátula*. No he de hacer su descripción muy minuciosa, porque he preferido traerlo para que pueda ser examinado. Además acompaño un fotograbado para daros también completa idea de su funcionamiento.

La *potencia* se compone de un cuerpo vertical y otro horizontal. Está sujeta al borde de la mesa por una sólida pinza y fuerte tornillo. La parte vertical merced a un mecanismo especial ofrece un movimiento lento en sentido vertical y otro rápido por deslizamiento de dos tubos concéntricos: además puede efectuarse otro movimiento lento en el sentido longitudinal de la mesa a lo largo de dos barras paralelas entre sí y también al plano de aquella. Estos movimientos vertical y horizontal pueden regularse de una manera cómoda y exacta, ajustándose a las diversas alturas de los enfermos y a las exigencias de cada caso concreto, que varían con harta frecuencia.

La otra pieza importante del aparato es el *gancho espátula*, que se cuelga por su extremidad superior de la rama horizontal de la potencia, que Killian llamó por tal razón *galgen* (horca). Por la parte inferior lleva el semiestribo, la espátula o depresor lingual y la placa dentaria.

Esta segunda parte del aparato ha sufrido importantísimas modificaciones. El último modelo construido que es el que tenemos el honor de presentar a la Academia, consta de un tallo metálico dividido en dos trozos rectos y articulados en la unión de los dos tercios superiores con el inferior. Al extremo de la rama superior se articula también un vástago terminado en un tope para colocarlo sobre la cara externa de la región laríngea; con lo cual además de fijar mejor el aparato se hace bascular un poco la laringe facilitando la visión. El semiestribo se desliza paralelamente a la extremidad del mango merced a un tornillo y en su rama inferior lleva la placa dentaria destinada a adaptarse a los incisivos superiores. Esta placa es paralela a la espátula o baja lenguas, y al separarse una de otra por un mecanismo sencillo hacen la función de abre-bocas.

Las espátulas en el primitivo aparato eran planas, hoy son más cortas y bifurcadas: tienen dos alas laterales movibles a voluntad y una corredera central en la cara inferior por la que se desliza un vástago sobresaliendo de la extremidad libre, puede introducirse a voluntad en la laringe.

Esta es la descripción del aparato, completada con el detalle de sus perfeccionamientos.

Hablemos algo de *técnica*.

Se fija el aparato en el borde derecho de la mesa, conforme se observa en el fotografado y se cuelga el gancho espatula, (*haken* de los alemanes) de la rama horizontal de la potencia, *galgen*, la que a su vez está colocada de tal modo, que la mayor parte del cuerpo horizontal sobresalga del extremo de la mesa. La cabeza del paciente quedará también libre por consiguiente del plano de la misma, siendo suspendida con el depresor lingual mientras la placa dentaria se coloca contra los incisivos superiores.

El peso de la cabeza hace que la lengua y aun la epiglotis se compriman de un modo violento contra el depresor, hasta el punto de dejar libre la visión de todo el interior de la laringe, que será más o menos completa, claro es, según las condiciones del paciente que se examina.

La *iluminación* puede hacerse o bien fijando sobre los bordes del depresor lingual una lámpara pequeña de las llamadas frías o bien con el simple reflector o con los fotóforos frontales. En la práctica no son útiles los primeros porque fácilmente se manchan de sangre; tampoco lo son los segundos porque precisa cambiarlo a menudo de dirección; lo mejor es un fotóforo o la lámpara frontal de Kirstein-Killian.

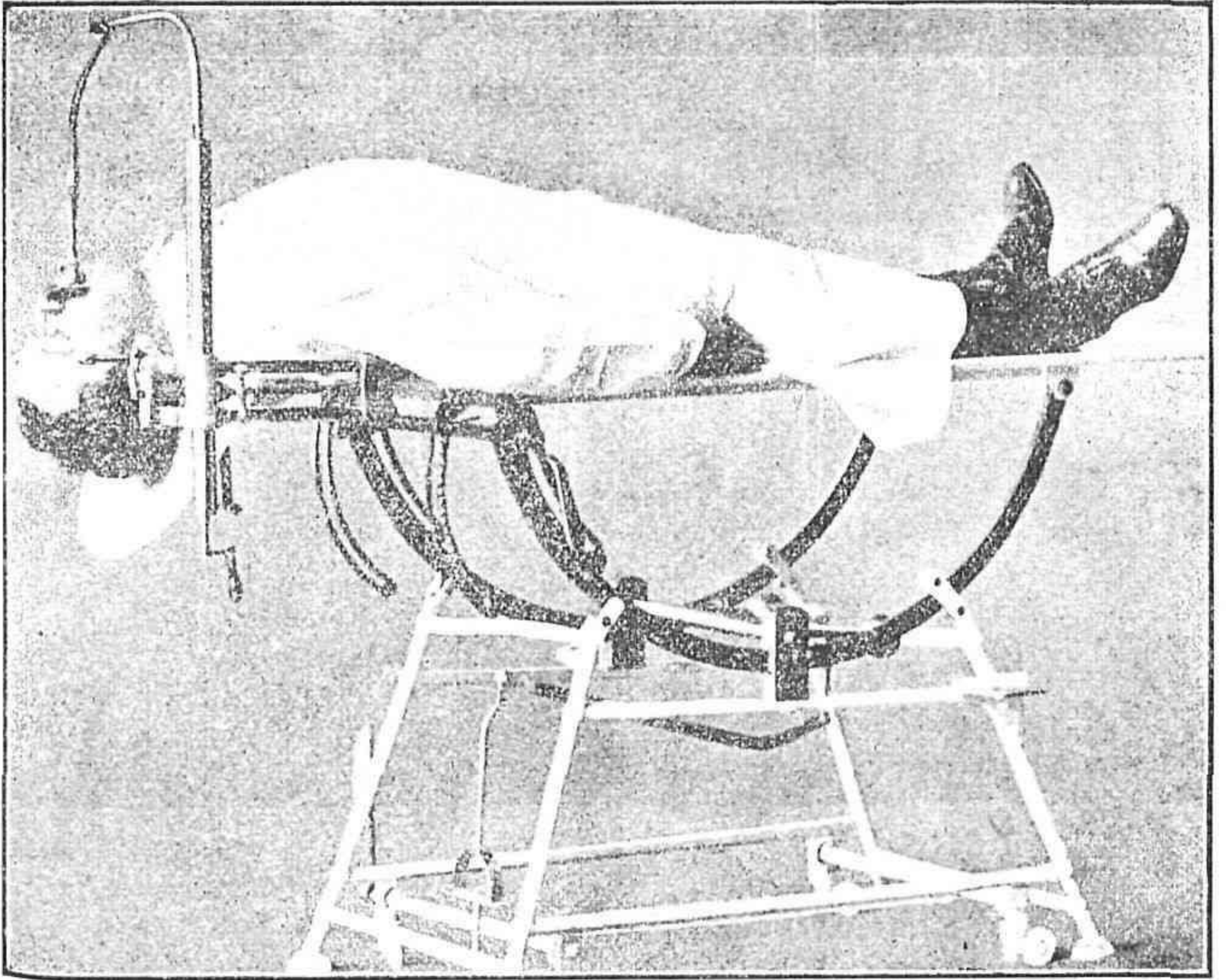
También es preciso un *instrumental* especial. La casa Fischer lo construye y además ofrece algunos aparatos que sirven para operar por ambos métodos directos e indirectos. La base de este instrumental la constituye un mango universal al que se adaptan cucharillas, amigdalotomos, etc.

Por lo que afecta a la *anestesia* se puede utilizar la general y local. El método más sencillo es poner al paciente una inyección de 1 centígramo de morfina, media hora antes de la operación: insensibilizar profundamente la base de la lengua, velo del paladar, faringe, etc. con cocaína al 10 por 1000. Después se coloca en el interior de la laringe inyecciones de cocaína el 20 por 100, empezando por pequeñas porciones hasta llegar a 2 c. c.

Killian emplea la morfina asociada a la scopolamina, pero es mucho mejor inyectar morfina sola.

Durante la operación también pueden hacerse ligeros toques de la cocaína al 10 por 100, cuando su duración lo requiera y los reflejos lo reclamen.

Los cinco casos de intervenciones laringeas que llevo operados por este procedimiento, me han enseñado algunos incon-



Laringoscopia en suspensión (Killian)

venientes que los autores no citan y ventajas muy notables que deben noblemente proclamarse.

Las *ventajas* son numerosas.

Por este método puede el operador disponer de *ambas manos* que quedan libres, cosa que no puede ocurrir por el procedimiento indirecto.

La *visión directa* que es más perfecta y permite intervenir con instrumentos rectos, apreciando de modo más exacto los caracteres de la lesión.

El *campo visual* es más amplio, no sólo sobre el interior de la laringe, sino sobre la cavidad de la faringe, cuya pared posterior puede ser seguida hasta la región del cartílago cricoides. La imagen que se obtiene con la suspensión es tan clara y completa que puede ser comprendida aun por observadores poco ejercitados.

La *rapidez* operatoria, no puede ser igualada por ningún método. La visión clara y el empleo de ambas manos, son condiciones de inestimable valía por lo que a dicha rapidez afecta, pues nadie ignora las dificultades de estas intervenciones por el método indirecto en manos que no posean larga práctica.

La *posición* del enfermo, en decúbito dorsal, con la cabeza suspendida es otra ventaja que hace que la sangre jamás pueda caer a la tráquea, sino que va a depositarse en el cavum sin entorpecer la operación.

También lo es la *colaboración* que los ayudantes pueden prestar limpiando con posta-algodones el campo operatorio y prestando un concurso que no se hace posible en los otros métodos.

