

# MURCIA MÉDICA

PUBLICACIÓN MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES

## FUNDADORES

Antonio Guillamón Conesa      J. A. Martínez L. de Guevara  
DIRECTOR      ADMINISTRADOR

----- José Sánchez Pozuelos -----

SECRETARIO DE REDACCIÓN

----- REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO -----

## REDACCIÓN

F. ALEMÁN, *Oftalmología*.—F. CANO, *Medicina general*.—M. S. CARRAS-COSA, *Ginecología*.—F. CONEJERO, *Sifiliografía*.—J. GALLEGO, *Pediatría*.—F. GINER, *Aparato digestivo*.—A. GUILLAMÓN, *Biología*.—J. A. MARTÍNEZ L. DE GUEVARA, *Aparato respiratorio*.—J. A. MOLINA NIÑIROLA, *Electrología*.—M. PRECIOSO, *Cirugía general*.—B. REY LARRAMENDI, *Medicina general*.—A. ROMERO, *Oto-rino-laringología*.—J. RUIZ MEDINA, *Neurología*.—J. SÁNCHEZ POZUELOS, *Aparato circulatorio*.

**COLABORADORES.**—DOCTORES: ALBALADEJO, Murcia.—ALBASANZ, Madrid.—AZUA, Madrid.—CAMPOS FILLOL, Valencia.—CAÑIZO, Salamanca.—CODINA CASTELLVÍ, Madrid.—CUBELLS, Albacete.—DECREP, Madrid.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GÓMEZ OCAÑA, Madrid.—GONZÁLEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAEZ, Salamanca.—HERNÁNDEZ-ROS, Murcia.—LECHAMARZO, Granada.—LÓPEZ SANCHO, Valencia.—LOZANO, Zaragoza.—MAESTRE, Madrid.—MANERO, Alicante.—MARAÑÓN, Madrid.—MARQUEZ, Madrid.—MATEO MILANO, Madrid.—MEDINA (ALFONSO), Madrid.—MEDINA (FRANCISCO), Murcia.—PARDO, San Javier (Murcia).—PASCUAL, Madrid.—PIGA, Madrid.—PITTALUGA, Madrid.—RECASENS, Madrid.—RODRÍGUEZ FORNOS, Valencia.—ROYO GONZÁLEZ, Salamanca.—SÁNCHEZ DE RIVERA, Madrid.—TOLOSA LATOUR, Madrid.—VERDES MONTENEGRO, Madrid.

## PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

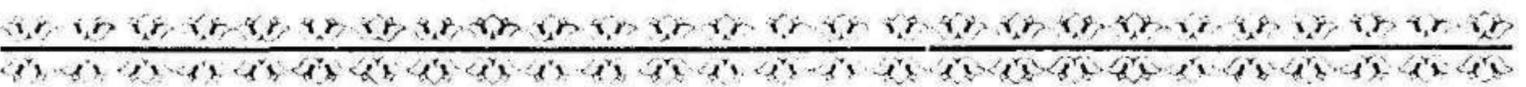
Un año. . . . . 5 pesetas  
Número suelto. . . . . 1 id.  
Anuncios, según tarifa

Se autoriza la reproducción de nuestros artículos a condición de indicar la procedencia. De todas las obras, monografías, folletos, etc. que se nos remitan dos ejemplares, publicaremos un estudio crítico. El envío de un solo ejemplar da derecho al anuncio en lugar correspondiente. No se devuelven los originales, ni se publicarán los artículos que no estén integros en esta Redacción.

SE SOLICITA EL CAMBIO DE REVISTAS

## SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Peritonitis tuberculosa*, por el Dr. D. Ricardo Lozano.—*Las nefritis: su concepto actual* (continuación), por el Dr. D. Salvador Pascual.—*Apropósito de una intoxicación por la leche de cabras*, por D. Antonio Guillamón Conesa.—NOTAS CLÍNICAS: *Tratamiento quirúrgico del bocio. Caso personal de tiroidectomía total seguido de curación*, por el Dr. D. Carlos Manero.—REVISTA DE LA PRENSA PROFESIONAL: *Obstetricia*, por el Dr. D. Manuel S. Carrascosa.—*Fisiología*, por D. J. A. Martínez Ladrón de Guevara.—REVISTA DE ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Societ  de Chirurgie de Paris: Sesión del día 2 de Junio de 1915*, por el Dr. D. S. Pascual.—*Sociedad de Medicina y Cirugía de Río Janeiro: Sesión del día 3 de Agosto de 1915*.—Noticias.—Anuncios.



**FARMACIA**  
**CATALANA**  
DE  
**M. REBOROSA**  
(MURCIA)  
LA MEJOR  
**SURTIDA**  
Y MAS  
**ECONOMICA**



EN LA

**FARMACIA CATALANA**

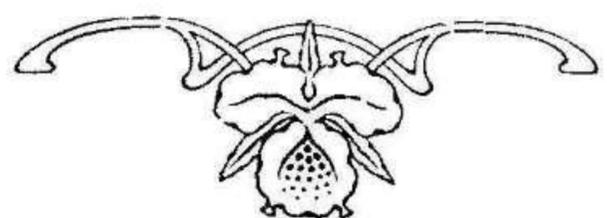
HAY EXISTENCIAS

DE

TODOS LOS PRODUCTOS

ANUNCIADOS

EN ESTA REVISTA



# Especialidades



# del Dr. AMARGÓS

FARMACÉUTICO LAUREADO CON EL PREMIO EXTRAORDINARIO DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Premiadas en las Exposiciones Universales de París 1909, Barcelona 1888 y Buenos Aires 1910

**La pureza de sus componentes, su exacta dosificación y su forma de preparación aseguran su virtud terapéutica**

**Vino Amargós** Tónico nutritivo, preparado con peptona, quina gris, coca del Perú y vino de Málaga.

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

**Vino Iodo-Tánico Fosfatado Amargós** Fortalece, robustece y purifica; substituyendo con ventaja al aceite de hígado de bacalao y sus emulsiones.

**Elixir Polibromurado Amargós** Los bromuros estroncico, potásico, sódico y amoníaco químicamente puros; asociados con sustancias tónico-amargas.

**Elixir Clorhidro-Pépsico Amargós** TÓNICO DIGESTIVO, de pepsina, colombo, nuez vómica y ácido clorhídrico.

**Laxol Amargós** a base de cáscara sagrada.

**Menarquión Amargós** para combatir la dismenorrea.

**Elixir de Hidrastis y Viburnum Amargós.**

**Pastillas Amargós** de borato sódico, clorato potásico, cocaína y mentol.

**Nuclerrhenal Amargós** a base de glicerofosfato, nucleinato y vanadato sódicos, *acantha virilis* y arrhenal.

**Suero Amargós** TÓNICO RECONSTITUYENTE. Cada ampolla de 1 c. c. contiene: cacodilato de sosa, 5 eg.; cacodilato de estrienina, 1 mg.; glicerofosfato de sosa, 10 egr.

**Suero Amargós** FERRUGINOSO. TÓNICO RECONSTITUYENTE. Cada ampolla de 1 c. c. contiene: cacodilato de estrienina, 1 mg.; cacodilato de sosa, 5 eg. cacodilato de hierro, 3 eg. y glicerofosfato de sosa, 10 eg.

## DEPÓSITOS GENERALES

## == FARMACIAS AMARGÓS ==

Plaza de Santa Ana, 9  
(esquina a la calle de Santa Ana)



Calle de Cortes  
(chaffán a la de Claris)

## BARCELONA

Además se expenden en las principales farmacias, droguerías y centros de especialidades farmacéuticas de todas las poblaciones importantes del mundo.

# Elíxir de Guayaquina Fosfatada

DEL DR. MONLLOR

A BASE DE CREOSOTA, GUAYACOL, CLORURO DE QUININA Y BIFOSFATO DE CAL



EL MEJOR REMEDIO Y LA FÓRMULA  
MÁS RACIONAL PARA EL TRATAMIENTO  
DE AQUELLAS AFECCIONES CRÓNICAS  
DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS  
DE EXPECTORACIÓN ABUNDANTE, AS-  
TENIA GENERAL, DESMINERALIZA-  
CIÓN DE LOS TEJIDOS, EMACIACIÓN  
(TISIS) DEL ORGANISMO Y PÉRDIDA  
DE LA FUERZA Y DEL APETITO



Empleada con gran éxito en los catarros de las vías respiratorias; Bronquitis, Bronconeumonías y Neumonías crónicas, particularmente en las que acompaña gran producción de exudados. En las Broncorreas purulentas con anorexia y consunción. En las Tuberculosis pulmonares cerradas. En las formas clínicas de Tuberculosis abiertas fibrocáseas tórpidas. En las Tuberculosis latentes y larvadas. En las Tuberculosis complicadas con catarro crónico o subagudo, y en las formas esclerobronquíticas que se eternizan en su evolución.

De venta en las principales Farmacias

# NUCLEO-FERROL

DEL DR. MONTERO

EL ÚLTIMO ADELANTO DE LA CIENCIA \* MEDICACIÓN CIENTÍFICA Y RAZONADA

## NUCLEO-FERROL

TÓNICO

POTENCIAL

RECONSTITUYENTE

A BASE DE ARSÉNICO Y HIERRO ASIMILABLE

Esta preparación está recomendada por todas las emi-  
nencias médicas, como única para combatir la

TUBERCULOSIS

NEURASTENIA \* DEBILIDAD \* ANEMIA

ENFLAQUECIMIENTO

CATARROS CRÓNICOS \* INAPETENCIA

CONVALECENCIAS, ETC. ETC.

y todas cuantas enfermedades causen depresión en el or-  
ganismo. Aumenta el apetito y peso, desaparece la fatiga,  
evita los vértigos (mareos), favorece la digestión, reaparece  
la alegría en el espíritu, da FUERZA, ENERGÍA y VIDA.

Es el reconstituyente por excelencia y el tónico más  
poderoso conocido hasta hoy.

:: De venta en las buenas Farmacias y Droguerías de España ::

DEPÓSITO EN MURCIA

Farmacia Moderna

DE

AYUSO MIRÓ

S. CRISTÓBAL, 6

DEPÓSITO GENERAL

Farmacia Moderna

DE

MONTERO

CUENCA

**EN TODA CLASE de VÓMITOS y DIARREAS**

y en toda clase de  
indisposiciones  
del tubo digestivo

EMPLEAD  
**los SALICILATOS  
de VIVAS PÉREZ**



adoptados de R. O.  
por los Ministerios  
de Marina y de  
Guerra.

**LOS RECOMIENDAN  
INDISCUTIBLES  
AUTORIDADES MÉDICAS**

**CELEBRAN CON ENTUSIASMO SUS EFECTOS CUANTOS LOS USARON**

**INDISPENSABLES A LOS VIAJEROS**  
**Y HOMBRES DE NEGOCIOS**



Empleado desde hace veinte años por toda clase de personas, cada día es más apreciado y recomendado por los médicos más amantes de la verdad, á quienes proporcionó grandes satisfacciones.

Las personas que sufren **Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de sangre, Debilidad, Inapetencia y Menstruaciones difíciles**, ven desaparecer sus padecimientos y las convalecientes se fortalecen en forma inesperada, mucho más si emplearon reconstituyentes extranjeros y aún nacionales, no en tan buen estado de asimilación y tolerancia.

Los informes que figuran en el prospecto, de las más sólidas reputaciones médicas españolas, prueban lo expuesto.

DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS  
**DEPÓSITO GENERAL: Farmacia de Vivas Pérez - ALMERIA**

**DEPÓSITO EN MURCIA: FARMACIA DE SANTA TERESA**

# Gastrófilo Universal del Dr. Greus

Es el medicamento más rápido, eficaz y seguro que se conoce para curar pronto y radical las enfermedades del

## ESTÓMAGO E INTESTINOS

Cura todas las enfermedades del aparato gastro-intestinal, como dispepsias, gastralgias, flatos, acideces, malas digestiones, dolores, vómitos, etc. etc. por crónicas, rebeldes y agudas que sean.

# Carne Líquida del Dr. Greus

Concentración peptonífera y peptógena que en razón de nuestro especial modo de preparación reúne las ventajas del caldo y de las peptonas y resulta por lo mismo un estimulante y restaurador incontestable y un reparador de primer orden, quizá el primero entre los alimentos albuminoideos.

# Extracto de Malta del Dr. Greus

Riquísimo alimento a la vez que poderoso tónico nutritivo y digestivo, pues por la perfecta concentración y esterilización a que se le somete, posee, aumentado, todo el valor de la mejor malta de cebada con que se le prepara.

## **PRIMER PREPARADO ESPAÑOL**

Premiado con Medalla de Oro en las Exposiciones Regional y Nacional de Valencia

Antigua Farmacia y Laboratorio del Dr. GREUS

Sucesor: D. PEDRO VALERO.—Plaza de Sta. Catalina, núm. 4

VALENCIA

Venta en Murcia: Farmacia de D. Antonio López Gómez

Y DEMÁS FARMACIAS DE LA CAPITAL

2 2 2 2 2 EN LA

# Farmacia de San José

DEL LICENCIADO

MIGUEL GALLEGO ALCARÀZ

==== MONTADA CON ARREGLO A LOS ULTIMOS ADELANTOS DE LA CIENCIA ====

Encontrarán cuantas especialidades y medicamentos, químicamente puros, exige la terapéutica moderna para la curación de las enfermedades.

----- PRECIOS REDUCIDOS -----

ORTOPEDIA ... APARATOS DE CIRUGÍA ... OXÍGENO PURO

ESPECIALIDAD EN EL DESPACHO DE RECETAS

Plaza de Camachos, núm. 8.--MURCIA

# RORIPMO

---

CURA GRIETAS Y TIÑUELA

DE LOS PECHOS

E. LÓPEZ S. SOLÍS.--FARMACIA DE SANTA EULALIA.--MURCIA

## ACEITE DE RICINO

SIN COLOR, OLOR NI SABOR

Separado de todas sus impurezas y del gusto desagradable por un procedimiento especial.

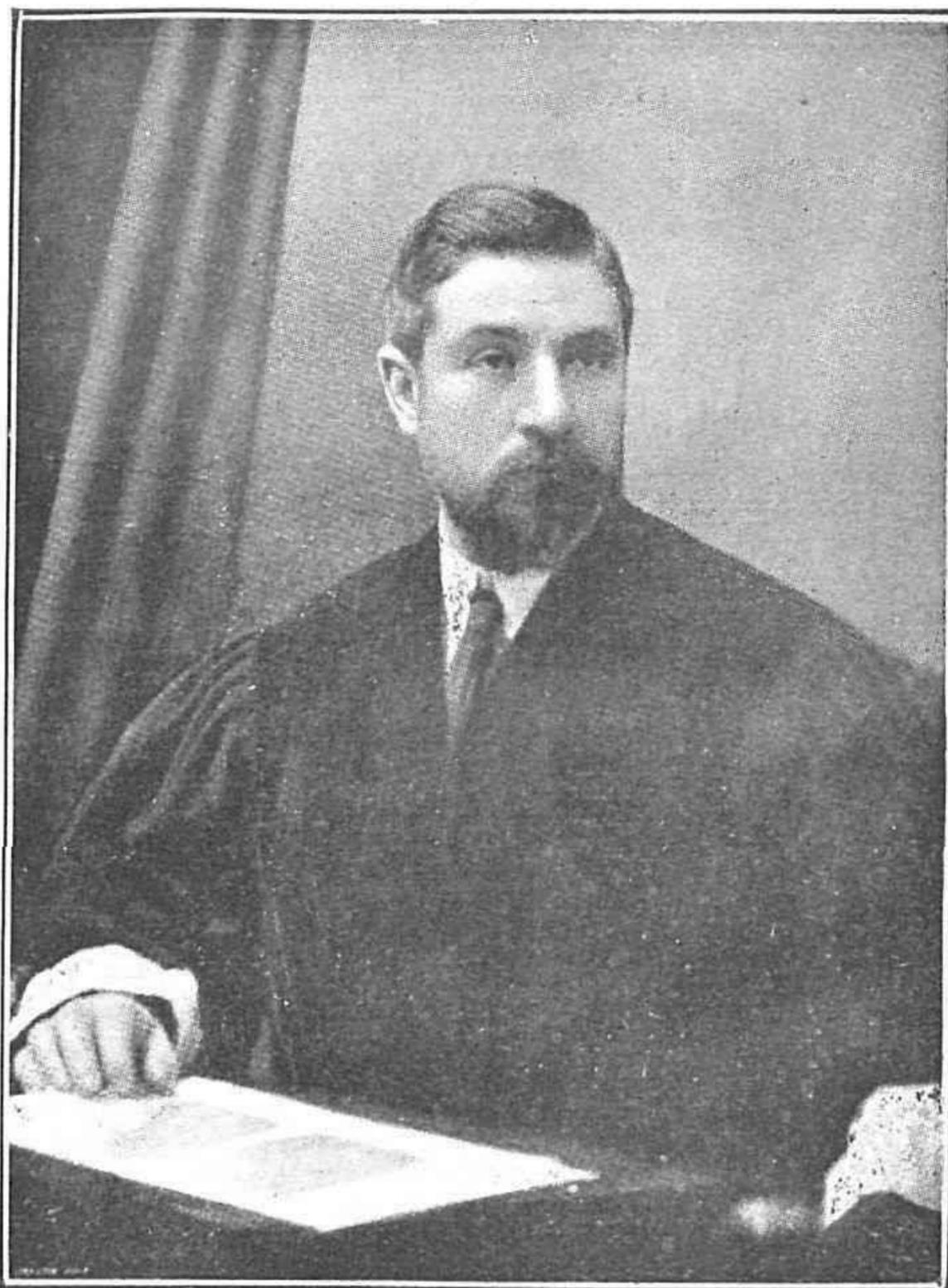
## Farmacia Moderna de Ayuso Miró

EN ESTA FARMACIA HAY EXISTENCIAS

DE TODOS LOS PRODUCTOS ANUNCIADOS EN ESTA REVISTA

Sueros y Vacunas siempre recientes

Calle de San Cristóbal, 6 MURCIA Frente al antiguo Correo



*Dr. D. Ricardo Lozano-Morón*

*Catedrático de Patología y Clínica Quirúrgicas de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Académico de la Real de Medicina.*





AÑO I    MURCIA-SEPTIEMBRE-1915    N.º 6

TRABAJOS ORIGINALES

# PERITONITIS TUBERCULOSA

Por el Dr. D. RICARDO LOZANO,  
Catedrático de la Facultad de Medicina de  
Zaragoza.

