

REVISTA MENSUAL

DE

**MEDICINA, CIRUGÍA, FARMACIA
Y VETERINARIA**

NOTA CRÍTICA SUMARIA

SOBRE EL

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Presentada al «Congreso Internacional de Medicina», en Madrid.

Por el doctor VALERY MEUNIER, de Pau.*Traducción de D. Gonzalo Pelligero.*

El objeto de esta nota no es hacer una revista general de las medicaciones antiguas y modernas que en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar han disfrutado por más ó menos tiempo del favor médico. Este trabajo ha sido hecho repetidas veces durante los últimos veinte años en las más autorizadas publicaciones científicas, pero la misma diversidad de sus conclusiones después de algunos años comprueba la rareza de las adquisiciones terapéuticas definitivas. El hombre práctico que se afana en buscar cierta constancia en los resultados se ve reducido á un escepticismo bastante general ante las medicaciones nuevas, muy ambiciosas, y debe limitarse á algunos agentes terapéuticos cuyo manejo es seguro, completándolos con un prudente eclecticismo que descansa en la observación de hechos bien confirmados en variadas condiciones clínicas.

La sucinta crítica que voy á presentar aquí tendrá el objeto único de definir con toda la concisión posible las indicaciones de las medicaciones principales y las condiciones de su oportunidad y de su mayor eficacia.

He pensado que después de treinta años de residencia y ejercicio profesional en dos de las principales localidades francesas más renombradas para el tratamiento de las vías respiratorias —y no lo digo sin algún orgullo,—casi á presencia de las eminencias más ilustres, por las cuales me habían sido confiados

numerosos enfermos, he pensado, digo, que no pecaría de presuntuoso al romper mi habitual silencio para venir á resumir aquí las reglas de conducta con las que he logrado obtener curaciones frecuentemente duraderas y confirmadas con el transcurso de largos años.

Desde que la curación de la tuberculosis pulmonar no ha sido considerada como una rara excepción, las estadísticas publicadas por los Sanatorios, Hospitales de tísicos y establecimientos á cura libre en diferentes climas han consignado resultados tan favorables que, poco á poco, la idea de una relativa benignidad ha ido sustituyendo al severo pronóstico de otros tiempos. Después del 25 por 100 de curaciones obtenidas por Dettweiler sobre cerca de 1.000 enfermos, hemos visto cifras de 71 por 100 en cura libre, 80 por 100 en un Sanatorio francés, y un reciente trabajo (1901) declara formalmente que la tuberculosis pulmonar se cura 99 veces por 100 en sus formas ordinarias, siempre que el diagnóstico se haya hecho con oportunidad. Un ilustre sabio, el profesor Grancher, más prudente y reservado en la expresión de sus ideas, ha llegado á decir que «la tuberculosis es la más curable de todas las afecciones crónicas».

Esta aseveración, tan clara y animosamente formulada, obliga á entrar en ciertos comentarios desde el punto de vista del alcance que deba concederse á la palabra *curación*. Es menester entendernos, so pena de incurrir en el riesgo de exponerse á verdaderas decepciones.

¿Qué es lo que debe entenderse al decir *un tuberculoso curado*?

De la contestación á esta pregunta, que nada tiene de sencilla, depende la confianza que por su estricta exactitud hayan de merecer los datos estadísticos. La diferencia de las condiciones requeridas para justificar sus conclusiones hace que éstas no sean comparables y que no lleven al ánimo la necesaria convicción. Las curaciones económicas alemanas, reducidas en cuatro años de 72 por 100 á un 25, no pueden ser calificadas por el clínico como curaciones verdaderas. Se necesitan al efecto otras garantías que el restablecimiento del estado general, la desaparición del bacilo de Koch y la desaparición también de los síntomas y signos físicos del período activo de la enfermedad. Todo esto reunido puede ser calificado como curación aparente, pero no basta para que pueda estimarse como curación real. Es indispensable la comprobación del tiempo en plazo no menor de algunos años, durante los cuales no se hayan desmentido esos resultados ni haya vuelto á presentarse el bacilo de Koch, aun á pesar de la influencia de algunas afecciones accidentales de las vías respiratorias.

Solamente así hemos apreciado la realidad de nuestras curaciones, y aunque no presentemos estadísticas ni memorias, pode-

mos asegurar que nuestras curaciones están basadas en la observación de trescientos á cuatrocientos enfermos al año, entre los cuales un crecido número ha vuelto con fidelidad durante seis, ocho ó diez años á consolidar ó confirmar su restablecimiento en una ó en otra de las aludidas localidades. Así hemos podido constituir hechos análogos, que permiten formular las siguientes conclusiones, suficientemente autorizadas, con respecto á la elección de medicamentos, según los períodos, según las formas y según las complicaciones de la enfermedad. De ningún modo haremos mención de la vasta serie de medicaciones abandonadas ó en escaso uso, que después de una veintena de años han sido preconizadas por sus autores, sin que obtuviesen justificación las esperanzas que ellos habían hecho concebir.

I

El *tratamiento higiénico* — cura de aire, cura de descanso, cura de alimentación con las modificaciones de adaptación á los casos particulares—es una condición esencial de éxito en la tuberculosis pulmonar; pero este tratamiento es de todo punto insuficiente en la mayor parte de las formas de la enfermedad si no se completa con la acción de ciertos agentes terapéuticos que hacen su eficacia más grande, rápida y duradera.

II.—*Formas agudas, granulosa ó neumónica.*

La insuficiencia del tratamiento higiénico es constante en estas dos formas; pero ambas han resultado curables en algunos casos bajo la influencia de la siguiente medicación, que ha permitido contener completamente el proceso ó transformar el mal en tisis crónica ulcerosa, curable ulteriormente.

Antitérmicos: lactofenina; aspirina en caso de dolores torácicos ó pleuríticos; jamás antipirina, por ser muy desglobulizante; el piramidón y la criogenina resultan ineficaces.

Revulsivos diarios: sinapismos, envolturas de algodón en rama y tafetán impermeable; baños de pies cortos y á temperatura creciente.

Tanino al alcohol (1 ó 2 gramos por día).

Poción alcoholica (20 á 40 gramos diarios).

III.—*Forma crónica común.*

En su comienzo la triada higiénica puede ser suficiente para transformar el organismo del tuberculoso; pero por satisfactorios que algunas veces sean estos resultados, prudente resultará

asegurar su duración y solidez con una higiene estimulante de la piel (fricciones de alcohol ó de trementina), y por el uso alternativo del aceite de hígado de bacalao y de algunas preparaciones arsenicales y fosforadas, salvo que se observaren contraindicaciones especiales relacionadas con el estado de las vías digestivas.

En el período de reblandecimiento y de excavación, la insuficiencia del tratamiento higiénico es evidente por su lentitud y por su escasa eficacia. Se hace indispensable disminuir la fusión y la supuración por medio de revulsivos (sinapismos, botones de fuego superficiales, moscas de Milán), así como por los anti-sépticos (creosota por el recto ó en inyecciones hipodérmicas, siempre que no provoquen un retroceso de eretismo; tanino al alcohol); es necesario también estimular la asimilación con el empleo de arsenicales (arseniato de sosa en solución ó cacodilato de sosa en inyecciones hipodérmicas).

Alternando estos dos últimos medicamentos (tanino y arsénico) se obtienen las más satisfactorias condiciones para su administración, y puede ser muy conveniente añadir el empleo del aceite de hígado de bacalao y de preparaciones fosfatadas (leche fosfatada, cocimiento de cereales).

IV.—Ataques congestivos. *Fiebre bacilar.*

Es la más frecuente de todas las complicaciones y sobreviene poco más ó menos en todos los enfermos cuando la evolución favorable queda interrumpida por una disminución de la resistencia nerviosa y por recrudecerse con ello la virulencia bacilar. Sabido es que la infección broncopulmonar está favorecida por los desarreglos nerviosos puramente dinámicos, y en particular por aquellos que resultan de acciones reflejas (frío, cansancio, traumatismo, perturbaciones físicas, etc.). El eretismo que resulta está tan estrechamente ligado á la génesis tuberculosa que debe ser siempre el objetivo principal del tratamiento.

Hace más de veinticinco años que ensayé contra esta complicación la medicación por la quinina en pequeñas dosis, asociada ó no al cornezuelo de centeno. Desde esta época casi todos mis enfermos, al presentar el eretismo circulatorio, toman cada mañana durante diez ó quince días 30 centigramos de clorhidrato de quinina, añadiendo á esto el uso de un baño de pies diario corto y bien caliente, y sinapismos repetidos cada noche sobre el sitio de la congestión suplementaria y las regiones próximas.

En caso de no obtenerse suficiente alivio á los ocho ó diez días, son oportunos algunos ligeros botones de fuego ó moscas de Milán.

Esta práctica, que muchos de mis maestros y compañeros han adoptado y recomendado, me prestó los más valiosos servicios, sobre todo en el tratamiento de las mujeres en el momento de la época menstrual, que es tan frecuente ocasión de ataques congestivos. Haciendo tomar el baño de pies por la tarde durante los diez días que preceden al período, y la quinina en los ocho ó diez días que le siguen, se suelen reducir á su *mínimum* estos molestos accidentes.

La ineficacia de la quinina como medio antitérmico en la fiebre hética no es un obstáculo para que sirva como precioso tónico, absolutamente indicado en estas incidencias de la infección broncopulmonar, en la que los antitérmicos no vasoconstrictores requieren ser sostenidos y complementados.

V.—*Asociaciones microbianas.*

De todas las infecciones secundarias que pueden unirse á la infección bacilar y hacer más complicado su proceso, ninguna hay más frecuente, más rebelde ni en ocasiones más funesta que la infección gripal.

Desde que el bacilo de Pfeiffer ha sido bien conocido, le busqué en las complicaciones inflamatorias ó infecciosas, y con tanta frecuencia le encontré en los casos graves, que no es posible desconocer la accidental preponderancia que ejerce. El estreptococo, el estafilococo, el pneumococo y el diplococo de Friedlander, que suelen ir unidos al bacilo de Koch, no determinan frecuentemente ninguna otra alteración apreciable, sino un aumento de supuración; es imposible establecer una relación constante entre tal ó cual perturbación y cualquiera de estas toxiiu-fecciones. La infección gripal, por el contrario, tiene una marcha más fácil de definir; el tuberculoso que la contrae en curso de cronicidad benigna se convierte con rapidez en enfermo subagudo; la broncoplejía tóxica que aquella determina suprime ó reduce en términos tales la defensa del aparato broncopulmonar, que no tarda en ser invadido por la multiplicación del bacilo de Pfeiffer; al mismo tiempo la lesión tuberculosa cesa de ser tórpida, nuevos focos se desarrollan con acceso febril intenso, y á veces una generalización, que avanza rápidamente, ocasiona funesto desenlace. Aquí también el eretismo circulatorio desempeña un papel temible, y contra él hay que combinar todos los recursos. El ácido salícico, el éter, el sulfato de estricina en inyección de 2 á 3 miligramos y la envoltura algodonaada son á veces muy útiles; pero entiendo que la mayor parte de las defunciones de tuberculosos reincidentes son precipitadas por esta complicación, cuya influencia es frecuen-

temente desconocida por no haberse buscado bien el factor microbiano.