Todas estas ventajas son de fácil apreciación, principalmente la rapidez, nacida de la libertad de ambas manos y de la visión más perfecta de la lesión. En nuestra primera enferma el momento operatorio fué tan breve que la paciente dudaba de haber sido operada de modo completo. En el paciente de la sanguijuela en la laringe, caso verdaderamente emocionante, que impresionaba dolorosamente a cuantos le veían, y que obligó a prescindir del riguroso turno de las consultas por la gravedad que tan evidentemente manifestaba, el éxito de rapidez fué asombroso. La duración del acto operatorio se limitó al tiempo preciso para la adaptación del aparato, pues la visión clara y rápida del cuerpo extraño permitió su extracción en pocos segundos.

Por lo que afecta a las ventajas de la posición también me las ha confirmado un hecho práctico. El caso número 3, referente a una disinguida señorita que sufría un papiloma de la

cuerda izquierda, es convincente. La hemorragia fué relativamente grande y la sangre fué por su propio peso hacia el cavum, no impidiendo acabar con éxito esta intervención de especial empeño para mí por que un especialista de la corte no había logrado completarla.

No está sin embargo este método exento de *inconvenientes*.

La practica nos ha mostrado varios que consignamos con tanto mayor interés cuanto que no suelen parar mucho en ellos su atención los escasos experimentadores del método.

El primero que salta a la vista del experimentador es la necesidad de un temperamento germánico, altamente disciplinable, para que resista sin protesta las violencias de una posición molesta, tanto más cuanto que el paciente suele tener noticia que tales intervenciones pueden hacerse con mayores comodidades. Estas molestias es justo reconocer que son más aparentes que reales, sobre todo con los últimos perfeccionamientos de los aparatos; hoy, cuando la aplicación está bien hecha, es completamente indolora.

Otro inconveniente constituye la facilidad con que el enfermo lanza al rostro del observador las secreciones, la sangre que brota de la zona herida, etc. En el tercero de los casos citados en el que hubo abundante hemorragia, no pude evitar que un pequeño acceso de tos me llenara la cara de sangre, inutilizándome durante breves momentos para proseguir mi intervención.

El más importante de los inconvenientes que yo encuentro al método es la dificultad que se encuentra en muchos casos para la visualidad del tercio anterior de la laringe: la gran facilidad y perfección con que se observan los dos tercios posteriores, sólo en contados casos se consigue en el tercio anterior tal vez por la tracción que la laringe sufre como consecuencia de la violenta presión de la espátula. Este inconveniente es de verdadera importancia si se tiene en cuenta que las neoplasias benignas de las cuerdas, que es una de las principales aplicaciones del procedimiento, tienen su asiento generalmente en el tercio anterior de las mismas.

No es sin embargo constante esta dificultad. El caso N. 5 de mi estadística, ofreció un pequeño fibroma, tan pequeño y tan anterior, que no había sido visto por algunos compañeros de cuya competencia no dudo, y sin embargo era tan perfecta la visión por este método endoscópico que pudo diagnosticarse con toda exactitud, dibujarse con el menor detalle y extirparse con suma rapidez.



Haciendo un resumen de todo lo dicho y como fruto de la propia experiencia puede llegarse a las siguientes conclusiones:

1.^a Que la laringoscopia en suspensión es un procedimiento endoscópico de verdadero valor y que su practica es casi indolora con las últimas modificaciones que en su instrumental ha introducido el profesor Killian.

2.^a Que su utilidad será extraordinaria el día que sucesivos perfeccionamientos permitan la visión clara del tercio anterior de la laringe, región en donde tienen su general asiento las neoplasias benignas, cuya extirpación ha de constituir una de sus más principales aplicaciones.

3.^a Que la ventaja inmensa de dejar completamente libre las manos del operador haciendo más quirúrgicas estas regiones anatómicas, permitirá en el porvenir una mayor extensión en el campo de las intervenciones endolaringeas, y

4.^a Que a pesar de tan positivas ventajas la laringoscopia en suspensión no será jamás de uso corriente, aparte de las dificultades técnicas, por las causas morales que determinan en el enfermo cierta repulsión a este procedimiento endoscópico.

HE DICHO



Los cálculos del ureter

TESIS DOCTORAL

POR

D. SALVADOR PASCUAL Y RIOS

(PREMIO EXTRAORDINARIO, 1915)

(Conclusión)

PARTE CUARTA

TRATAMIENTO

Indicaciones operatorias.—La extracción de los cálculos ureterales se impone de una manera sistemática, Leonard ha intentado precisar en la Asociación médica americana las indicaciones operatorias. Para él solamente existen tres: 1.º, la fiebre; 2.º, la anuria; 3.º, la anuria unilateral sin otros síntomas.

Para Jeambrau las indicaciones terapéuticas son diferentes, según que el enfermo esté en período de anuria ó no. Fuera de la anuria, él divide los cálculos en tres grupos; aquellos que se deben vigilar, los que deben ser extraídos por las vías naturales y los que deben ser quitados operatoriamente. Los primeros son los de pequeño volumen que producen pocos trastornos y que van descendiendo por el conducto, según se puede demostrar por sucesivas radiografías. Si á esto se une que el ureter ya está un poco dilatado por la salida de cálculos anteriores, podemos esperar que por un tratamiento higiénico é hidromineral el enfermo se vea libre del todo de su litiasis.

Aunque nos parece un remedio poco eficaz, diremos que los autores alemanes pretenden favorecer la eliminación de las piedras por la ingestión continuada durante mucho tiempo de grandes cantidades de glicerina.

Los cálculos susceptibles de ser extraídos por vías naturales son los que se presentan en el meato ureteral. Luego nos ocuparemos de ellos con más extensión.

En período de anuria la situación es un poco más compleja. En primer término, se debe intentar el cateterismo ureteral incluso si el estado del enfermo ya es grave; la fórmula generalmente admitida hoy es que en presencia de una anuria llegada al período de intolerancia se impone la nefrotomía, pero Marión declara y demuestra con ejemplos que el cateterismo

antisepsia intestinal

Remedio para el estómago

Muestras: Curjel, Aragón 228, Barcelona, May 1898

los mejores comprimidos Activos

JARABE DUPASQUIER

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

21 FAUCOURG MONTMARTRE PARIS DEPOSITO: E. J. CURIEL, ARAGON 228, BARCELONA.

AGUA OXIGENADA CURIEL

MEDICINAL

BOTELLAS DE 250 500 Y 1000 LITROS

COMODAS DE 10 LITROS

ESTABILIDAD

PUREZA

PRECIOS ESPECIALES

EXIGASE BOTELLA PRECINTADA

10 VOLÚMENES

LA PREFERIDA POR LOS BUENOS MEDICOS FARMACEUTICOS

DEPOSITO GENERAL

ARAGON 228 BARCELONA

OPOTERAPIA BILIAR

DEBOUZY

PILDORAS

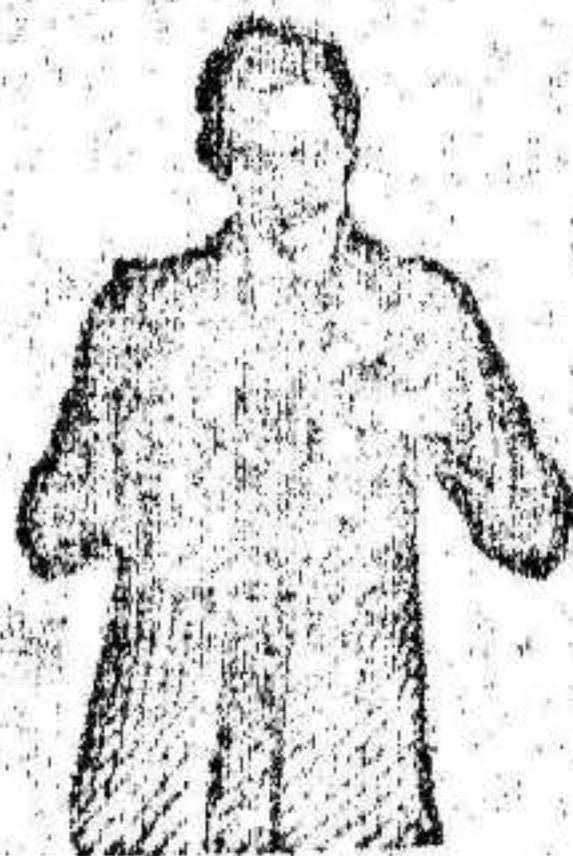
AFECCIONES HEPATICAS
Inflamación hepática
Enfermedades de los paises calidos. Complicacion
Espero contra tuberculosas

CITROSODINE GREMY

CITRATO TRIANGICO

COMPRIMIDOS solubles de CITROSODINE
Corresponden a 5, 10 y 15 de Citrato de sodio
CITROSODINE GRANULADA
Corresponden a 1 gramo de Citrato de sodio para preparar un café

Se diluye en un vaso de agua
dos o tres veces por día
El medicamento de los niños y enfermos debiles
Bureau Literaire
P. LONGUET
50, rue des Lombards, PARIS



CATARROS, BRONQUITIS,
ENFISEMA, ASMA

Jarabe de Ioduro de Potasio

ADOPTADO POR LOS HOSPITALES



CLOROFORMO Y ETÉR

ANESTÉSICO

de Fabricación Nacional
en Ampollas cerradas á l. lámpara

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

**Sociedad Leonesa de
Productos Químicos**

PNEUMOGENO

ENÉRGICO ANTIBACILAR Y ESTIMULANTE DE LA NUTRICION

Fórmula (por cucharada)

Metilarsinato disódico, 0,02.
Lactolostato de cal creosotado 0,60 (equivalentes a 0,15 de creosota 20 % guayaco)
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

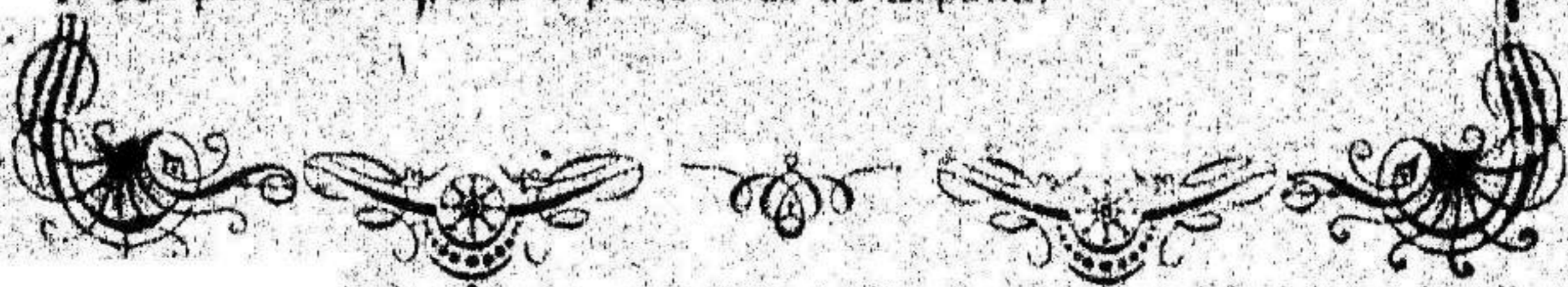
Fórmula (por cucharada)

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.
Cirosis.
Tuberculosis.
Estados consuntivos.