HA sido objeto de muchas discusiones en lo que respecta a su tratamiento y hasta pudiera decirse que *estuvo de moda* la cuestión hace cinco o seis años. Actualmente se *ha pasado* merced a la influencia decisiva que en la curación de esta enfermedad, ha ejercido el tratamiento conservador imperante en la terapéutica quirúrgica, perfeccionado con la helioterapia.

Pero si lo referente a la terapéutica parece definitivamente zanjado, queda siempre de actualidad lo que atañe al diagnóstico que siempre guarda sorpresas al médico y con alguna frecuencia exige la contribución de cirujanos y médicos, por ser la peritonitis tuberculosa incumbencia de ambos grupos profesionales.

En Zaragoza se ven muchas peritonitis tuberculosas y estimamos que se verían más si no se confundiesen algunos casos con fiebre de Malta, paludismo, gripes, tifoidea o paratifoidea, quistes y tumores abdominales, salpingitis, etc., para no citar sino aquéllas con las que se confunden mayor número de veces.

*Etiología* (1).—Su frecuencia oscila en 3 y 5 % de todos los cadáveres autopsiados en Breslau y Dresde. Entre 964 operaciones practicadas en Magburg, 18 (1,9 %) sufrían peritonitis tuberculosa. Entre todas las tuberculosis su frecuencia es de 4,9 %, ocupando el tercer lugar después del pulmón (con 84,5 %) y el intestino (con 32,5 %).

Casi siempre se halla asociada con tuberculosis localizadas en otros órganos, principalmente con la del pulmón, intestino, riñón, pleura, miliar genital, etc.

(1) Härtel.—Ergebnisse der Chirurgie. T. VI.

La edad de los enfermos es la media, o sea entre 25 y 40 años. Los autores dicen que el sexo es atacado en igual proporción el masculino que el femenino, pero nosotros la observamos con gran preponderancia en este último. Las niñas en la edad de 14 a 16 años, son las que dan mayor contingente en los casos observados por nosotros en Zaragoza.

*Patogenia.* Todos los autores están conformes en la rareza de la peritonitis primitiva. Así, por ejemplo, Borshke (1891), encontró en 226 autopsias de peritonitis tuberculosa solamente dos casos reputables como primarios (= 0,9 " ").

El camino que ha debido seguir el germen en estos casos primarios, es atravesar el intestino para recorrer el sistema linfático y llegar directamente al peritoneo, o por intermedio de los ganglios mesentéricos.

La peritonitis tuberculosa secundaria ha recibido el germen del pulmón en la mayoría de las ocasiones. Después en orden de frecuencia vienen como focos de origen, los ganglios, intestinos, órganos genitales, pleura, serosas, etc. Algunos autores señalan al intestino el primer lugar entre los focos de origen de la peritonitis tuberculosa. En los niños se asigna gran importancia a la tuberculosis ósea, entre los sitios de partida del agente que causará después la peritonitis tuberculosa.

Las relaciones etiológicas entre los órganos genitales tuberculosos y la peritonitis tuberculosa, ha sido motivo de discusión en el Congreso alemán de Ginecología (1911), y allí se dió la tabla siguiente:

	KRÖNIG	ALBRECHT
Peritoneo primario y genital secundario.	Ordinariamente	Raramente
Genital primario; peritoneo secundario . . .	Casi nunca	En 1/3 de los casos
Otros focos orgánicos primarios; peritoneo y genital secundario . . . . .	Frecuente	Frecuente

Nosotros hemos hallado en todos nuestros casos operados o autopsiados, lesiones de los genitales y éstas más intensas y más avanzadas en los anejos del útero. También existen muchos de tuberculosis infraumbilical exclusivamente y ninguno de supraumbilical, si se exceptúa la tuberculosis hepática que hemos visto alguna vez.

*Vías de infección.* Están la hematogena, linfogena y por contigüidad. No se ha resuelto, aunque nos atreveremos a decir que debe ser la sangre el camino seguido por la infección casi siempre, si hemos de aceptar las tendencias más modernas basadas en el hallazgo del bacilo de Koch en la sangre en todos los enfermos de osteoartritis tuberculosa por ejemplo.

La determinación de las vías de infección tiene importancia para la profilaxis y terapéutica, especialmente si se pudiese separar el foco de la infección.

En cuanto a los demás componentes otiológicos, tenemos en primera línea la

escrófula desarrollada por tuberculosis de los padres y después la infección directa por inhalación de bacilos o por ingestión con los alimentos, principalmente por la leche.

Viene en último término el contagio genital que tendría gran importancia si se demostrase que la tuberculosis de los anejos precede muchas veces a la peritonitis. Las consecuencias sociales, desde el punto de vista de la higiene del matrimonio y de su prohibición, serán muy grandes. Desgraciadamente hasta la fecha la cuestión del contagio genital está sin resolver.

Por lo que atañe a nuestra experiencia, si es verdad que predomina lo genital según dijimos antes, es verdad que esto acontece en la mayoría de los casos con niñas vírgenes y por lo tanto no se trata de contagio, sino de *locus minoris resistenciæ* en la pubertad, que ha permitido localizarse allí al bacilo de Koch que circulaba por la sangre.

*Anatomía patológica.*—Pueden describirse dos grandes formas: la difusa y la local.

La primera puede ser: serosa, fibrosa, caseosa.

La forma serosa se caracteriza por una gran exudación que llega a formar ascitis de gran volumen. La fibrinosa o adhesiva tiene poco o nada exudado y en cambio pega los órganos entre sí, constituyendo tumores falsos o dificultando el tránsito de los gases dentro del intestino y formando grandes dilataciones de éstos llenas de gases. La forma caseosa, ulcerosa o supurada, da lugar a abscesos que al abrirse dejan fistulas.

En cuanto a las transformaciones que sufren los tuberculosos del peritoneo para tomar las formas diversas, es asunto que creemos se halle sin resolver.

Las formas localizadas se han observado en todas las regiones. Rara vez son primarias, sino que se presentan consecutivamente a tuberculosis localizada en cierto órgano, aunque casi siempre es el intestino. Otras veces la peritonitis localizada es tan sólo un grado más intenso de la que anteriormente invadió todo el peritoneo. Los focos de tuberculosis parcial del peritoneo se observan más frecuentemente en la región hipogástrica, en la umbilical y en las fosas iliacas.

Entre las formas difusas predominan las exudativas en más de doble sobre las otras. La más rara es la caseosa.

Sin embargo, las tres formas difusas son las más frecuentemente observadas, porque los enfermos que las sufren acuden pronto al médico. A todas ellas ha debido preceder una forma tuberculosa miliar, confluyente o de grandes tubérculos que no suele describirse y que ha de ser muy frecuente. Nosotros la hemos encontrado algunas veces en nuestras intervenciones quirúrgicas, aunque éstas hayan sido motivadas por enfermedades distintas de la peritonitis tuberculosa.

*Síntomas.*—La sintomatología es variadísima. Unas veces aparece con gran agudeza, otras crónicamente, a veces con periodos agudos intercalados, en otros crónicos.

La aguda suele observarse en los niños aparentando una tifoidea, apendicitis o pneumococoperitonitis.

El síntoma principal es: abultamiento del vientre con meteorismo, serosidad y caquexia. En la forma ascítica se nota la serosidad libre en la cavidad peritoneal. En la seca se aprecian tumores erráticos, con sonido timpánico, y movimientos grandes de peristaltismo intestinal. Los dolores en la forma seca adquieren gran intensidad en algunos momentos, coincidiendo con los movimientos intestinales que se aprecian a través de las paredes abdominales.

No es infrecuente que los dolores aparezcan al orinar. Estos casos se califican de cistitis o infecciones renales, cuando son tuberculosis del peritoneo que cubre la vejiga de la orina, cuyas contracciones se hacen dolorosas por la inflamación que le rodea.

La fiebre es tan pequeña que pasa desapercibida.

El vientre está ligeramente doloroso y con una contractura menor que en la peritonitis aguda.

Pocas veces faltan ataques de *ileus* intercurrentes en el curso de la peritonitis.

El curso de la ascítica es lento y generalmente se desarrolla sin grandes molestias para los enfermos, los cuales sólo se quejan de la debilidad general y del abultamiento del vientre que produce la ascitis.

La forma seca se desarrolla con grandes síntomas dolorosos causados por los ataques de *ileus*.

La forma caseosa se desarrolla como un absceso frío y gran depauperación, además de los síntomas que produce el pus y la fistula.

Se han descrito cuatro síntomas como característicos de la peritonitis tuberculosa:

1.º Síntoma de Thomayers. Consiste en un sonido timpánico a la derecha del abdomen y macizo a la izquierda, debido a que la retracción del mesenterio lleva los intestinos delgados a la derecha.

2.º Cámaras acólicas o cámaras de grasa.

3.º Inflamación periumbilical.

4.º La apreciación de nódulos tuberculosos a través del recto.

*Diagnóstico diferencial.*—Es uno de los puntos más difíciles y por ello de los más importantes.

Las formas agudas se confunden con las apendicitis, la tifoidea y la peritonitis de pneumococos. En la literatura médica existen casos de errores que fueron evidenciados por la intervención quirúrgica.

Los casos crónicos se han confundido alguna vez con la grippe y modernamente se confunden con las fiebres de Malta.

Bastará conocer la posibilidad de estos errores para evitarlos mediante un conocimiento exacto de los síntomas de cada una de las citadas enfermedades.

Los casos crónicos deben diferenciarse de las siguientes entidades morbosas:

*Peritonitis crónica idiopática.*—Generalmente es localizada alrededor de órganos enfermos; retención estercorácea (Deuk), traumatismos, inflamaciones, etc. La generalizada idiopática lo es casi siempre por cuerpos extraños. El diagnóstico

diferencial es difícil aun en las autopsias o mesa de operaciones. Debe tenerse presente que en la vida fetal se han observado tales peritonitis tuberculosas.

La llamada tuberculosis por cuerpos extraños consiste en una lesión causada por unos tubérculos parecidos a los del bacilo de Koch, aunque son producidos por parásitos animales: equinococos, distomas, etc.; por cristales de colessterina, fragmentos endurecidos de meconio (Braudes), o restos alimenticios que han penetrado por una úlcera perforada del duodeno o estómago.

Los antecedentes tuberculosos, los focos de esta enfermedad en otros sitios del organismo, los infartos ganglionares, etc., serán bases para hacer el diagnóstico.

Nosotros hemos operado un caso clínico de esta clase, verdaderamente notable. Todos los intestinos estaban unidos por adherencias hasta el punto de que fué imposible orientarse en la cavidad abdominal. En el centro existía una bola del tamaño de una mandarina completamente libre, de color blanquecino, cuya estructura era estratificada y cuyo análisis acusó ser fibrina. Era evidente que se trataba de una peritonitis antigua curada con adherencias entre los intestinos. Pero ni el estado actual del enfermo ni los antecedentes permitían saber qué clase de peritonitis había sido aquélla.

Quizás en otra ocasión publicaremos este caso clínico.

*Cirrosis atrófica del hígado.*—Se confunde fácilmente con la peritoneo-tuberculosis de forma ascítica. A veces se combinan ambas enfermedades. Hablan por la cirrosis la hipertrofia del bazo y a veces la ictericia; por la tuberculosis los síntomas inflamatorios, fiebre e infartos ganglionares. La circulación complementaria de las paredes abdominales es rara en la tuberculosis. El análisis microscópico del líquido acusa linfocitos en la tuberculosis, endotelios en la cirrosis.

En la duda podrá inyectarse un conejillo de Indias.

*Sifilis.*—La reacción Wassermann que en el líquido ascítico es más decisiva que en la sangre.

*Carcinoma y sarcoma.*—La edad y los fenómenos inflamatorios servirán para diferenciar ambas enfermedades. Sin embargo, cuando los neoplasmas recaen en personas jóvenes, será imposible el diagnóstico diferencial.

*Tumores.*—Los quistes del ovario sabido es que acusan timpanismo en los flancos y macidez en la región umbilical, mientras que la tuberculosis presenta invertidos estos síntomas.

Sin embargo nosotros hemos asistido dos casos en los cuales la peritonitis tuberculosa daba los síntomas de percusión propios del quiste del ovario.

En estos casos la ascitis estaba enquistada en la mitad inferior del vientre por adherencias del gran epiplón. La fiebre que pudo servir para establecer el diagnóstico diferencial, no servía en uno de nuestros casos porque la enferma llevaba muchos meses de enfermedad, cuando nosotros le vimos sufría tuberculización pulmonar consecutiva al quiste del ovario. Los tumores del bazo, la hidronefrosis, la cóprostosis, pueden confundirse con las tuberculosis del peritoneo (Rolleston).

*El ileus crónico.*—Por la timpanización no deja reconocer bien el abdomen y oculta a veces la peritonitis. Estos casos son frecuentes y aunque los antecedentes,

la fiebre, los infartos inguinales permiten hacer el diagnóstico diferencial casi siempre, hay casos en que sólo lo permite hacer la laparotomía explotadora. El caso es tanto más difícil cuanto que una tuberculosis intestinal localizada puede causar un *ileus* con fiebre e infartos sin que el peritoneo esté atacado por tuberculosis. De casos difíciles de diagnosticar en este sentido podríamos citar varios cuyas dudas sólo las resolvimos al hacer la laparotomía exploradora.

*La colitis mucomembranosa.*—Simula la peritonitis y a veces se combina con la tuberculosis por ser ésta la causa de la colitis. En casos extremos sólo la laparotomía podrá establecer diferencias. Casi siempre habrá ausencia de abultamiento abdominal en la colitis y presencia de mucomembranas. La rectoscopia nos ha prestado grandes servicios. Sin embargo, no olvidemos que el tuberculoma del colon puede causar una colitis y simultáneamente una peritonitis localizada.

*La tuberculosis del riñón* por la fiebre de ambos, por la frecuencia en las micciones de ambos, etc., pueden confundir. El análisis de las orinas zanjarán la cuestión.

El *quiste hidatídico* múltiple del mesenterio y el solitario pero difundido a todo el abdomen, nos han hecho dudar en dos ocasiones. La falta de fiebre y de adenitis, la tolerancia del organismo para el quiste hablan por éste.

*Adenitis tuberculosa del mesenterio.*—Tiene como síntoma dolores, trastornos dispépticos, adelgazamiento. En el lado derecho del vientre se notan las adenitis y dan sonido macizo.

En todos los casos dudosos deberemos hacer el análisis del líquido ascítico, el cual tiene gran peso específico y es rico en albúmina.

Sin embargo no debemos fiarnos mucho del análisis cuando tenemos la responsabilidad de la operación.

En uno de los casos que he citado anteriormente y que yo veía juntamente con el Dr. Cerrada, el laboratorio dijo terminantemente que se trataba de quiste de ovario y la operación demostró peritonitis tuberculosa.

Según Müller, 1.000 c. c. no se acusan a la percusión. Es preciso que alcance 2.000 c. c. para que podamos hallarlo por la percusión abdominal.

Según Runeberg, su composición es:

	Albúmina por %	Peso específico
Exudado inflamatorio . . . . .	4 — 6	Sobre 1015
Traxudado mecánico. . . . .	1 — 3	Bajo 1015
Id. hidrémico . . . . .	Bajo — 0,5	

El líquido ascítico de la peritonitis tuberculosa no siempre contiene bacilos, por esta razón, es preferible examinar trozos de tejidos extirpados por curettage o excisión y estos mismos emplearlos en las inoculaciones al conejillo.

También podemos emplear la cuti-reacción a la tuberculina con finalidad diagnóstica.

# **R** **U** **L** **G** **A** **R** **O** **L**

(NOMBRE REGISTRADO)

Cultivo **LÍQUIDO** de fermentos lácticos,  
::: superior a las formas comprimidas :::

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS DE LA CAPITAL



# Fosfo-Fito-Kola-Aliño

LA MEJOR MEDICACIÓN FOSFORADA

PREPARADO EN FORMA GRANULAR, DE GUSTO EX-  
QUISITO Y AGRADABLE A LOS NIÑOS

**Frasco grande . . . 5'00 pesetas**  
**" pequeño . . . 2'75 "**

Anemia \* Escrófula \* Debilidad \* Neurastenia

EL MEJOR TÓNICO RECONSTITUYENTE DE LOS DÉBILES

VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS Y DROGUERÍAS DE ESPAÑA

Por mayor: Vda. del Dr. Aliño, Mercado, 52-Valencia

El índice opsónico no parece ofrecer grandes garantías. Los rayos X servirán para diagnosticar dilataciones o estrecheces intestinales, pero no la tuberculosis.

*Pronóstico*—La forma ascítica es la más leve. La caseosa, la más grave. En los hombres es más grave que en las mujeres. En los niños es más leve que en los adultos, excepción de los primeros años de la vida. La peritonitis con fiebre alta, es grave.

De la estadística de Schlimpers, que comprende 2.173 cadáveres tuberculosos, murieron 8,3 % de la misma peritonitis; de tuberculosis de otros órganos, 79,3 % de enfermedades intercurrentes no tuberculosas, 11,1 %.