In aere Romano scripsi, dijo Baglivi para poner en sus descripciones y conclusiones prácticas el sello de todo su rigor y su sinceridad.

En Pau y en Aguas Buenas es donde he visto y observado cuanto acabo de manifestar, y no puedo excusarme de añadir algunas palabras sobre la participación que tuvieron estas dos localidades en los resultados obtenidos.

Desde mi llegada á Pau, en 1869, me había llamado la atención la benignidad de las flegmasías, de las fiebres eruptivas y en general de todos los estados inflamatorios que yo había visto tan temibles y tan difíciles de combatir en el clima de Madrid, que acababa de abandonar. Taylor y Duboué habían señalado el hecho atribuyéndolo á las propiedades sedativas de esta tranquila atmósfera del Bearn, casi siempre exenta de viento y dotada durante la mayor parte del año de una humedad tibia y verdaderamente antiflogística. En algunos años obtuve muchas veces la prueba de que varios enfermos agravados en regiones de aire vivo y seco, más cálidas y más soleadas, mejoraban rápidamente en el Béarn, y que el beneficio de su estancia era allí tanto más grande cuanto la forma de su enfermedad era más aguda, más congestiva y más inflamatoria. Tuve cuidado desde entonces en insistir sobre la necesidad de la elección de residencia según la forma de la enfermedad, erética ó tórpida; elección que ha llegado á ser clásica desde hace algún tiempo, aunque no falte quienes vuelvan á desdeñarla, considerando la cura higiénica como suficiente en todos los lugares.

Es, en verdad, extraño el hecho de que con tanta ligereza se renuncie así á verdades experimentales indiscutibles, que han sido la salvación de tantos enfermos y que no tienen para qué ser sometidas á prueba.

En lo que concierne á Aguas Buenas, no puedo sino confirmar su influencia resolutive sobre las neoplasias tuberculosas incipientes, su acción reconstituyente y su precioso auxilio en el trabajo de esclerosis y de reparación.

La fidelidad con que vuelve durante muchos años un gran número de tuberculosos aliviados ó curados atestigua su notable eficacia, señalada desde hace mucho tiempo por Pidoux, contra la susceptibilidad catarral de los bronquios. Ellas constituyen ciertamente el mejor preservativo contra las infecciones secundarias debidas á las asociaciones microbianas, cuya intervención ya hemos visto cuán peligrosa es.

LA ADRENALINA

Por el doctor **RAYMOND** (1)

La adrenalina es uno de los principios activos de la cápsula suprarrenal. A ella es á la que los extractos de este órgano deben sus propiedades hemostáticas, conocidas hace algunos años y empleadas en algunos casos.

La principal ventaja de la adrenalina es sustituir á la acción, con mucha frecuencia infiel, del extracto de cápsulas suprarrenales con un producto definido y siempre igual.

La característica de la adrenalina es, en efecto, una acción isquemante de las más intensas, que se ejerce sobre las mucosas con una gran rapidez y permite intervenciones quirúrgicas sin la menor efusión de sangre.

La adrenalina, que según Takamine corresponde á la fórmula $C^{10}H^{15}AzO^3$, es un polvo microcristalino blanco, de sabor amargo, poco soluble en el agua fría é insoluble en el alcohol y éter.

La adrenalina posee una débil acción alcalina, que le permite formar sales. Se conocen el tartrato, el benzoato y el clorhidrato. Esta última sal es más empleada, porque es muy soluble en el agua y da soluciones bastante estables.

La adrenalina en solución presenta algunas reacciones que permiten identificarla. Da con el percloruro de hierro una coloración verde, que pasa á violeta si se adiciona amoníaco. Reduce las sales de oro, y toma la coloración violeta al contacto con el agua yodada.

Las soluciones de adrenalina pueden esterilizarse por el calor sin temor de que se alteren. Toma la coloración rosada al contacto del aire y de la luz, y esta coloración puede llegar hasta el moreno oscuro.

Las soluciones, aunque estén coloreadas, conservan toda su actividad terapéutica.

La adrenalina, hasta á dosis infinitesimales, produce una vasoconstricción enérgica y una elevación notable de la presión sanguínea. Una inyección intravenosa de 8 millonésimas de gramo á un perro de 8 kilogramos elevó la tensión sanguínea á 14 milímetros de mercurio. La acción local no es menos notable. La acción de la adrenalina sobre las mucosas nasal, laríngea y faríngea es completamente semejante; la isquemia es profunda y puede durar hora y media.

El extracto de cápsulas suprarrenales fue introducido en terapéutica en 1895 por Mr. Bates, de Nueva York, que utilizó sus

(1) De la *Revue Critique de Médecine et de Chirurgie*.

propiedades vasoconstrictoras contra las hemorragias y en las intervenciones quirúrgicas en el ojo y nasofaringe.

Esta preparación no ha dado todo el resultado que se podía esperar de ella, porque es muy infiel. La causa de esto consiste en que la glándula suprarrenal tiene una riqueza de principio activo, susceptible de variar en límites muy extensos, como cantidad y como propiedades. Resulta de esto que los extractos preparados, hasta en condiciones idénticas, tienen una composición variable según la procedencia y el grado de conservación de la glándula que se ha empleado. Se le puede también reprochar no poderse conservar de un modo perfecto, de fermentar fácilmente y convertirse en un excelente medio de cultivo para las especies microbianas.

En estas condiciones, la adrenalina, cuando es químicamente pura, goza de una incontestable superioridad sobre los extractos capsulares. Su dosificación es fácil, su potencia mil veces mayor que la de los mejores extractos y la esterilización de las soluciones salinas se hace perfectamente sin que se altere el principio activo.

La adrenalina se ha empleado con éxito en oftalmología, especialmente en el glaucoma; en otología, en las otitis y para devolver á la trompa de Eustaquio su permeabilidad; en rinología, en el coriza crónico y como hemostática en las intervenciones de la mucosa nasal; en laringología y en la cirugía de las vías urinarias. Su valor hemostático contra las hemoptisis de los tuberculosos ha sido demostrado por la inyección en la tráquea de 1 centímetro cúbico de una solución de adrenalina al 1 por 10.000; la hemorragia se contiene durante siete ú ocho horas. La aplicación de una solución de adrenalina al 1 por 1.000 sobre un tumor hemorroidal produce en menos de una hora la descongestión de las venas tumefactas.

Modo de emplear la adrenalina.—La adrenalina se emplea en solución, especialmente en estado de clorhidrato, que es una sal soluble y estable á la vez

Con estas soluciones se pueden dar pinceladas, hacer instilaciones é inyecciones hipodérmicas. En vista de estos diversos modos de aplicación conviene disponer de soluciones de diversos títulos.

Se preparan en los laboratorios Clin tres tipos de soluciones de adrenalina que, en el estado actual de la cuestión, responden á las diversas indicaciones terapéuticas.

1.º Solución de adrenalina al 1 por 1.000 ó solución fuerte. Esta solución puede emplearse directamente, ora en pinceladas, ora en instilaciones, pero se reserva especialmente para las intervenciones quirúrgicas.

2.º Colirio de adrenalina al 1 por 5.000. Es la solución débil de título medio, que tiene el mayor número de aplicaciones.

En laringología se emplea frecuentemente esta solución al 1 por 5.000, y hasta algunas veces se la diluye para disminuir el título la mitad.

Se puede adicionar la adrenalina á los colirios de cocaína, de pilocarpina, de eserina, etc., en las proporciones de la posología ordinaria, reforzando la adrenalina, digámoslo así, la acción de estos alcaloides.

3.º Solución de adrenalina para inyecciones hipodérmicas. Solución titulada á $\frac{1}{2}$ miligramo de adrenalina por centímetro cúbico.

Un centímetro cúbico representa la dosis de elección; se ha demostrado, en efecto, que esta dosis no es jamás peligrosa, mientras que la de $\frac{3}{4}$ de miligramo á 1 miligramo puede presentar inconvenientes. Las inyecciones hipodérmicas de adrenalina no son dolorosas, y deben hacerse con todas las deseadas precauciones antisépticas.

Traducido por AGUSTÍN FÚSTER.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS AFECCIONES DE LAS VÍAS LAGRIMALES

Por el doctor **B. CASTRESANA**, de Madrid.

(Resumen).

Encontrándose el saco lagrimal y conducto nasal con secreción purulenta, de nada nos servirán los agentes terapéuticos indicados al tratar de las otras dos variedades de dacriocistitis crónicas, porque si en aquellas no ofrecían seguridad suficiente para su curación, menos garantía nos proporcionarán en este último periodo de la enfermedad.

En el estado actual, salvo la escuela francesa, que se muestra algo más conservadora y no interviene mutilando más que en último extremo, casi todos, aunque por diferentes medios, practicamos en la afección que me ocupa la dilatación y cauterización del saco.

No estamos de acuerdo los oculistas en este punto, al parecer tan sencillo, de cirugía lagrimal, y casi puede decirse que cada profesor manipula de distinto modo al pretender modificar ó destruir el saco lagrimal. Para conseguirlo se han propuesto distintos medios, mereciendo citarse entre ellos la *diseción*, el *curettage*, la *cauterización* con el *termocauterio* y la *destrucción* por los *cáusticos químicos*.

La diseción del saco tiene manifiestamente varios inconvenientes: primero, el campo donde se opera es muy pequeño y dificulta la extirpación completa del saco. Esta dificultad se acentúa en su cara interna al nivel de la gotera lagrimal, donde tiene fuertes adherencias con el

periostio del hueso; segundo, la hemorragia que se nos presenta durante la operación es á veces abundante por haber seccionado la arteria y vena angulares, y nos imposibilita ver con entera claridad por dónde llevamos el instrumento, siendo motivo de que dejemos pequeños trozos de mucosa adheridos al periostio, que serán más tarde origen de nuevas supuraciones, teniendo necesidad de abrir otra vez la herida y volver á hacer nuevo raspado, y tercero, debemos recordar también algunos casos, aunque sean excepcionales, de fistulas consecutivas á la operación.