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



ureteral es capaz, tanto como la nefrotomía, de salvar la vida á los enfermos. Claro es, dice él, que en la gran mayoría de los casos el cateterismo ureteral no cura la causa de la anuria y que se deberá intervenir después, pero entonces la intervención, cuando el enfermo haya salido del período de anuria, será hecha en mejores condiciones. Albarrán cita muchos casos en los cuales la sonda ureteral determinó la eliminación de pequeños cálculos, y en el mismo sentido se expresan Ertzbischoff, Denos, Luys, etc. Estos autores practican el cateterismo ureteral solo ó bien inyectan agua fría ó aceite con objeto de despertar las contracciones del ureter.

La distensión vesical preconizada por Pasteau tambien ha dado buenos resultados.

Cuando hayan fracasado los medios anteriores se recurrirá á la nefrotomía (Pousson, Albarrán, Legueu y Jeambrau); esta operación tiene la ventaja de ser de ejecución rápida y de necesitar poco cloroformo.

A la hora actual la extracción del cálculo ureteral en período de anuria no está indicada más que cuando se encuentran reunidas las tres condiciones siguientes: 1.ª, la anuria no es más que de dos días de duración; 2.ª, la radiografía ha localizado el sitio del cálculo y demostrado que el riñón del lado correspondiente no tiene otros; 3.ª, el estado general del enfermo es bueno. En los demás casos es preferible abrir el riñón (Jeambrau).

MÉTODOS OPERATORIOS

Es preciso hacer una distinción entre los cálculos situados en porción intraparietal y los situados en las otras porciones del conducto, pues el tratamiento en ellos es diferente.

Los métodos de tratamiento son: 1.º, nefrotomía ó pielotomía; 2.º, urétero-litotomías; 3.º, cistostomía combinada con las maniobras que luego diremos; 4.º, extracción por las vías naturales.

En la comunicación de Jeambrau se encuentran, en la siguiente proporción, estas operaciones. Reune 239 observaciones que se descomponen así:

- 23 cálculos extraídos por nefrotomía.
- 3 cálculos rechazados en la vejiga después de nefrotomía.
- 2 cálculos extraídos por nefrotomía después de laparotomía exploradora.
- 5 cálculos quitados por pielotomía.
- 22 urétero-litotomías extra-peritoneales después ó con nefrotomía exploradora.

- 9 uretéro-litotomías transperitoneales.
- 12 urétero-litotomías extraperitoneales combinadas á la laparotomía.
- 18 urétero-litotomías extraperitoneales de propio intento por cálculos lumbo-iliacos.
- 46 urétero-litotomías extraperitoneales de propio intento por cálculos pelvianos.
- 13 urétero-litotomías por vía vaginal.
- 22 cálculos extraídos por talla hipogástrica.
- 6 cálculos operados, sea por la vía rectal sea por el periné, sea por talla vésico-vaginal bien por talla perineal.
- 5 cálculos extraídos por uréterotomía para-rectal ó para-sacra.
- 10 cálculos extraídos por vías naturales.
- 24 cálculos expulsados después de uno o muchos cateterismos ureterales.

Extracción por nefrotomía ó pielotomía.—Para que esta operación (la nefrotomía) pueda ser realizada se precisan dos condiciones: que el calculo sea móvil y que el ureter esté dilatado por encima de él.

La pielotomía, empleada principalmente por Israel, Lucas y Rovsing, tiene la ventaja de respetar al riñón y de permitir una extracción fácil, si la pelvis es accesible y bastante voluminosa.

Urétero-litotomías.—Esta operación puede ser practicada por vía transperitoneal ó extraperitoneal. La operación es distinta en los casos asépticos y en los sépticos, así como también la conducta será distinta según el sitio exacto en que se encuentre la piedra (Albarrán).

Los diferentes tiempos operatorios seguidos en la vía extraperitoneal, que es la operación de elección, son: 1.º, introducción de una sonda ureteral hasta á nivel del cálculo; 2.º, descubrimiento del ureter; 3.º, exploración exterior del conducto; 4.º, incisión ureteral; 5.º, extracción del cálculo; 6.º, exploración de la permeabilidad ureteral; 7.º, desagüe; 8.º, sutura de la pared.

Esta es la técnica que Albarrán recomienda en su tratado de Medicina operatoria de las vías urinarias, técnica un poco modificada, pues modernamente se tiende á hacer cada vez menos la sutura del ureter, según tendremos ocasión de ver más adelante.

El primer tiempo consiste, como hemos dicho, en la introducción de una sonda ureteral; esto tiene la ventaja de que facilita la busca del ureter y, además, se puede en estas condi-

ciones explorar el conducto y dejar la sonda permanente al final de la operación.

El segundo tiempo consiste en el descubrimiento del ureter. Este tiempo será distinto, según que sepamos ó no el sitio exacto del cálculo. Los autores distinguen tres casos diferentes, de los que en realidad sólo dos son dignos de tener en consideración, según Albarrán, pues el tercero, es decir, saber si el cálculo está á la derecha ó á la izquierda, no tiene realidad.

Albarran aconseja, cuando se ignora el sitio del cálculo, comenzar la operación como una pielotomía ó nefro-litotomía ordinaria. Durante la operación se podrá fácilmente explorar con los dedos la parte superior del ureter y reconocer el sitio preciso del cálculo.

Cuando el cálculo se encuentra por encima del estrecho superior de la pelvis, no hay más que agrandar la incisión lumbar, y siguiendo el ureter se llegará hasta á nivel de la piedra.

Si el cálculo se encuentra en la porción pelviana, se prolonga la incisión hacia abajo, hasta el borde externo del músculo recto, y se practica la ureterotomía.

Cuando se sabe que el cálculo está detenido en la extremidad superior del ureter, cerca del riñón, la operación comprenderá los tiempos siguientes:

- 1.º Incisión de la pared abdominal por vía lumbar.
- 2.º Decortización del riñón y busca del ureter.
- 3.º Palpación del ureter; aislamiento digital moderado del conducto, y descubrimiento del sitio del cálculo.
- 4.º Incisión longitudinal del riñón sobre su convexidad, ó de la pelvis sobre su cara posterior.
- 5.º Exploración metódica y extracción de los cálculos contenidos en la pelvis.
- 6.º Extracción de los cálculos contenidos en el ureter.
- 7.º Exploración del ureter hasta la vejiga.
- 8.º Sutura del riñón y sutura ó no, según se crea necesario, de la pelvis y del ureter.

Cuando el cálculo está detenido en la porción lumbar del ureter, la conducta será la misma que anteriormente, con la sola diferencia de que la incisión de la pared será un poco más larga, con objeto de descubrir mejor el ureter.

Cuando el cálculo está detenido en la porción intrapelviana, entre el estrecho superior y la vejiga, conviene practicar la urétero-litotomía (Albarrán).

El tercer tiempo de la urétero-litotomía que estudiamos, consiste en la exploración exterior del ureter. Esta exploración debe ser practicada aislando el ureter de la capa celular que lo

envuelve, pero de una manera moderada con objeto de no traumatizar el conducto. Esta exploración tiene por objeto buscar el sitio del cálculo, y además examinar el estado de las paredes ureterales.

Es conveniente antes de incidir el ureter detener el curso de la orina. La incisión ureteral será practicada por encima del sitio en que se encuentre el cálculo, ó aun mejor inmediatamente por encima de su extremidad superior. La incisión será longitudinal con objeto de evitar la separación de los labios de la herida que determinan las incisiones transversales, y deberá ser proporcionada al diámetro del cálculo y suficiente para que ésta pueda ser fácilmente extraído sin desgarradura de las paredes.

La extracción del cálculo no ofrece generalmente dificultad alguna; cuando se ha incidido directamente sobre él, basta con cogerle entre los bocados de una pinza. En caso de que la incisión no haya podido ser hecha en el sitio de la piedra, sino por encima de ella, trataremos por medio de presiones sobre el ureter de hacer remontar al cálculo hasta el sitio de la incisión. Nogues y Mazzoni han hecho construir instrumentos especiales para los casos en los cuales no es posible hacer llegar al cálculo hasta la incisión.

La exploración de la permeabilidad del ureter es de todo punto indispensable, no solamente porque pueden existir otros cálculos, sino también porque frecuentemente existe una estrechez por debajo de él. Esta exploración será practicada con la sonda ureteral.

Llegamos a un punto muy en discusión, o sea el referente a la sutura del ureter después de quitada la piedra.