La peritonitis tuberculosa conduce a la muerte por acción mecánica de la ascitis, por *ileus*, por perforación intestinal, por el agotamiento si se producen las fístulas, intoxicación, inanición, supuración y asociaciones microbianas, aunque ya se ha dicho que lo más frecuente es tuberculosis de otros órganos, pulmón, intestino, tuberculosis miliar, meningitis, etc.

*Tratamiento*.—Sabido es que el tratamiento médico de la peritonitis tuberculosa fué sustituido por el quirúrgico desde que Spencer-Wells curó una peritonitis por medio de la laparotomía exploradora ejecutada en un error de diagnóstico. En 1887 König fué gran defensor de la intervención quirúrgica. Borchgrevin (1900), se erigió en campeón del tratamiento conservador. Hasta la fecha ha durado la controversia que cede, merced a los éxitos obtenidos con el tratamiento conservador.

Las objeciones que se hacen al tratamiento quirúrgico son:

- 1.<sup>a</sup> Los riesgos que añade a la enfermedad.
- 2.<sup>a</sup> Que sus efectos son nulos y parten de un error de apreciación.

Los riesgos de la laparotomía cuando la técnica operatoria es buena, estimamos nosotros que son tan pequeños que si se piensa en que los casos graves son los que acusan peores resultados con el tratamiento quirúrgico y que éstos precisamente habían de morir con o sin operación, se comprende que estos riesgos pueden calificarse de nulos. La mortalidad inmediata a la operación es, según König, 3 %.

Los otros riesgos de agravación de la enfermedad, difusión de la peritonitis, fístulas estercoreáceas, hernias en la cicatriz no son frecuentes y apenas si se las observa cuando las indicaciones de la laparotomía y la técnica se hacen convenientemente.

El error de apreciación en los efectos de la laparotomía se funda en la existencia de una peritonitis idiopática o tuberculosa, pero que tiene de común el hecho de curarse espontáneamente.

*Efectos de la paracentesis*.—Los buenos efectos de ésta e igual podemos decir de la laparotomía hecha para extraer el líquido ascítico, se explican por la supresión de un líquido tóxico y por la hiperemia que sigue a su extracción.

En cambio hay muchos autores que, fundados en experiencias, sostienen que el líquido ascítico no sólo no es tóxico, sino que contiene un cuerpo inmunizante y llegan a recomendar su inyección en el tejido celular subcutáneo. Los buenos efectos obtenidos después de la paracentesis los explican diciendo que el nuevo líquido se-

gregado en el abdomen tiene aumentado ese poder inmunizante. Como se ve, en la teoría se hallan argumentados *para todos los gustos*.

No es posible detallar las explicaciones que dan los defensores de la laparotomía de los buenos efectos de ésta. Dicen que disminuye la presión, quita toxinas, provoca una irritación en el peritoneo, hace entrar la luz y el aire, y por estos medios, provoca la traxudación bactericida, la congestión pasiva a lo Bier, aumenta el poder absorbente del peritoneo, la circulación colateral, la regresión de los tubérculos y favorece la adherencia.

Las estadísticas destinadas a demostrar la bondad del tratamiento conservador o cruento, no permiten conclusión alguna. Se tropieza en ellas con la heterogeneidad de las cifras comparadas, con la dificultad de seguir los enfermos todo el tiempo necesario para separar lo que es resultado pasajero y lo que es definitivo.

De lo mucho que hemos leído y de nuestra experiencia personal, nos imponemos cada día con más arraigo el tratamiento conservador. Más que a los riesgos que pueda tener la laparotomía, tememos a lo poco o nada que se gana con ella, ya que si hemos de obtener la curación del operado ha de ser con un tratamiento higiénico y tónico intenso postoperatorio que igual pudo haberse implantado desde el primer momento y sin necesidad de la operación en la mayoría de las ocasiones.

Creemos que toda peritonitis tuberculosa deberá ser tratada conservadoramente, salvo indicaciones especiales.

El tratamiento conservador ha de tener por base la helioterapia en la montaña.

La helioterapia en regiones o parajes llanos y bajos, es imposible ejecutarla (1).

Nosotros hemos visitado las clínicas de Leysin y las de Berk sur Mer, además del sanatorio marítimo de Ondarraiz (Hendaya) y hemos visto mejores resultados en las primeras que en las segundas y terceras.

A la helioterapia en la montaña debemos ayudar con tónicos de toda clase: cacodilatos, arsénico, hierro, cloruro de sodio, en forma de aguas cloruradosódicas, fosfatos, yodo, etc., etc.

La talasoterapia tan rica en nuestra patria, prestará grandes servicios y tendrá parecidas indicaciones que en los artrocaces.

La dieta tendrá gran importancia. Habrá de ser líquida exclusivamente cuando los enfermos están molestados por repetidos ataques de *ileus*. En caso contrario, habrá de ser nutritiva, eligiendo alimentos de pocos residuos excrementicios.

La manteca llena admirablemente estas condiciones y deberá emplearse en abundancia. Tiene la ventaja de laxar a estos enfermos que suelen padecer gran estreñimiento.

La leche constituirá siempre el principal alimento.

En los niños se cuidará de dar frutos vegetales en pequeña cantidad, pero en todas las comidas para combatir su escrófula.

La tuberculoterapia nos parece peligrosa, o por lo menos insuficiente por sí sola; superflua cuando dan buen resultado la higiene y la medicación.

(1) Véase nuestro libro «Artrocaces».

El tratamiento por los rayos X preconizado por la escuela de Quervain, no es desconocido, pero creemos que le es aplicable lo dicho para la tuberculina. Rolleston dice que los rayos X agravan la peritonitis. Los hemos empleado en una enferma, la cual se cansó de las sesiones y desapareció de nuestro consultorio.

Reservamos la laparotomía para evacuar el pus, para evitar las presiones excesivas en las formas ascíticas, cuando el corazón y los pulmones funcionan difícilmente; para extirpar focos locales en los anejos del útero, para combatir el *ileus*.

En este último caso con pocas esperanzas, por la dificultad que existe de orientarse en una peritonitis seca que es la única casi que da lugar a tal complicación y por las dificultades que ofrece la tuberculosis del peritoneo a las suturas intestinales y a la cicatrización del intestino.

En resumen: hacemos las intervenciones quirúrgicas para cubrir alguna indicación sintomática, jamás para cubrir indicación esencial.

En tiempos anteriores hemos usado la cirugía con relativa frecuencia, en forma de laparotomía simple o asociada con el yodoformo, el perhidrol y el suero.

Lo dicho indica bien que nosotros no somos partidarios de las inyecciones de gases a través de la cánula de paracentesis.

En muchos enfermos de tuberculosis peritoneal es preciso emplear los medicamentos tónicos del corazón y los diuréticos, cuando las congestiones pulmonares son muy intensas.

En los niños debe ser más rigurosa la abstención quirúrgica.

En cambio hallará plena aplicación la cirugía como profiláctica para quitar un foco tuberculoso en los anejos, del apéndice del intestino o del epiploón antes de que sea atacado todo el peritoneo.

A continuación copiamos la tabla del libro de Härtel. + significa operación, — conservador, (+) conservador primero, operación si éste no da resultado.

AUTOR	Forma serosa	Forma seca	Forma purulenta	Foco primario
Baich. . . . .	+	+	—	
Baumgart . . . . .	+	+	—	
Freund. . . . .	+	+	—	
Kocher. . . . .	+	+	—	+
Körte. . . . .	+	+	—	+
Pape . . . . .	+	+	—	
Ungar . . . . .	+	+	—	
Espenschied . . . . .	+	—	—	
Gelpke . . . . .	+	—	—	
Labhard . . . . .	+	—	—	(+)
Maass. . . . .	+	—	—	
Stockl. . . . .	+	—	—	
Theilhaber. . . . .	+	—	—	
Vierordt . . . . .	+	—	—	
Kronig . . . . .	(+)	—	—	
Rolleston. . . . .	(+)	—	+	
Borchgrevinck. . . . .	—	—	—	
Rose. . . . .	—	—	+	
Heymann. . . . .				+
Tellheim . . . . .				(+)



Para terminar diremos que aquí como en las artritis tuberculosas, existen también indicaciones sociales que obligan al cirujano a modificar el criterio basado sobre los hechos científicos exclusivamente.

### :::: BIBLIOGRAFÍA ::::

Fritz Härtel.—«Ergebnisse der Chirurgie de Payr», tomo 6.

Lozano.—«Artrocaces». En éste hay bibliografía sobre helioterapia y en general sobre tratamiento de tuberculosis quirúrgica.

Kelly.—«Operative Gynecology».

### ESTADÍSTICA OPERATORIA DEL DR. LOZANO

#### I

Joaquina Menal, natural de Coll de Ladrões, provincia de Huesca, de 34 años, casada.

*Enfermedad.*—Peritonitis tuberculosa de forma ascítica.

Comenzó hace seis meses.

Laparotomía el 23 de Febrero de 1903. Lavado peritoneal con suero artificial. La operación se ejecutó con raquicocainización.

*Curso postoperatorio.*—Al segundo día apareció gran disnea y murió al cuarto día de uremia.

*Autopsia.*—Nefritis tuberculosa. El epiploón y el estómago adheridos entre sí por extensas adherencias.

#### II

María Lasarre, de Zuera (Zaragoza), de 41 años, casada, cinco hijos.

Su madre ha muerto de peritonitis tuberculosa, y una hermana, de tuberculosis pulmonar. Ella está lactando.

*Enfermedad.*—Tuberculosis peritoneal y grandes adenitis mesentéricas.

*Principio y curso.*—Comenzó cuando la enferma tenía 5 años. La agravación actual apareció hace cinco meses.

*Síntomas.* - Dolor, ligera ascitis, tumor movable en el vacío izquierdo, adenitis inguinales. Tuberculosis pulmonar.

*Operación.*—6 de Agosto de 1903. Laparotomía, lavado con suero artificial. Extirpación de la adenitis mesentérica.

*Resultado.*—Muerte al segundo día de debilitación general.

#### III

Vicente Gerico Arnalde, de Ejea de los Caballeros (Zaragoza), de 22 años, labrador, soltero.

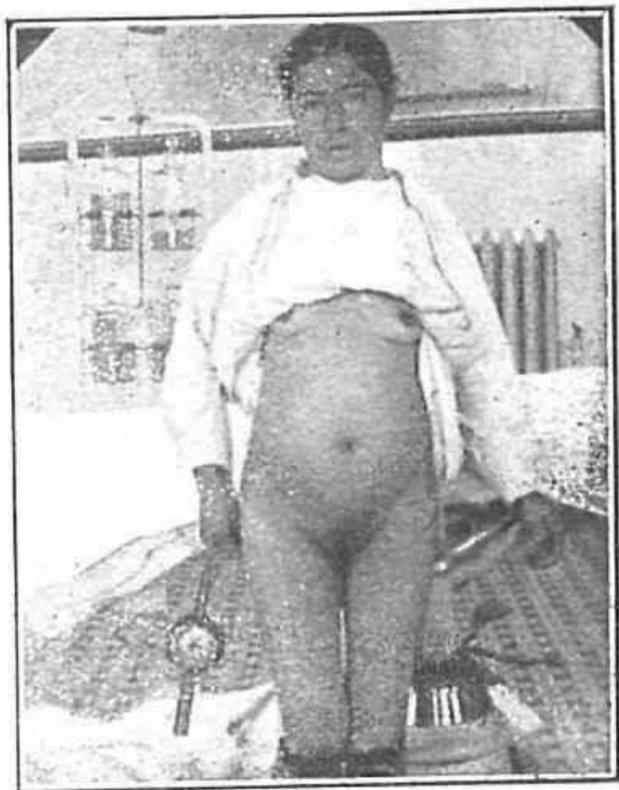


Fig. 1.ª.-Peritonitis tuberculosa granúlica en primer periodo. curada por helioterapia. (Clínica del Dr. Lozano).

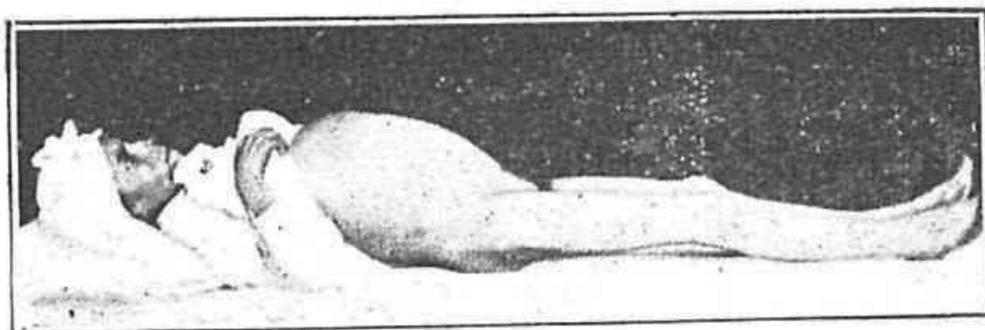


Fig. 4.ª.-La misma de la fig. 3.ª

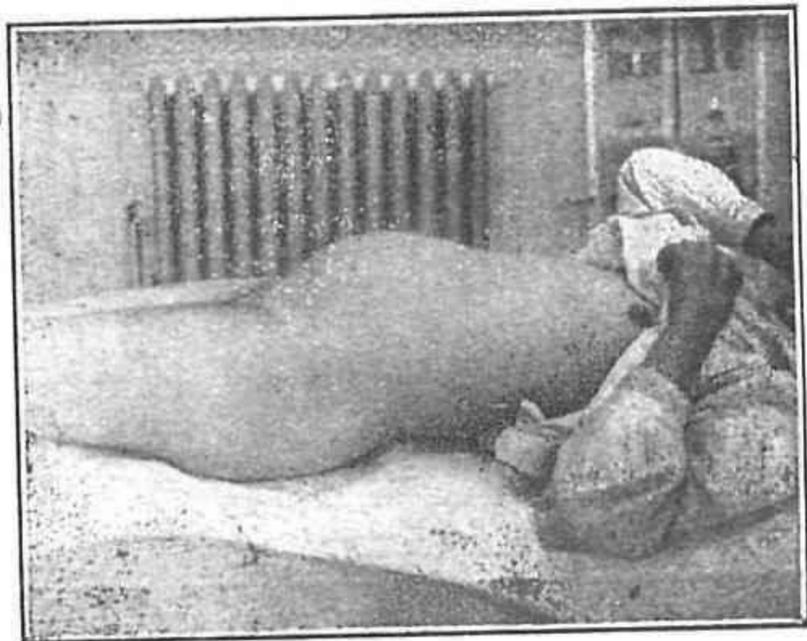


Fig. 2.ª.-La misma de la fig. 1.ª



Fig. 5.ª.-Quiste hidatídico del hígado que simulaba peritonitis tuberculosa.

## Peritonitis tuberculosa



En Agosto último sufrió una pulmonía de la cual curó en 35 días.

En Diciembre se resfrió y comenzó a toser y fatigarse. Hace un mes notó que se le abultaba el vientre.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

*Operación.*—13 de Abril de 1905. Laparotomía mediante cloroformización.

Se halla una peritonitis de forma seca.

*Curso postoperatorio.*—Marcha bien, aunque se abrió en la cicatrización una fístula intestinal que acabó por cicatrizar.

Marchó aliviado a su pueblo natal.

#### IV

C., natural de Calatayud (Zaragoza), de 30 años, casada, un hijo.

Antecedentes tuberculosos. La enferma está embarazada de tres meses.

*Enfermedad.*—Peritonitis tuberculosa.

*Síntomas.*—Fiebre de 40° durante un mes, dolores abdominales, tumor epiploico en el vacío izquierdo, absceso pelviano.

*Operación.*—19 de Abril de 1905. Abertura del absceso por el saco de Douglas, mediante raquestovainización.

La enferma abortó al día siguiente.

Actualmente está curada y ha tenido tres niños más, en buen estado de salud. El tumor epiploico todavía se nota a través de las paredes abdominales.

#### V

Manuel Lavilla, de Langa (Zaragoza), de 7 años.

Ha tenido sarampión y frecuentes catarros.

Hace dos años que notó abultamiento del vientre.

Actualmente lo tiene enormemente abultado con sonido timpánico, excepto las regiones hepática y esplénica que acusan gran macidez.

Tratamiento prolongado con arsenicales y yodo al interior.

El enfermo se agrava.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa con predominio de la tuberculosis en el bazo e hígado.

Laparotomía el 21 de Marzo de 1907. Lavado peritoneal con agua oxigenada. Cloroformización.

El enfermo cura de la operación y se alivia de su peritonitis.

Muere tres años después.

#### VI

Antonio Armel Ciria, de Alcubierre (Huesca), de 16 años, labrador, soltero.

Ha sufrido sarampión.

Su padre murió de pulmonía.



*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa que empezó hace ocho meses.

*Operación.*—7 de Noviembre de 1906 previa cloroformización. Lavado peritoneal con el perhidrol.

El enfermo marchó a su pueblo curado.

## VII

María Giménez, de Zaragoza, de 24 años, gitana, casada, sin hijos.

*Antecedentes.*—Fiebres gástricas, ausencia de menstruación y frecuentes catarros.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa de forma seca que principió hace 15 meses.

*Operación.*—21 de Noviembre de 1906. Laparotomía en cloroformización. Lavado del peritoneo con agua oxigenada.

Esta enferma curó. Actualmente la hemos visto haciendo su vida ordinaria pero tiene manifestaciones tuberculosas en el vientre todavía.

## VIII

Mauricia Ibáñez, de Val de San Martín (Zaragoza), de 23 años casada.

*Antecedentes.*—Catarros. Su madre murió de pulmonía.

La peritonitis tuberculosa empezó hace un año y medio.

