

EL SIGLO MÉDICO



SUMARIO

BOLETIN DE LA SEMANA: Las nuevas Juntas de Patronato.—La salud en Europa.—La salud en Tenerife y el regreso del doctor Comenge.—**SECCIÓN DE MADRID:** Revista de aparato digestivo.—Tratamiento de las estrecheces de la uretra por las grandes dilataciones.—El premio Nobel al doctor Ramón y Cajal.—**SECCION PROFESIONAL:** Junta de Gobierno y Patronato.—**PERIÓDICOS MÉDICOS:**—**PRESCRIPCIONES Y FORMULAS:** Juicio clínico de los remedios.—**SECCION OFICIAL:** Ministerio de la Gobernación.—Montepío facultativo.—**SOCIEDADES CIENTÍFICAS:** Real Academia de Medicina.—Academia Médico-Quirúrgica Española.—**CONSULTORIO:**—**GACETA DE LA SALUD PÚBLICA:** Estado sanitario de Madrid.—**CRÓNICAS:**—**ANUNCIOS:**—**ESTAFETA DE PARTIDOS:**—**VACANTES.**

Boletín de la semana.

Las nuevas Juntas de Patronato.—La salud en Europa.—La salud en Tenerife y el regreso del doctor Comenge.

El viernes, 31 de Enero, á las seis de la tarde, se constituyó la nueva Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de médicos titulares bajo la presidencia del Sr. Ministro de la Gobernación. Nuestros lectores no ignoran que esta Junta está compuesta por los Sres. Canalejas, Dato, Verdes Montenegro, Muñoz, Gimeno (D. Amalio), Enríquez, Albitos, Almarza y Serret, figurando como suplentes los Sres. Conde de Romanones, Calderón, Beruete, Lobo Regidor, Guedeá, Decref, Salmerón y García, Alonso Martínez y Menéndez Quintana.

El inspector general de Sanidad Sr. Bejarano hizo breve historia de este organismo, creado por la Instrucción general de Sanidad, haciendo constar la unanimidad con que se ha elegido la Junta por 48 provincias, no habiendo elección en Canarias por motivos justificados, manifestando también que, á pesar de que nada indica la Instrucción, los médicos titulares habían elegido presidente honorario al Sr. Maura, padre de la criatura, como dijo el Sr. Canalejas.

El Sr. La Cierva, Ministro de la Gobernación, que conocía bien cuanto con la Junta se relaciona, ofreció á ésta su decidido apoyo, no sólo para el patronazgo, sino también para el gobierno de los médicos titulares. Tras breves palabras del Sr. Canalejas, agradeciendo en nombre de la Junta las pronunciadas por el Ministro, y una vez elegidos los cargos de la Junta, terminó tan interesante reunión, quedando nombrados: presidente, el Sr. Canalejas; vicepresidente, el Sr. Dato; tesorero, el Sr. Verdes Montenegro, y secretario, el Sr. Muñoz.

Por su parte, para la Junta de Gobierno del Cuerpo de farmacéuticos titulares han sido elegidos

los Sres. Fernández, Madariaga, Bayod y Del Busto, y como suplentes los Sres. Serrano Echevarría, Ureña, Falces y Llorente, quedando constituida la nueva Junta para el trienio que acaba de comenzar con los vocales de número mencionados y con los señores D. Joaquín Ruiz Jiménez, D. José Muro, D. Alfonso Medina, D. Manuel Benedicto y D. Luis Siboni.

Han sido también elegidos como vocales propietarios del Consejo de inspección de la Caja de Socorro del Cuerpo, los Sres. D. Francisco Marín y Sancho, D. Francisco Garrido Mena, D. Juan Ramón Gómez Pamo, D. Francisco Gayoso, D. Álvaro Martínez Campos y D. Pedro Praguas, y como suplentes D. Pablo Durán, D. Luis Villegas, D. Benito Cano y Lázaro y D. Eulogio García.

Constituida ya la institución benéfica, Caja de Socorro de la clase farmacéutica, como igualmente los Consejos de inspección y administración, se acordó por el primero que se amplíe hasta el 15 de Marzo próximo el plazo para que puedan ser considerados como socios fundadores de la Caja de Socorro los profesores que se inscriban en ella hasta esa fecha, sin que tengan que abonar intereses de demora; pero ateniéndose en el número de décimas por que hayan de suscribirse á la escala de edades consignada en los estatutos y reglamento.

Los periódicos españoles y también los extranjeros dan cuenta de la aparición de la meningitis cerebro-espinal en Alemania, Rusia, Inglaterra y algunos puntos de Francia, atacando con preferencia á los asilados, soldados y presos y propagándose especialmente en las grandes aglomeraciones humanas.