Marion dice, radicalmente, que la sutura del ureter es no solamente inútil, sino peligrosa en ciertos casos, y que no hay que practicarla más que en condiciones especiales. Cree que la sutura del ureter hace correr al enfermo el riesgo de una estrechez tardía, aparte de que es muy difícil cuando el ureter no está dilatado y casi imposible cuando se hace sobre la porción inferior del ureter pelviano. El peligro de la fistula, que algunos autores invocan para recomendar la sutura, no existe si la porción subyacente del ureter tiene un calibre normal. Si el calibre es normal, repetimos, la herida se cerrará ciertamente, pero si está estrechado ó obliterado a pesar de la sutura, que ordinariamente fracasará, se verá aparecer una hidronefrosis.

A la hora actual, en suma, casi todos los autores están de acuerdo para no suturar, contentándose con dejar un amplio desahúe y cerrar, parcial ó totalmente, la pared abdominal.

La operación en los casos sépticos presenta algunas particularidades en los diferentes tiempos operatorios.

Conviene comenzar la incisión ureteral un poco por encima del cálculo, y no á su nivel, porque en este sitio existen frecuentemente lesiones de la pared ureteral que dificultan la cicatrización. Por esto mismo, la incisión á nivel, de la piedra debe ser lo estrictamente necesaria para poder extraerla.

Una vez quitado el cálculo, operación que será hecha cuidadosamente con objeto de no fragmentarlo, el desagüe del ureter se impone. Para practicar cómodamente este desagüe, lo mejor es introducir por cistoscopia una sonda ureteral núm. 12 ó 13, hasta que salga por la incisión hecha en el conducto; sirviéndose de ella se coloca el pequeño tubo de desagüe; y una vez colocado retiramos la sonda ureteral. Esta es la conducta que siguió Albarrán en un caso que ya hemos referido anteriormente.

La sutura del ureter no debe ser practicada, aún menos que en los casos asépticos.

Se termina la operación dejando desagüe en la cavidad abdominal.

Todos los accidentes que pueden presentarse en estas operaciones podrán ser corregidos, mejor dicho, evitados, teniendo presente las nociones de anatomía que dimos al principio de nuestro trabajo.

Hay, sin embargo, una cosa contra la cual deberemos estar siempre prevenidos; nos referimos á la existencia de las estrecheces. Albarrán aconseja, cuando la estrechez se encuentra en las porciones lumbar o iliaca ó en parte accesible de la porción pélvica, practicar la ureterotomía externa con sutura consecutiva ó no del conducto, y sonda ureteral permanente.

Cuando la estrechez está situada cerca de la vejiga, como en un caso del mismo Albarrán, éste practicó la ureterotomía interna. Después de haber extraído un cálculo de la porción yuxtavexical, la exploración del ureter le demostró una estrechez situada más abajo. Introdujo el conductor de su uretrotomo hasta la vejiga y sobre él el aparato; abriendo la cuchilla en la vejiga cortó la parte estrechada y dejó una sonda ureteral número 13, que salía por la vejiga.

En caso de ureter completamente obliterado por debajo del cálculo, se debe practicar la resección con sutura de los dos cabos y cuando la resección haya sido muy extensa, injerto ureteral ó nefrotomía.

Únicamente en estos casos, en los que se haya obrado contra las estrecheces, consideramos necesario y prudente dejar una

sonda ureteral permanente durante algún tiempo. En todos los demás es inútil, así como la sutura del conducto, pues si el curso de la orina está libre no hay peligro de fistula. Hemos tenido ocasión de seguir muchos enfermos de Marión, cirujano que jamás practica la sutura, y en ningún caso se ha producido la fistula. Durante los primeros días que siguen á la operación los enfermos manchan el vendaje de orina; pero pasados cuatro ó cinco, toda ella cae á la vejiga.

Los casos en los que se ha producido fistula, con sutura ó sin ella del canal, ha sido porque no se había comprobado si el ureter estaba libre por debajo del cálculo.

La urétero-litotomía transperitoneal se hace raramente. Nosotros no la hemos visto practicar nunca á Marión.

La técnica es casi igual que en la extraperitoneal, únicamente difiere por los cuidados que se deben tomar para evitar el derrame de orina en el peritoneo y en la abertura de éste.

Erdmann, en dos casos, después del descubrimiento extraperitoneal del ureter y no encontrar cálculo, incidió el peritoneo, exploró el ureter y rechazó, con un dedo introducido por el ojal perineal el cálculo hacia el exterior incidiendo el ureter sobre el por vía extraperitoneal.

Otros cirujanos (Pozzi. Jacob) se han servido de esta vía, pero ha sido obligados, porque en el curso de una laparatomía se han encontrado con un cálculo del ureter.

La urétero-litotomía vaginal es una vía de excepción, aplicable solamente de los casos de cálculos voluminosos situados muy cerca del fondo de saco.

La urétero-litotomía perineal es de muy difícil ejecución, hasta el punto de que Fenwick tardó dos horas en un caso para extraer el cálculo.

La urétero-litotomía por vía rectal ha sido seguida en un caso por Ceci, en el que se sentía la piedra muy bien por tacto rectal: extrajo 7 cálculos. A este caso ya nos hemos referido anteriormente.

La urétero-litotomía por vía para-rectal ó para-sacra ha sido preconizada y reglada por Delbet.

Rigby la ha practicado en cinco casos, con cinco curaciones.

Contra los cálculos situados en región intra-parietal, los métodos operatorios á seguir son: la vía natural, la vía transvesical, la vía perineal y la vía vaginal.

Sobre la vía perineal seremos muy breves; ha sido utilizada en un caso por Freyer. Constituye realmente una vía bien complicada para abordar una región tan fácilmente accesible por arriba.

La vía vaginal en la mujer es una vía relativamente simple cuando el cálculo es bien perceptible por la vagina. Cabot ha recurrido á ella. Las objeciones que pueden serle hechas son que no es aplicable á todos los casos, ó á lo menos que es difícilmente aplicable á aquéllos en los cuales no se percibe el cálculo y que puede producir, por otra parte, una fístula urétero-vaginal.

Muy superiores son las vías naturales y la vía transvesical.

La ablación por *las vías naturales* puede ser realizada de diferentes maneras. Es, sobre todo, practicable en la mujer, en la cual la dilatabilidad de la uretra se presta bien á alcanzar el ureter y á las maniobras necesarias para esta exploración.

Fenwick recomienda hacer la ablación por vías naturales, cuando el cálculo está saliendo por el meato ureteral. En un caso introdujo la sonda aspiradora de la litotricia, colocando el ojo del instrumento por encima de la piedra con un dedo en el recto para sostener la región ureteral. Quitó el cálculo valiéndose de una dulce presión sobre la pera aspiradora.

Richmond, teniendo que quitar un cálculo que salía por el ureter, dilató éste cogiendo luego el cálculo entre el dedo y un tenáculum.

Freyer, en un caso fragmentó el cálculo que nacía prominencia en la vejiga con un litrotito, y terminó por la aspiración de los fragmentos.

Recientemente, Gauthiert (de Lyon) practicó la meatotomía urétero-vesical endoscópica en una mujer, por un cálculo situado á cuatro centímetros de la vejiga.

He aquí cómo describe su operación, que está muy bien concebida: «Se introduce, previa dilatación de la uretra, en la vejiga un tubo cistoscópico de Luys, midiendo 14 milímetros de diámetro. Se ve muy bien y muy pronto el orificio ureteral izquierdo. Se le cateteriza con un conductor de goma número 4, Charriere de Maisonneuve, de 5 centímetros de largo, enroscado á un conductor metálico acanalado, rectilíneo, igualmente de Maisonneuve. Se introduce en el ureter, entre el conducto y el cálculo, el conductor de goma, entero. Tres centímetros, aproximadamente, de conductor metálico desaparece en el meato ureteral. Se introduce entonces, metido en la ranura del conductor un cuchillo de Maisonneuve, número 2, y se le empuja hacia el meato. Se corta la vejiga, bajo la vista, que no pierde nada de la operación, gracias al gran diámetro del tubo endoscópico. El cuchillo es empujado hasta que su vértice desaparece en la mucosa vesical. La hemorragia es moderada. Se retiran todos los instrumentos. Se dilata la uretra

hasta el calibre de 13 milímetros. Se introduce el índice izquierdo en la vejiga, el índice derecho en el recto. Los dos dedos sienten muy bien, entre sus dos pulpas terminales, el cálculo ureteral. Lo enganchan y lo atraen hacia abajo. Se moviliza y cae fácilmente á la vejiga, de donde es atraído hacia afuera. La operación está terminada; ha durado un cuarto de hora, aproximadamente. El cálculo, de la forma de un hueso de dátil, pesa 30 centigramos».

En los dos días siguientes, la enferma eliminó todavía dos cálculos. Tenía tres, comprobado por la radiografía

Bransford Lewis, es igualmente un partidario convencido de la ablación de los cálculos de la extremidad inferior del ureter por las vías naturales. Emplea, sea la dilatación del orificio ureteral, sea la extracción del cálculo por medio de su forceps de diente de cocodrilo, de mango flexible, introducido en el ureter empujando sobre el obstáculo, luego abierto, y finalmente cerrado sobre el y atraído dulcemente. Ha podido extraer culos ureterales, incluso en el hombre.

Según Israel, los cálculos intra-parietales exigen la cistostomía suprapública, con incisión transversal de la pared muscular y de la mitad vesical correspondiente.

Ciertos cirujanos, como Legueu y Cathelin, recomiendan la cistostomía supra-pública lateral (incisión de la pared abdominal á lo largo del borde externo del músculo recto, y abertura de la vejiga, por una incisión vértico-lateral).

Rochet y Albarrán preconizan la talla transversal, que ha sido también practicada por Parker en un caso. Este procedimiento daría, según ellos, un acceso más fácil al orificio ureteral.