*Operación.*—5 de Enero de 1907, de raspado uterino. El 9 de Febrero laparotomía y lavado del peritoneo con agua oxigenada.

*Curso postoperatorio.*—Sufrió una broncopneumonía.

Curación.

La operación abdominal se hizo en la duda de peritonitis tuberculosa o anexitis. Se demostró que era lo primero.

## IX

María Langa, de Daroca (Zaragoza), de 29 años, casada.

*Antecedentes.*—Catarros frecuentes y supuración uterina.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa de forma fibrosa que ocasionan frecuentes ataques de *ileus*. Gran timpanismo y dolores intensísimos desde hace seis meses.

*Operación.*—23 de Octubre de 1907. Cloroformo, laparotomía y lavado con perhidrol.

Curación de la operación. Los dolores desaparecieron durante un mes. Después aparecieron de nuevo. Cinco o seis meses después murió en su pueblo en un ataque de *ileus*.

## X

C. M., de Calatayud (Zaragoza), de 23 años, recién casada.

Su enfermedad comenzó hace siete meses con fiebre y fué tratada por grippe.

Después apareció un tumor en la fosa ilíaca derecha. Un ginecólogo distinguido la diagnosticó de salpingitis streptocócica. La fiebre persiste de 38,5. Tiene abultamientos erráticos en el abdomen.

*Operación.*—11 de Julio de 1907. Cloroformización. Dado su estado grave se decide una colpotomía posterior. En ella no se encuentra nada de pus. Se le aconseja vida de campo y helioterapia.

La enferma murió varios meses después en plena caquexia tuberculosa.

## XI

Martín Gascón, de 17 años, de Magallón (Zaragoza), enviado por el médico D. Julio Bernad.

Antecedentes tuberculosos en la familia de su madre.

La enfermedad principió con un escalofrío y ascitis hace ocho meses. Actualmente abultamiento enorme del vientre, causado principalmente por la gran hipertrofia del hígado. Edemas en los tobillos, dificultades respiratorias, gran cianosis.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

*Operación.*—21 de Mayo de 1908. Laparotomía con anestesia local a la cocaína. El enfermo marchó a su pueblo en el mismo estado.

Actualmente está curado en absoluto.

## XII

María Gracia, natural de Vigo, de 21 años, soltera.

Un hermano muerto tuberculoso.

La paciente sufrió una pulmonía a los ocho meses, a los dos años sarampión. Desde los 10 años dice que ha tenido cefalalgia casi constante.

En Noviembre aparecieron dolores en el vientre, vómitos y timpanismo abdominal. Ultimamente dos accesos de *ileus*.

Actualmente tiene además frecuencia en las micciones que le obligan a levantarse cuatro veces por la noche.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

*Operación.*—4 de Abril de 1908. Cloroformo. Laparotomía infraumbilical que sirve para vaciar un absceso enorme que asienta principalmente en la fosa ilíaca izquierda.

*Curación.*

Algunos meses después murió de meningitis.

## XIII

Josefa Alloza, de Cañizar (Teruel), de 31 años, casada, tres hijos.

Ha tenido tres abortos.

La enfermedad empezó hace cuatro meses.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

*Operación.*—12 de Marzo de 1909. Cloroformo. Laparotomía. Lavado con perhidrol.

*Resultado.*—No consta.

## XIV

Concepción Calero, de Logroño, de 38 años, casada, nueve hijos.

Hace un año comenzó a sentir dolores en el vientre y así siguió hasta hace dos años en que apareció la ascitis.

*Operación.*—12 de Julio de 1909. Cloroformo. Laparotomía. Lavado con perhidrol.

Después de la operación se han hecho dos punciones para evacuar la ascitis y se le ha hecho también tratamiento con tuberculina.

En la operación se halló el epiploón mayor retraído y unido al estómago y colon transversal.

Marchó a Logroño en vías de curación, donde hemos sabido que había fallecido.

## XV

Eugenia Beltrán, de Peñaflor (Zaragoza), de 44 años, casada, 13 hijos.

La enfermedad comenzó hace nueve años, achacándola la enferma a un susto. El vientre se le abultó, aparecieron dolores al nivel de la fosa ilíaca derecha. Diarrea y frecuentes micciones.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

*Operación.*—27 de Enero de 1909. Laparotomía.

*Resultado.*—Curación.

## XVI

Benita Mendoza, de Nájera (Logroño), de 31 años, casada, tres hijos.

Su padre murió de tuberculosis pulmonar.

Ha estado anémica desde los 12 años hasta los 17. A los 24 una pulmonía. Hace mes y medio que empezó la enfermedad actual.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa. Los caracteres físicos simulan un quiste del ovario del lado izquierdo.

*Operación.*—19 de Diciembre de 1908. Cloroformo. Laparotomía infraumbilical.

Se encontró la cavidad abdominal dividida en dos por el epiploón que retraído, apelonado y adherido a la pared servía de tabique entre la zona inferior llena de tubérculos y ascitis y la zona superior sana. La inferior llena de tubérculos y lo mismo la superficie de la matriz y anejos.

En 1.º de Junio de 1909 la enferma estaba aliviada pero conservaba aun ascitis.

## XVII

Nieves Fernández, de Pamplona, de 30 años, soltera.

# **Ceregumil Fernández**

ALIMENTO VEGETARIANO, COMPLETO, A BASE DE CEREALES Y LEGUMINOSAS

**¡¡MEJOR QUE LA CARNE Y LA LECHE!!**

*Especial para niños, nodrizas, ancianos, enfermos del estómago  
y convalecientes.*

*FERNÁNDEZ y CANIVELL (Montilla)*

---

**De venta en las principales Farmacias y Droguerías de la Capital**

En Julio notó dolor y abultamiento en el vientre, siendo operada en Pamplona por el Dr. Pinos.

La enferma se presentó en la Clínica con una herida de laparotomía sin cicatrizar.

Murió el 15 de Abril de 1909 sin haber sufrido nueva intervención.

### XVIII

Genara Diez, de 21 años, soltera, de Calahorra (Logroño).

Empezó el mes de Octubre con fiebre y dolores de vientre. Desde Marzo, metrorragias constantes. El abultamiento del vientre y la metrorragia hicieron, sin duda, que en Pamplona la diagnosticasen de fibroma del útero. El 27 de Mayo de 1910, laparotomía y lavado al perhidrol.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

Curación que continúa en la actualidad.

### XIX

Felisa Allo, de Falces (Navarra), de 24 años, casada hace cuatro meses.

Comenzó a enfermar hace un año con dolor al orinar y después abultamiento del vientre que hizo le diagnosticase un médico de Pamplona de tumor de matriz que exigía una operación.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa con fístula umbilical.

*Operación.*—1.º de Febrero de 1911. Cloroformo, ampliación y raspado de la fístula. Marchó aliviada y dicen sigue mejor actualmente.

### XX

Leopoldo García, recomendado por el Dr. Oliver, de Buñuel (Navarra), de 22 años, soltero, labrador.

Tiene epididimitis tuberculosa doble.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa con fístula umbilical.

*Operación.*—3 de Abril de 1913. Raspado. Curación con tonificación y helioterapia.

Posteriormente raspado de un foco caseoso en el epidídimo.

### XXI

Vicente Piquer, de Caspe (Zaragoza), de 17 años, soltero.

Hace cinco meses dolores a la micción y hematuria.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis pélvica.

*Operación.*—16 de Enero de 1912. Talla hipogástrica y guayacol. Aliviado. Curación.

## XXII

Leoncio Aranda, recomendado por el Dr. Cerrada, de 34 años, casado, de Zaragoza.

Comenzó y sigue con vómitos.

*Diagnóstico.*—Estrechez pilórica.

*Operación.*—20 de Marzo de 1912. Gastroenterostomía. Lo que tenía era tuberculosis peritoneal. En la cara anterior del estómago abundantes tubérculos.

Curado.

## XXIII

Cándido Gracia, de 32 años, casado, de Zaragoza, Recomendado por el doctor Cerrada.

Dolores, vómitos, diarrea, melenas.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

*Operación.*—19 de Abril de 1912. Cloroformo. Laparotomía exploradora.

Curado.

## XXIV

Doroteo Merino, de 48 años, casado, de Tudelilla (Logroño).

Vómitos, estreñimiento, sangre en deposiciones, dolor de estómago al comer.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis peritoneal.

*Operación.*—24 de Abril de 1912. Laparotomía exploradora.

Curado.

## XXV

Agueda Sebastián, de 33 años, casada, de Daroca (Zaragoza).

Antecedentes tuberculosos.

Timpanismo, abultamiento, fiebre, vómitos.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

No consta si se operó o no.

## XXVI

Pilar Chueca, de 27 años, casada, de Novallas (Zaragoza).

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa de forma ascítica.

Su médico de cabecera le hizo paracentesis.

*Operación.*—28 de Marzo de 1913. Laparotomía con desagüe.

Muerte por meningitis el 6 de Abril de 1913.

## XXVII

María Narena, de 44 años, de Badarán (Logroño).

Fiebre, abultamiento dispepsia.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

*Operación.*—2 de Obril de 1913. Laparotomía.  
Alivio.

## XXVIII

María Otero, de 45 años, casada, de La Almunia de D.<sup>a</sup> Godina (Zaragoza).  
Recomendada por el Dr. Barcelona.

Síntomas de *ileus*.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

Laparotomía exploradora en 1915.

Gran alivio.

## XXIX

Mariano Andrés, de Daroca (Zaragoza), de 42 años, viudo.

Estaba en tal depauperación que casi no contestaba. Sólo estuvo dos días en la Clínica.

*Diagnóstico.*—Peritonitis tuberculosa.

Todo el intestino adherido formando una masa y muy dilatado.

Murió.

No fué operado.

\*  
\* \*

La pequeña estadística demuestra cosas por comprender enfermos desahuciados de todo tratamiento y en los cuales la operación se practicó como *último recurso* siguiendo en ello nuestro criterio conservador. Sin embargo saltan a la vista dos hechos: El primero es la frecuencia de errores de diagnóstico cometidos por los médicos que han asistido a los pacientes, mayor todavía en la clientela particular donde se toman por gripes, fiebre de Malta, dismenorreas, tuberculosis del riñón o de la vejiga muchas peritonitis tuberculosas. Aquellas terminan por curación espontánea *a pesar de todo* o mueren, llevándose en ambos casos el secreto de su enfermedad.

El segundo hecho que resalta en la estadística es la ineficacia de la operación para salvar los enfermos, los cuales aunque salven los escasos riesgos operatorios sucumben a la peritonitis o a otra clase de tuberculosis orgánica. Algunos curados y la mayor parte de los aliviados mueren después de tuberculosis.

Resumen: El tratamiento fundamental de la peritonitis tuberculosa debe ser eminentemente conservador. El quirúrgico llenará indicaciones sintomáticas y se ejecutará con gran prudencia.



# Las nefritis: su concepto actual

Por el Dr. D. SALVADOR PASCUAL, del  
Instituto de Medicina Legal de Madrid.

(CONTINUACIÓN)

## DIAGNÓSTICO DE LAS NEFRITIS

a) *Nefritis agudas*.—La nefritis aguda debe ser sospechada y buscada en todos los casos de infección o intoxicación del organismo. El diagnóstico lo basaremos en la albuminuria y la cilindruria. No es necesario practicar el estudio de las funciones renales, como haremos ahora para las nefritis crónicas.

b) *Nefritis crónicas*.—Para despistar el tipo de nefritis crónica, se practican en clínica cuatro órdenes de pruebas: *prueba del azul de metileno, retención clorurada, retención azoada y esfigmomanometría*.

La prueba del azul de metileno consiste en inyectar intramuscularmente una solución acuosa esterilizada de azul al 1 por 20 y recoger la orina en vasos separados cada media hora para estudiar el principio, el ritmo, la intensidad y la duración de la eliminación.

Se considera la permeabilidad como normal si el azul aparece en la orina media hora después de haber sido inyectado; alcanza su máximo de intensidad seis horas después y se termina la eliminación en dos días.

Se considerará la permeabilidad como aumentada cuando la eliminación es muy intensa en las dos primeras horas y no dura más que quince o veinte.

Se dice que la permeabilidad está disminuída cuando la cantidad de azul eliminada es muy inferior a la normal o cuando la eliminación se prolonga durante tres o más días.

Téngase en cuenta que la prueba del azul, muy discutida en estos últimos tiempos, no nos enseña más que el grado de permeabilidad global de los riñones, pero no nos da ningún dato sobre la eliminación particular de los cloruros y de la urea.

La retención clorurada se investiga en clínica de diferentes maneras; nosotros la practicamos por el método de Achard, de la cloruria alimenticia, o por el de Widal.

En el método de Achard se pone al enfermo a un régimen fijo (3 litros de leche) y se le dan 10 gramos de cloruro de sodio cada día. Cuando el sujeto no retiene los cloruros, su eliminación aumenta desde el primer día y sigue así hasta que se cesa en la administración de sal; el día siguiente de suprimidos los 10 gramos de sal, la eliminación de cloruro de sodio vuelve a lo normal. Cuando los enfermos están en estado de retención, su eliminación por la orina aumenta progresivamente, y siguen eliminando sal muchos días después de suprimida aquella de la alimentación.

El método de Widal es más práctico, y consiste en comparar la cantidad de cloruros ingerida con la cantidad de cloruros eliminada.

Sabiendo que cada litro de leche contiene 1'50 aproximadamente de cloruros, es fácil establecer la cantidad de cloruro de sodio ingerida, y la eliminada se sabe por el análisis de orina.

Así más fácil y más al alcance de todo médico, está el método de las pesadas. Consiste en pesar diariamente al enfermo para saber la evolución de la hidratación, consecuencia de la retención clorurada. Podemos decir que un enfermo nefrítico, a régimen, la curva del peso muestra, con bastante exactitud, si se retienen o no los cloruros ingeridos.

Muchos procedimientos han sido puestos en práctica para averiguar si existe o no retención azoada (prueba de la azoturia alimencia, dosificación de la urea en el líquido cefalo-raquídeo, estudio del índice de retención ureica o método de Widal, constante ureica de Ambard, etc.), pero en clínica nos servimos, con satisfacción de la simple dosificación de la urea sanguínea, por los procedimientos que nosotros hemos descrito en otra ocasión al ocuparnos de la constante de Ambard.

La hipertensión se averigua sirviéndose de los esfigmomanómetros.

De manera que, resumiéndonos, en todo proceso nefrítico deben practicarse las pruebas:

- 1.º Prueba del azul de metileno.
- 2.º Averiguar si existe o no retención clorurada.
- 3.º Averiguar si existe o no retención azoada.
- 4.º Medida de la tensión arterial.

Costaigne hace el siguiente resumen de los cuatro tipos de nefritis crónicas:

- 1.º Nefritis crónica albuminosa simple, eliminación normal del azul de metileno; no hay ni retención clorurada, ni azoada, ni hipertensión arterial.
- 2.º Nefritis crónica clorurémica, retención clorurada, sin hipertensión, ni retención azoada; permeabilidad para el azul.
- 3.º Nefritis crónica azotémica, retención azoada, acompañada o no de retención clorurada e hipertensión.
- 4.º Nefritis crónica hipertensiva, hipertensión arterial, sin trastornos de los otros tipos.

### PRONÓSTICO DE LAS DIFERENTES FORMAS DE NEFRITIS

a) *Nefritis agudas*.—De las tres formas de nefritis aguda, la pasajera es la más benigna y la sobreaguda la más grave. La primera pasa y cura generalmente sin dejar vestigios y la otra mata con mucha frecuencia en anuria y coma.

La nefritis aguda tipo puede terminar por la muerte o evolucionar hacia la curación, con persistencia o no de la albuminuria.

El pronóstico será distinto según que haya o no retención clorurada o azoada; cuando hay retención, el pronóstico es más grave que cuando solo existe albuminu-

ria, y en caso de albuminaria solo, el pronóstico será tanto más benigno cuanto más pronto desaparezca la albúmina por el régimen lácteo.

Aún en el caso de desaparecida la albúmina de la orina, no estamos en el derecho de afirmar que una nefritis aguda está curada si la diuresis no es normal, si la proporción de las sustancias disueltas no es como de ordinario y si existen síntomas de hipertrofia de corazón y ruido de galope.

b) *Nefritis crónica*.—Desde el punto de vista del pronóstico, podemos reducir los cuatro tipos que hemos admitido, a dos, según que haya retención clorurada o retención ureica, y así casi podríamos considerar solo el segundo caso puesto que muchos de los enfermos clorurémicos mueren de azotemia.

El pronóstico de la forma clorurémica depende de la manera como el enfermo responda a las medicaciones decloruradas y diuréticas, desde el punto de vista de la eliminación, y de la tolerancia por los cloruros.

Un enfermo oligúrico y edematoso, sometido al régimen declorurado e hidrozucarado, tomando teobromina y esparteina, debe orinar y deshincharse progresivamente; en el caso contrario el pronóstico es grave.

Si por este régimen va orinando cada vez más y deshidratándose, se debe ensayar la tolerancia por los cloruros, dando primero 2 gramos de sal diarios, en su alimentación, durante quince días, cuidando de pesar al enfermo; si el peso no aumenta más que 1 o 2 Kg. se darán 4, 6, 8 gramos de sal, llegando hasta 12 gramos al día, cuidando siempre de pesar al sujeto.

Cuando el enfermo tolera 15 gramos de sal se le puede considerar como mejorado. Claro es que caso de tolerar menos, la mejoría está en relación con la cantidad de cloruro de sodio tolerada.

El pronóstico de la forma ozotémica depende de la cantidad de urea sanguínea, sobre todo desde que sabemos que un individuo no puede vivir con más de 5 gramos de urea por litro de sangre.