De España nada sabemos por ahora, pero bueno será estar prevenidos y apelar á cuantos medios aconseja la higiene para evitar la propagación de tales enfermedades.

Igualmente se ocupa la prensa noticiara en la existencia de una epidemia de gripe, muy desarrollada por su cantidad, aunque por fortuna con escasa mortalidad, que se padece en varias naciones de Europa; en España venimos sufriendola hace algunas semanas, con muy pronunciada intensidad en algunas ciudades, como Barcelona y Cartagena.

El día 14 llegó á Madrid, de regreso de Canarias, el Dr. D. Luis Comenge, nuestro muy querido amigo, después de haber permanecido dos meses en Santa Cruz de Tenerife, organizando y rea-

lizando una campaña sanitaria contra la grave enfermedad infecciosa que allí se había manifestado, y de la cual se ocupó repetidas veces la prensa noticiara.

Con pericia, acierto, abnegación y entusiasmo imponderables, cumplió el ilustre médico la delicada misión que le confió el Gobierno, saliendo en ella airoso por haber conseguido el fin que se proponía y por haber dejado tras de su paso todo un pueblo agradecido, y tranquila una sociedad antes profundamente perturbada en sus más caros intereses.

Esta campaña es una página más que debe incorporar á su brillante historia el célebre escritor y peritísimo higienista. Pocos profesores de la clase médica podrán presentar hechos tan hermosos, tan altruistas y bienhechores como los que tiene en su vida el jefe de la higiene municipal en Barcelona; y al consignarlo así, EL SIGLO MEDICO confía en que tan eximio profesor merecerá de los Poderes públicos alguna de esas distinciones que aquí se prodigan á ciudadanos inútiles y sin historia.

EL SIGLO MEDICO saluda cariñosamente al ilustre compañero y le desea feliz regreso al hogar donde le esperan el amor de los suyos y el goce tranquilo que debe sentir quien realiza la obra transcendental y bienhechora que él ha cumplido ahora.

DECIO CARLAN.

Madrid, 16 de Febrero de 1907.

REVISTA DE APARATO DIGESTIVO

Por el Dr. R. LUIS Y YAGÜE,

Profesor auxiliar del Dispensario de estas enfermedades en el Instituto Rubio, jefe del mismo en la Policlínica Cervera, etc.

- I. Tensiones intragástrica é intrainestinal y de la aereofagia.—
- II. La aepsia en las neuroses.—
- III. Los dolores tardíos del estómago y su tratamiento.—
- IV. Úlcera del estómago.—
- V. Acción de diversos estomáquicos sobre la secreción gástrica.—
- VI. El citrato de sosa contra la dispepsia de los adultos.

I. Tensiones intragástrica é intrainestinal y de la aereofagia.

A. Dobrovici ha hecho de ellas un completo y original estudio fisiológico, experimental y clínico en su tesis de doctorado.

Las ha estudiado en el perro, el hombre normal, y los areófagos con ayuda de manómetros conteniendo agua destilada; de los datos obtenidos deduce, entre otras cosas, el papel de los gases en el tubo digestivo y de su tensión fisiológica, que en síntesis formula así: Los movimientos gastrointestinales son reflejos á la presencia de gases y alimentos. Los gases tienen un papel mecánico en la marcha, curso y esfuerzo, transmitiendo por igual las presiones en todos sentidos y amortiguando los choques. Tienen un papel importante en la estática de las vísceras abdominales, disminuyendo el peso específico de los órganos que los contienen. La tensión intragástrica é intrainestinal fisiológica, constituye una condición favorable á la absorción y circulación abdominal, y en particular á la de la vena porta; el intestino,

por su aparato peristáltico y valvular, regula la tensión gaseosa, que se opone al reflujo de la sangre durante las comidas, siendo posible que ciertas diarreas sean debidas á la pérdida del equilibrio entre estas dos tensiones y el resultado de la hipertensión porta ó intestinal.

En el hombre normal, la presencia de gases en el estómago es un hecho fisiológico; no existen en el feto y comienzan con la primera alimentación; su principal origen es el aire atmosférico deglutido ó arrastrado con los alimentos y líquidos, siendo los otros menos importantes y muy discutibles (exhalación gaseosa y fermentaciones péptica y láctica).

La tensión intragástrica en el hombre normal, en ayunas, es positiva, y término medio de cuatro á cinco centímetros de agua; sufre oscilaciones de tres á cuatro centímetros con los movimientos respiratorios, aumentando en la inspiración y disminuyendo en la espiración.