Casi todos los oculistas están conformes en afirmar que es grande la hemorragia que se presenta al hacer el *curetage* del saco lagrimal, y procuran hacerla de-aparecer con inyecciones de sublimado corrosivo al 1 por 1.000. Mr. Despagnet toca además la mucosa con una bola de algodón empapado en una mezcla de glicerina y sublimado corrosivo al 1 por 200, que considera preferible á la solución de ácido fénico al 1 por 50. Cualquiera que sea la forma que empleemos para evitar la hemorragia, siempre complica la intervención quirúrgica, porque nos imposibilita ver si hemos raspado el saco en toda su extensión, porque es suficiente que hayamos dejado sin tocar con la cucharilla alguna de sus partes para que supure de nuevo. Por eso el *curetage* proporciona en la dacrioblenorrea una mejoría pasajera, nunca definitiva, sirviendo sólo en contados casos como tratamiento de los mucocelos del saco.

No puedo ser partidario de la destrucción del saco lagrimal por el termocauterio, en atención á que las recidivas son frecuentes empleando este método. Díganlo si no la formación de nuevas supuraciones, abscesos y fistulas lagrimales, que muchas veces hacen practicar una nueva cauterización en igual forma que lo hicimos en nuestra primera intervención. Que así suceda no tiene nada de particular, si tenemos en cuenta la dificultad de poder extirpar ó modificar por completo el saco al canterizarle, porque es muy fácil que se quede alguna parte donde no haya llegado la punta del termocauterio, y esa pequeña cantidad del saco que se deja sin atacar ha de ser bastante causa para que la supuración vuelva después de creerse curado el enfermo.

El método que seguimos para combatir la dacriocistitis purulenta, si bien está basado en el procedimiento que empleaban Nannoni y Spirino, se diferencia por las manipulaciones quirúrgicas que practicamos y la sustancia cáustica de que hacemos uso.

El modo de intervenir es como sigue: se abre el saco lagrimal por su cara anterior, mediante una incisión practicada con el cuchillote de Petit en la línea imaginaria establecida por Arlt, empezándola un poco más arriba, de suerte que no respetemos el ligamento palpebral interno, por creer que es una precaución inútil. Puncionando con arreglo á lo

prescrito por el citado autor penetra el cuchillo en el saco lagrimal, que se advierte porque la punta del instrumento, al llegar á la pared posterior de aquél, toca sustancia dura ó porque al puncionar sale alguna cantidad de pus por la abertura de la herida. Una vez hecha la punción, si tenemos seguridad de haber penetrado dentro del saco, para no herir su pared posterior se mete un cuchillo abotonado, con el cual se dilata la abertura ampliamente en una extensión de unos dos centímetros. Terminada la pequeña hemorragia que se presenta después de la dilatación se introduce un lechino de gasa yodoformada, que se coloca dentro del saco hasta llegar á los labios de la herida; se corta al nivel de éstos, se colocan unas compresas de gasa boratada y algodón, sosteniendo toda la cura á beneficio de un vendaje monocular.

A las veinticuatro horas se levanta la cura; si los bordes de la herida sangran se pone una inyección de sublimado corrosivo al 1/2 por 1.000 y se vuelve á colocar, repitiéndola tantas veces cuantas haya sangre en la herida, porque si cauterizamos el saco sin estar completamente seco, ó con alguna cantidad de líquido sanguíneo, el cáustico se debilita ó neutraliza en parte, produciendo un efecto superficial é ineficaz. Si, por el contrario, no sale ya sangre, pasamos al segundo tiempo de la operación, que consiste en cauterizar el saco. Para conseguirlo se coge un trozo de esponja del tamaño de un guisante, se sujeta á un palillo ó á una sonda, se le empapa bien en el nitrato ácido de mercurio, y separando los bordes de la herida con una pinza ó un estilete, se introduce en el saco recorriéndole en toda su extensión. Después de estar bien seguros que el cáustico le ha tocado en todos sus ámbitos, se saca la esponja y se coloca la cura en la forma ya indicada. No hace falta, al hacer el acto de la cauterización, ningún instrumentó que limite el sitio donde toque el cáustico, pues aunque sufra la herida alguna pequeña quemadura, puede en ciertas ocasiones ser conveniente para refrescar sus bordes y avivar la cicatrización, como en los casos de fístula lagrimal.

Efectuada la cauterización aparece á las pocas horas un edema palpebral, y en algunos casos hasta verdadero equimosis conjuntival, síntomas ambos que no tienen ninguna importancia y que desaparecen por completo á los dos días de su presentación.

La escara que se forma al destruir el saco es gruesa, resistente y empieza á desprenderse por los bordes á las cuarenta y ocho horas, y al cuarto ó quinto día se extrae con una pinza de dientes de ratón.

Al extraer el saco lagrimal convertido en escara deja en su lugar una oquedad que termina cicatrizándose por segunda intención á los veinticinco ó cincuenta días, según la edad y constitución del enfermo.

Para dirigir con acierto la cicatrización de la herida debe hacerse la

limpieza diaria con una solución de sublimado corrosivo al 1/2 por 1 000; reducir paulatinamente el grosor de los lechinos y apretar bien en la superficie externa de la herida para que la cicatriz se vaya formando del fondo á la superficie y quede una línea cicatricial que no se conozca más tarde. De este modo tan sencillo queda resuelto en la práctica el grave problema de la curación de las *dacriocistitis mucosa, purulenta, del tumor y fistula lagrimal*.

Es verdad que este procedimiento ha contado y cuenta al presente con distinguidos oculistas entre sus enérgicos censores, pero también lo es que ha tenido en el extranjero, como en España, algunos partidarios de gran valía, cuyos nombres se conocen por cuantos cultivamos la especialidad.

Se han hecho al tal procedimiento varias objeciones, pero no tienen razón de ser. La exoftalmia que anuncian consecutiva á la cauterización la he visto presentarse una vez en siete años, desapareciendo muy pronto sin dejar consecuencias ulteriores. El tan cacareado lagrimeo cuando se opera, sobre todo en los países húmedos y fríos, tampoco resulta cierto, porque he operado enfermos en las provincias del Norte en los que he podido comprobar que la epifora consecutiva á la operación no aumenta, sino que desaparece poco á poco, después de pasados algunos meses, siendo tan pequeña transcurrido algún tiempo que apenas si molesta al paciente.

No se crea que al expresar ideas tan terminantes sobre este asunto lo hago sin verdadero conocimiento de causa, pues operando al año por este procedimiento buen número de enfermos se puede bien pronto formar un juicio exacto de su valor terapéutico. Para dar una idea de los sujetos sometidos á la abertura y cauterización del saco lagrimal con el nitrato ácido de mercurio, expondré el número de enfermos operados en el Instituto Oftálmico durante seis años:

Dacriocistitis crónicas operadas.	}	Año 1895.	31	} 306
		» 1896.	34	
		» 1897.	45	
		» 1898.	43	
		» 1899.	83	
		» 1900.	70	

Del cuadro anterior se deduce que hemos sometido al método que practico un contingente bastante considerable de dacriocistitis mucosas, mucopurulentas, dacrioblenorreas y fistulas lagrimales, para poder formular un juicio cierto de su valor. En efecto, sin contar con los enfermos de la consulta particular, resultan operados, sólo en el Hospital, la respetable cantidad de 306 dacriocistitis crónicas por el procedimiento que acabo de describir, del que soy entusiasta partidario. El

número de buenos resultados obtenidos ha sido igual al de enfermos operados, y sería una ligereza en mí imperdonable abandonar un procedimiento operatorio que me garantiza el éxito definitivo, tras el cual anda siempre anhelante el enfermo. En la actualidad tal es mi modo de pensar sobre el importantísimo problema de las vías lagrimales, y resumiendo cuanto dejo expuesto se pueden establecer las siguientes conclusiones:

1.^a La multiplicidad de procedimientos quirúrgicos propuestos para tratar las afecciones de las vías lagrimales nos demuestra la importancia que dentro de la especialidad tienen y que no es tan fácil curarlas como á primera vista parece.

2.^a Cuando la enfermedad radica en los puntos ó conductos lagrimales debemos practicar la dilatación por medio del estilote cónico. Si el orificio y conducto dilatados en esta forma vuelven á recuperar su primitiva estrechez procuraremos seccionarlos con el cuchillo de Weber, debiendo evitar que la sección sea muy extensa, porque las incisiones largas suelen tener el inconveniente de aumentar el lagrimeo.

3.^a En la inversión ó eversión del punto lagrimal, la dilatación ha de variar dirigiéndola hacia fuera ó dentro, según esté dispuesto el punto lagrimal. Cuando éste tiene su asiento en el lugar que le corresponde, se dirigirá el corte un poco hacia dentro del borde libre de los párpados.

4.^a Los cuerpos extraños de los conductos pueden estar sin introducirse por completo dentro de éstos, siendo suficiente cogerlos con una pinza para su extracción. Si están colocados en su interior hay necesidad de practicar una incisión longitudinal del conducto para poderlos sacar, recordando que en las excrecencias polipoideas habrá siempre necesidad de cauterizar el punto de implantación con el termocauterio para evitar la recidiva.

5.^a En las lesiones traumáticas producidas por instrumento cortante que ha determinado una herida simple basta sencillamente coartar bien los labios de ésta y colocar un vendaje, pero si han ocasionado pérdida de sustancia es necesario además la sutura y el cateterismo del conducto.

6.^a Respecto á las fistulas canaliculares, procuraremos conseguir su obliteración avivando el trayecto fistuloso con toques superficiales de termocauterio.

7.^a La dacriocistitis aguda debemos tratarla quirúrgicamente por medio de una punción amplia, que practicaremos en la pared anterior del saco, con objeto de evitar la mortificación de los tejidos. Después de cesar la inflamación y haber desinfectado el saco se le reconoce bien, destruyéndole con el nitrato de ácido de mercurio, si su mucosa se

encuentra muy alterada; por el contrario, si el proceso supurativo ha sido tan intenso que le ha convertido en pus, es suficiente practicar una buena desinfección y dejar que cicatrice la herida del fondo á la superficie.

8.^a La dilatación debe hacerse en la pared externa, porque practicándola en la parte más declive de la cara anterior del saco no deja señal alguna y facilita la salida del pus. No creo prudente hacerla por los puntos y conductos lagrimales, como aconsejan algunos autores, porque siendo un punto alto encuentra dificultades la secreción purulenta para salir al exterior.

9.^a Siempre que el enfermo abandone la dacriocistitis aguda, ó sea mal combatida por nosotros, acaba por determinar una fistula lagrimal. Necesita ésta para su curación que desbridemos el trayecto fistuloso hasta el saco, el cual debemos canterizar con el cáustico químico que dejo indicado en la dacriocistitis aguda.