Observaciones cuidadosamente recogidas, y seguidas durante mucho tiempo, han permitido a Widál formular reglas precisas respecto del pronóstico de estos enfermos en relación con su azotemia.

Cuando la azotemia oscile entre 0'50 a 1 gramo, el pronóstico es reservado; de 1 a 2 gramos, la supervivencia no es mayor de dos años; entre 2 y 3 gramos, la muerte tiene lugar antes del año; a partir de 3 a 4 gramos la muerte esta próxima; e inminente con 5 gramos de urea por litro de suero.

Las dos cifras más elevadas que se han observado, han sido de 5'69 gramos y de 5'72 gramos. Los dos enfermos han muerto; el primero al día siguiente, el segundo seis días después de estos análisis.

Hay que hacer notar sin embargo que cuando la azotemia no es más que transitoria, como sucede en ciertos oligúricos temporales, el enfermo puede vivir con 4 y 5 gramos de urea en su suero, pero es preciso que esta azotemia no persista durante muchos días.

La azotemia es progresiva; así pues, nosotros podemos establecer y seguir perfectamente la evolución de estos enfermos, con el análisis de sangre.



**CORAZÓN  
PULMONES**

**TRATAMIENTO MODERNO**

DE LA

**TUBERCULOSIS**

**J. A. Martínez E. de Guevara**

**ESPECIALISTA**

**CALLE DE ZOCO**

**MURCIA**

**Eloy López Ambit**

 **ODONTÓLOGO**

**Consulta de 9 á 1 y de 3 á 6**

**CALLE DEL PRÍNCIPE ALFONSO, NROS. 8, 10 Y 12**

**MURCIA**



**GARGANTA NARIZ  
Y OIDO**  
**DR. ANGEL ROMERO ELORRIAGA**  
**ESPECIALISTA**

**CONSULTA: DE DIEZ A UNA**  
**GRATUITA: LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES DE TRES A CUATRO**  
**ALFARO, 1 Y PLATERIA, 57. MURCIA**

En la tesis de André Weill, este autor llega a la conclusión de que para las azotemias ya marcadas, el análisis de la sangre, solo, nos dá suficientes garantías de seguridad, pero en las azotemias débiles, es preciso recurrir, para despistarlas, a la prueba de la constante ureo-secretoria o constante de Ambard (véase mi artículo sobre este asunto publicado en el 1913).

### TRATAMIENTO DE LAS NEFRITIS

*Tratamiento médico.*—Donde más se ha hecho sentir la influencia de las ideas reinantes en Fisiología renal ha sido en el tratamiento de las nefritis. La dieta de leche, considerada durante mucho tiempo, como lo mejor y lo único que se podría hacer en el tratamiento de estos enfermos ha sido sustituida, en bastantes casos, por otros regimenes.

Desde luego que la leche es un alimento completo, utilísimo en la mayoría de los casos, porque contiene azúcar, albúminas y grasas, fácilmente digestible y asimilable. Ella de por sí es muy poco tóxica, y, gracias al ácido lácteo que contiene, impide las fermentaciones intestinales, siendo, en este sentido, un medio de desintoxicación. Conocida es además su acción diurética gracias al agua y a la lactosa que contiene.

Pero el régimen lácteo no deja de presentar algunos inconvenientes, entre ellos el de ser insuficiente por la cantidad tan pequeña de hidrocarburos que contiene. Por el contrario, la cantidad de cloruro de sodio que tiene puede ser, en algunos casos de nefritis con edemas, perjudicial.

La leche, en ciertos sujetos, provoca trastornos gastro-intestinales acentuados que hacen su administración imposible.

Por otra parte, algunos síntomas (anasarcas, dilatación del corazón) no son justificables del régimen lácteo.

Castaigne formula las indicaciones del régimen lácteo: «a) el régimen lácteo deberá emplearse en el período de estado de las nefritis agudas; b) en todos los sujetos afectos de nefritis sin trastornos de la permeabilidad renal, el régimen lácteo es inútil; c) en aquellos que presentan solamente retención clorurada, el régimen declorurado es superior a la alimentación láctea exclusiva; d) en aquellos que tienen una impermeabilidad renal global y azoada, es decir en los sujetos que estén afectos de nefritis crónicas hidrúricas, el régimen lácteo puede ser útil en dos circunstancias: cuando la nefritis crónica está bien compensada todavía, damos a los enfermos el consejo de ponerse cada mes a leche exclusivamente durante 3 ó 4 días, haciendo así una cura de desintoxicación muy útil. En caso de repugnancia, o no poder soportar la leche, esta cura se sustituye por 3 días de dieta de agua o de frutas; por otra parte, en todos los episodios agudos que sobrevienen en el curso de la nefritis crónica hidrúrica (brotes de albuminuria, de hematuria, tendencia a la uremia) instituímos el régimen hídrico y enseguida la alimentación láctea exclusiva si la leche se asimila bien».

La cantidad de leche por día debe ser de dos litros y medio a tres litros.



Vamos a describir en detalle el tratamiento de cada forma de nefritis.

*Nefritis agudas.*—Su terapéutica es sencilla. Dieta de leche, reposo en el lecho, revulsión en la región lumbar, diuréticos, fricciones secas de la piel y purgantes ligeros. Vigilar si se acompaña de retención de algunas sustancias, y en la convalecencia reemplazar con cuidado la leche por el régimen ordinario.

En las formas sobreagudas, rápidamente mortales, el empleo de la sangría da buenos resultados. Obra verosímelmente substrayendo del organismo una notable cantidad de venenos, disminuyendo la presión arterial y asegurando, por ella, la diuresis.

*Nefritis albuminúrica pura.*—Cuando no se acompaña de retención clorurada o azoada, no hay que ser severos en el régimen. Y desde luego, el régimen lácteo absoluto no es necesario. Hay que dar a estos enfermos una alimentación ruin en sustancias albuminoideas, pobre en sustancias tóxicas; es preciso dar fricciones secas de la piel y vida al aire libre.

Puede permitirse, y debe aconsejarse (excepto en casos de retención azoada) la carne, pero fresca y muy cocida. Lo mismo decimos de los pescados (fresco y bien cocidos). Los huevos, las legumbres secas (no abusando) deben ser empleadas. El pan, las frutas y la leche, no en mucha cantidad, completarán el régimen; de bebidas, el agua únicamente.

*Nefritis clorurémica.*—El régimen declorurado es el tratamiento de elección de esta forma. Bajo su influencia, se pierden los edemas y unido a las otras medicaciones que ahora diremos, la diuresis aumenta y todos los trastornos desaparecen. Junto a esta gran ventaja tiene algún inconveniente, pues algunos enfermos, privados de cloruros, presentan trastornos digestivos, y en los enfermos con retención azoada, además es preciso unir a este régimen declorurado, el hipo-azoado de que luego hablaremos.

Son los trabajos de Achard (1) y Widal los que han precisado las indicaciones y contraindicaciones de este método. *Está indicado en todos los enfermos con retención clorurada, y está contraindicado cuando dicha retención no existe.*

Este régimen es fácil de poner en práctica: la carne, los pescados de agua dulce, los huevos, las legumbres verdes, contienen, en general, poca cantidad de cloruros.

Las frutas, quesos, pasteles, pan (sin sal) deberán ser empleados.

La leche, en razón de su proporción de cloruros (1'60 por litro) no será empleada más que para preparar ciertos alimentos.

Al régimen declorurado, hay que ayudarle favoreciendo la diuresis (muy comprometida en estos enfermos) y procurando la reabsorción de los edemas.

Por esto es de aconsejar el empleo de los diuréticos y la cura de reducción de líquidos. Como diuréticos pueden emplearse la lactosa, la teobromina, el polvo de escila, las sales de potasa, y los diuréticos cardíacos como la digital, cafeína etc.

Por esto también, se aconseja purgar enérgicamente al enfermo (con aguar-

(1) Achard, Marion, Paisean. Therapeutique urinaire. (Colección Gilbert, Carnot París, Bailly-Bailliére)

diente alemán) cada siete a ocho días, y se favorece la sudación por medio del acetato amónico, pilocarpina, baños calientes (a 40°).

Para favorecer la reabsorción de los edemas periféricos, el uso de las vendas (desde los dedos hasta la raíz del miembro) o la media de goma es de aconsejar. Rechazamos completamente, por su inseguridad y posible infección, las punciones en los miembros.

En suma, reducción de líquidos, reposo en el lecho, purgantes cada siete días, régimen declorurado, teobromina o digital, venda de goma y pesar diariamente al sujeto para conocer los progresos de la deshidratación.

La revulsión en los riñones no está mal.

*Nefritis azotémica.*—Cuando existe retención azoada el régimen hipo-azoado está indicado. Y contraindicado, por lo tanto, en las formas albuminosa simple, clorurémica e hipertensiva. Lo que sucede es que esta forma azotémica se combina muchas veces, casi siempre con la retención clorurada, y al régimen hipo-azoado hay que añadirle el declorurado.

En clínica se emplea bajo tres modalidades el régimen hipo-azoado: régimen de agua, cura de uvas y régimen hipo-azoado propiamente tal.

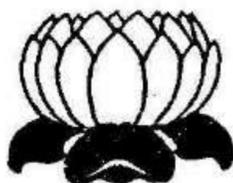
El régimen de agua es un régimen de excepción, para los casos de uremia. Consiste en tener al enfermo durante cuatro días tomando dos litros de agua de Evian y 100 gramos de lactosa; esto unido a un purgante enérgico todas las mañanas.

La cura de uvas consiste en dar 2 ó 3 Kg. de uvas cada día, se toman la mitad por la mañana y la otra mitad se reparte entre el resto del día. Se pueden tomar hasta 5 Kg.

Este es un buen régimen porque no se toma más que azúcar, casi exclusivamente; las uvas no contienen apenas grasas y el ázoe está en cantidad pequeñísima.

Tanto la dieta de agua como la cura de uvas no pueden ser prolongadas durante mucho tiempo, y por esto cuando se necesita emplear la dieta de ázoe largo tiempo seguido se echa mano del régimen hipo-azoado tipo.

(Continuará)





# Apropósito de una intoxicación

## por la leche de cabras

Por D. ANTONIO GUILLAMÓN CONESA, Académico C. de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia.

Mi inseparable compañero D. Juan Antonio Martínez L. de Guevara y familia, a costa de violenta intoxicación sufrida involuntariamente, me proporcionan asunto para estas divagaciones que he de transcribir. ¡Ojalá no!, que otro hubiese sido mi tema; pues aunque afortunadamente no ha habido que lamentar funesto desenlace, como se temía, el solo hecho de ver al querido amigo y a los suyos en el trance apurado de escapárseles la vida, es motivo sobrado para renunciar a escribir si sólo ese fuera el tema dispuesto a desarrollar.

\*  
\* \*  
\*

Como de costumbre, nuestro compañero y su distinguida señora tomaron a las nueve el desayuno, (café con leche) del que dieron a su pequeñín y también a una criada. Las demás personas de la familia y servidumbre no desayunaron lo mismo. A las 11, el niño presenta vómitos y diarrea, sucediéndose con tal frecuencia e intensidad que en unión de otros síntomas, (postración, descenso de temperatura, pulso pequeño y frecuente, facies hipocrática) amenazan el colapso. Todo ello en el transcurso de dos horas. Se piensa en enteritis coleriforme vulgar. Mientras esto ocurría y evidente la gravedad del hijo, se presentan vómitos en la madre y después diarrea, síntomas que traducidos de momento, parecen ser emotivos y acaso reflejos por determinado estado. A la una de la tarde (cuatro horas después del desayuno) es el Sr. Martínez quien sufre iguales síntomas y que ya es difícil explicar sean por emoción, pues si bien el cuadro que presenta a dos personas de las más queridas en grave situación, es para emocionarse, no era para que nuestro compañero, de equilibrado sistema nervioso, tuviese análogas reacciones orgánicas que el estado de su señora traduce. Y así en efecto se comprueba, pues seguidamente es la criada quien nos ofrece igual cuadro sintomático. Había pues, que pensar en la unidad del proceso y por tanto en una causa común, capaz de engendrarlo.

Antes de escudriñar el *por qué*, veamos el cuadro clínico. Para ello me referiré al señor Martínez, que es quien con más intensidad presentó los síntomas.

Después de los de comienzo dichos, vómitos biliosos y diarrea, se hizo frecuentísima ésta mientras aquellos eran más raros; deposiciones fecaloides, primero; teñidas de sangre, después; y francamente hemorrágicas, más tarde, pero en tal abun-

# PREPARADOS

∞ DEL ∞

## DR. BONALD

Núñez de Arce, 17.-Madrid

### ACANTHA VIRILIS

Pofiglicerofosfatada BONALD

Medicamento antineurasténico y antidiabético. Tonifica y nutre los sistemas óseo muscular y nervioso, y lleva a la sangre elementos para enriquecer el glóbulo rojo.

Frasco de Acanthea granulada, 5 ptas.

Frasco de vino de Acanthea, 5 ptas.

### Elíxir antibacilar BONALD

THIOCOL CINAMO BANNANICO FOSFOGLICÉRICO

Combate las enfermedades del pecho.

Tuberculosis incipientes, catarrros bronco-neumónicos, laringo-faríngeos, infecciones gripales, palúdicas, etc., etc.

Precio del frasco: 5 pesetas

## 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 y mentol y cocaína.  
con mentol.  
con pilocarpina.

Pastillas de cocaína, codeína y mentol.—Pastillas cinamo-benzoicas con heroína.—Pastillas de eucaliptus.—Pastillas vermífugas dosificadas.—Pastillas de frutos pectorales con cocaína.—Pastillas digestivas (pepsina, pancreatina, papaína, ingluvína y maltina).

## CURACIÓN DE LA DIABETES

GLUCOSIDINA Y PREPARADOS DE COPALCHI BONALD

De venta en todas las farmacias y en la del autor

NÚÑEZ DE ARCE, 17.-MADRID

**ASMA · TOS · TOQUELUCHÉ.**  
-TRASTORNOS NERVIOSOS-

SE CURAN CON EL **JARABE FIGRAN**

REPRESENTANTE **HYGIONE** Valencia, 241 - BARCELONA

**YODOFUCOL.**

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

MUESTRAS AL AGENTE GENERAL

**S.A. 'HYGIONE'** Valencia, 241 - BARCELONA.

TRATAMIENTO RACIONAL  
DE LAS  
**CLOROSIS Y ANEMIAS**  
POR LAS

**GOTAS-SANGINEAS-ROYEN**

MUESTRAS-LABORATORIO 'HYGIONE' Valencia, 241 - BARCELONA

*Treponeamol*

• DEPURATIF DU SANG •

FORMA ELIXIR con

IK. ... 0'85 gramos.

Hg. I<sup>2</sup> 0'006 id.

FOR DOSIS DE 15 GRAMOS

REPRESENTANTE, 'HYGIONE' Valencia 241 - BARCELONA

dancia que en tres horas el estado de mi compañero recordaba el período álgido del cólera, postración, calambres musculares, frío intenso, sed ardiente, debilidad cardíaca, anuria, voz apagada y ronca, ojos hundidos y afilada la nariz.

Cualquiera podría creer a la vista de este cuadro, se tratase de cólera a no ser por el aspecto de las deposiciones, que no eran inodoras y de granos riciformes.

Nuestros distinguidos y cultos compañeros Doctores Albaladejo, Ayuso y Sánchez Pozuelos inyectaron suero fisiológico, cafeína, aceite alcanforado, ergotina etc. y más tarde se administró extracto tebaico, llenando todas las indicaciones. En este período de algidez permaneció casi una hora y paulatinamente fueron disminuyendo las deposiciones en cantidad y frecuencia haciéndose menos hemorrágicas; la voz aunque ronca, menos apaga la; el pulso menos frecuente y más lleno; algunas micciones de pequeña cantidad; y un sudor copioso sustituyó a la frialdad. Reaccionó pues, y tras aquella reacción desapareció la diarrea para no evacuar en 24 horas después. Los tres enfermos restantes presentaron iguales síntomas con ciertas variaciones, relativas a la intensidad de los mismos y además que en dos no hubo enterorragia, siendo ligeramente hemáticas las deposiciones en el otro.

El cuadro descrito es el de una violenta intoxicación, acaso producida por la ingestión del mismo y único alimento; faltaba la comprobación y determinación de la substancia a que era debida. Sólo café, azúcar y leche componían el desayuno; las dos primeras substancias venían consumiéndolas de la misma porción que tenían en casa en días anteriores. La sospecha recaía en la leche por ser el alimento *nuevo*, adquirido aquel día, y por tanto a dilucidar este punto se encaminaron las investigaciones.

\*  
\* \*

La leche recién ordeñada, fué recogida en una vasija de hojalata que utilizan los expendedores como medida, de donde fué transvasada a recipientes limpios de cristal y de allí a otro de porcelana en que se le sometió a la ebullición brevemente. En todo este recorrido, desde la ubre hasta que es ingerida, no hay contacto sospechoso más que con la vasija de hojalata estañada. Sospechamos del *plomo*.

Pero hay más. Un señor que bebió leche de la misma cabra, sin hervir, y que fué ordeñada directamente en un vaso de donde la bebió, sufrió síntomas análogos a los descritos, de mediana intensidad.

Más. Interrogado el cabrero manifestó que había notado a la cabra (a posteriori) muy calientes las ubres, síntomas de fiebre, y que rehuía la comida.

De todo lo cual se deduce:

*Que la leche es el agente etiológico de la intoxicación.*

*Y que la propiedad tóxica de dicha leche no fué adquirida del exterior, sino que debió traerla así de la glándula, como lo demuestra el hecho de sufrir intoxicación otro señor que bebe de la misma leche y sólo leche ordeñada directamente en su vaso; y el de estar la cabra enferma, como se pudo apreciar poco después de ordeñada.*



Con estos antecedentes podría establecerse el juicio de que se trataba de un veneno orgánico, ya procedente del metabolismo (indigestión en la cabra) ya secreción o producto microbiano (toxina); descartando fuese un veneno ingerido por la cabra, (planta venenosa) por cuanto en ella se hubieran presentado fenómenos de intoxicación antes de eliminarlo por la secreción láctea.