Una hora después de la comida sube á 10 ó 12 centímetros, y hasta 20 durante las contracciones musculares que tienen lugar cada cinco ó siete minutos y duran uno á dos.

El límite de distensión gástrica por insuflación es distinto, pero fijo para cada individuo; de modo general se puede elevar de 15 á 20 centímetros sin sensación penosa.

La aereofagia es la deglución inconsciente de aire atmosférico; se encuentra sobre todo en los dispépticos nerviosos.

La tensión intragástrica del areófago en ayunas es igual á la del sujeto normal.

Los areófagos degluten aire durante las comidas y elevan su tensión intragástrica más que los sanos.

Hay dos variedades de areofagia: la más numerosa constituida por sujetos con hiperestesia á la distensión, que no les permite almacenar el aire tragado y elevar de manera apreciable su tensión intragástrica, eliminando el aire por eructos á medida que le degluten; los menos en número tienen hipoestesia del estómago á la distensión que les permite distenderle é insuflar, y á veces su intestino con el aire deglutido y elevar la tensión intragástrica hasta 20 ó 25 centímetros de agua; con timpanismo abdominal que puede persistir mucho tiempo después.

Algunos hechos clínicos (que expone) muestran cómo por la dispepsia y constricción torácica que acompañan á la distensión gaseosa del abdomen, puede la aereofagia simular el asma nocturna y angor pectoris, por lo cual es de gran interés diagnosticar la que complica á estados dispépticos ligeros y serios. (*Thèse*, 24 Obr. 1906, París.)

Experiencias é interpretaciones de real valer que vienen á dar toda la importancia que merece á esta afección, pero que no esclarecen de modo completo y definitivo su patogenia, puesto que no prueban ni destruyen experimentalmente, si es posible, en condiciones determinadas, la aspiración de aire exterior por el estómago, y, por tanto, si ésta debe ó no ser tenida en cuenta en la aereofagia (y es la única causa de las crisis meteóricas del histerismo abdominal).

II. La aepsia en las neuroses.

La coexistencia de los trastornos de la secreción gástrica y las neuroses centrales, ha sido señalada hace mucho tiempo; éstos son muy variados, pero la hipoepsia intensa y la aepsia parecen observarse en particular. Ocupándose de ellas en la histeria, la psicastenia y la neurastenia, dice Henry François: Tres son las opiniones emitidas para explicar la coincidencia. Considerarlos secundarios á la neurose; creer la neurose secundaria á la gastropatía, ó suponerlos, eclécticamente, manifestación paralela de un vicio primitivo de nutrición general é inervación. Las investigaciones anatomopatológicas de Hayem y Lion han mostrado

que los trastornos persistentes de la función química del estómago, en particular cuando conducen á la supresión definitiva del poder péptico, deben ser relacionados con lesiones graves de la mucosa gástrica (transformación mucosa ó atrofia glandular); el análisis del contenido gástrico permite afirmar que la apepsia comprobada varias veces con claridad, depende de una lesión gástrica que evoluciona paralelamente con la neurose.

En otros casos aparece la apepsia sin lesión de la mucosa, dependiendo sólo de un estado nervioso puramente funcional. La histeria es en la afección en que tal sucede con caracteres más claros, siendo su causa las anestias de la mucosa gastro-intestinal, gustativa y olfatoria que hacen imposible la aparición de los reflejos psíquicos (*primum movens* de la secreción) y físico ó de excitación por contacto.

¿Cómo reconocer que la apepsia es independiente de toda lesión visceral? A. Mathieu y Roux lo han esclarecido; según ellos «los estigmas periféricos de la histeria gástrica están constituidos por trastornos de la sensibilidad visceral y superficial de las regiones epigástrica y gástrica». La presión epigástrica es dolorosa, con sensación como de estrangulación y con frecuencia histerógena; además, existen placas de anestesia ó hiperestesia irregularmente repartidas en la piel del abdomen. De otra parte se acompaña de anorexia en tanto que hay apetito en la gastritis apéptica; se caracteriza por vómitos frecuentes repetidos, ó por diarrea profusa litérica; trastornos que son transitorios y susceptibles de ser reproducidos ó suprimidos por sugestión y desaparecen con las demás manifestaciones de la neurose, en cuyos períodos el quimismo es normal.

En los psicasténicos también puede desaparecer momentáneamente el poder péptico del estómago. Janet ha visto por la angustia, aparecer crisis de diarrea con litéria, que del mismo modo que toda emoción viva, puede originar repugnancia á los alimentos, análoga á la anorexia histerica.