10. El tumor prelagrimal y la pericistitis aguda no son dos enfermedades distintas, como opinan algunos autores, sino una misma entidad morbosa, como nos lo demuestra la clínica. Es una afección que se observa pocas veces y que tiene vida clínica propia é independiente de la dacriocistitis. El tratamiento consistirá en abrir la colección purulenta, raspar con la cucharilla cortante las fungosidades de la bolsa que contenga el pus, desinfectar bien y respetar el saco si se encuentra sano. Por el contrario, si la pericistitis va acompañada de la inflamación de aquél, se hace la extirpación.

11. El tratamiento quirúrgico varía, según la dacriocistitis crónica que tengamos que combatir. En la dacriocistitis simple procuraremos intervenir con una buena desinfección de la conjuntiva ocular, haciendo al mismo tiempo algunas inyecciones en las vías lagrimales con agua hervida ú otro antiséptico, como las soluciones de ácido bórico ó formol. Si no conseguimos resultado con este tratamiento, tampoco lo obtendremos con el cateterismo, pues si bien se alivian los enfermos al empezar á sondarles, cuando se abandona la sonda vuelve á reaparecer la epifora, siendo preferible en tales circunstancias apelar á la extirpación de la glándula lagrimal, operación inocente y sencilla con la que conseguimos buenos resultados.

12. Las inyecciones por las vías lagrimales de líquidos astringentes ó ligeramente cáusticos, muy usadas para curar la dacriocistitis mucosa, no dan ningún resultado. Lo mismo ocurre con el *masaje* y la *electrolisis*, porque si bien esta última modifica favorablemente la secreción patológica de la mucosa del saco y dilata la estrechez, su acción curativa es pasajera, nunca permanente.

13. Idéntico resultado obtendremos combinando los agentes terapéu-

ticos anteriores con el cateterismo, tan preconizado por casi todos los autores para corregir la estrechez del canal lagrimonasal. Por mi parte diré que le conceptúo completamente inútil, por no decir perjudicial, pues los casos más favorables sometidos al sondeo durante varios meses, si bien mejoran al empezar el tratamiento, á larga fecha quedan con igual lagrimeo ó mayor del que tenían antes de colocarles la sonda, ocurriendo muchas veces que la dacriocistitis simple y mucosa se convierte en purulenta después del sondeo. El cateterismo de las vías lagrimales debe por lo tanto abandonarse, por lo menos en España.

14. Si la dacriocistitis mucosa persiste, que indudablemente persistirá, á pesar de los lavados antisépticos de las vías lagrimales, y la secreción mucosa es abundante, no hay que dudar de la conducta que tenemos que seguir: es la destrucción del saco lagrimal.

15. De los medios propuestos para destruir el saco en la dacriocistitis purulenta con tumor lagrimal, *extirpación, curettage y termocauterio*, ninguno nos ofrece garantía, porque todos tienen un inconveniente grande, cual es la dificultad de poder destruir el saco por completo. Su disección es difícil, aun dilatado previamente con parafina; lo mismo ocurre si queremos destruirle por el raspado con la cucharilla, ó cauterizándole con el termo, porque es muy fácil que dejemos alguna pequeña parte del saco donde no haya llegado el bisturí, la cucharilla ó la punta del cauterio, y esa pequeña cantidad de mucosa que se deja sin tocar será causa suficiente para que vuelva la supuración á reaparecer.

16. Las dacriocistitis crónicas con secreción de moco-pus en la mucosa lagrimal se combaten siempre con éxito abriendo el saco y cauterizándole en toda su extensión con el nitrato ácido de mercurio, que determina su completa destrucción. (Com. al XIV al Congreso internacional de Medicina, Madrid, abril de 1903.)

DE LAS EPILOITIS COMO COMPLICACIÓN DE LA RESECCIÓN

DEL EPIPLÓN EN LAS HERNIAS

Por el doctor **J. ORTIZ DE LA TORRE**, de Madrid.

(Resumen.)

En las hernias de todo género es bastante frecuente encontrar el epiplón entre el contenido herniano, y es principio generalmente aceptado en tales casos proceder á la resección más ó menos extensa de este delantal grasoso. Tratándose de una túnica de gran vascularidad, es preciso atender con gran esmero á la hemostasia antes de la sección, y por lo común empléase la serie de ligaduras en forma de cadena que garantiza la permanencia de la obturación de los vasos.

De esto resulta que, por poco extensa que sea la sección, es menester un número considerable de ligaduras, y, por consiguiente, gran cantidad de material de hilos que han de ser abandonados en la cavidad abdominal. Sean ó no reabsorbibles los que se empleen, es lo cierto que se multiplican las probabilidades de la infección con la cantidad de material usado, y lo mismo se registran casos de epiploitis con el *catgut* que con la seda.

Cuando la infección se efectúa, sobreviene, por lo general, tardíamente, á los ocho ó doce días de la intervención, cuando nada la podría hacer esperar, y se manifiesta por fenómenos de reacción general, fiebre y síntomas locales de dolor intenso y presencia de una masa indurada delante de los intestinos.

Casi siempre se establecen adherencias muy prontas entre el muñón del epiplón inflamado y las paredes abdominales ó las asas intestinales. El desenvolvimiento del proceso supurativo suele ser muy lento, de quince á treinta días y aun más, al cabo de los cuales ó se inicia la formación de un absceso con tendencia á romperse en la pared abdominal ó se hace una comunicación por perforación en el colon transverso por donde se evacua el pus. En todos los casos, el dolor domina la escena. Es tan constante el establecimiento de adherencias peritoneales alrededor del foco epiploico, aislándole de la gran cavidad de la serosa, que de aquí se desprende la conducta que debe observarse, reducida á contemporizar con el dolor y la fiebre y esperar la indicación clara de que el absceso está coleccionado en un punto y unido á la pared del vientre para proceder á su evacuación incindiendo.

Como la línea de ligaduras es extensa, puede ocurrir una verdadera siembra de pequeños focos infectados que evelucionan á un tiempo ó unos después de otros, retardando mucho la terminación del proceso, pero que, á mi entender, contraindican toda intervención prematura, pues ocurriría acaso que la laparotomía que se intentase para extirpar los focos infectados no hiciese caer en una nueva siembra más grave de toda la cavidad peritoneal.

Cuando los abscesos se abren al exterior puede observarse la eliminación de las ligaduras unas tras otras, mezcladas con el pus. En los casos de evacuación espontánea del absceso en un intestino se conoce la feliz terminación por la cesación del dolor y la fiebre, y á veces es dable reconocer el pus en las deyecciones.

Por lo expuesto se deduce:

1.º Que la epiploitis supurada puede ser una complicación en las resecciones del epiplón en las hernias.

2.º Su diagnóstico es sencillo, por su aparición á los diez á doce días de la intervención con fiebre, dolor y empastamiento del epiplón restante.

3.º Su curso espontáneo, muy lento, tiende á la formación de abscesos, bien dirigidos á la pared abdominal, bien al intestino, pero con establecimiento de adherencias y el aislamiento consiguiente del foco primitivo.

4.º No debe seguirse otro tratamiento que calmar el dolor (morfina, fomentos, hielo) y esperar la manifestación acentuada del absceso coleccionado cerca de la pared abdominal para evacuarle por incisión, ó en caso de abertura espontánea en el intestino la expectación pura, limitada á prevenir la estancación de las heces (irrigaciones).

5.º Sería muy conveniente idear un procedimiento que permitiera la hemostasia de la sección del epiplón sin el empleo de ligaduras perdidas.

La angiotripsia ó el magullamiento de la sección epiploica con constricciones muy enérgicas sería el ideal para evitar las infecciones consecutivas. (Com. al XIV Congr. Int. de Med., Madrid, abril 1903.)

REVISTA GENERAL

De la adenopatía mesentérica en las apendicitis agudas toxiinfecciosas, por el doctor Quenu.—Una de las formas agudas de la apendicitis cuyo pronóstico es más grave y que en menos de veinticuatro horas dan lugar á septicemias peritoneales toxipútridas fuera del alcance de toda terapéutica quirúrgica es la apendicitis infecciosa y gangrenosa. Importa, pues, establecer diagnóstico lo antes posible. El autor ha tenido ocasión de observar y de operar un caso de este género desde las primeras horas y fue llamada su atención sobre un signo que considera muy importante. Tratábase de una gangrena primitiva del apéndice. A la exploración, el niño presentaba un dolor excesivamente vivo en todo el lado derecho con defensa muscular; el vientre estaba también doloroso en la línea media al nivel del ombligo, por encima de él y hasta hacia el hipogastrio; se observaba asimismo sensibilidad viva al nivel del lado izquierdo del abdomen, pero el vacío izquierdo estaba completamente indoloro á la presión. En el curso de la operación chocó la existencia de enormes gangliones alargados, tumefactos, no indurados, rojos, que ocupaban no solamente el ángulo ileocecal, sino también el mesenterio hasta hacia la columna vertebral. El autor piensa que se debe establecer una relación entre la zona dolorosa á la presión y la existencia de los gangliones. Estima que una apendicitis virulenta desde un principio tiene probabilidades de infectar profundamente los ganglios que reciben sus linfáticos; la extensión precoz de la adenopatía da en cierto modo la medida de esta toxicidad y la extensión del dolor en una época en que no puede tratarse de una participación del peritoneo en la inflamación; es la prueba acusadora de esta adenopatía. (*Revue de Chirurgie.*)

Bronquitis agudas y tuberculosis pulmonar, por el doctor L. Chauvain, de Paris. (*Resumen.*)—La bronquitis aguda, en sus

relaciones con la tuberculosis, puede ser estudiada como causa, como efecto y como complicación. No nos ocuparemos más que de la bronquitis común en el adulto.

- 1.º Bronquitis premonitora de la tuberculosis.
- 2.º Bronquitis del segundo periodo de la enfermedad.
- 3.º Bronquitis en el tuberculoso cavitario.

Bronquitis premonitora de la tuberculosis.—Causada muy á menudo por un simple enfriamiento, evoluciona en pocos días y se manifiesta por un calosfrío, un quebrantamiento general, tos, una expectoración grisácea transparente, aireada al principio, luego espesa y mocopurulenta por último. Poca disnea, poca ó ninguna fiebre.

A la palpación, las vibraciones vocales están ó no exageradas en los vértices. No se deben confundir estas vibraciones exageradas con las vibraciones de los estertores de sople, que se han llamado estertores palpables y que serían mejor denominados vibraciones-estertores, por analogía con las voces-estertores descritas por ciertos autores para la plenresía.

La percusión confirma la sospecha de la tuberculosis cuando descubre una disminución de la elasticidad pulmonar ó una submacidez en los vértices. Un signo interesante de retener al principio es la exageración de la resonancia pulmonar ó la transformación de su timbre obtenida por la percusión de la clavícula durante la auscultación de la fosa supraespinosa.

A la auscultación, los signos del vértice son lo más á menudo marcados por los estertores de bronquitis.