\*  
\* \*

Recogida en los primeros momentos cierta cantidad de leche restante del desayuno y careciendo de los antecedentes expuestos, procedí a practicar rápido examen bacteriológico, principal motivo de zozobra ya que no era del momento empezar a investigar toda una larga lista de tóxicos y sin sospechar cual.

Así pues verifiqué en unión del Doctor Sánchez Pozuelos la *investigación rápida de la riqueza bacteriana de la leche*, según Graujoux y Bertin, del siguiente modo: En un tubo estéril coloqué 25 c. c. de leche y seis gotas de solución al 1 por 4.000 de azul de metileno. Agité hasta coloración homogénea y sometí a 40°. Transcurridos tres cuartos de horas, la leche permanecía coloreada, deduciendo no era rica en bacterias, pues según los citados autores, las que lo son se decoloran en menos de quince minutos.

*El examen microscópico directo y las varias preparaciones coloreadas* demostraron ser una leche rica en glóbulos, dispuestos normalmente sin apelmamientos ni aglutinaciones; ausencia de pus, hematíes y gérmenes patógenos.

También se hizo una inyección de la leche en el intestino del gato sin observar nada anormal. Esta prueba no es concluyente, pues retuvo corta cantidad.

Hechas de momento estas experiencias y conocidos después los detalles antes manifestados, investigué *el plomo* y también *el cobre* aunque este último sólo a impulsos de determinadas e infundadas indicaciones, obteniendo resultado asimismo negativo en mis experiencias.

Yo había pensado primeramente en la existencia, en la leche, de *ptomainas* o *leucomainas*, pues sabido es las graves intoxicaciones que pueden producir estos venenos orgánicos no volátiles, verdaderos alcaloides por sus reacciones y manera de conducirse, y en busca de estas sustancias fui.

El procedimiento seguido ha sido el señalado por Brouardel: filtración, alcalinización, mezcla con éter y evaporación del mismo; el residuo obtenido tratado con ferricianuro potásico no redujo a éste, no pasó a ferrocianuro. Reacción pues negativa.

No sé hasta que punto este método será eficaz, pero lo cierto es que con él hube de deducir que no había *ptomainas* ni *leucomainas*.

Y no hice más investigaciones, pues mientras tanto desaparecida ya la gravedad de mi querido amigo, con ella se alejó también el deseo de saber a qué fue debida.

Quedan en mi concepto otras causas, probables de la alteración de la leche, no

demostradas aquí por ser de más enredosa evidencia y que por orden de probabilidad expongo hipotéticamente:

Pudo tratarse de una toxina segregada por el germen causante de la enfermedad de la cabra, escapando este a nuestra investigación por no ser circulante y eliminarse sólo por la leche sus productos de secreción.

El origen de la sustancia tóxica pudo ser el metabolismo desviado, incompleto (por indigestión, cansancio, etc.) de las materias alimenticias proporcionadas al animal.

En último término no hay que olvidar ciertas alteraciones de la leche que escapan a la investigación química, alteraciones que no revelan cambios en los elementos normales y acaso debidas a la presencia de compuestos nuevos todavía indeterminados y producidas después de ciertas sacudidas en el organismo como cansancio, disgusto, impresión moral, etc. A este fin citaré el caso demostrado por M. Simón de una leche de nodriza vivamente impresionada por disgusto y que produjo convulsiones en el niño, sin que el análisis evidenciara anomalía alguna.

Y sin estos comprobantes. ¿Es la primera vez que una leche de mujer que haya sufrido alguna conmoción psíquica, ocasione en su amamantado cierta enteritis que produzca acaso la muerte?



# NOTAS CLÍNICAS

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL BOCIO

### CASO PERSONAL DE TIROIDECTOMÍA TOTAL SEGUIDO DE CURACIÓN

Por el Dr. CARLOS MANERO,  
Cirujano del Hospital Provincial de  
Alicante.

Hace tiempo se ha abandonado la creencia de que es preciso tratar primero todos los bocios con medicamentos internos y que sólo cuando este tratamiento médico fracasa hay que recurrir al cirujano.

Las indicaciones operatorias del bocio se encuentran en la actualidad bien deslindadas y precisas.

Todo bocio que produce síntomas de compresión debe operarse; aquellos nodulares con nódulos en vías de degeneración secundaria y los tumores coloideos difusos que han resistido al empleo de la medicación yodurada durante unos cuantos períodos cortos, deberán tratarse también quirúrgicamente, sobre todo si han dado lugar a la aparición de trastornos funcionales.

Son justiciables además de la intervención operatoria los que desarrollándose repentinamente crecen con mucha rapidez, los que producen síntomas cardíacos, sensibilidad a la presión y principalmente los situados anormalmente, de desarrollo profundo o intra-torácico tan sumamente peligroso si el tumor sigue aumentando de volumen.

Una nueva adquisición de fecha no muy remota, es la que se refiere a la intervención cruenta del bocio en los basedowianos que si hasta no mucho ha sido del dominio exclusivo de los internistas hoy por hoy se cuenta como remedio soberano y heroico el que proporciona la intervención quirúrgica realizada en tiempo oportuno inmediatamente que se haya fijado en el diagnóstico antes de que la toxicidad del veneno circulante en la sangre pudiera originar la degeneración de la fibra cardíaca y siempre teniendo bien en cuenta las contraindicaciones propias del caso como son la miocarditis y la hiperplasia del timo de sintomatología complicada, confundida muchas veces con la enfermedad de Basedow.

Contraindican también la operación del bocio los estrumas con fenómenos de estenosis traqueal de larga fecha; en estos casos se desarrolla siempre enfisema y consecutivamente al trastorno de la pequeña circulación que origina dicho enfisema se produce la hipertrofia del corazón derecho.

Los estrumas malignos que muestran ya exagerada invasión a órganos próximos, los foliculares muy difusos por exponernos a extirpar al propio tiempo las pa-

ratidoides, y aquellos también que asientan en enfermos de miocarditis, degeneración grasienta del corazón, cardiopatías con éxtasis y pulso pequeño e irregular forman el total de casos en los que el cirujano nada puede ni debe hacer.

El tratamiento quirúrgico del bocio se había practicado desde la más remota antigüedad. Celso, Galeno y Pablo de Egina en los albores de la medicina intervinieron a veces si bien el primero en operar bocios antisépticamente fué Luecke, luego Bidroth, y por último en la era aséptica Billroth y Kocher.

Un principio fundamental bien establecido por los datos de la fisiología y por la experiencia clínica de los cirujanos que en la primera época de la tiroidectomía, practicaron la extirpación total del cuerpo tiroides, es el de la conservación orgánica máxima (por lo menos al tercio) impuesto de hoy en adelante a todas nuestras inter-

venciones, gracias a cuya corriente aplicación de doce años a esta parte no se observan ya trastornos inmediatos (tetania, manía), y esta caducidad o decaimiento cretinoide ulterior que se conoce con los nombres de caquexia estrumipriva (Kocher) o de mixœdema post-operatorio (Reverdin).

Sólo a título histórico mencionaremos los antiguos procedimientos inspirados por el temor de la hemorragia o de la infección, tales como el desmenuzamiento, la ligadura en masa y el empleo del constrictor o del asa galvánica y pasaremos a exponer los diversos métodos de ablación.

Estos pueden consistir:

1.º La tiroidectomía (Kocher). 2.º La enucleación intraglandular nodular de Socin, la enucleación en masa o total de Ponzet. 3.º La resección (Mikuliz). 4.º Métodos combinados. 5.º La evacuación (exenteratio de Kocher) y 6.º La ligadura atrofiante de las arterias de Wofler.

El método de elección es la extirpación por ser el más eficaz, el que con menos frecuencia da lugar a recidivas y a reaparición de síntomas, siendo también el más inocuo no sólo en lo que se refiere a la operación sino además por ser el que menos propensión ofrece a complicaciones.

La enucleación deberá elegirse en presencia de nódulos aislados en tejido completamente normal, y cuando existiendo un solo nódulo que por su tamaño provoque por compresión la atrofia del tejido circundante.

La resección es excepcional. Esta operación es siempre grave por acompañarse



Fig. 1.ª

de una pérdida de sangre abundante y difícil de cohibir a causa de la friabilidad de los tejidos. Su indicación se encuentra en el bocio difuso voluminoso.

La enucleación con resección o escisión; resección y extirpación (métodos combinados), se empleará cuando tengamos duda en cuanto se refiere a la capacidad funcional de la otra mitad de la glándula.

En los bocios intratorácicos, sobre todo cuando existe peligro de asfixia urge un remedio pronto, se podrá ensayar la evacuación propuesta por Kocher (incisión seguida de la extracción de su contenido), indicada también en presencia de fuertes adherencias y en los bocios inflamados o malignos.

La ligadura de las arterias aferentes propuesta por Lage y Jones es indudable que pudiera proporcionar resultados satisfactorios aplicándola a las formas vasculares, pero en estos casos en los que resulta difícil la tiroidectomía, no suele ser lo menos la busca de las arterias y en cuanto al resultado o sea la atrofia del bocio, diremos que se halla lejos de obtenerse con seguridad.

Para completar lo que a tratamiento quirúrgico del bocio se refiere, réstanos ocuparnos como remedios extremos de la exotiropexia ideada por Jabulay y la traqueotomía.

La primera sólo constituye un remedio excepcional; en ciertas formas vasculares o en presencia de accidentes agudos de sofocación podría llevarse a cabo. La traqueotomía lucha con grandes dificultades, el volumen del istmo hipertrofiado puede ocultar a la tráquea en casi toda su altura.

En la actualidad dos métodos se disputan la supremacía: el de Billroth y Kocher.

El primero se diferencia del de Kocher en que la incisión es oblicua y lateralizada en sentido del lóbulo estrumoso principal, en que liga la tiroidea inferior sin luxar el bocio, cuidándose poco de respetar la musculatura del cuello lo cual da lugar a cicatrices deformes.

Nosotros en el enfermo últimamente tratado dimos preferencia al método de Kocher, practicando una tiroidectomía total por bocio coloideo voluminosísimo (figura n.º 1), que invadía la glándula en su totalidad.

Ingresó en nuestro servicio de cirugía del Hospital en el pasado Octubre, fecha en que fué operado. Es característica de este enfermo la indolencia, la apatía, se le conduce como a un niño a pesar de sus 27 años y presenta un déficit mental marcadísimo.



Fig. 2.<sup>a</sup>

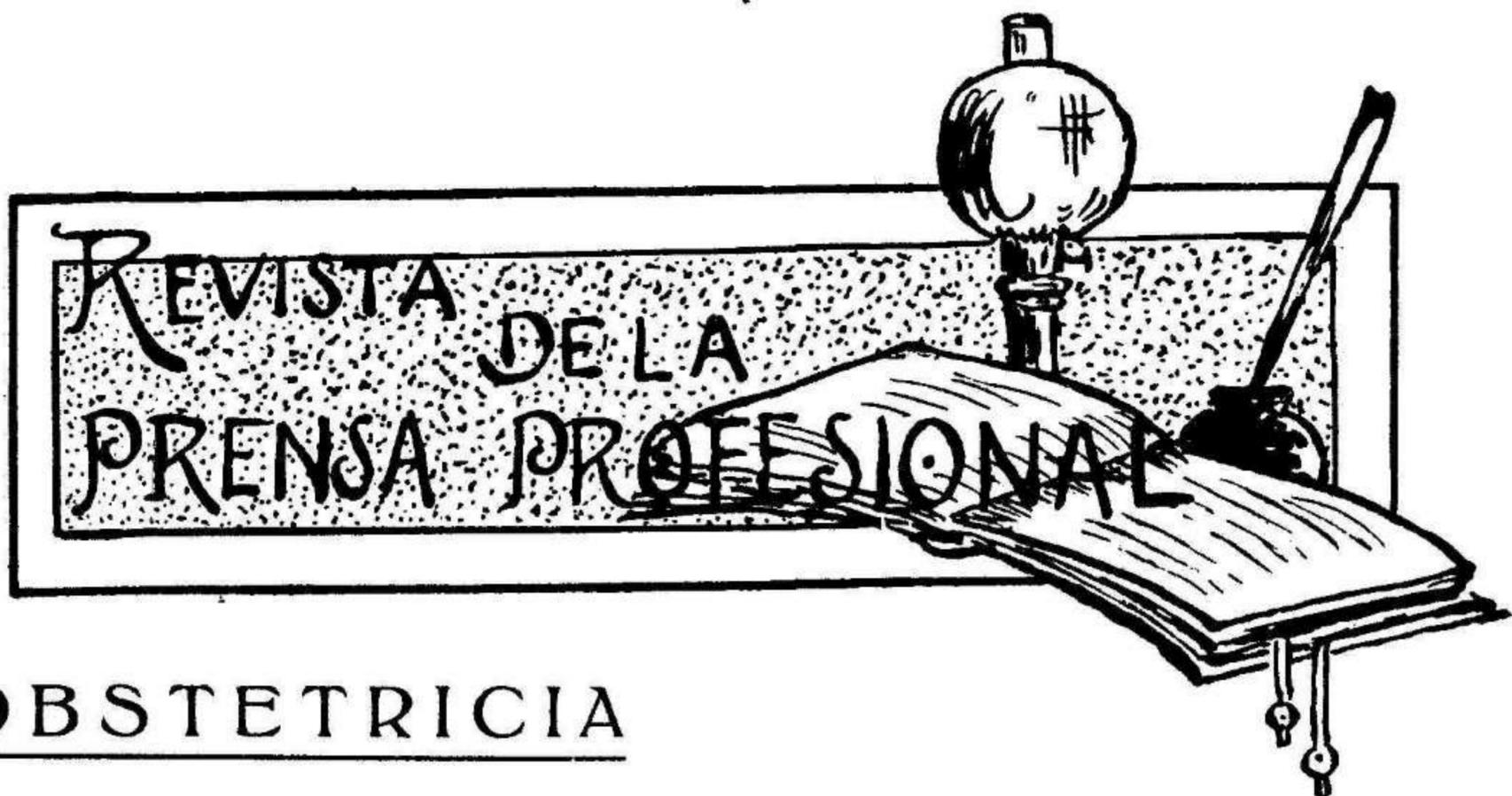
A los cuatro o cinco años comenzó a iniciarse el aumento de volumen del tiroi-  
des que lentamente y sin molestia alguna fué creciendo hasta que últimamente la  
desmesurada proporción de la tumoración determinaba en él en algunas ocasiones  
síntomas compresivos.

Nacido en Guardamar, vive habitualmente en Elche. Toda esta región hace  
muy raro el bocio, se registran contadísimos casos; un hermano suyo por los datos  
que nos facilita nuestro historiado padece el estruma pero sin los rasgos cretinoi-  
des en él característicos.

Decidimos una intervención conservadora; sobradamente conocíamos a lo que  
nos exponía llevar más allá el sacrificio de una glándula que tan marcadísimos ser-  
vicios presta y que tan hondamente deja sentir sus consecuencias la supresión de  
la misma. Pero la circunstancia especial de encontrarse en su totalidad invadido di-  
cho órgano nos indujo a modificar el plan propuesto y con el debido temor practica-  
mos el sacrificio total del tumor cuidando muy especialmente de respetar en su to-  
talidad el grupo de las paratiroides, como parece haberse conseguido dado el estado  
actual del operado que se encuentra en plena salud sin haber presentado el menor  
asomo de complicación y curando en veinte días, fecha en que fué dado de alta.

Una deducción de gran monta nos permite el caso historiado y ésta es la que  
pone de manifiesto la íntima relación funcional que existe entre el tiroides y el grupo  
paratiroideo de Sandstrón, hasta el punto de que según modernas concepciones las  
paratiroides suplen al tiroides cuando éste es insuficiente o ha sido extirpado. Dí-  
galo sino el caso presente.





## OBSTETRICIA

**Revista Médica de Sevilla.**—*La distocia por feto voluminoso, por el Dr. J. F. Artega.*

El autor del mencionado trabajo presentado a la Academia de Ciencias de la Habana en Octubre próximo pasado, estudia el exceso de desarrollo fetal como causa de distocia y según él de las más temibles. Dice ser este desarrollo fetal excesivo poco frecuente en Cuba y de los casos que cita de otros profesores y los cuatro suyos cuyas historias integran su trabajo, las madres eran españolas y en vista de lo cual investigó y obtuvo el resultado siguiente: de 489 partos en la Clínica de la Universidad de la Habana sólo hubo 11 casos de fetos voluminosos y estos 11 casos distribuidos del modo siguiente. *Cubanas*: blancas 1 de 4.359 gramos; mulatas 1 de 4.250 gramos, y negras 3, uno de 4.400, otro de 5.520 y el último de 6.300. *Extranjeras*: blancas (españolas) 5; de 4.050, 4.200, 4.370, 4.500, 4.550 gramos respectivamente, y negras (congias) 1 de 4.450 gramos.