La apepsia puede aparecer en los neurasténicos, creyéndose que la anaclohidria nerviosa es más frecuente en los deprimidos, atacados de la forma grave de la dispepsia nerviosa; la nutrición puede ser buena y la aquilia transitoria. Para François hay que admitir dos variedades de neurasténicos; unos con apepsia definitiva por lesión gástrica coincidente ó consecutiva con la neurastenia; y otros con apepsia pasajera susceptible de desaparecer por tratamiento apropiado y de agravarse por los medicamentos tóxicos ó irritantes con tanta frecuencia y daño empleados, no creyendo á la neurastenia capaz de engendrar el síndrome completo de la apepsia.

La terapéutica, para ser eficaz, debe comprender el tratamiento de la afección gástrica y el de la neurose, evitando los medicamentos que puedan agravar las lesiones de la mucosa gástrica; los procedimientos psicoterápicos pueden ser muy útiles para la desaparición de los fenómenos sugestivos, casi siempre predominantes. (*Archives générales de Médecine*, número 44, 30 Octubre 1906.)

Las dos variedades en que divide François á los neurasténicos, con relación al estado de sus funciones gástricas, nos parecen exactas; pues siempre que se haga la aclaración bien precisa de que los individuos afectos de lesiones del estómago no lo son por la neurastenia, parecen representar la verdad clínica: sin ella no; puesto que pudiera creerse á la neurastenia responsable de las lesiones gástricas, cuando no son más que coincidentes.

La observación diaria muestra que la predominante en los neurasténicos en España, es la miastenia ó dispepsia neuro motriz, con más alteraciones en la motricidad que en

el quimismo; las más de las veces muy próximo al normal y aun algunas alternativamente hiper ó hipoclorhídrico.

En la histeria existe con frecuencia la hipoclorhidria por anestias; pero este trastorno no puede ser confundido con la histeria gástrica, estado complejo, de manifestaciones múltiples, inestables y aparatosas, cuyo diagnóstico no creemos que pueda basarse en que cedan ó no por la sugestión, cuando tan raras veces se verá acaecer.

Por lo cual es siempre indispensable emplear, además de los antiespasmódicos, los medios conducentes á estimular la secreción gástrica ó á sustituirla, cuando está anulada ó notablemente disminuida (ácido clorhídrico, elixires clorhidropépticos, gasterina, dispeptina, acidol, alcalinos antes de las comidas, agua oxigenada, cloralbacio, etcétera).

III. Los dolores tardíos del estómago y su tratamiento.

Los dolores que aparecen algunas horas después de las comidas—dice Meunier,—y que se encuentran en todas las variedades de afecciones gástricas, se calman por el bicarbonato de sosa; no se deduce de ello que obre saturando la acidez, puesto que aparecen en el momento en que su tara tiende hacia el minimum, sino dando nacimiento al ácido carbónico, cuya acción es innegable sobre los dolores tardíos.

De esta primera comprobación deduce que es inútil pasar por el bicarbonato de sosa para obtener una acción terapéutica, puesto que para producir ácido carbónico es necesario que sature el ácido clorhídrico libre del jugo gástrico y detenga por consecuencia el trabajo de la digestión, ya que la pepsina no obra más que en un medio ácido, oponiéndose, además, á la digestión intestinal, pues la acidez del jugo gástrico es el excitante específico del páncreas.

Como consecuencia, Menier ha realizado experiencias con el fin de obtener, por medio de los carbonatos de solubilidad diferente, un desprendimiento lento y continuo de ácido carbónico, por la influencia de una solución de ácido tártrico, buscando, además, realizarlo con una sal neutra incapaz de modificar la acidez del jugo gástrico.

La fórmula más ventajosa es la siguiente:

Papeles núm. 1

Acido tártrico pulverizado. 1 gramo.

Papeles núm. 2

Bicarbonato de sosa. 0,40 "

Carbonato de cal. 0,80 "

Hidrocabonato de magnesia. 0,20 "

Se diluye separadamente en dos medios vasos de agua un papel de cada clase, y en el momento del dolor se tomará sucesivamente una cucharada de sopa de cada uno, cada diez minutos, hasta la cesación del dolor.

Los resultados han confirmado su previsión, porque en todos los enfermos afectos de dolores tardíos, cualquiera que sea el diagnóstico de la afección, se han calmado progresivamente.

¿Cómo obra el ácido carbónico? Acelerando la evacuación gástrica de la comida de prueba, según se lo han probado una serie de experiencias. (*La Presse Médicale*, 3 Octubre 1906.)