Dos casos pueden presentarse en el curso de la enfermedad: ó bien los signos físicos siguen predominantes en un vértice mientras que disminuyen en los demás sitios, ó bien la bacilosis permanece en estado latente y no se revela hasta varios meses después.

En todos los casos el sintoma importante desde luego es la fiebre. Es preciso intentar reducirla con las envolturas torácicas y la quinina en inyecciones hipodérmicas ó supositorios. Se darán además los menos medicamentos posibles; se procurará alimentar al enfermo, tenga ó no fiebre, y se tomarán las mayores precauciones higiénicas en el curso de la convalecencia.

Bronquitis en el segundo periodo de la tuberculosis pulmonar.—Puede empezar con motivo de la menor infracción del régimen higiénico antes seguido, pareciendo atribuible á la penetración de gérmenes más virulentos en una colectividad. A menudo, por último, su origen queda desconocido.

El enfermo tose más; su expectoración, más fluida los primeros días, se hace mocopurulenta. La fiebre, con oscilaciones irregulares, presenta máximas matutinas.

A la auscultación se encuentran asociaciones de signos que se han podido llamar paradójicos.

La bronquitis tuberculosa dura siempre más largo tiempo que la bronquitis común; después se calma y desaparece, cediendo un poco de terreno á la tuberculosis.

El reposo, el régimen higiénico dietético, el yoduro de estroncio, el benzoato de sosa, la ipecacuana y la revulsión serán empleados según los casos.

En la convalecencia se obtendrán excelentes efectos de una solución glicerocacodilica así compuesta:

Agua esterilizada.	100 gramos.
Cacodilato de sosa.	5 —
Glicerofosfato de sosa.	10 —
Acido fénico nevoso.	50 centigr.

Se inyectará 1 c. c. el primer día, 2 el segundo, 3 el tercero y 4 el cuarto; después 3, luego 2 y por último 1 c. c., y así sucesivamente, aumentando ó disminuyendo 1 c. c. cada vez (Período de reposo).

Bronquitis en el período terciario.—Los microorganismos patógenos más ó menos virulentos penetran en un pulmón, en el que encuentran las condiciones más favorables para su desarrollo, y bien pronto ganan la batalla en el tuberculoso cavitario, cuyos medios de defensa se debilitan cada día más.

Por otra parte, la disminución del calibre de los bronquiolos, su musculatura cada vez menos enérgica, son la causa de un hacinamiento que dificulta la hematosis.

La bronquitis conduce á la alveolitis y evoluciona de una manera intensa y grave, porque se injerta en un terreno tuberculoso.

La revulsión, los vomitivos, las pociones quermetizadas y los opiáceos serán los agentes de un tratamiento completamente sintomático.

Conclusiones.—Así, la bronquitis se presenta como una causa, un efecto y una complicación temible de la tuberculosis pulmonar. La infección del pulmón, determinada ó aumentada por los microbios de la bronquitis, realiza las condiciones más favorables para el desarrollo y la extensión del bacilo de Koch. Puede decirse, remedando una expresión célebre, que la bronquitis aguda es el más peligroso de los accidentes que pueden afectar al tuberculoso ó al pretuberculoso. (Congreso Internacional de Medicina, Madrid, abril 1903.)

Ulmarina, nueva preparación salicilada, por los doctores Bardet y Chevalier.—Este producto salicílico, descubierto por Bours, está destinado á sustituir al salicilato de metilo, cuyo olor repugna á bastantes enfermos. La ulmarina, mezcla de éteres salicílicos y de alcoholes de peso atómico elevado, contiene 75 por 100 de ácido salicílico y es un líquido de color amarillo rosado y de olor aromático. Los experimentos en los animales prueban que carece casi en absoluto de propiedades tóxicas. Se ha empleado en el reumatismo y en el lumbago. Es bien tolerada por la piel, y á la dosis de 4 á 16 gramos produce los mismos efectos que el salicilato de metilo. Su acción analgésica es notable. Puede emplearse por la vía gástrica, aun á dosis de cinco gramos, sin que sobrevenga efecto nuevo alguno. (*Rev. de Med. y Cir. práct.*)

La alimentación de los tifoideos, por el doctor Mariani, de Madrid.—Según se deduce de su práctica, el autor piensa que, á pesar de los grandes gastos orgánicos del tifoideo, basta para su sostenimiento con la alimentación de leche, caldos y alcohol.

Que la alimentación láctea debe prolongarse durante la convalecencia, porque sus efectos diuréticos favorecen la eliminación de las toxinas.

Y que ningún tifoideo debe comenzar la alimentación sólida ó semi-

sólida hasta ocho días después de que la temperatura máxima en la axila sea de 37°, si no se le quiere exponer seguramente á una recidiva. (Com. al XIV Cong. Int. de Med., Madrid, abril 1903.)

Tratamiento de la viruela por la fototerapia y la asepsia.—El doctor Landouzy ha presentado en la Academia de Medicina de París un trabajo del doctor Barbary sobre el tratamiento de la viruela por la asociación de la fototerapia y de un método riguroso de antisepsia y asepsia. Ha tratado así seis adultos y dos niños con resultados notables. El tratamiento empleado, además del aislamiento en una habitación iluminada con luz roja, fue el siguiente:

Medicación cutánea.—Por la mañana, por la tarde y por la noche, lociones generales con una disolución de sublimado al 1 por 2.000. Dos veces al día pulverizaciones sobre la cara con una disolución tibia de sublimado al 1 por 4.000. Lavatorio de los ojos, de la nariz y de los oídos. Gargarismos y limpieza de la boca.

Mañana y tarde, bastante tiempo después de la pulverización, toques á las partes afectadas, incluso la cara, con la mezcla siguiente:

Salicilato de sosa	5 gramos.
Agua de laurel cerezo	} aa. 10 —
Alcohol	

Un enema abundante de agua bórica hervida cada mañana.

Medicación interna.—Dos veces por día una cucharada de jarabe fenicado.

Según las indicaciones de la temperatura, dos veces al día un sello compuesto de:

Salol	20 centigr.
Bromhidrato de quinina	25 —

Leche cada dos horas, mezclada alternativamente con café ó con agua de Vichy.

Con esta terapéutica el doctor Barbary ha obtenido los resultados siguientes: 1.º, curación de todos los enfermos; 2.º, durante la enfermedad, disminución rápida de la temperatura, sin supuración ni complicaciones, siguiendo el padecimiento una marcha rapidísima; 3.º, después de la descamación, falta absoluta de cicatrices en la cara. (*Revista de Medicina y de Cirugía práctica.*)

De los principios de la sordera, por el doctor Castex.—Existen indicios bastante característicos que anuncian el principio de las sorderas. En el niño se piensa á menudo en una distracción, cuando es el oído que oye mal. El hecho de escuchar al interlocutor mirándole oblicuamente puede poner en camino del diagnóstico. La pubertad en las muchachas hace á veces aparecer una sordera latente.

En el adulto, la costumbre de hacer repetir una pregunta ó una orden dada es muy significativa. En el teatro descubren algunos sordos su enfermedad porque se ven obligados á aproximarse cada vez más al escenario, ó porque perciben mejor la música que el recitado. Para otros hay imposibilidad de seguir una conversación general.

La vocal *o* será la primera que se perderá en la percepción. Algunos

enfermos afectos de esclerosis timpánica oyen bien al teléfono porque hay contacto con los receptores. La voz de los sordos puede ser un indicio; los esclerosos del oído interno hablan alto, y los del oído medio extinguen su voz porque resuena exageradamente en sus cajas. La otoscopia (fatiga del oído) es otro signo del principio; el oído baja rápidamente, para reaparecer después de unos instantes de silencio.

En los viejos, á veces la presbiacusia puede hacerles entender mejor de lejos que de cerca, ó mejor aún la voz cuchicheada que la voz alta. Sin duda porque el órgano debilitado pierde la igualdad de acomodación y de percepción, y porque demas ada sonoridad trastorna su funcionamiento retardado. (*Archives de Méd. et de Chir. Speciales.*)

Acción analgésica del oxígeno puro, su descubrimiento y sus aplicaciones, por el doctor J. Codina Castellvi, de Madrid. — Las conclusiones del trabajo del autor son las siguientes:

1.^a El oxígeno puro, en inyección hipodérmica, posee una acción analgésica poderosa contra los dolores periféricos. Las inyecciones son indoloras.

2.^a La analgesia se limita generalmente á un área bastante extensa de la región donde se ha inyectado el gas, pero en ocasiones se extiende desde la primera porción del tronco nervioso, en cuya región se ha inyectado, hasta sus ramas terminales.

3.^a La analgesia es siempre rápida y algunas veces definitiva después de una sola inyección. El dolor comienza á disminuir á los cinco, diez, veinte ó á lo más treinta minutos, acentuándose progresivamente la analgesia hasta el punto de que en muchos casos desaparece en absoluto aquél á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas sin necesidad de inyectar de nuevo.

4.^a De preferencia se practicarán las inyecciones en los sitios de emergencia superficial de los troncos nerviosos, aunque se pueden practicar, sin menoscabo del efecto analgésico, en toda región dolorosa.

5.^a Las dosis á que se ha de inyectar el gas pueden oscilar entre 200 y 1.000 c. c. La dosis que hemos empleado con más frecuencia ha sido la de 500 c. c. Podrán servir para regular las cantidades la antigüedad, la intensidad y la rebeldía del dolor, aunque, en honor á la verdad, todavía no conocemos ningún dato clínico que pueda servir para dosificar con exactitud la cantidad que es necesario emplear.

6.^a En una misma sesión pueden practicarse sin inconveniente inyecciones en distintos sitios, si son intolerables y diseminados los dolores. Pero en caso contrario, sólo se practicará una en la región más dolorosa y no se repetirá hasta pasadas veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, si el dolor persiste. En cuanto ceden los dolores no creemos necesario insistir en el tratamiento.

7.^a El efecto analgésico obtenido debe atribuirse principalmente á la acción química del oxígeno, sin que por el momento nos atrevamos á puntualizar en qué consiste dicha acción.

8.^a Hemos obtenido éxitos sorprendentes en la ciática y en las neuralgias de los nervios procedentes de los plexos lumbar, cervical y braquial y en los dolores de la poliartritis deformante.

9.^a Por razones de analogía es de suponer que se obtendrán análogos efectos en las neuralgias intercostales, en el zona, en la neuralgia del

trigémino y hasta en la odontalgia por caries dentaria, en los dolores del reumatismo crónico y en los dolores periféricos que se desarrollan en el curso de algunas enfermedades nerviosas.

10. Por motivos de otra índole es de suponer que no se obtendrán efectos analgésicos semejantes en las visceralgias (gastralgia, cólico hepático, cólico nefrítico, etc.), y en cambio, no extrañaríamos que se obtuvieran en los dolores que acompañan á los procesos cancerosos superficiales. (Com. al XIV Cong. Int. de Med., Madrid, abril 1903.)