En realidad, por la vía supra-pública la operación más simple es la talla hipogástrica media, con incisión directa de la pared urétero-vesical sobre la piedra. Ésta es la que ha practicado M. Marión. Permite llegar sin dificultad sobre la región ureteral, á condición de darse un campo suficiente utilizando un buen separador. La operación comprende los tiempos siguientes:

1.º Talla hipogástrica media y colocación del separador vesical.

2.º Atracción de la zona ureteral y del cálculo por medio de dos dedos de la mano izquierda, que van á coger la pared vesical alrededor del cálculo que se siente y que se eleva.

3.º Incisión de la pared urétero-vesical, entre dos dedos, hasta el cálculo.

4.º Exploración del ureter hasta el riñón por una sonda, si se juzga necesaria.

PROSTATASA PUY

EXTRACTO TOTAL DE GLANDULA PROSTATICA
INDICADA en la Prostatacloma, Hipertrofia de la prostata, Impotencia, Esterilidad, Neurastenia, etc.
DOSIS: XV GOTAS DOS VECES AL DIA.

GASTROKINASA PUY

EXTRACTO TOTAL DE MUCOSA GASTRO-INTESTINAL
INDICADA en la Hipopexia, Estreñimiento, Diarreas, Atrofia gastro-intestinal, etc. etc.
DOSIS: XXX GOTAS DESPUES DE LAS COMIDAS.

PLACENTOSINA PUY

EXTRACTO TOTAL DE PLACENTA
INDICADA en la Dismenorrea, Menstruacion dolorosa, Anemia, Galactogeno patente, etc. etc.
DOSIS: XXX GOTAS TRES VECES AL DIA.

SOLUCIÓN INYECTABLE DE HIPOFISINA PUY EN CAJAS DE 6 Y 12 TUBOS DE 0'5 Y 1 C. C.

NEFRINA PUY

Extracto de la Glándula Renal.
INDICADA EN LAS NEFRITIS AGUDAS, TOXICAS, ALBUMINURIAS SIMPLES Y DE LAS EMBARAZADAS, CONGESTIONES RENALES, ETC.

DOSIS XXX GOTAS, TRES VECES AL DIA.

HIPOFISINA LIQUIDA PUY

Extracto de la Glándula Pituitaria.
INDICADA EN LA MIOCARDITIS, EPILEPSIA, ENFERMEDAD DE PARKINSON, ENFERMEDAD DE BASEDOW, ASTENIA CARDIACA, ETC. ETC.

DOSIS XXX GOTAS TRES VECES AL DIA.

HEMOPLASINA PUY
Extracto Hemático total
INDICADA EN LAS ANEMIAS, CLOROSIS, CONVALESCENCIAS, TUBERCULOSIS, ETC.

DOSIS TRES CUCHARADAS AL DIA.

SUPRARRENINA PUY
Extracto de las Glándulas Suprarrenales.
INDICADA EN LAS MENOPAUSIAS, CONGESTIONES UTERINAS, ENFERMEDAD HABITUAL, NEURONIA, DIARREAS, NEURASTENIA, ETC.

DOSIS de XV a XXX GOTAS AL DIA.



ORQUINA PUY

Extracto de la Glándula TESTICULAR
INDICADA EN LA IMPOTENCIA, ESTERILIDAD, NEURASTENIA, DEBILIDAD GENITAL, ETC. ETC.

DOSIS: XXX GOTAS, TRES VECES AL DIA.

OVARINA PUY

Extracto de los cuerpos lúteos del ovario.
INDICADA EN LA MENOPAUSIA, OBESIDAD, OVARITOMIA, PSICOSIS, VOMITOS INCURCIBLES, ETC. ETC.

DOSIS de XXX a XL GOTAS AL DIA.

TIROIDINA PUY

Extracto de la Glándula Tiroides
INDICADA EN LAS ATIROPIAS, INCONTINENCIA NOCTURNA DE ORINA, REUMATISMOS TROFICOS, MIXEDEMA, OBESIDAD, ETC.

DOSIS de XV a XXX GOTAS AL DIA.

HEPATINA PUY

Extracto de la Glándula HEPÁTICA
INDICADA EN LAS CIRROSIS, DIABETES, CONGESTIONES e INFARTOS HEPATICOS, ETC. ETC.

DOSIS: XXX GOTAS, TRES VECES AL DIA

PANCREATINA PUY

Extracto de la Glándula Pancreas
INDICADA EN LAS DIABETES INSUFICIENCIAS PANCREATICAS, DIARREAS, DISPEPSIAS INTESTINALES, ETC. ETC.

DOSIS: XXX GOTAS, DESPUES DE LAS PRINCIPALES COMIDAS

FERMENTOS GLICOLACTICOS PUY

ESTAN INDICADOS EN LAS DIARREAS-INFECCIONES ENDOGASTROINTESTINALES AGUDAS Y CRONICAS-DIARREAS VERDES DE LOS NIÑOS-ANTRITISMO-CONGESTIONES HEPATICAS- DERMATITIS, ETC. ETC. (20 PASTILLAS AL DIA)

FERMENTOS MAMARIOS PUY- INDICADAS

EXTRACTO TOTAL DE LA GLANDULA MAMARIA en las galactogeno patente y indicadas en el corraquia, menorrhagia, etc. DOSIS: LX a LXX GOTAS AL DIA.

EFALASAPUY
EXTRACTO TOTAL DE CEREBRO.

INDICACIONES
Epilepsia, Neurastenia, Impotencia, Suermeja, etc.

DOSIS
XX GOTAS TRES VECES AL DIA.

BILIASAPUY
TABLETAS KERATINIZADAS DE HIEL.

INDICACIONES
Estreñimiento, Constipacion habitual, Cirrosis, Infarto hepatico, Dispepsias, etc.

DOSIS
3 TABLETAS DESPUES DE CADA COMIDA

USAZAPUY
EXTRACTO FLUIDO TOTAL DEL BAZO.

INDICACIONES
Anemias, Leucemias, Linfadenomas, Caquexia pulmonar, etc.

DOSIS
XXX GOTAS TRES VECES AL DIA.

YUCAZAPUY
EXTRACTO TOTAL DE LA NEBULA OSEA.

INDICACIONES
Raquitismo, Osteomalacia, Atrofia, Anemia, Debilidad congenita, etc.

DOSIS
XXX GOTAS TRES VECES AL DIA.

LOS PRODUCTOS "PUY" se hallan de venta en todas las buenas Farmacias y Centros de Especificos.

NUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MEDICOS QUE LO SOLICITEN. SE RUEGA INDIQUEN LAS QUE DESEAN



PRODUCTOS VILARDOSA


Grageas Tónico Reconstituyentes

VILARDOSA

Poderoso reconstituyente, cura artritis, escrófula, reglas difíciles y dolorosas.

Arrhina: Suero vital, inyectable.
Reconstituyente.

Arrhina Ferruginosa: Suero vital.
Ferruginoso.
Inyectable.



Phenol Uña Gallmar: *ed. astringente astringente.*
Ellytal Gallmar: *gran tónico, reconstituyente á base de yodo.*

Laxatif Gallmar: *laxante ideal, obra prodig en la apoplejía.*

Ozenol Gallmar: *Poderoso desinfectante de la nariz y faringe.*

Comprimidos Pharynx Gallmar: *Aftas, Muga, Anginas, Ronquera.*

Anestésico Local Gallmar: *Para hacer las operaciones indoloras.*

Gotas Vegeto Alcalinas Gallmar: *vías urinarias.*

PRODUCTOS GALLMAR



5.º Nada de sutura de la abertura ureteral, á menos que una pequeña arteriola no exija la colocación de un hilo. Drenaje vesical.

Vuillet acaba de publicar una observación, en la cual ha seguido, poco más ó menos, la misma técnica; pero logró hacer descender el cálculo del ureter al bajo fondo, y no hizo la incisión vésico-ureteral.

¿Cuál es la posición más conveniente para estos enfermos durante la operación? Es una cuestión que no está desprovista de interés. Evidentemente, la posición de Trendelenburg facilita mucho el acceso al bajo fondo vesical. Pero, por otra parte, la movilidad de estos cálculos no es un hecho excepcional, y puede resultar de ello que bajo la influencia de esta posición declive el cálculo se marche del lado del riñón. Esto es lo que ha sucedido á Legueu y á Escat. Escat hace la talla hipogástrica en un enfermo, en el cual la cistoscopia y la radiografía habían descubierto un cálculo enclavado en el orificio urétero-vesical. Bajo la influencia de la posición de Trendelenburg, el cálculo remontó ocho centímetros más arriba. En estas condiciones, Escat practicó sobre el meato ureteral cuatro incisiones radiadas de dentro afuera, y el cálculo fué expulsado algunos días después por la uretra.

Así, pues, será preciso tener en cuenta la movilidad de los cálculos, para dar al enfermo una posición más ó menos inclinada en el momento de la operación. Y en el caso en que el cálculo pareciese muy movable, practicar la talla en posición lo menos inclinada posible. Codman pudo así practicar la extracción de 47 cálculos movibles, por la talla hipogástrica.

¿Cuál es la conducta á seguir en los casos de prolapso intra-vesical y de dilatación de la extremidad inferior del ureter, coexistiendo con un cálculo? Se puede seguir la técnica descrita por Albarrán en su libro de Medicina operatoria para tratar el prolapso, la que ha seguido Bazy en un caso de cálculo de la extremidad inferior del ureter derecho con prolapso, publicado en «Recueil de Memoires d'Urología», Julio 1911. Hizo la talla hipogástrica; luego, una vez la vejiga abierta, vió una prominencia sobre la cual practicó una incisión longitudinal paralela á su eje mayor. El cálculo fué extraído y los bordes, correspondientes de los bordes de la herida, suturados con catgut. La cistoscopia, practicada dos meses después, hacía ver un orificio ureteral ampliamente abierto y una pequeña prominencia envolviendo este orificio. Por otra parte, la ablación del cálculo basta por sí sola para hacer desaparecer la dilatación del ureter, como lo prueba la observación 4.ª. No hay,

pues, que preocuparse especialmente de estos prolapsos de la zona ureteral con dilatación intravesical del ureter provocado por cálculo.