La manera de hacer y de pensar de Menier se presta á serios reparos. Pensando que el ácido carbónico es el solo modificador de los dolores, no se acierta bien á comprender cómo no le administara directamente, puesto que hay aparatos que proporcionan sus soluciones á presión, y tomándolas rápidamente en líquidos indiferentes, habían de dar la cantidad que de él se necesitara, sin influir en los resultados con otros factores, que hacen equívoca la interpretación de su acción.

Los dolores digestivos tardíos son, con mucho, las más

de las veces ocasionados por la hiperclorhidria ó la hiperacidez, y la explicación de la causa de los resultados, siendo así, sería sobre todo la neutralización parcial ó completa, unida á la acción analgésica del ácido carbónico, que ya mucho tiempo hace había sido empleada contra otros afectos dolorosos.

De aquí que creamos que sólo un estudio seriado de enfermos, con análisis de su quimismo, podrán resolver la cuestión.

IV. Úlcera del estómago.

M. G. Mac Nevin y F. C. Herrick, han publicado un estudio de ella, basado en cien observaciones.

Fijándose, ante todo, en su asiento, han visto que de 97 casos en que ha podido ser perfectamente determinado, en 47 (el 48 por 100) radicaba en la curvadura menor; en 30 (el 31 por 100), en la pared posterior; en 17 (el 17 por 100), en la anterior, y en 3 (el 3 por 100), en la gran curvadura, permitiendo afirmar que en los dos tercios de los casos asienta en la curvadura menor ó cara posterior, localización que creen depende, cuando menos en parte, de los cambios que sufre el estómago entre su vacuidad y plenitud. En la rotación parcial, que da por resultado que la gran curvadura se ponga en contacto con la pared abdominal anterior, los dos orificios gástricos y la pequeña curvadura permanecen casi fijos, pareciendo natural que estas partes sufran más que las de mayor movilidad; y el peristaltismo gástrico se dejaría sentir particularmente en la curvadura menor y cara posterior, sitios en cuya vecindad hay, sobre todo, órganos con los cuales el estómago puede contraer adherencias, que podrían aumentar su fijeza y exagerar la acción del peristaltismo normal.

Se ha mencionado la existencia de úlceras simétricamente situadas en la cara anterior y posterior, y ellos las han encontrado en el 37 por 100, y estimando que en algunos casos puede ser por recidiva, creen, sin embargo, que se trata en realidad del desarrollo de úlceras simétricas. Y que el tratamiento médico, que se tiende con frecuencia á sacrificar en provecho del quirúrgico, es más eficaz que generalmente se cree.

En cuanto á la destrucción de tejidos, en 34,6 por 100 de sus casos, la pared abdominal estaba perforada; en 27,8 por 100 la úlcera había destruido la pared gástrica y el hígado ó el páncreas, ó ambas, la sustituían completa ó parcialmente; en 4,9 por 100 una masa inflamatoria de fibrina, tejido adiposo y ganglios linfáticos, había evitado la perforación.

La presencia de fibrina sobre la superficie peritoneal gástrica, es particularmente interesante como indicación operatoria; según Mayo Robson, permitiría sospechar la existencia de una úlcera gástrica, siempre que no se encuentre la causa de esta exudación en los órganos vecinos; Mac Nevin y Herrick han notado la presencia de copos de fibrina en 74,3 por 100 de sus casos, sin perforación ni adherencias de órganos vecinos.

En sus 100 observaciones ha sido dable notar en 55 la causa de la muerte; en 25 fué por hemorragia y en 30 por peritonitis. Diferenciándolos por sexos y edades, eran: de los 25 hemorrágicos, 19 hombres y seis mujeres, y de los 30 peritoníticos, ocho hombres y 22 mujeres; los hombres, pues, parecen sucumbir con más frecuencia de hemorragia y las mujeres de perforación y peritonitis. De los 25 hemorrágicos, todos menos uno tenían treinta años ó más; de los 30 de peritonitis, un hombre y 14 mujeres tenían menos de treinta años; y por encima de esta edad eran seis hombres y nueve mujeres; se puede, pues, decir que los ulcerosos sucumben generalmente después de treinta años por hemorra-

gia, y las ulcerosas antes de esta edad y de peritonitis por perforación. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 Julio 1906.)

Y sin quitar valor á estos datos, aunque no todos se basen en el examen anatómo-patológico, único que permite afirmaciones absolutas, séanos permitido decir que por lo que nos ha sido dable ver, la úlcera simple bien tratada ocasiona rara vez la muerte; las que más la producen suelen ser las latentes ó desconocidas, que son de todas las que originan con más frecuencia la perforación.