Del histerismo y lesiones aórticas.—Como resumen de su notable trabajo, el doctor Mariani, de Madrid, establece que:

1.^a Las impresiones morales figuran en la etiología de las lesiones cardíacas en igual proporción que el alcoholismo y el reumatismo.

2.^a Las lesiones á que dan lugar son casi siempre aórticas desde su principio.

3.^a Las histéricas viven en emoción constante, y por eso concluyen casi siempre por padecer estenosis é insuficiencias aórticas.

4.^a El mecanismo productor de esas lesiones es, sin duda, los trastornos de circulación capilar y de contracción órica á que está sometido el orificio aórtico en el estado emocional perpetuo de estas enfermas, por intermedio de las contracciones del miocardio, anormales en lo que toca á su duración y á su intensidad. (Com. al XIV Cong. Int. de Med., Madrid, abril 1903.)

Sobre el carcinoma del intestino grueso.—Para el diagnóstico del carcinoma del intestino grueso hay que tener en cuenta un grupo de lesiones que, apreciadas en su justo valor, pueden permitir ayudar al diagnóstico á tiempo cuando la intervención operatoria es todavía posible. He aquí los que rápidamente reseña el doctor Cramer:

Ocupan el primer lugar los accesos de cólicos y las enterorragias; después viene el ruido de estenosis, que no se confundirá con el ruido de gluglú, que se nota á menudo auscultando el abdomen y que no tiene nada que ver con aquél; el tenesmo será más fuerte y doloroso cuanto más próximo al esfínter esté el carcinoma, y la forma de las heces de pequeño calibre ó acintadas. Este último síntoma no tiene, sin embargo, según el autor, un gran valor, porque la forma de las heces es determinada casi exclusivamente por el esfínter anal y las contracciones del colon y del recto. A veces se puede ver aparecer una masa continuamente creciente por encima del punto estenosado, pero en estos casos es siempre difícil decir si se trata de verdadero tumor ó más bien de materias fecales retenidas. Será un gran dato para el diagnóstico del carcinoma el estado de la nutrición y las condiciones generales del enfermo. (*Munch. Med. Woch.*)

Consideraciones acerca de la histerectomía en el tratamiento de la infección puerperal, por el doctor F. Cortejarena, de Madrid.—He aquí las conclusiones del importante trabajo del autor:

1.^a El útero es frecuentemente el origen principal de la infección puerperal á causa de las materias retenidas en su interior. Se procederá entonces á hacer la evacuación de estos agentes infecciosos.

2.^a La infección, generalizada á varios órganos, venas, riñones y aun

en la sangre, disminuye la importancia del útero como agente infeccioso y nada podrá autorizar una intervención quirúrgica local.

3.^a Los modos de la infección son muy diversos. La indicación terapéutica será, pues, diferente, jamás única.

4.^a La infección es á veces de larga duración y se termina favorablemente por el empleo de los remedios conocidos. Nada podría justificar nuestra intervención, puesto que las enfermas pueden pasarse sin ella y curar.

5.^a Es difícil elegir el momento de la intervención, que se juzgará unas veces demasiado pronto y otras excesivamente tarde.

6.^a Por más que las enfermas curen, la histerectomía determina una esterilidad permanente.

7.^a El examen bacteriológico de la sangre no facilita un pronóstico favorable ó adverso para decidirmos á la operación. (Com. al XIV Cong. Int. de Med., Madrid, abril 1903.)

Importancia de la radiografía y de la radioscopia para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar al principio; valor de los signos de Williams, por el doctor Hennecart, de Sedán. — Sobre lo difícil que es al principio el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, los signos suministrados por la auscultación y la percusión, los resultados del examen bacteriológico son á menudo negativos. Es necesario comprobarlos por el examen del enfermo por los rayos X.

El autor presenta el resultado de sus observaciones en 32 casos: 30 veces el pulmón ha acusado disminución de la claridad en el vértice enfermo. Cuanto á los signos de Williams, en estos 32 casos la menor extensión de la imagen pulmonar del lado enfermo no ha sido observada más que 14 veces, mientras que el más débil descenso á la inspiración del diafragma del lado enfermo con relación al sano se notó 29 veces.

En resumen, los signos más importantes son la disminución de la claridad de uno de los vértices y el descenso menor del diafragma á la inspiración del lado enfermo que del lado sano.

Hennecart se ha servido de la radioscopia y de la radiografía. Sin embargo de aconsejar emplear las dos, da preferencia á la radioscopia, á condición de servirse de una pantalla de plomo que forme diafragma, análoga á la de los fotógrafos, y quedar quince á veinte minutos en la oscuridad antes de practicar el examen.

Bajo la forma de conclusiones el autor piensa que todos los sanatorios deberían poseer un aparato de rayos X, emitiendo los dos deseos siguientes:

1.º Que en las escuelas importantes todos los enfermos sean examinados dos veces al año por los rayos X.

2.º Que todos los jóvenes antes de cumplir su servicio militar sufran la prueba de los rayos X.

De esta manera, reformando por lo menos temporalmente los sujetos enfermos ó dudosos, se podría eficazmente disminuir la mortalidad causada por la tuberculosis pulmonar, mortalidad relativamente elevada en el ejército francés. (Com. al XIV Cong. Int. de Med., Madrid, abril 1903.)

Terapéutica de la ictericia catarral, por el doctor Revidzoff, de Moscou.— El autor resume su estudio de la siguiente manera: La ictericia catarral dura habitualmente de dos á seis semanas; en ocasiones su duración es más larga y muy raramente más corta. Los remedios habituales distan de ser siempre capaces de cortar el proceso inmediatamente después de su aplicación.

Al contrario, los lavados diarios del estómago con agua caliente (28 á 30° R.) obran como un verdadero colagogo después de la segunda ó tercera sesión (en ocasiones ya después de la primera), provocan el paso de la bilis por el conducto colédoco, de lo que podemos á menudo persuadirnos por la aparición de la bilis en los lavados cuando su paso estaba totalmente excluido (excrementos completamente decolorados). Inmediatamente después de renovarse el paso de la bilis, los síntomas de la enfermedad bien entendido empiezan á mejorar, y en el espacio de tres á siete días, según la gravedad del caso, la curación completa se obtiene siempre.

Todos los remedios habituales, y hasta una dieta severa, son absolutamente excluidos de sus enfermos; los lavados del estómago pueden ser considerados como el medio más seguro contra la ictericia catarral. (Com. al XIV Cong. Int. de Med., Madrid, abril 1903.)

La frecuencia de los movimientos respiratorios como síntoma de raquitismo, por el doctor Doukelsky.— El autor la ha hecho constar en la mayoría de los raquíticos, sin que ninguna otra lesión ó trastorno concomitante pudiera dar cuenta del hecho.

Se pueden á menudo notar 50 ó 60 respiraciones por minuto y más, y no es tampoco excepcional ver subir esta cifra á 80 y 90. En los niños raquíticos cuyo estado mejora, la frecuencia de las respiraciones disminuye poco á poco.

Respecto á la causa de esta polipnea estará en las causas mismas del raquitismo, especialmente en la permanencia en un aire confinado y la excitación de los centros respiratorios. Más tarde, las deformaciones torácicas y el rechazamiento del diafragma favorecen la acumulación en el tórax de ácido carbónico, que obra igualmente como excitante del centro respiratorio. (*Wratch. Gazeta.*)

La hidroterapia en la fiebre tifoidea, por el doctor Mariani, de Madrid.— El baño general no puede constituir un tratamiento sistemático de la fiebre tifoidea:

Sus indicaciones son: la hipertermia y la ataxia.

La temperatura del baño debe ser tibia cuando se sumerge en él al enfermo (30 á 32°) y fresca durante el baño (26 á 24°).

La temperatura debe descenderse gradualmente.

Los baños calientes y los fríos perjudican siempre al tifoideo.

En muchísimos casos de fiebre tifoidea es innecesaria la hidroterapia. (Com. al XIV Cong. Int. de Med., Madrid, abril 1903.)

Empleo del cloruro de calcio en la metritis hemorrágica.— El doctor Lafond Grellety ha obtenido excelentes resultados en varios casos de menorragias por el uso interno del cloruro de calcio. Por su parte, el doctor Gross, de Nancy, ha utilizado con éxito las pro-

piedades coagulantes de este medicamento en cuatro mujeres afectas de metritis hemorrágica, así como en un cáncer inoperable del útero con hemorragias que persistían á pesar del raspado, y que bajo la influencia del cloruro de calcio disminuyeron hasta el punto de permitir á la enferma, anteriormente anemiada y mantenida en cama, poder volver á su vida habitual y á los trabajos del campo.

Gross ha hecho tomar á sus pacientes todos los días un enema que contenía 10 gramos de cloruro de calcio por 200 gramos de agua destilada esterilizada, precedida de un clíster evacuador. Administraba además una poción preparada según la fórmula siguiente, preconizada por Bertignon, de Nancy:

Cloruro de calcio.	4 gramos.
Jarabe de menta.	30 —
Agua destilada.	90 —

Para tomar una cucharada de las de sopa cada dos horas.

El uso de esta mixtura podrá ser continuado sin inconveniente durante largo tiempo, porque el medicamento se elimina rápidamente con tal de que los riñones funcionen bien. (*Rev. int. de Méd. et de Chir.*)

Tratamiento medicamentoso de la miocarditis tifoidea,

por el doctor Calamet.—Cuando en el curso de la fiebre tifoidea en el niño se observa en un momento la existencia de una miocarditis, la cuestión que se plantea es saber si se ha de continuar la balneación fría ó caliente. Esta balneación puede ser continuada si se tiene cuidado de prevenir los accidentes sincopales posibles por la inyección subcutánea de estrienina ó de esparteína, por la aplicación de una vejiga de hielo por delante del corazón ó por la inyección de agua salada (Guinou).

Respecto al tratamiento medicamentoso, propiamente dicho, de la miocarditis, para cierto número de médicos la digital, á la dosis de 20 á 30 gotas, produce los mejores resultados. Las pulsaciones se hacen más lentas, el pulso aumenta de fuerza, de plenitud, de regularidad; hay elevación de la tensión vascular, que es muy débil en la fiebre tifoidea, como ha demostrado Potain. Desgraciadamente, la digital se acumula y puede así provocar la asistolia; por último, obra lentamente.

La cafeína no se acumula y obra rápidamente; puede ser administrada á la dosis de 0,25 á 1 gramo al día, bajo la forma de inyecciones. Pero la cafeína tiene á veces el inconveniente de producir irritación y hasta delirio. En estos casos se la puede reemplazar por la esparteína, el contenido de una ó dos jeringas de las de Pravaz de la solución siguiente:

Sulfato de esparteína.	40 centigr.
Agua destilada.	10 gramos.