En resumen; dos vías se pueden emplear para la extracción de los cálculos de la porción intra-parietal del ureter: la vía natural y la vía transvesical supra-pública.

Según se desprende de la estadística reunida por Jeanbrau, estas operaciones darían un resultado excelente.

«Los resultados de la intervención operatoria en la litiasis ureteral permiten esperar la curación en 98 por 100 de los casos, si se interviene fuera del periodo anúrico en enfermos capaces de soportar la anestesia general ó lumbar. No solamente la mortalidad no alcanza un 2 por 100 (1,66 por 100), sino que se puede seguramente prevenir la fistula si se comprueba la permeabilidad del ureter en toda su extensión.» (Jeanbrau.)

¿Cuál es la conducta á seguir contra los cálculos aberrantes?

Cuando el cálculo está todavía en parte en el uréter, es preciso obrar como en los casos ordinarios de cálculo; pero, como además casi siempre coexiste absceso ó flemón, es preciso comenzar por incindirle y limpiarlo.

Si el cálculo se encuentra ya fuera del ureter en una bolsa purulenta, se obrará como si nos encontráramos en presencia de un flemón peri-nefítico, buscando cuidadosamente los cálculos para extraerlos, pues sino darán lugar á fístulas interminables.

Si el cálculo se encuentra enquistado asépticamente y no produce molestias al enfermo, no será preciso intervenir. Cuando produzcan molestias, por el contrario, la intervención será la regla, consistente en la extracción.

Cuando una vez el cálculo eliminado ó extirpado una fístula persiste, se obrará sobre ella.

CONCLUSIÓN

- 1.º Los cálculos del ureter son relativamente frecuentes.
- 2.º Son casi siempre secundarios, es decir, formados en el riñón y detenidos en su camino hacia la vejiga en un punto cualquiera del trayecto ureteral; los formados en el mismo ureter son muy raros.
- 3.º Los cálculos pelvianos son los más frecuentes.
- 4.º Las causas que obran favoreciendo la detención de los cálculos, son unas inherentes á la piedra misma y otras al ureter.
- 5.º Provocan la destrucción del riñón por hidronefrosis, pionefrosis, esclerosis y atrofia renal. Además, el proceso de

peri-ureteritis que proceden puede llegar á perforar el conducto y dejar paso al cálculo, que se hace aberrante y cae en una cavidad, se enquistá ó se elimina por la piel, después de la formación de un flemón ó absceso perinefrítico.

6.° Se manifiestan de diversas maneras: cólico nefrítico sin expulsión de cálculo, dolores en el trayecto de ureter, síntomas vesicales, hidronefrosis, pio-nefrosis, anuria.

7.° En un enfermo con un cuadro clínico semejante, debe pensarse en el cálculo ureteral y practicar las exploraciones necesarias para llegar al diagnóstico.

8.° La cistoscopia será muy demostrativa en algunos casos por las modificaciones del orificio ureteral, edema, etc.

9.° La radiografía y el cateterismo ureteral nos darán con certeza el volumen y el sitio del cálculo, así como también el valor funcional de los dos riñones.

10. El tratamiento de los cálculos altos situados será hecho por uretero-litotomía extraperitoneal, de preferencia.

11. Los cálculos intra-parietales serán operados por vías naturales, si es posible, ó por talla supra-púbica si la extracción por las vías naturales es imposible ó ha fracasado.

12. En periodo de anuria se intentará obrar por medio del cateterismo ureteral, solo ó combinado á la inyección de agua, aceite, etc. Si fracasa, se recurrirá á la nefrotomía.

Paris, 1913.—Madrid, 1914.

REVISTA DE REVISTAS

Prensa Española

Enanismo infantil hipotiroideo por el Dr. Saenz de Santa Maria, (*La clinica Moderna*, de Zaragoza).

El Dr. Saenz publica un curioso trabajo sobre dicho punto y siguiendo en nuestra atención especial á estos asuntos endocrinológicos, lo transcribimos en su mayor parte.

«En el estudio—dice el Dr. Saenz—del enanismo microsomnia o nanosomia, se destacan desde luego dos síndromes de gran realidad clínica; es uno, la nanosomia primordial o enanismo verdadero; el otro, la nanosomia infantil o enanismo infantil Weygandt, Biede.

En el grupo enanismo verdadero, entran los sujetos cuyas

formas son proporcionadas a pesar de su corta talla, con órganos genitales bien desarrollados y pelo, aunque escaso, en pubis y axilas. La expresión de la cara, es la de un hombre y hasta de viejo; inteligencia normal o casi normal, epifisis osificadas; su vigor está en relación con la talla. Son los *pequeños hombres* de Lorren o *chetives* de Bauer.

El enanismo infantil, como indica su nombre, engloba los casos con signos somáticos característicos de la infancia. Su cráneo es grande, la expresión de la cara infantil, así como los genitales; sin pelo en pubis ni axilas; vientre abultado; epifisis sin osificar. Pueden ser inteligentes, aunque en general, tienen un déficit mental muy manifiesto.

A este segundo grupo, el más importante bajo el punto de vista clínico, corresponde el caso observado por nosotros.

N. N., de 22 años, de Angunciana (Logroño). Sin antecedentes patológicos hereditarios ni personales dignos de mención. Padres sanos, bien constituidos y no consanguíneos. Tiene otros cuatro hermanos robustos y bien desarrollados.

Como puede verse en la fotografía, el hábito de este sujeto es marcadamente infantil. Talla, 1,32 metros. Aparenta tener 12 ó 13 años. Cráneo más bien grande, con eminencias frontales bastante desarrolladas; índice cefálico, 76. Peso, 32 kilogramos. Vientre, ligeramente abultado. Sistema muscular y óseo pueril. Pene bastante bien desarrollado; testículos pequeños y duros. *No ha tenido nunca erecciones, ni ha experimentado deseos sexuales.* Ausencia total de vello en cuerpo, pubis y axilas; sin barba ni bigote; pelo en cabeza abundante, duro y seco. Carácter apático; siente mucho el frío. Inteligencia mediana, a pesar de haber ido a la escuela, no sabe leer ni escribir; no obstante comprende bien cuanto se le dice. Poco apetito. Acrocianosis muy manifiesta en manos, piel seca y áspera. Signo de la ceja de Levi. No se toca tiroides.

El infantilismo e hipotiroidismo, y como consecuencia el hipogenitalismo, son tan evidentes en este sujeto, que no necesitan comentarios.

Se trata de uno de esos casos tan frecuentes en endocrinología de síndrome pluriglandular, algunos de los cuales, tan magistralmente han sido descritos por Marañón.

En nuestro caso no había signos de insuficiencia suprarrenal o hipofisaria.

Recomendamos la medicación tiroidea, a la que hubiésemos asociado ulteriormente la suprarrenal o hipofisaria; aquélla contra el hipogenitalismo (consideramos ineficaz la opoterapia orquítica y prostática); ésta contra el retraso físico y psíquico.

No hemos vuelto a tener noticias, ignorando el efecto de la medicación, ni si la hizo.

Al lado de este caso, de acentuada insuficiencia tiroidea y genital, entre otros de nuestra práctica, hemos de recordar uno recientemente observado, en el que la eficacia de la medicación tiroidea, fué sorprendente.

N. N., de 9 años, hija de una distinguida familia de Logroño. Aparenta menos edad de la que tiene, verdadero estado de meopraxia. Muy apática, no toma parte en los violentos juegos infantiles, a pesar de su integridad orgánica. Somnolencia. Dolores articulares. Cefalalgia frecuente. Muy impertinente, llora con frecuencia *sin derramar lágrimas*, le preocupa y asusta cualquier cosa. Piel seca, uñas con *estrias*. Escaso pelo, clarísimo y áspero. Acentuadísimo signo de la ceja de Levi. Criestesia, acrocianosis. Gran retraso mental, a pesar de haberse ocupado mucho de su educación. Estreñimiento. Sueña mucho. No se toca tiroides.

A los 20 días de hacer medicación tiroidea, que tolera muy bien, evidente mejoría que, a los tres meses, es acentuadísima.

El carácter más comunicativo y vehemente, ya toma parte en los juegos infantiles. No es tan *manosa*. Ha aumentado de peso y talla, lo que parecerá paradójico, con la intensa medicación tiroidea empleada. Mas no ha de extrañar, si se tiene en cuenta lo que los alemanes llaman *Blasehalgfunktion* del tiroides «función del fuelle». Todos los signos somáticos de hipofunción tiroidea han desaparecido o se han atenuado de un modo extraordinario. La inteligencia es muy viva y aprende con más facilidad que antes.

Este es un caso frustrado de hipotiroidismo. Pudiéramos citar otros que lo eran aun más, en los cuales, el éxito de la tiroidina fué brillantísimo.

No terminaremos esta nota clínica sin enumerar siquiera sea someramente otras formas de enanismo, cuya patogenia es distinta al caso que nos ocupa, ya que de su exacta comprensión e interpretación patogénica dependerá el pronóstico y tratamiento.

El raquitismo, tuberculosis óseas (columna vertebral), la condrodistrofia o micromelia y la deformidad craneana, conocida por los alemanes con el nombre de *Turmschadel* (cráneo en torre), son causas frecuentes de enanismo.

Bien sabido de todos es el preponderante papel que las infecciones e intoxicaciones juegan,

Las enfermedades congénitas del aparato circulatorio. Entre las que la estenosis mitral *pura* a tan típicos casos de infanti-

lismo da origen, como todos repetidas veces hemos podido observar, cuyos sujetos tan gráficamente designa Gilber: con el nombre de *infantilismo mitral*.