V. Acción de diversos estomáquicos sobre la secreción gástrica.

Para conocerla Teodoro Hoppe, ha hecho experiencias practicando en perros un pequeño estómago por el método de Pawlow, obteniendo los siguientes resultados: La orexina ingerida con los alimentos no ejerce ninguna influencia sobre la mucosa gástrica normal, no habiendo diferencia cuando se introduce directamente por la fístula gástrica y es normal el estado de la mucosa, pero produciendo la hipersecreción y aumentando la acidez si hay gastritis crónica.

Los amargos (tintura amarga, tintura de China, corteza de condurango) tomados con los alimentos, aumentan la secreción gástrica al principio y durante toda la digestión, que favorecen por excitación del apetito y directa sobre la mucosa gástrica. La orexina y su tanato, que carecen de sabor y olor, detienen el trabajo digestivo, ejerciendo, además, y quizás los amargos, una acción química sobre la mucosa del estómago. (*Münchener Mediz. Wochenschr.*, núm. 45, 6 Noviembre 1906.)

Estas experiencias vienen á restablecer el concepto clínico clásico que se tenía de la acción de los amargos, que por otras le ha sido negado, y contra las que perduraba el juicio común de su utilidad.

VI. El nitrato de sosa contra la dispepsia de los adultos.

L. Lachey ha estudiado su acción bajo los auspicios de Mathieu, deduciendo que convendría, sobre todo á los enfermos afectos de hiperestenia gástrica, cuyos dolores aparecen á las tres ó cuatro horas después de las comidas, con vómitos ó pituitas.

Emplea una solución al 1 por 10 (30 gramos en 300 de agua), de la cual cada cucharada de sopa contiene 1,50 gramos de citrato de sosa, haciendo tomar una cada cinco minutos, desde el momento que comienzan los dolores ó vómitos hasta que cesan; por término medio es necesario tomar de dos á cuatro gramos de citrato para calmar la crisis dolorosa.

Lachey ha observado sus efectos sobre 14 dispépticos, de los cuales nueve obtuvieron notable mejoría después de de una semana de tratamiento.

Pudiendo deducir que es un buen medicamento para los sujetos de estómago irritable. (*Tesis*, París, Noviembre, 1906.)

Bueno será hacer constar, sin embargo, que el medicamento había sido preconizado y empleado como alcalino por G. Sée y por Variot, que asegura favorece la digestión de la leche disminuyendo su coagulabilidad.

TRATAMIENTO DE LAS ESTRECHECES DE LA URETRA POR LAS GRANDES DILATACIONES

Por el Dr. ALEJANDRO SETTIER
Especialista en afecciones génito-urinarias.

I

El método fundamental de tratamiento de las estrecheces de la uretra, es la dilatación temporal progresiva.

En la mayor parte de los casos, basta el empleo de este procedimiento para conseguir hacer desaparecer una estrechez de la uretra, llegando hasta los números 20 ó 21 de la escala de Charrière, bastando con repetir el paso de una bujía en plazos bastante largos, para que el calibre de la uretra se sostenga lo suficiente grande para permitir la normalidad de la uretra.

Pero si estos son los casos más frecuentes, lo son también aquellos que, por más que se prodiguen los sondajes, por frecuentes que éstos sean, por precauciones que se tomen, por cuidados que se tengan, no hay medio de sostener la uretra con calibre suficientemente grande, persistiendo todos los trastornos propios de la enfermedad y siendo imposible, al mismo tiempo, continuar la dilatación, por no permitirlo la falta de elasticidad de las paredes del conducto.

Este es un fenómeno muy natural, que se explica con sólo recordar la naturaleza del tejido que constituye la estrechez. Están formadas éstas, tanto las de origen traumático como las de origen blenorragico, de tejido fibroso de nueva formación, que tiene constantemente la tendencia á la retracción, incesante, lenta y progresiva.

De aquí que lo que se propone el cirujano con el tratamiento, es quitar á este tejido todo cuanto pueda sus condiciones de dureza, reblandeciéndolo todo cuanto le sea posible, hasta que se asemeje al tejido normal, aun cuando conservando siempre las propiedades fundamentales del tejido primitivo. Esto es lo que se consigue con la dilatación, con la uretrotomía, con el masaje y con todos aquéllos medios de tratamiento quirúrgico cuya aplicación es puramente local.