Se puede asimismo emplear el aceite alcanforado al décimo ó el sulfato de estrienina (un cuarto de miligramo). La ergotina, en virtud de sus propiedades vasoconstrictivas, ha dado buenos resultados á Demange.

El síncope será tratado por los procedimientos habituales: declividad de la cabeza, flagelaciones, fricciones, tracciones rítmicas de la lengua. (*Rev. int. de Méd. et de Chir.*)

FORMULARIO

Chancro blando. (*M. E. Szanto.*)

Acido salicilico,	1 gramo.
Vaselina,	30 —
Tintura de benjuí,	2 —

Se lavan con cuidado los bordes de la úlcera, se lava la herida con una disolución de sublimado; después se aplica una capa de la pomada arriba formulada, extendida sobre una rodaja de gasa aséptica y se cubre por una tela impermeable.

(*Bull. Med.*)

Expectorante y calmante. (*Espagne.*)

Jarabe de ipecacuana,	8 á 10 gramos.
— de tolú,	20 —
Bromuro de potasio,	1 —
Aguardiente ó ron,	20 —
Hidrolado de tilo,	75 —

Para tomar á cucharadas de las de sopa cada dos horas.

En los niños se rebaja á 5 gramos la cantidad de jarabe de ipecacuana y proporcionalmente la de alcohol y bromuro.

(*Bull. gén. de Thérap., etc.*)

Gastralgia y los vómitos.

Clorhidrato de cocaina,	5 centigr.
Mentol,	10 —
Agua cloroformada saturada,	} aa. 75 gramos.
— de azahar,	

A cucharadas cada dos horas.

O bien:

Codeína,	20 centigr.
Agua de laurel-cerezo,	25 gramos.
— destilada,	75 —
— cloroformada saturada,	100 —

Miocarditis de los niños. (*Sevestre.*)

Cafeína,	} aa. 1,60 gramos.
Benzoato de sosa,	
Vainillina,	0,05 —
Jarabe de tolú,	50,00 —
Ron,	10,00 —
Agua destilada,	60,00 —

Dos cucharadas de las de sopa al día.

(*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*)

VARIACIONES ATMOSFÉRICAS DE MADRID

desde el día 26 de abril al 31 de mayo de 1903.

Días.	26 á 5	5 á 10	10 á 17	17 á 24	24 á 31	
Altura barométrica.	Máxima.	705,50	705,77	707,55	714,69	712,27
	Mínima.	698,69	694,90	701,20	701,85	698,00
Temperatura	Máxima.	16º,5	17º,5	18º,5	26º,9	30º,0
	Mínima.	0º,8	1º,9	2º,1	2º,5	8º,2
Vientos dominantes.	SO., O. y NO.	SO. y O.	S. y O.	SO. y NE.	NE., SE. y E.	

LA SALUD EN MADRID

La baja temperatura, con relación á la estación que atravesamos, ha contribuido mucho á sostener el predominio iniciado á fines del mes pasado de las afecciones agudas y de los recrudecimientos de las crónicas del aparato respiratorio, influyendo en el curso de los padecimientos cardiovasculares por las íntimas relaciones que entre tan importantes funcionamientos existen, y claro es que este otoño prematuro no podía dejar de influir asimismo sobre las manifestaciones reumáticas de todas clases, que han sido bastante comunes. Entre las enfermedades de estos aparatos han llamado la atención las congestiones pulmonares, las neumonías y bronconeumonías, que han recordado las observadas en 1889-90, durante la tristemente memorable epidemia gripal. La gripe ha existido y existe, en efecto, bajo sus dos formas, torácica y abdominal, asemejándose en esta segunda á las infecciones gastro-intestinales de origen colibacilar, pero sin la marcha especial de esta bien definida entidad morbosa. Estas afecciones, algunos exantemas, las verdaderas fiebres colibacilares, es decir, seudotíficas, tíficas y el sarampión en los niños, que continúa siendo frecuente, fueron las que mayor contingente dieron en los hospitales y visitas particulares.

Pero la atención del público, y sobre todo la de la clase médica, ha estado fija desde hace mes y medio en la aparición del tifus exantemático, de cuya última epidemia en Madrid, del año 1868 al 1870, nada recordamos, pues no habíamos empezado nuestra carrera médica hasta el año 1871. Debemos ante todo hacer constar que, afortunadamente, ni en nuestra visita oficial ni en la particular hemos observado un solo caso, siquiera fuese sospechoso, de tifus petequial, y que como á nosotros les ha sucedido á la mayoría de los profesores que más enfermos ven en Madrid. Esta manifestación, que ninguna idea de duda ni mucho menos de negativa envuelve, únicamente tiende á demostrar lo limitada, lo circunscrita que se halla la epidemia dentro de su foco primitivo, lo que tratándose de una enfermedad de las más contagiosas de las conocidas, habla muy en pro de las medidas opuestas desde un principio á su difusión. En efecto, la destrucción del foco (asilo de mendigos), aislamiento de los atacados, aislamiento y observación de los inmunes, desinfección personal y general y las mayores precauciones posibles de aislamiento y desinfección del personal facultativo y subalterno, es todo lo

que puede desearse por los más exigentes en materia de profilaxia dentro de los escasos recursos con que se ha contado. Nadie negará que el dinero es el mayor enemigo de las epidemias, y si careciendo de esta importante arma de combate se ha conseguido lo que antes manifestábamos, ¿cuánto más no hubiera hecho la abnegación profesional, la buena voluntad y la pericia científica con la ayuda de lo que con más razón que nunca pudiera en esta ocasión llamarse el alma de la vida? La epidemia no debe ser, pues, motivo de alarma, sino de prevención, de perseverancia, para conseguir extinguirlo lo antes posible con el menor número de víctimas.

No se puede, sin embargo, dudar de la dificultad que existe en diagnosticar en los primeros momentos una enfermedad epidémica poco común, y nada tiene por lo tanto de extraño que entre los casos en observación hayan existido tíficos eberthianos, enfermos de colibacilosis gastrointestinal y de gripe abdominal en el hospital de epidemia (Cerro del Pimiento); en otros hospitales no podemos asegurarlo. Empezados están por ilustrados profesores los trabajos de indagación experimental y estadística clínica conducentes al esclarecimiento del diagnóstico desde un principio hecho. Y si por su insignificancia, ya que no por su sinceridad, consideráramos de algún valor el aplauso merecido por la clase médica, que, como siempre, en esta ocasión actúa de redentora, lo consignaríamos gustosos, uniéndolo al que con tanta justicia todo el mundo la ha tributado.

CRÓNICA DEL MES

Pliego extraordinario.—Con el presente número hacemos gustosos á nuestros suscriptores el regalo de 16 páginas de texto sin reparar en el gasto que esto supone, ante nuestro deseo de dar salida al original que tenemos recibido y publicar las más importantes comunicaciones, íntegras, resumidas ó en conclusiones, de las presentadas al XIV Congreso Internacional de Medicina últimamente celebrado en Madrid.

Máquina de desinfectar.—Se hace uso en América de una máquina de desinfectar en la que la cámara de vapor es de doble envoltura. En el intervalo circula el vapor, impidiendo así una condensación demasiado rápida en la cámara, permitiendo calentar los objetos que se van á desinfectar antes de la admisión del vapor y luego sacarlos después de la operación. Para evitar toda posibilidad de vida de los gérmenes, una bomba de aire hace el vacío en la cámara antes de la admisión del vapor. La marcha del vapor se regula á voluntad. Los objetos son introducidos mediante una carrecilla metálica. El generador produce el vapor á alta presión.

La medicina y el socialismo del Estado.—Los médicos holandeses trabajan para la constitución de un fondo de Estado destinado á proporcionar una renta fija á todos los médicos del país para evitarles el trabajo de buscar y de vivir por los honorarios de la clientela privada. La Asociación de los médicos holandeses ha propuesto

aprovechar en beneficio de esta Caja de Estado del 1 al 2 por 100 de los ingresos de todas las personas que ganen más de 500 florines al año.

Los socorros profesionales prestados por estos médicos de Estado serán gratuitos para todo el mundo, pero solamente las clases acomodadas contribuirán al sostenimiento de estos funcionarios de Sanidad. Habría un médico de Estado por cada 2.000 habitantes, lo que haría necesarios 2.500 médicos para los 5.000.000 de habitantes con que cuentan los Países Bajos.

Negocio y no para los médicos.—Acaba de fundarse en San Petersburgo una sociedad de seguros contra la enfermedad, establecida sobre las bases siguientes:

Todo inquilino de finca rústica ó urbana que forme parte de la asociación se compromete á ingresar regularmente en la caja social 1,5 por 100 del precio del alquiler que pague. Como recompensa á esta contribución mínima estará asegurado de recibir la asistencia médica y gratuita de un doctor á cualquier hora del día ó de la noche. Y esta asistencia médica se entiende á todos los miembros de su familia y personas á su servicio. Además la Sociedad se encarga de designar á sus miembros cierto número de farmacias, en las que se le proporcionarán los remedios á precios muy reducidos.

¿Faltarán quien explote el negocio en otros países? No lo creemos.

La tuberculosis y los cigarros.—Sábase que en Cuba se han tomado medidas especiales en las fábricas de tabacos á fin de que obreros y obreras humedezcan para terminar el cigarro el extremo con una esponja y no como antes se hacía con los labios. Las experiencias recientemente hechas en Italia por Peserico vienen en apoyo de estas prescripciones. Trozos de tabaco impregnados de esputos de tísicos han provocado la aparición de la tuberculosis; las colillas de los cigarros fumados por tuberculosos declarados y mantenidas en seco durante dos ó tres semanas é inoculadas después á conejos de Indias conservaron todo su poder infectante.

Supresión de las patentes.—Grande ha sido la sorpresa causada por la vuelta al régimen antiguo de tributación de la clase médica. Elaborado de manera latente mientras aquélla se esforzaba en demostrar su vitalidad en el XIV Congreso Internacional de Medicina que se celebraba en Madrid, demostrando lo que es capaz de hacer sin ayuda de los poderes públicos y permitiendo hacer suponer lo que haría si tuviera algún apoyo, la derogación del Real decreto instituyendo las patentes médicas parece así como un castigo, un desahogo al despecho de haber demostrado su valía y á la defensa hecha de la honra de España en el mencionado Congreso.