A propósito de sus cuatro observaciones hace el autor del trabajo atinadas consideraciones aceptando que el desarrollo excesivo de dichos fetos dependía de la hipermegalia o gigantismo de otros y no del embarazo prolongado por no encontrar signo alguno de ello en tales fetos los que consideró productos de una gestación a término. Dicho gigantismo, puede ser atribuido, como lo hace el autor del trabajo, a la gran talla paterna como ocurría en tres de los casos y a la de la madre además como sucedió en otros dos. Menciona los peligros de estos partos para la madre y el feto (lentitud en el trabajo, inercia, rotura uterina, parálisis fetales, hemorragias cerebrales, desgarros vaginales y perineales, etc. etc.) y por lo tanto aconseja el diagnóstico precoz de la hipermegalia fetal para evitar los lamentables incidentes obstétricos en el parto, a término de estos fetos. Dice en una de sus conclusiones con la que estamos de acuerdo, que esta distocia es de tronco y no de la cabeza, pues el mayor obstáculo para la terminación del parto está en el diámetro bisacromial; en

efecto en un caso nuestro de parto de feto hipermegálico. (1) nos mostramos conformes con dicha conclusión y dicha distocia creada por el diámetro, mencionado fué vencida satisfactoriamente por medio de la maniobra de Larrú.

**La Clínica Castellana.**—*De la asistencia al alumbramiento normal, por el Dr. P. Zuloaga Mañueco.*

Considera el Dr. Zuloaga muy atinadamente que los más graves accidentes de los partos suelen presentarse con motivo de anomalías del alumbramiento, unas veces produciéndose formidables hemorragias, otras veces dando lugar a un puerperio patológico por retención de cotiledones o de membranas. Dichas anomalías las atribuye en su mayor parte motivadas por una conducta intempestiva por desconocimiento de la fisiología de dicho periodo del parto del que asiste tal función o bien otras veces por miedo a las temidas hemorragias hace que se precipite el profesor para lograr prontamente la tan deseada terminación de este segundo período de la función parto, por medio de maniobras, las cuales muchas veces son las productoras de las complicaciones que precisamente se trata de evitar.

El desprendimiento placentario para que sea fisiológico es necesario que sea producido por una contracción uterina suficiente no sólo para que se desprenda la torta placentaria sino que también para que actúe de ligadura viva y obture por lo tanto los vasos; así pues, si se realizan fricciones prematuras o se hace la expresión del órgano, perturbamos dicho fisiologismo y la matriz se contrae de modo irregular con lo cual se obtienen desprendimientos parciales de la placenta y como consecuencia se producirá la hemorragia que es lo que se quería evitar que sucediese y ya en esta situación y asustado el que asiste procederá a practicar el alumbramiento artificial, el cual resulta hecho muchas veces de modo incompleto con los peligros de una retención y además con los inherentes a toda maniobra intrauterina, bajo el punto de vista de la infección y por lo tanto habiendo convertido en patológico un caso que debía haber sido fisiológico. Otras veces produce estos desprendimientos incompletos con su cortejo hemorrágico y muchas veces produciéndose una inversión uterina las intempestivas tracciones del cordón.

Realmente para no producir estos accidentes debe el profesor que asiste, recordar a cada paso, como dice muy bien el autor del trabajo, el mecanismo fisiológico del alumbramiento y de este modo nuestra conducta resultará verdaderamente científica y por lo tanto beneficiosa. Hace el mencionado tocólogo un estudio detenido del mecanismo fisiológico del alumbramiento y sus distintos tiempos los da a conocer mediante los signos subjetivos y objetivos. Entre los primeros menciona la inercia uterina que se caracteriza por la ausencia de dolores y de sangre y una vez transcurridos unos 30 minutos de la expulsión fetal aparecen de nuevo dolores inter-

(1) «Parto de un feto hipermegálico» (6.300 gramos), por el Dr. D. Manuel Sánchez y Carrascosa. («El Siglo Médico», n.º 3.186).

minentes, regulares y rítmicos que se presentan cada 3 ó 5 minutos y se acompañan de un rezumamiento de sangre; este es el período de desprendimiento placentario. Después aparecen esfuerzos expulsivos con o sin contracción uterina que es el período de expulsión.

Entre los signos objetivos se hallan los obtenidos por la palpación uterina y por la inspección del tallo funicular. Mediante la primera observaremos que después de la expulsión del feto, el fondo del útero desciende a unos 2 centímetros por debajo del ombligo y después de desprendida la placenta sufre el órgano un ascenso de unos 5 a 6 centímetros y cuando cae la placenta del segmento inferior a la vagina entonces el fondo de la matriz sufre un nuevo descenso. El cordón umbilical se debe señalar con una ligadura al nivel de la vulva y después de transcurrido cierto tiempo dicha ligadura se halla más alejada de la vulva lo que indica el grado de descenso de la torta placentaria; dicha ligadura permite apreciar un signo sobre el cual Strassmann ha llamado la atención y que consiste en que la porción de cordón que hay por encima de la ligadura se hincha y produce fluctuación en la vena del mismo cuando se hace presión sobre el fondo del útero y la placenta se halla adherida y nada de esto ocurre cuando ya se realizó su desprendimiento. Termina tan interesante trabajo su autor, ajustando su conducta a lo manifestado y que queda reducida a lo siguiente: durante el período de inercia, ausencia de toda maniobra; durante el de desinserción placentaria, calma y atenta vigilancia, y en el de expulsión facilitar la terminación del alumbramiento.

En los casos en que la placenta llega espontáneamente a la vulva se pone la mano para cogerla y evitar su salida brusca,—con lo cual se favorecería la rotura y

**PIPERAZINA**  
**ARTRITISMO,**  
**REUMA,**  
**GOTA, MAL DE PIEDRA**  
**EL MEJOR DISOLVENTE DEL ÁCIDO ÚRICO**  
**D. GRAU**

retención de membranas,—y haciéndola ejecutar movimientos de rotación sobre sí misma con lo cual se realiza una torsión que se trasmite a las membranas las cuales se convierten por este mecanismo en un cordón resistente lo que favorece su completo desprendimiento y salida. Si apesar de esto las membranas se desgarran hay que evitar su rotura completa y para ello se coloca una pinza de presión continua en el nivel vulvar y con tijeras se separa la placenta y a las pocas horas o al día siguiente con suaves tracciones después de haber ejecutado su torsión se logra la extracción de las mismas.

Cuando la placenta ya desprendida no se expulsa de modo espontáneo podemos recurrir a las tracciones sobre el cordón siempre en el intervalo de dos contracciones y siguiendo la dirección del conducto pelvi-genital. También podemos poner en práctica el método de expresión uterina (Credé y Ahlfeld) o el método mixto (expresión uterina y tracciones del cordón) según aconseja Commandeur.

Teniendo presente lo dicho se restringe muchísimo la introducción de la mano en los genitales femeninos (verdadera profilaxia de las infecciones puerperales) pues como decía con razón el doctor Gutiérrez «si sabemos respetar la marcha del alumbramiento espontáneo atentos a la observación en sus tres períodos, pocas serán las veces que tengamos necesidad de introducir la mano en el útero para extraer la placenta porque lo exija una hemorragia (4 por 1.000)».

**Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría.**—*La evacuación uterina y la expectación en la eclampsia, por el Doctor P. Nubiola.*

Dada la ignorancia respecto a etiología y patogenia de la eclampsia en que nos hallamos nada tiene de particular que los tocólogos contemporáneos se dividan respecto a tratamiento de la eclampsia en los dos bandos a que hace referencia el título del trabajo que ocupa nuestra atención.

En efecto, como dice su autor, ya proceda el veneno eclampsígeno del feto o de la placenta es igual, pues debemos considerar que dicho virus procede del huevo y por lo tanto siendo así, cuanto más avance en su desarrollo y más tiempo esté en el organismo más se agravará el proceso y por lo tanto se halla indicada la evacuación pronta, pero al pasar a la clínica se encuentran casos de eclampsia que estallan a los 14 días de haber parido la mujer; otros que no se curan con la pronta evacuación del útero y otros (casos del autor y de Krøemer) que se curaron sin que la gestación se interrumpiese ni espontánea ni artificialmente. En realidad no puede en principio la etiología ovular negarse, pero es lo cierto que los agentes que en virtud de la insuficiencia de los órganos eliminatorios maternos producen la eclampsia, no obran ni directa ni inmediatamente en la producción del cortejo sintomático de los ataques, puesto si el virus partiese del huevo, a inmediata descarga la curación sería un hecho y no se darían los casos contradictorios a este hecho ya mencionado. La substancia eclampsígena fabricada por el huevo no queda almacenada en el or-

ganismo materno hasta que por su cantidad ocasione los trastornos eclámpsicos, si no que pasa al aparato circulatorio de la mujer para sufrir todos los cambios y vicisitudes que el líquido hemático experimente y cuando la eliminación no es completa, cuando hay insuficiencia renal, hepática, del tiroides, etc., es decir, cuando la mujer no tiene defensas, estallará la eclampsia y por consiguiente puede, aún a pesar de quitar el huevo, existir en el organismo el veneno eclámpico, la auto-intoxicación, y siendo insuficientes los órganos eliminadores de nada sirve la práctica inmediata del parto forzado si no hay una concausa fetal o de otra naturaleza que lo indique. Realmente, el parto forzado por el momento puede resultar útil, por la sangría natural que supone su realización y porque disminuye la presión abdomino-pelviana y facilita el mejor riego sanguíneo y por este mecanismo y otros medios empleados además se han obtenido curaciones. Claro es que la evacuación uterina combate la causa primera de la eclampsia (producción ovular del veneno eclámpico) pero no corta el síndrome eclámpico, es decir, que no se cura ni se combate directamente la enfermedad de este modo y por lo tanto considera el Dr. Nubiola que por el hecho de presentarse la eclampsia en una embarazada, no se halla indicada la evacuación artificial del útero y lo que se debe hacer es tratar a la enferma y procurar curarla sin obligar al feto a que abandone el claustro materno y sin rechazar en absoluto la provocación del parto o forzar éste, se necesitan además de los ataques otras indicaciones (peligro de la vida del feto, hemorragias maternas, desprendimientos placentarios etc). En resumidas cuentas, se debe procurar vencer la intoxicación,—sangría, suero artificial, etc. etc. y así se triunfará muchas veces sin exponer a la mujer y sin mutilarla y sólo intervendremos en los casos en que una complicación comprometa la vida de la madre o del feto.

DR. M. S. CARRASCOSA



Sus positivos resultados le valieron  
un diploma de honor y una medalla  
de oro en Berlín.

# TISIOLÓGÍA

**Policlínica Sevillana (núm. 37).—Curación de la tuberculosis incipiente por la tuberculina, por el Dr. Ercilio Rodríguez.**

El autor de este trabajo que cuenta en sus observaciones personales con más de cien tuberculosos tratados por la tuberculina, se declara partidario del empleo de tan precioso medicamento, por considerar que son seguros los efectos que con él se obtienen.

En cinco órdenes divide el Dr. Ercilio Rodríguez las reacciones que la tuberculina determina en el enfermo: en el sitio de la inyección; en el foco de la lesión; reacciones de origen general; reacciones térmicas, y por último reacciones de hipersensibilidad.

Elige el autor la tuberculina de Jacobs por considerar que es muy estable y durable, ventaja que ha creído encontrar sobre las otras tuberculinas, siendo su técnica igual que la seguida para estas.

Habla de la presión arterial, cuya disminución está en relación directa con la dosis inyectada. Expone los resultados generales que la tuberculina produce en los tuberculosos, los cuales son: aptitud para la vida activa, aumento considerable de peso, desaparición de todas las manifestaciones de la infección tuberculosa sobre el sistema nervioso y el aparato digestivo, y normalización de la temperatura; encontrando enfermos que antes de finalizar la VI serie de la tuberculina Jacobs habíanse curado, entendiéndose por «curación» del enfermo tuberculoso la normalización de todos los coeficientes biológicos (temperatura, presión arterial, peso), así como la desaparición de los signos físicos y funcionales que revelaban en el enfermo el foco o focos tuberculosos, no presentando después de seis meses más que signos residuales que son los signos de cicatrización en los focos curados, ligera disminución de las vibraciones vocales, menor entrada de aire, ligera submatidez, respiración sopla y la radiografía descubre en muchos casos una sombra a nivel de lesiones curadas de tuberculosis pulmonar.

La reaparición de signos físicos y funcionales en enfermos curados después de un año o más los considera el autor como síntomas de una nueva infección.

Termina el Dr. Ercilio Rodríguez su trabajo con las siguientes conclusiones generales:

La tuberculina es un remedio precioso en la tuberculosis incipiente pulmonar y de toda otra localización: ganglionar, ósea, articular, etc. Cuando se tiene el conocimiento de sus efectos sobre el enfermo y se conduce el tratamiento con el mínimo posible de reacciones, su acción es siempre benéfica.

Para que la tuberculina sea completamente eficaz es indispensable hacer precozmente el diagnóstico de la tuberculosis. Es indispensable descubrir, en cada enfermo, las enfermedades que pueden existir contemporáneamente a la tuberculosis y aplicar el tratamiento indicado en cada caso, además de la tuberculina.





## Societé de Chirurgie de París

(SESIÓN DEL DÍA 2 DE JUNIO DE 1915)

### Técnica para las amputaciones secundarias tardías en las heridas de guerra.

ROUTIER.—En tres heridos afectos de grandes heridas por explosión de granadas en la rodilla, con fracturas del fémur y de la tibia, en los que, a pesar de una inmovilización tan perfecta como fué posible, a pesar de amplias aberturas, desagües múltiples y abundantes lavados, la supuración continuaba siendo intensa; el A. ha tenido la idea de practicar la amputación de muslo, no como se hace clásicamente en las partes sanas, sino en pleno foco de supuración, con objeto de disminuir, en la medida de lo posible, las superficies ya en estado de granulación.

La técnica ha sido la siguiente:

Después de dar tintura de iodo en la piel del muslo, lavado abundante del foco purulento con agua fenicada fuerte y caliente, luego, haciendo penetrar por las dos amplias incisiones laterales practicadas para la artrotomía la hoja del cuchillo, ha cortado lo que quedaba de las partes blandas lo más bajo posible por delante de la rodilla, a nivel del ligamento rotuliano. Obtuvo así un colgajo anterior, del que toda la superficie estaba tapizada por una capa de granulaciones. La rótula fué suprimida en un herido que todavía la tenía. Se elevó el colgajo con ayuda de una pinza

de Museux. Con una rugina. Routier puso al desnudo el fémur en toda su circunferencia, tan alto como lo permitió el colgajo elevado. Se serró el fémur y se cogió su extremidad inferior con el «davier» de Farabeuf. Cada uno de estos enfermos tenía una contraabertura de la región poplitea; la extremidad inferior de esta incisión marcó el límite cutáneo de la amputación. Los músculos de la región postero-interna se seccionaron a pequeños golpes; la femoral, puesta al desnudo, se ligó y seccionó, así como también lo que quedaba de los músculos y tendones. La misma operación se hizo por la parte externa.

La operación terminada, se había obtenido una amputación con tres colgajos desiguales, cuyas superficies estaban cubiertas (más de cuatro quintas partes) de granulaciones que limitaban el foco purulento. Y en el fondo se veía la sección del fémur, pues estos colgajos no habían sufrido ninguna retracción. Después hizo un gran lavado y cepillado de toda esta superficie con agua fenicada fuerte y caliente. Se practicaron dos o tres ligaduras complementarias para asegurar la hemostoria. Nada de reunión de la herida.

Los cuidados y el curso post-operatorio, buenos. La tarde de la operación la temperatura subió a 39°, pero desde la mañana siguiente descendió a 37° y ya no volvió a subir; los enfermos no han sufrido gran cosa.

De los tres heridos amputados de esta manera por Routier, dos han curado, el tercero está en vías de curación, habiéndose mejorado sensiblemente su estado general.

Este procedimiento tiene la ventaja de conservar un muñón de muslo tan largo como es posible, en todo caso más largo que el que se habría obtenido por la amputación clásica en partes sanas; no retrayéndose los colgajos, se puede conservar un máximum de longitud ósea. La superficie cruenta fresca está reducida al mínimo, se tiene justamente la superficie de sección de la piel y del tendón rotuliano por delante y, por detrás, la sección casi perpendicular a su dirección de los músculos de la región posterior.

El resultado inmediato no es nada bonito, se tienen tres colgajos desiguales, pero el resultado final es excelente.

S. PASCUAL



El más energético de los reconstituyentes.  
Indispensable en todas las convalecencias.

## Sociedad de Medicina y Cirugía de Río Janeiro

(SESIÓN DEL DÍA 3 DE AGOSTO DE 1915)

### Tratamiento del «granuloma venéreo» por las aplicaciones tópicas del tártaro emético.

El Dr. P. MARQUÉS: Mucho antes de conocer los notables trabajos del Dr. Vianna sobre el diagnóstico y tratamiento del «granuloma venéreo» ulceroso o tropical, por las inyecciones endovenosas de tártaro emético, en solución al 1 por 1000, tuve ocasión de observar en mi clínica un caso de esta enfermedad, refractario a los múltiples recursos terapéuticos, que curó rápida y radicalmente por el uso tópico del tártaro emético, aconsejado al enfermo por un amigo que no era médico.

La sorpresa que esta curación me produjo, fué grande, y deseé tener oportunidad de comprobar si el éxito era casual o debido a los efectos del tártaro emético.

Pasaron varios años sin observar un caso de este género, hasta que fuí llamado por el Dr. P. Alves para cloroformizar a un enfermo. Tenía una herida en la región inguinal izquierda que, a juicio de este cirujano, debía ser tratada por el termocauterio, vista la ineficacia de otros medios empleados.

Este individuo no padecía más enfermedad que la de la región inguinal. Era una herida ulcerosa de 6 centímetros de larga por 2 de ancha, de bordes granulosos o vegetantes y dolorosa a la presión. Había, además, otra úlcera menor, de los mismos caracteres macroscópicos, en el surco balano-prepucial, de cuyas dimensiones no se tomó nota.