Pero una vez terminado que sea un tratamiento, cuando la estrechez vuelve á quedar abandonada á las condiciones y propiedades características de su tejido, otra vez comienza á iniciarse la tendencia retráctil propia del fibroso, y otra vez se van acentuando, más ó menos paulatinamente, los síntomas propios de la estrechez.

Esta tendencia á la retracción, es la que deslucen los éxitos alcanzados en el tratamiento de las estrecheces, cuando los ulteriores cuidados, consecutivos al tratamiento, ó no han estado bien explicados al enfermo, ó éste no ha querido ó no ha podido seguirlos, ó el tratamiento ulterior ha estado mal aconsejado, ó, por último, á pesar de, tanto por parte del cirujano como por la del enfermo, haber seguido la más racional de las prácticas, el resultado no ha sido favorable, cosa, esta última, bastante frecuente por desgracia.

No se puede con antelación asegurar en qué casos vendrá pronto la recidiva y en cuáles otros no vendrá; pero de todas maneras, no hay que olvidar nunca, al encontrarse frente á una estrechez, que hay que considerarla como necesariamente retráctil, y, por consecuencia, necesitada de un tratamiento ulterior que evite las recidivas una vez que se haya conseguido curar la enfermedad y dado al conducto un calibre normal.

Es frecuente encontrar en la práctica enfermos de

estrechez en los que, por bien que se haga la dilatación, por cuidado que se tenga en su tratamiento, se consigue muy poco, y apenas se ha abandonado el tratamiento por sólo algunos días, ya se ha perdido todo el terreno que hasta entonces se había ganado.

Puede presentarse uno de estos casos: 1.º Se reconoce la estrechez; se comienza á hacer la dilatación lenta y progresiva, y se toma como máximo de dilatación al 23. Durante los primeros días, aprecia el enfermo la gran diferencia en la micción; aprecia la mejoría, y se considera ya, como es en efecto, en vías de curación. Al llegar á los números 19 ó 20 se hace el enfermo la ilusión de estar ya completamente curado, efecto de la gran diferencia que observa entre el estado en que se halla entonces, y el en que se encontraba al comenzar el tratamiento. Por este motivo, á pesar de cuantas advertencias se le hacen, á pesar de repetirle que es pequeño aquel calibre, cree una exageración la advertencia, y ya no vuelve otra vez por la consulta. Al poco tiempo, la estrechez se reproduce y otra vez hay que volver á repetir el tratamiento.

2.º En otros enfermos la dilatación puede hacerse bastante bien hasta un cierto número, el 15 ó 16 como término medio; á partir de entonces, todo cuanto se haga tropieza en la dificultad que se opone al paso de la bujía por la estrechez. Puede intentarse entonces la uretrotomía, que da magnífico resultado, y al retirar la sonda permanente queda la uretra con un calibre tal, que permite el paso de una bujía de 22 ó 23. Al cabo de algún tiempo, este calibre disminuye, y ya no es posible el paso de un número mayor del 17 ó 18, ó á veces aun menor al 15, y de nuevo hay que repetir la dilatación.

3.º Hay muchos enfermos que, por espacio de muchos años, desde la edad juvenil hasta los cuarenta ó cincuenta, se hallan constantemente sometidos á las molestias de una estrechez, y estando entregados á cirujanos notables y especialistas eminentes, en el transcurso de tan largo tiempo se han tenido que someter á dos ó tres uretrotomías, á una ó dos series de electrólisis, á una gran serie de dilataciones, etc.

Son muchos los tratamientos de las estrecheces de la uretra. Todos ellos bien empleados, usándolos solamente en los casos en que efectivamente están indicados, dan buenos resultados, y todos ellos llegan á la dilatación de la estrechez.

Pero una vez conseguido este fin, ¿cuál es el medio de evitar la pronta recidiva? ¿Cuál es el medio de poder conservar la uretra amplia y no tener que someter al enfermo á tratamientos periódicos?

Yo no conozco más que uno. Las grandes dilataciones.

Este procedimiento de las grandes dilataciones tiene dos fines distintos. El primero es conseguir llegar á curar cierto número, muy grande, de estrecheces, que es rebelde á los demás tratamientos, aun los más racionales.

El segundo es evitar las recidivas, haciendo mucho

más largo el tiempo en que se ha de presentar la estrechez.

He dicho anteriormente que, en gran número de casos, la dilatación de la uretra se da por obtenida cuando se ha conseguido pasar la bujía del número 20 ó 21 de la escala de Charrière. Es frecuente tropezar con ciertas estrecheces de tal naturaleza, que aun para llegar á conseguir este calibre, hay que luchar y más luchar, viendo que este no suele conservarse transcurridos que son sólo uno ó dos días.