Bien es verdad que el preámbulo de la derogación no puede contener mayores inexactitudes, y por lo tanto carece de toda razón de ser; realmente el motivo no puede ser otro que el habérsele abierto el apetito á la Hacienda española; se ha dicho: 900 médicos que pagan en Madrid hoy día patentes importan, á 330 pesetas, 297.000; pero no ha contado con la huésped, es decir, con que estas cifras quedarán reducidas, por ser incobrables las restantes por el sistema antiguo, á la

mitad todo lo más. Y con la agremiación se repetirán las escenas anuales tan poco edificantes del reparto de cuotas. Esto por lo que á Madrid se refiere, donde la protesta ha sido unánime, porque tanto en provincias como en las poblaciones rurales no vemos el beneficio de la restauración de lo antiguo.

Obras recibidas.— *Reseña de los principales balnearios de España*, por los médicos directores de baños.

Tratamiento del pie zambo, por A. Martínez Angel, director del Instituto Rubio, jefe de los Dispensarios de Ortopedia y Osteoartropatías.

Tratamiento del pie zambo, por el doctor Vulpius, de Heidelberg.

Contribución al estudio de la digestión gástrica. Influencia del alcohol sobre la digestión gástrica. Los calmantes en el tratamiento de la hiperclorhidria. La alimentación de las clases pobres de Madrid como factor etiológico de enfermedades gástricas é intestinales, por el doctor S. González Campo.

Investigaciones y estudios sobre el paludismo en España, por los doctores F. Huertas Barrero y Gustavo Pittaluga.

La antipirina en los niños y su inocuidad, por el doctor González Alvarez.

Mortalidad de la primera infancia. Informe acerca de la mortalidad infantil de Madrid; sus principales causas y medios de corregirla, por el doctor Ulecia y Cardona.

La tuberculosis del proletario en Madrid, por el doctor V. Guerra Cortés.

De la asistencia á la embarazada pobre en Madrid, por el doctor J. Botella Martínez.

La mortalidad de niños en Madrid; causas y remedio, por el doctor L. Fatás y Montes.

Estudio anatomopatológico y clínico del colesteatoma del oído medio, por el doctor Barajas.

Quistes quílosos intraparietales del vientre, por el doctor Ortiz de la Torre.

Varios casos de pilorectomía por tumor pilórico. Algunas observaciones de cirugía del bazo. Procedimiento de elección para la gastroenterostomía. El estómago en forma de reloj de arena y su tratamiento quirúrgico, por el doctor J. Bravo Coronado.

Acción analgésica del oxígeno puro; su descubrimiento y sus aplicaciones, por el doctor J. Codina Castellvi.

Consideraciones acerca de la histerectomía en el tratamiento de la infección puerperal, por el doctor F. Cortejarena.

El servicio de agua en Madrid estudiado en su aspecto higiénico-administrativo, por el doctor E. Loza Collado.

Indicaciones de la intervención quirúrgica en las enfermedades del estómago, por el doctor S. Cardenal.

Relaciones entre la prensa médica y los poderes del Estado, por el doctor Tolosa Latour.

Nouvelle méthode d'inhalation, del doctor A. Bulling.

Le micrococcus neoformans et les neoplasmes, por el doctor Doyen.

SECCION DE ANUNCIOS

LA MARGARITA EN LOECHES

Antibiliosa, Antiherpética, Antisifilítica, Antiescrofulosa, Antiparasitaria
y muy reconstituyente.

CON ESTA AGUA SE TIENE LA SALUD A DOMICILIO

Cura con prontitud el *Dengue*; es preservativo de la difteria y tisis, usada con frecuencia, como eminentemente *antiparasitaria*. Esta agua *no irrita* por razón de *sus componentes*, y es superior á la que, llamándose natural, no tiene fuerza. Pedir prospectos é instrucciones, Madrid, Jardines, 15, bajos. Depósito central y *único*.

Hecho el análisis por Mr. HARDY, químico ponente de la Academia de Medicina de París, fué declarada esta agua la mejor de su clase, y del minucioso análisis practicado durante seis meses por el reputado químico Dr. D. Manuel Sáenz Díez, acudiendo á los copiosos manantiales que nuevas obras han hecho aún más abundantes, resulta que LA MARGARITA DE LOECHES es entre todas las conocidas, y que se anuncian al público, la más rica en sulfato sódico y magnésico, que son los más poderosos purgantes, y la única que contiene carbonato ferroso y manganeso, agentes medicinales de gran valor como reconstituyentes. Tienen las aguas de LA MARGARITA doble cantidad de gas carbonico que las que pretenden ser similares, y es tal la proporción y combinación en que se hallan sus componentes, que las constituyen un específico irremplazable para las enfermedades herpéticas, escrofulosas y de la matriz, sífilis inveteradas, bazo, estomago, mesenterio, llagas, toses rebeldes y demás que expresa la etiqueta de las botellas que se expenden en todas las farmacias y droguerías y en el depósito central, JARDINES, 15, BAJOS, donde se dan datos y explicaciones. En el último año se han vendido

MÁS DE DOS MILLONES DE PURGAS

GRAN ESTABLECIMIENTO DE BAÑOS

Ablerto desde el 15 de junio al 15 de septiembre. Tres mesas. Baratura y confort. Billetes: Jardines, 15, bajos, donde se dan explicaciones y hojas clínicas.

ANESTESIA GENERAL — ANESTESIA LOCAL

por medio de



“Cloruro de Etilo” puro. — Se vende en tubos de cristal ó de metal.

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Piralsina. Acido fenico sintético. Acido salicilico. Salicilatos de sosa, de metil; y todos derivados. — Resorcina. — Hidroquinona. — Sacarina. — Trioximesileno. — Formaldehido. — Azul de metileno, medicinal, etc., etc.

NOVEDADES

Lactanina (agüitarreico) — Gaiacofosal (Fósforo de Gaiacol)
Fosfical (Fósforo de Grosota).

Sueros: Antistreptocócico. — Antidifitérico. — Tuberculina. — Maleina, etc.
Sueros medicamentosos: Suero Gaiacol (Bronquitis, Tos, etc.)
Suero orgánico Gaiacolado (Tuberculosis, Neurastenia, Abatimiento.)

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHÔNE

CAPITAL SOCIAL: 6.000.000 DE FRANCOIS

SEDE PRINCIPAL: SAINT-FONS, PRÈS LYON

DEPOSITARIOS para España: VILAR RIDAURA HERMANOS
VALENCIA — BARCELONA

TRATADO DE CIRUGIA DE URGENCIA

POR

FELIX LEJARS

Profesor agregado á la Facultad de Medicina de París, Cirujano de la Casa Municipal de salud, individuo de la Sociedad de Cirugía.

VERSIÓN CASTELLANA DE LA SEGUNDA EDICIÓN FRANCESA

DEL DOCTOR GUSTAVO REBOLES Y CAMPOS

Exalumno interno, por oposición, de la Facultad de Medicina de Madrid; Médico numerario, por oposición de la Beneficencia Municipal de esta Corte, etc.

CON UN PRÓLOGO

DEL DOCTOR EULOGIO CERVERA Y RUIZ

De la Real Academia de Medicina, Director de la Casa de Salud de Ntra. Sra. del Rosario é Instituto Encinas, Jefe de la sección de Cirugía general del Instituto de Terapéutica operatoria del Dr. Rubio, etc.

ILUSTRADO CON 617 FIGURAS, 249 DE ELLAS DIBUJADAS DEL NATURAL POR EL DR. E. DALEINE Y 134 FOTOGRAFÍAS.

Madrid, 1901. Un magnífico tomo en 4.º, de más de 800 páginas, impreso en papel *couché*.

Precios.—En Madrid: en un tomo en pasta francesa, 25 pesetas; en dos tomos, 28. En provincias: en un tomo, 26 pesetas; en dos tomos, 29.

NOTA IMPORTANTE.—Para facilitar la adquisición de tan notable obra, los Sres. Bailly-Baillière é Hijos la sirven encuadrada al hacer el pedido, y el cobro lo harán en tres mensualidades, siendo de cuenta del comprador los gastos de giro, 1,50 peseta.

AGENDA MÉDICO-QUIRÚRGICA DE BOLSILLO

Ó MEMORÁNDUM TERAPÉUTICO, FORMULARIO MODERNO Y DIARIO DE VISITA PARA 1903

Y USO DE LOS MÉDICOS, CIRUJANOS Y FARMACÉUTICOS

Bajo la dirección facultativa del Doctor D. Gustavo REBOLES Y CAMPOS

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

NOMENCLATURA DE MEDICAMENTOS NUEVOS INCLUIDOS EN ESTA EDICIÓN

Acido cinámico.—Agurina.—Alcanforato de creosota.—Alcanforato de guayacol.—Alcanforato de pirimidón.—Amigdofenina.—Antinosina.—Asparaginato de mercurio.—Azimol.—Bismutosa.—Boricina.—Bouduc.—Bromipina.—Bromocela.—Butilcloral.—Cacodilato de guayacol.—Calcínol.—Cantaridato de cocaína.—Cassaripa.—Chaulmoogra.—Chirol.—Cimicífuga racemosa.—Cinamato de sosa (Hetol).—Cinamilegenol.—Clorato de sosa.—Clorobacido.—Cloruro de calcio.—Cloruro de paladio.—Creosoformo.—Creosol (Tanato de creosota).—Dimal.—Dioformo.—Doundaké.—Eritrol.—Ferosomatosa.—Fluoruro de amonio.—Fluoruro de sodio.—Formaldehidocaseína.—Formiato de litina.—Fosfato de creosota.—Gabianol.—Gallobromol.—Glicerofosfato de litina.—Globono.—Guaiamar.—Guayacil.—Guetol.—Hedonal.—Hermofenil.—Hipnal.—Hipnon.—Hoang-nan.—Honthin.—Igazol.—Iodotiformina.—Iodipin.—Iodoformo vasógeno.—Levadura de cerveza.—Liantral.—Ligosina.—Lisoformo.—Mercuriol.—Microcidina.—Mirtol.—Moringa pterigosperma.—Muirapuma.—Nirvanina.—Nitrato de sosa.—Nosofeno.—Oxidotannato de bismuto.—Panbotano.—Permanganato de cal.—Persodina.—Quinafol.—Quina (Eosolato de).—Quina (Glicerofosfato de).—Quina ureoclorhidrata.—Quinocloral.—Salicilato de amilo.—Salicilato de nicotina (Eudermol).—Salinafol.—Salitannol.—Salicollá.—Sambucina.—Sanono.—Sapote blanco.—Simulo.—Sirolina.—Tanato de antipirina.—Tetronal.—Timoformo.—Tiocol.—Tiopirina.—Tiralol.—Traumatina.—Traumatol.—Trieffrina.—Tussol.—Urisolvina.—Viburnum prunifolium.—Xeroformo.—Yohimbina.—Zomol.

PRECIOS

	MADRID	PROVINCIAS
En tela á la inglesa.	2,50	3,00
Con seda y cantos dorados, Agenda dividida en dos partes.	3,50	4,00
Con papel moaré, Agenda dividida en dos partes.	2,50	3,00