La rebeldía de la úlcera a los medios terapéuticos empleados durante tanto tiempo, su aspecto característico, y la existencia simultánea de la lesión balano-prepucial, me convencieron se trataba de un caso de «granuloma venéreo», aunque no se practicó la investigación bacteriológica para determinar cuál era el agente microbiano responsable de la entidad morbosa. Expuse mi opinión al Dr. Alves, indicando creía inoportuno el uso del termocauterio y la conveniencia de emplear el tártaro emético en aplicaciones tópicas o en inyecciones endovenosas, como aconseja el Dr. Vianna.

El Dr. Alves insistió en la conveniencia de la termocauterización, que practicó de una manera satisfactoria y sin el menor incidente. Algunos días después me comunicó la ineficacia de la operación, rogándome me encargara del enfermo. Prescribí el tártaro emético en aplicaciones tópicas; al poco tiempo, una proliferación epitelial exuberante en los bordes de la úlcera, hicieron comprender que ésta no tardaría en cicatrizar. En efecto, la cicatrización era completa a los dieciseis días de emplearse este tratamiento.

El Dr. W. Machado hizo algunas consideraciones sobre este caso, cuyo diagnóstico no considera claro.

El Dr. Silva Araujo Filho dijo que es impropio el nombre de granuloma venéreo, como lo es también el de granuloma tropical, considerando más adecuado el de granuloma ulceroso.—(*Revista de Medicina y Cirugía Ptácticas*).

# NOTICIAS

Hemos saludado recientemente en ésta a nuestro distinguido colaborador y reputado gastrópata Dr. D. Alfonso Medina, quien se ha ofrecido gustoso para hacer la información en esta Revista, del Congreso de las Ciencias en Valladolid y de la Sección de Medicina de que es Secretario.

Mucho agradecemos al querido amigo su ofrecimiento por el que podrán conocer nuestros lectores los más interesantes temas puestos a estudio de la ciencia médica.

El Instituto Claramunt ha lanzado al mercado el *Suero antitetánico*, precioso medio para prevenir el tétanos. Lo presenta en ampollas soldadas de 10 c. c. conteniendo 1.500 U. I.

Agradecemos a nuestro colega *Revista Vallisoletana de Especialidades* la reproducción del artículo «Degeneración» publicado en nuestra Revista por el sabio Prof. del Instituto de Medicina Legal y Toxicología, Dr. Maestre.

*Policlínica Sevillana* ha tenido la atención de extractar el artículo de los Doctores Pascual y Q. de Celada, «El método de Blanco en las orinas», publicado en nuestra Revista en el pasado Julio.

El Emperador de Alemania ha concedido al Dr. D. Santiago Ramón y Cajal la condecoración de la Orden *Pour le Merite* con el distintivo especial para Ciencias y Artes.

Reciba el eximio Catedrático nuestra felicitación más sincera.

Con mucho gusto establecemos el cambio con las importantes revistas *La Pediatría Española*, de Madrid; *Medicina y Psiquiatría*, de San Fernando (Cádiz); *La Crónica Médica*, de Lima (Perú); *Boletín Médico Asturiano*, de Gijón, y *La Especialidad Práctica*, de Zaragoza.

## Laboratorio GUILLAMÓN

ANÁLISIS CLÍNICOS DE ORINAS, ESPUTOS, SANGRE, JUGO GÁSTRICO, HECES, PUS, EXUDADOS, LÍQUIDO CEFALO-RAQUÍDEO, & &

REACCIONES DE WASSERMANN, WIDAL, &

Plaza de S. Agustín (Lonja) núm. 2.-MURCIA

### PROSTATASA PUY

EXTRACTO TOTAL DE GLANDULA PROSTATICA  
INDICADA en la Prostatocytoma, Hipertrófia 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 Hipopexias Enteritis, Diarreas, Atonia gastro-intestinal, etc. etc.  
DOSIS - XXX GOTAS DESPUES DE LAS COMIDAS.

### PLACENTOSIMASA PUY

EXTRACTO TOTAL DE PLACENTA  
INDICADA en la Dismenorrea, Menstruaciones dolorosas, Anemia, Galactogeno potente, 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, TÓXICAS, 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  
ESTA INDICADA EN LAS ANEMIAS, CLOROSIS, CONVALESCENCIAS, TUBERCULOSIS, ETC.  
DOSIS - TRES CUCHARADAS AL DIA.

**SUPRARRENINA PUY**  
Extracto de las Glándulas Suprarrenales.  
INDICADA EN LAS HEMORRAGIAS, CONGESTIONES UTERINAS, ESTREÑIMIENTO HABITUAL, ENFERMEDAD DE ADDISON, ATEROMA, DIABETES, NEURASTENIA, ETC.  
DOSIS DE XXV 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 MENOPUSIA, OBESIDAD, OVARIOTOMIA, PSICOSIS, VÓMITOS INCOERCIBLES, ETC. ETC.

DOSIS DE XXX A XL GOTAS AL DIA.

### TIROIDINA PUY

Extracto de la Glándula Tiroidea

INDICADA EN LAS ATIROIDEAS, INCONTINENCIA NOCTURNA DE ORINA, REUMATISMOS TRÓFICOS, 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 Páncreas

INDICADA EN LAS DIABETES, INSUFICIENCIAS PANCREATICAS, DIARREAS, DISPEPSIAS INTESTINALES, ETC. ETC.

DOSIS - XXX GOTAS, DESPUES DE LAS PRINCIPALES COMIDAS

### FERMENTOS GLICOLÁCTICOS PUY

ESTAN INDICADOS EN LAS DIARREAS - INFECCIONES ENDODIGESTIVAS COLITIS AGUDAS Y CRONICAS - DIARREAS VERDES DE LOS NIÑOS - ARTRITISMO - CONGESTIONES HEPATICAS - DERMATOSIS - ETC. ETC. ( 20 PASTILLAS AL DIA )

### FERMENTOS MAMARIOS PUY -

INDICADAS en las galactogeno potente y indicadas en las menorrhagias, etc. DOSIS: LX A CXX GOTAS AL DIA.

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

MUESTRAS GRATIS A LOS Sres. MÉDICOS QUE LO SOLICITEN, SE RUEGA INDIQUEN LAS QUE DESEAN.

**MEFALASAPUY**  
EXTRACTO TOTAL DE CEREBRO.

INDICACIONES  
Epilepsia, Neurastenia, Impotencia, Surmenage, etc.

DOSIS  
XX GOTAS TRES VECES AL DIA.

**BILIASAPUY**  
TABLETAS KERATINIZADAS DE HIEL.

INDICACIONES  
Estreñimiento, Constipacion habitual, Cirrosis, Infarto hepático, Dispepsias, Intoxicacion, etc.

DOSIS  
3 TABLETAS DESPUES DE CADA COMIDA

**SUSANZIN PUY**  
EXTRACTO FLUIDO TOTAL DEL BAZO.

INDICACIONES  
Anemias, Leucemias, Linfademias, Caquexia palúdica, etc.

DOSIS  
XXX GOTAS TRES VECES AL DIA.

**MEDULLINAPUY**  
EXTRACTO TOTAL DE LA MEDULA OSEA.

INDICACIONES  
Raquitismo, Osteomalacia, Ataxia, Anemias, Debilidad, etc.

DOSIS  
XXX GOTAS TRES VECES AL DIA.

**AGUA OXIGENADA CURIEL**  
**MEDICINAL**  
 BOTELLAS DE 250, 500 y 1.000 Grm. BOMBONAS DE 10 LITROS  
**ESTABILIDAD** — **PUREZA**  
 PRECIOS ESPECIALES A HOSPITALES Y CLÍNICAS EXÍJASE BOTELLA PRECINTADA  
**LA PREFERIDA POR EL CUERPO MEDICO-FARMACEUTICO**  
 10 VOLÚMENES  
 DEPÓSITO GENERAL ARAGÓN. 228-BARCELONA

*El antiséptico más poderoso de los Bronquios*



**CATARROS  
 BRONQUITIS  
 ENFISEMA ASMA**  
 SE CURAN CON EL

**JARABE FAMEL**

ADOPTADO POR LOS HOSPITALES

**AGUAS Y SALES NATURALES DE MEDIANA DE ARAGÓN**  
**LAXANTES-DEPURATIVAS • PURGANTES • DIURÉTICAS-APERITIVAS**

SALES: frasco de 8 a 10 purgas 2 pts. Caja IDEAL de 1 purga 0'30 AGUA 1 pta. botella

**SALES TIMOLADAS DE MEDIANA DE ARAGÓN**

Caja SALUS para irrigaciones y lavados || Bote de ½ y 1 K. para baños y lociones

## Aparato inyector de **SUERO HAYEM**

### CON AMPOLLA DE VÁLVULA FLOTANTE

Patentes núms. 34.538 y 39.168

Es el que reúne mejores condiciones técnicas y prácticas, así reconocido por todos los señores médicos que lo han usado.

La inyección se hace mucho más pronto y fácilmente que con ningún otro sistema, sin temor a inyectar aire en los tejidos por evitarlo el funcionamiento del cierre automático de la *válvula flotante*, sin peligro a que las partículas de cristal puedan pasar en la inyección, pues caso de haberlas, su densidad las retiene en la curvatura de salida.

Si no se inyecta todo el líquido, el suero sobrante para inyec-



ciones sucesivas se conserva en la ampolla, sin que tenga contacto con el aire exterior.

! Cada ampolla lleva tafetán, algodón y éter, para la anestesia y oclusión del sitio de punción.

Se ruega a los señores médicos y farmacéuticos que deseen usar y dar a conocer nuestra ampolla, pidan **Suero Hayem en ampolla de válvula flotante.**

Tenemos ampollas más económicas que figuran en nuestro Catálogo general de sueros y preparaciones antisépticas, que remitimos gratis.

**DELGADO CEA**

*Farmacéutico*

Preclados, 14-MADRID.

## A los Sres. Médicos

LA MEJOR AGUA OXIGENADA, LA MÁS NEUTRA, LA ÚNICA VERDADERA, EL

ANTISÉPTICO MÁS ENÉRGICO E INOFENSIVO, EL DENTÍFRICO POR EXCELENCIA, LA ÚNICA QUE CUMPLE TODAS LAS INDICACIONES DE LA ANTISEPSIA

ES EL

# Agua Oxigenada **NEUTRA FORET**

Recomendada por los más eminentes médicos y empleada con gran éxito en los más principales Hospitales y Sanatorios.

Al recetar indicar la garantía marca **FORET**, rechazando las imitaciones y las botellas sin precinto.

Botellas con tapón automático, de litro, medio y cuarto

De venta en Farmacias y Droguerías



**JOYA MEDICINAL**

PARA CONSERVAR LA SALUD

Y CURAR LAS ENFERMEDADES

AGUAS MINERALES NATURALES

— DE —

**CARABAÑA**

**Purgantes**

*Depurativas* ❖ *Antibiliosas*

**Antisépticas**

**UNICA DE SU ESPECIE DE CONSUMO UNIVERSAL**

Venta en todas las Farmacias y Droguerías

DE TODOS LOS PAISES

PROPIETARIOS

**VIUDA E HIJOS DE R. J. CHÁVARRI**

Dirección y Oficinas: **LEALTAD, 12**

**MADRID**



# MORRHUËTINE JUNGKEN

SE USA TODO EL AÑO

El mejor tónico yodado, sucedáneo, sintético del aceite de hígado de bacalao

POSOLOGIA	Yodo metálico activo. . . . .	0'015 grs.	} Por cucharada de las de sopa.
	Hipofosfitos (Ca O. Na O. Quinina). . . . .	0'15 »	
	Fosfato de sosa puro. . . . .	0'15 »	

A base de GLICERINA PURA

No azucarado ni alcohólico. Sabor muy agradable. Sin desarreglos gastrointestinales. Estimulante hepático. Remineralizador. Depurativo.

## UTILÍSIMO PARA LA INFANCIA

y en Linfatismo, Escrófulas, Adenopatías, Pretuberculosis, Asma, Heredosífilis, Raquitismo, Amenorrea y Dismenorrea, Convalecencias, & &

**Un frasco de 500 gramos, 4 ptas.**

EN MURCIA: FARMACIA CATALANA

Laboratorio MIRABENT. - BARCELONA

Muestras gratis a los Sres. Médicos



## CARNE LÍQUIDA

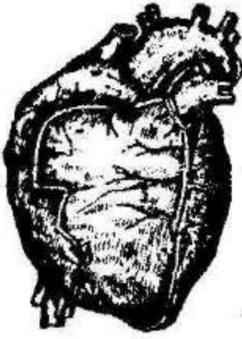
del Dr. Valdés García de Montevideo

— ES EL MEJOR —

### ALIMENTO TÓNICO RECONSTITUYENTE

PODEROSO NUTRITIVO: EL MAS RECOMENDADO PARA ABREVIAR LAS CONVALECENCIAS DE FIEBRES TIFOIDAS, GÁSTRICAS e INTESTINALES

De venta en todas las farmacias.



## CARDIODINAMO

del Dr. Subirá. — — —

### TÓNICO EFICAZ

para combatir las — — —  
— — — enfermedades del corazón.

— DE VENTA: EN PRINCIPALES FARMACIAS Y DROGUERIAS. —

# C L O R O F O R M O

== Y ==

## E T E R A N E S T É S I C O

DE FABRICACIÓN ESPECIAL

EN AMPOLLAS CERRADAS A LA LÁMPARA

*De uso corriente en los Hospitales de toda España,  
en el Instituto Rublo*

*y en los principales Sanatorios y Clínicas de la nación.*

== SOCIEDAD LEONESA DE PRODUCTOS QUÍMICOS ==

### P N E U M Ó G E N O

**ENÉRGICO ANTIBAGILAR  
Y ESTIMULANTE**

DE LA NUTRICIÓN

FÓRMULA (POR CUCHARADA)

Metilarsinato disódico. . . . .	0'02
Lactofosfato de cal creosotado. (Equivalente a 0'15 de creosota 20 por 100 guayacol)	0'60
Codeína . . . . .	0'005
Extracto de nuez vómica . . . . .	0'01

== INDICACIONES ==

**Bronquitis  
Tuberculosis pulmonar en 1.º  
y 2.º grado  
Otorrinos pulmonares  
Afección de las vías respira-  
torias**

### H E M A T O L

**TÓNICO ESTIMULANTE**

DE LA NUTRICIÓN

FÓRMULA (POR CUCHARADA)

Fosfato 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

# Obras recibidas

DR. LOZANO MONZÓN.—*Compendios Quirúrgicos (Esguinces, luxaciones, fracturas articulares).*

CASA EDITORIAL ESTUDIO, **Barcelona**.—*Los síntomas y su interpretación*, por James Mackenzie.

— *Fermentos defensivos del organismo animal*, por Emil Abderhalden.

— *Química Toxicológica*, por Emilio Mannheim.

— *Química biológica*, por el Dr. A. Legahn.

— *Problemas modernos de Biología*, por Charles Sedgwick.

LIBRERÍA CATÓLICA, **Pino, 5, Barcelona**.—*La Vida y su evolución filogenética*, por el R. P. Jaime Pujiula S. J.

— *Citología*, por el mismo autor.

— *Higiene de la Tuberculosis*, por el Dr. A. Bassols y Prim.

— *Nociones de higiene práctica*, por el Dr. Jorge María Anguera de Sojo.

DR. RECASENS.—*Observaciones y estadísticas personales sobre el tratamiento del cáncer uterino por medio del radio y mesotorio.*



El más energético de los reconstituyentes.  
Indispensable en todas las convalecencias.

# Casas Editoriales

Salvat y Compañía, Mallorca, 220, **Barcelona**.—Hijos de Reus, Cañizares, 3, duplicado, **Madrid**.—Gustavo Gili, Universidad, 45, **Barcelona**.—Manuel Marín, Provenza, 273, **Barcelona**.—Pubul y Morales, Avellanas, 7, **Valencia**.—Modesto Usón, Valencia, 83, **Barcelona**.—Bailly-Bailliere, Plaza de Santa Ana, 11, **Madrid**.—Espasa y Compañía, Cortes, 221, **Barcelona**.—Perlado, Paez y Compañía, **Madrid**.—Casa Editorial Estudio, **Barcelona**.—Saturnino Calleja, Valencia, 28, **Madrid**.—F. Seix, San Agustín, 1 y 3, **Barcelona**.

# El DOLOR de CABEZA, OIDOS, MUELAS y MENSTRUALES

DESAPARECEN SIEMPRE TOMANDO

## == CANSECOL ==

Poderoso antineurálgico de HIJOS DE B. DÍEZ-CANSECO Y GONZÁLEZ  
Farmacia: "La Bañeza" (León)

Precio de la cartera (dos dosis) 0'50 pesetas.

## PILDORAS FEBRIFUGAS de la CRUZ NEGRA

MEDICAMENTO ESPECÍFICO DEL PALUDISMO Y GRIPE

PREPARADO POR Hijos de B. Díez-Canseco y González

Farmacia: "La Bañeza"-LEON.

Es el antitípico y antigripal más recomendado por los Sres. Médicos

Precio de la caja, 3 pesetas

Se vende en todas las buenas Farmacias y Droguerías de España

## Vino tónico Moreno

### LACTOFOSFATO DE CAL.-QUINA.-COLOMBO

*Recomendado en las CONVALECENCIAS, ANEMIAS, CLOROSIS, DEBILIDAD GENERAL, ENFERMEDADES DEL PECHO Y DEL ESTÓMAGO.-Tónico poderoso.—Facilita notablemente el desarrollo y crecimiento de los niños.—Utilísimo para las señoras en estado de embarazo y período de lactancia.*

## Jarabe Antiferino Moreno

*El más científico remedio para combatir las BRONQUITIS y TOSSES CONVULSIVAS en los niños.—Sus efectos son ostensibles a las primeras dosis, disminuyendo el número de accesos y la intensidad de ellos.*

**De venta en la FARMACIA DE J. MORENO**

Plaza de Camachos, núm. 26.-MURCIA