Lesiones crónicas de origen infantil o congénito que afectan al intestino, hígado, páncreas, etc., etc.

Del infantilismo pancreático hase ocupado recientemente, en la revista inglesa «The Lancet», Byron, pág. 1.143, año 1915.

Las enfermedades del sistema nervioso, como la conmoción cerebral, polioencefalitis, poliomiелitis, hidrocefalia y porencefalia.

Pero son las alteraciones de las glándulas endocrinas las que nos proporcionan más interesantes casos de enanismo. Tal como la tiroidea de nuestro caso y la tímica.

La insuficiencia suprarrenal es frecuente causa de infantilismo con hipogenitalismo. Así como el hipopituitarismo, con síndrome adiposo, hipogenital y enanismo.

Todas estas etiologías y otras, que en esta concisa reseña no hayamos enumerado, ha de tenerlas el clínico *in mente*, si ha de despistar los interesantísimos síndromes frustrados de infantilismo y enanismo, más frecuentes de lo que muchos creen.»

Un caso de hipertiroidismo agudo, con algunas particularidades de interes. por el Doctor Marañón (*Academia Médico Quirúrgica* de Madrid).

Nos parece igualmente de sumo interés reproducir el caso de hipertiroidismo presentado por Marañón en la Academia de Madrid, muy interesante por las condiciones intelectuales del enfermo y por la observación tan completa que recogió:

«Edad, veintiocho años; sin antecedentes anteriores á esta enfermedad, salvo una abuela suya que había tenido un bocio; pero sin ningún otro fenómeno nervioso. Tenía congénitamente cierta «predisposición hipertiroidea». En otro lugar he insistido en la importancia que tiene esta predisposición en la patología de las glándulas de secreción interna: era una persona de carácter vehemente, fuerte, de pelo negro y ojos muy vivos y ligeramente saltones (síntoma familiar). Estos tipos se pueden considerar como hipertiróideos fisiológicos.

Hace dos ó tres años le apareció un bocio simple, que no le molestaba gran cosa. Se puso a régimen lacteo y mejoró; pero después abandonó este tratamiento y empezó á comer carne. Al poco tiempo comenzó á sentir una depresión moral muy marcada, y poco después sobrevino el acceso agudo que motivó

nuestra observación del caso. El acceso se caracterizó por insomnio absoluto é invencible y una excitación cerebral y motora extraordinaria; no podía estar quieto en la cama; tenía una hiperestesia general extraordinaria, y este estado, que se prolongó varios días, se veía á veces interrumpido por momentos de pérdida de conciencia. Acompañando á estos fenómenos nerviosos se presentó otro muy curioso: empezó á enflaquecer de una manera extraordinaria, hasta el punto que de día en día se le veía «fundirse» en la cama. El número de pulsaciones no era muy grande: alrededor de 100; la fiebre, pequeña. Orinaba una gran cantidad, y la orina presentaba acetona y mucha urea, llegando á expulsar de esta substancia hasta «42 y 44 en veinticuatro horas». Aparecieron, por último, síntomas de tetania en las manos y piernas, cuya descripción no hemos de hacer ahora.

A los cuatro días empezó á mejorar espontáneamente. Fueron desapareciendo los fenómenos de excitación y empezó á recobrar peso de manera extraordinaria, pues ganaba todos los días unos 500 gramos hasta que llegó al peso que tenía antes. La orina se hizo normal y la mejoría, en total fué realmente maravillosa por lo completa y lo rápida. Este enfermo se había analizado la sangre, por gusto, cuando estaba bueno, obteniéndose una fórmula leucocitaria normal.

Los días de crisis esta fórmula se modificó considerablemente, caracterizándose sobre todo por un aumento de células mononucleares que alcanzaron á 60, á expensas de una disminución de los polinucleares. A los pocos días volvió á la normalidad.

Es de advertir que faltaban otros síntomas hipertiróideos; la taquicardia apenas existía; no se había acentuado el exoftalmos, y sólo tenía ligero temblor provocado.

Hay varias cosas de interés en este caso. Las formas agudas de hipertiroidismo no se suelen diagnosticar correctamente. Y es importante que el práctico sepa que cuando un individuo adelgaza de una manera rápida, además de la diabetes, cáncer, etc., se debe tener en cuenta la posibilidad de un estado de hipertiroidismo, que determina un rápido adelgazamiento.

También es importante considerar la «predisposición hipertiróidea» de que antes hablaba. Este enfermo era portador de un bocio anterior, que no le había producido molestias; pero su predisposición hipertiróidea le hacia estar en peligro de los accidentes de parte del tiroides. Tiene importancia, como factor determinante del acceso de hipertiroidismo, la transgresión del régimen; estaba sometido á un régimen vegetal, y coincidió la aparición de los fenómenos con comer carne. La carne es

el veneno del tiroides, como repetidas veces se ha dicho; y en consonancia con esto, el régimen que se instituya á estos enfermos, debe estar rigurosamente privado de carne, sobre todo de sus materias extractivas (caldo, jugos de carne).

Debe asimismo llamarnos la atención el grado extraordinario que alcanzó la desnutrición en este caso. Como he dicho antes, parecía que «se fundía» su organismo de manera alarmante. El dato de la enorme cantidad de urea que expulsaba, es bien expresivo, pues aun en los casos de fiebres grandes es difícil llegar á una cifra tan elevada.

Son interesantes los síntomas de tetania, debida, sin duda, á una insuficiencia de las glándulas paratiróideas. En los enfermos con bocio rara vez se presenta este fenómeno, pues dichas glándulas paratiróideas funcionan independientemente del tiroides. Sólo en bocios con tendencia á crecer hacia abajo, hacia el mediastino, como el de nuestro enfermo, se ven, á veces, síntomas tetánicos, tal vez debidos á la comprensión mecánica de los paratiroides inferiores por el crecimiento del bocio.

Otro dato importante es el referente á las alteraciones de la sangre, que no existían antes, y aparecieron en el momento del último acceso. Ellas comprueban que la linfocitosis es un fenómeno netamente debido á la invasión del organismo por los venenos del tiroides.

Un problema que se plantea es el del tratamiento. ¿Qué se debe hacer con un enfermo de esta clase? Lo primero es someterle á la dieta vegetal antes expuesta, recurrir á los calmantes, y, pasado el periódico agudo, me parece que estos enfermos son los más á propósito para ser tratados por el suero antitiróideo. Tratándose de personas robustas, y teniendo en cuenta la facilidad de esta operación, son casos en los que, si los medios médicos han fracasado, se puede plantear la operación.»



Treponeamol

DEPURACIÓN DE SANGRE

FORMA ELIXIR con

IK 0'85 gramos.

Hg. l² 0'006 id.

FOR. OF. AN. DE 15 GRAMOS

REPRESENTANTE 'HYGIONE' Valencia 241 - BARCELONA

ASMA • TOS • COQUELUCE.

TRASTORNOS NERVIOSOS

SE CURAN CON EL

JARABE FIGRAN

REPRESENTANTE 'HYGIONE' Valencia 241 - BARCELONA

TRATAMIENTO RACIONAL
DE LAS
CLOROSIS Y ANEMIAS
POR LAS

GOTAS SANGINEAS ROYEN

MUESTRAS-LABORATORIO 'HYGIONE' Valencia 241 - BARCELONA

YODOFUCOL

A BASE DE YODO ORGANICO
FUCUS VESICULOSUS. HOJAS Y DRUPAS NOGAL
Y FOSFATO SOSA.

MUESTRAS AL AGENTE GENERAL

S.A. 'HYGIONE' Valencia 241 - BARCELONA

MEDICACION CACODILICA

Los preparados que hoy presentamos bajo la forma de grajeas y de inyectables, están destinados a suministrar al organismo el fósforo y arsénico en forma orgánica.

Grajeas pépsicas nucleínicas PIZÁ

De maravillosos efectos en la Anemia, Clorosis, Raquitismo, Fosfúricos, 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. Cada grajea contiene:

Acido nucleínico.	0'05	fosfatos de cal y de so-	
Arrhenal.	0'01	sa, de cada.	0'08
Cacodilato de estrignina.	0'001	Extracto de coca y persi-	
		ca, de cada.	0'04

Frascos 1'50 PESETAS

Granjeas pépsicas nucleínicas PIZÁ

Este preparado es especialmente eficaz en los casos de clorosis, anemia, escrófula, etc., etc., y en los casos de depauperación orgánica. Cada grajea contiene 0'05 gramos de ácido nucleínico, 0'01 gramos de arrhenal, 0'001 gramos de cacodilato de estrignina, 0'08 gramos de fosfatos de cal y de sosa, y 0'04 gramos de extracto de coca y persica. Frascos 1'50 pesetas.

Gránulos pépsicos y Gota pépsica PIZÁ

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

Inyecciones hipodérmicas PIZÁ

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

Inyecciones hipodérmicas PIZÁ

al arrhenal.—Metil-arsinato di sódico.—Arsénico orgánico asimilable.—Caja de 12 tubos, 4 pesetas.

INYECTABLES DE SUERO PIZÁ

Composición: Caja c. c. contiene:

Arrhenal.	0'02	Cloruro sódico.	0'001
Acido nucleínico.	0'05	Solución esterilizada en tubos	
Cacodilato de estrignina.	0'001	de capacidad superior á 1 c. c	
Glicerofosfato de sosa.	0'10	Caja de 12 tubos: 4'50 pesetas	

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

Farmacia del autor, Plaza del Pinar, 6, BARCELONA

SECCION DE FARMACIA

EGOS PROFESIONALES

La Caja de Socorro de los Farmacéuticos Españoles

Nuevamente volvemos a tratar en estas columnas de la benéfica institución creada en la memorable Asamblea de titulares celebrada en Madrid el año 1906, y que sin disputa ha constituido el acierto más grande de nuestra clase por cuanto ha sido de los múltiples acuerdos de las ya numerosas Asambleas, uno de los pocos que han tenido viabilidad, pocas veces han encarnado en la realidad nuestras aspiraciones y anhelos legítimos, por eso la Caja de Socorros constituirá siempre un timbre de gloria, del que pueden sentirse orgullosos los farmacéuticos, pues a medida que el tiempo transcurre, más ostensibles se nos demuestran las excelencias de su funcionamiento, y los periódicos balances que de su aseo y haber publica la gerencia, son la ratificación más elocuente de la sinceridad y de la grande seguridad que siempre tuvieron las palabras con que la Caja por boca de sus Estatutos, Reglamentos y Circulares de la gerencia, habló al profesorado en general.

En la sesión celebrada por el Consejo de Inspección el día 25 de Marzo de 1915, la Gerencia hizo una información detallada y elocuente de la situación económica de la Caja, de la que en resumen resultaba, comparando el capital desembolsado por los 667 socios que la constituyen, con el capital social, un superavit a favor de este último de once mil y pico de pesetas. El Sr. Presidente D. Joaquin Ruiz Giménez calificó de verdaderamente brillantes estos resultados, se lamentó de que fuera tan limitado el número de nuevas inscripciones y achacándolo principalmente al desconocimiento de lo que es y está llamado a ser la Caja de socorro, propuso como medio más eficaz para combatirlo, ampliar en el grado necesario la tirada del Boletín y remitirlo gratuitamente a todos los farmacéuticos y desde el pasado Agosto el Boletín se repartirá gratuitamente. Todos los farmacéuticos deberán recibirlo, pues por los Colegios provinciales, y este de Murcia ya lo hizo a su debido tiempo; se envió a la Gerencia relación de todos los Colegiales. Este pri-

mer número a que aludimos realmente no tiene desperdicio, en él se inserta la parte principal de la Memoria reglamentaria correspondiente al octavo ejercicio que como debida a la brillante pluma del cultísimo Sr. Baranguan, de él dijo el señor Bejarano, que de formarse un Ministerio de las clases médicas corresponderíale desempeñar la cartera de Hacienda, es un hermoso documento, de sólida argumentación y maravillosamente escrito; en él se dirige a los tres grupos en que pudieran distribuirse los farmacéuticos con respecto a las razones que invocan, para no acudir al continuo llamamiento, a la constante invitación que la Caja les hace.

1.º A aquellos compañeros de posición desahogada, que a pesar de convenir y reconocer las excelencias de la benéfica Institución, alegan que merced a aquella circunstancia, la Caja no les resuelve ningún problema.

Esta indiferencia y ausencia de sentimiento colectivo, la combate el Sr. Baranguan y confía en que la remisión de los Boletines a todos los farmacéuticos contribuirá a despertar en ellos aquél ideal, máxime cuando su suscripción como socios no les supone sacrificio.

2.º Los que no les satisfacen la eficacia benéfica de la caja. Bien claramente ha demostrado el Sr. Baranguan hasta la saciedad que era una utopía, pensar que una institución que forzosa y necesariamente ha de ser de carácter voluntario, y tenido en cuenta la por lo general escasa potencia contributiva de la colectividad, podía llegar así de buenas a primeras, con pocos socios y con módicas cuotas al establecimiento de las pensiones. La clase no podía dejarse arrastrar por halagadores ensueños que seguramente la conducirían a un tremendo fracaso tanto más de lamentar cuanto son muy pocos los triunfos que pueda apuntarse en su haber. El Sr. Baranguan compara lo que ofrecen las mejores compañías de seguros con lo que puede esperarse de nuestra Caja y es necesario confesar que el resultado de los números dan por completo la razón a nuestro Gerente, el cual por último, contiene con los que él gráficamente denomina *pesimistas por sistema*, y aunque reconociendo que ellos son la mayor y más grave de las dificultades con que tiene que luchar la caja, celebra que un pesimismo de cierta índole subsista por que ello podrá muy bien ser el centinela que vele porque jamás desmaye, el interés y el celo de las personas y de las entidades encargadas de su dirección, por que la caja no es solo de hoy, dice, sino para un mañana de duración indefinida.

La memoria termina insertando el cuadro demostrativo del

desarrollo progresivo de los fondos sociales, y las siguientes elocuentísimas conclusiones, que copiamos literalmente.

1.ª Que las pesetas 436.376'73 que suman los fondos fijos y de reserva y que constituyen el capital social de la Caja, se hallan invertidas en Titulos de la Deuda, y depositados en el Banco de España en condiciones de la más absoluta seguridad.

2.ª Que los socorros entregados hasta la fecha alcanzan ya la respetable suma de 162 743'90 pesetas.

3.ª Que esto no obstante, el capital que posee la caja, excede en pesetas 11.125'38 al que desembolsaron por todos conceptos los socios actuales.

4.ª Que si todo esto parece poco a nuestros compañeros, sería de desear que nos indicasen una sociedad o institución cualquiera, no ya que iguale, sino que se aproxime algún tanto siquiera a esos resultados.

Enrique Gelabert Aroca

NOTICIAS

Colegio de Farmacéuticos de Madrid

Con gran solemnidad celebró esta ilustre Corporación el día 21 de los corrientes el 178 aniversario de su fundación. La sesión fué presidida por el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación y en el estrado le acompañaban el Sr. Bayod, presidente del Colegio, y el del provincial, Saiz de Carlos, el Decano y el Catedrático de la Facultad, R. Carracido y Rivas Mateos; Chicote, Presidente de la Unión Farmacéutica Nacional, Pulido, Vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, Aldeanueva, Jefe del Laboratorio de Sanidad Militar; Martín Salazar, Inspector general de Sanidad; Ortega Morejón, presidente de los Subdelegados de España y los Presidentes de las secciones científicas y provincial del Colegio y los secretarios del mismo.

Por el Secretario y el Presidente del Colegio, y por los Presidentes de las respectivas secciones profesional y científica se leyeron concienzudos trabajos que fueron muy justamente aplaudidos por la numerosa concurrencia.

A continuación el Sr. Sánchez Guerra pronunció un elocuente discurso; en el que reconoció que la Farmacia es acreedora a la protección de los Gobiernos, encomió el acto del Rey suscribiéndose como accionista del naciente Laboratorio farmacéutico nacional, recordó el famoso pleito suscitado entre los farmacéuticos y La Mutualidad Obrera, y manifestó

que hecha por el Dr. Chicote como presidente de la U. F. N. la petición de que dicha entidad fuese declarada Corporación oficial, llevaba a la sesión la concesión regia, cuya parte dispositiva leyó y fué muy aplaudida por los asistentes.

Reunión de los preparadores de especialidades

El 19 del actual se reunieron varios preparadores de especialidades para discutir el proyecto de asociación redactado por la ponencia que se nombró en la Junta a que asistieron los representantes de varias provincias, además de los iniciadores del Colegio de Vizcaya.

Se acordó por unanimidad aprobar el proyecto presentado, con ligeras modificaciones, entre ellas, la de cambiar el nombre de Sindicato por el de Asociación de productores.

Quedó nombrada una Mesa interina, constituida por D. Alvaro del Busto, Presidente; D. Adolfo Llopis, Vicepresidente, y el Sr. Alcobilla, Secretario.

A la mayor brevedad será convocada una Asamblea general de productores con objeto de ultimar los Estatutos definitivos.

La Unión farmacéutica Nacional

Por Real orden de 21 del actual ha sido declarada Corporación oficial esta entidad, confederación de la mayoría de los Colegios oficiales de Farmacéuticos de las provincias.

Recolección de hongos.

El profesor de la Facultad, Sr. Lázaro, nos ruega la inserción de las siguientes líneas: «Hallándose muy adelantado un trabajo referente a los hongos poliporáceos españoles, se suplica a los farmacéuticos, médicos y naturalistas que puedan suministrar algún ejemplar notable de estos hongos, aun mal conocidos, que tengan la bondad de enviarlos al Laboratorio de Botánica, Farmacia, 11, Madrid, para que sirva de complemento a los datos ya reunidos.

Interesan especialmente las especies que viven sobre los árboles y troncos corvados, como los hongos yesqueros, de todos conocidos. Basta arrancarlos y dejarlos secar a la sombra, conservando la indicación de la especie de árbol en que vivían, no envolviéndolos frescos para evitar el enmohecimiento. Los poliporáceos carnosos, como los *Boletus*, llegan al laboratorio tan alterados que rara vez son útiles para el estudio».

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, in-glubina y maltina.

ELIXIR ANTIBACILAR "BONALD,"

(FUCOL Cinamo Vanadico 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

AURASA VITORIA

Solución concentrada de los principios elaborados por los

Sacharomyces vini y elypticoideus

(Principios activos de las levaduras de uva y cerveza)

ANTI-ESTAFILOCOCCICO 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, hemetania, etc.

DE VENTA EN LAS FARMACIAS

♦ MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS ♦

Hijos de Reus.-Editores

CANIZARES, 5 — MADRID

Biblioteca médica de autores españoles y extranjeros

Vol. I.—Estudios de Psicología sexual: Hombre y mujer por HAVELLOCK ELLIS, miembro 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 PÉLIX 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, 198 fotografías originales y 20 láminas fuera del texto.

Precio: 30 pesetas en un tomo y 35 en dos tomos.

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

Para la venta a plazos pídase prospecto.

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

ACABA DE SALIR A LUZ

ANUARIO CURIEL

Médico Farmacéutico de 1915

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 3 pesetas.

Administración: Aragón 228, Barcelona.

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 STRUMPELL

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 encuadernados, 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: PELLADO PÉREZ 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 Grases 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 encuadernado en pasta española.

LA HIPEREMIA COMO PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO
por el Dr. Augusto Bier, de Berlin; 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 tomos en 4.^o prolongado, de más de 900 páginas cada uno; en rústica. 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 rústica. Precio 167 pesetas.