Si se llega al límite que antes he dicho, 20 ó 22, esta dilatación no es nada duradera, y hay que repetir constantemente el paso de las bujías para conseguir evitar la pérdida de todo el trabajo hecho.

Para no caer en este peligro, es lo mejor apelar á las grandes dilataciones. Primero se principia como en los casos ordinarios. Luego, cuando ya se consigue el paso del número 20, hay que convencer al enfermo de que sólo se está á la mitad del camino, y que es preciso asegurar la fijeza de la dilatación uretral continuando dilatando más el conducto.

No es cosa fácil hacer entrar en razón á los enfermos. Acostumbrados como están á todos los trastornos y á todas las molestias propias de la estrechez, el ver su uretra amplia, sus micciones regulares, el chorro de la orina grueso y con fuerza impulsiva, las condiciones de la orina ya las normales, sin cistitis ni fermentaciones; y en una palabra, el verse completamente bien, les hace pensar que se encuentran sanos y que aquel estado es el definitivo. Generalmente ofrecen al cirujano volver para ser sondados; pero un día y otro van aplazando y aplazando el hacerlo, hasta que acaban por no volver.

Esto sucede con los enfermos que por primera vez se han sometido al tratamiento; pues los antiguos, los que han de curarse de la enfermedad recidivada, tienen más cuidado, por lo mismo que han visto las consecuencias que ha tenido su abandono.

La dilatación debe continuarse hasta los números 27 ó 28 como término medio, haciéndola, bien con los instrumentos de goma, bien con los Béniqué. Si la uretra cede bastante, si es posible pasar de uno á otro número de tercio de milímetro, yo creo preferible este medio por la ductibilidad de aquellos instrumentos que no tienen los Béniqué. Esta preferencia es cada día mayor, así como van siendo más perfeccionados los aparatos de goma de las buenas fábricas.

Uno de los primeros inconvenientes que se suele presentar al llegar á las grandes dilataciones, es la falta de elasticidad del meato. Puede suceder que los mismos instrumentos consigan su dilatación; pero si no se obtuviera este resultado, es necesario hacer su desbridamiento por los medios corrientes.

Es también posible que se presenten algunos accesos de fiebre, que suelen ser de bastante intensidad, los cuales habrá que combatir con la previa administración de la quinina.

De esta manera se procede en los casos en que la uretra no ofrece una gran resistencia á esta distensión. Pero si el paso de un tercio de milímetro á otro tercio

de milímetro fuera un salto demasiado grande, apelaremos á las bujías Béniqué, cuya gradación es de un sexto de milímetro, y se podrá llegar, con cuidado y perseverancia, hasta alcanzar los números 50 ó 52.

Al llegar á este grado de dilatación es casi seguro que no vuelve ya á continuar, retrayéndose la uretra, y que la estrechez ha quedado ya completamente dominada, desapareciendo aquella tendencia tan marcada que había anteriormente, cuando el calibre uretral era de unos 4, 5 ó 6 milímetros.

En el próximo artículo veremos la relación que las grandes dilataciones tiene con las recidivas de las estrecheces.

Madrid, Enero de 1907.

EL PREMIO NOBEL AL DOCTOR RAMON Y CAJAL

El Dr. Alfredo Bernhard Nobel, químico sueco, nació en Estocolmo en 1833, y murió en Saint-Remo en 1896; y á éste se debe el uso corriente de la nitroglicerina como explosivo, y cuya substancia no se puede emplear pura por ser peligrosa, y Nobel atenuó esta sensibilidad mezclándola con sílice amorfa en 1867: fué durante estos ensayos sobre la nitroglicerina cuando una explosión violenta destruyó su laboratorio en 1864. Se le debe también la invención de la dinamita que es utilizada en todos los países, y también la invención de una pólvora sin humo (1887), que la emplea el Ministerio de la Guerra italiano, y otro explosivo: la dinamita goma. Nobel estableció en 1869 un laboratorio en Saint-Sévrán, cerca de París; este laboratorio fué transportado á Remo en 1891. Dispone de casi la totalidad de su fortuna, que era considerable, para la fundación de cinco premios anuales de 300 000 francos: los tres primeros para ser distribuidos entre tres personas de cualquier nacionalidad sobresalientes en el dominio de la *Física* ó de la *Química*, ó en la *Fisiología*, ó de la *Medicina*, que hayan hecho algún descubrimiento más importante; el cuarto premio es para la persona que haya producido la *más bella obra* bajo el punto ideal; en fin, el quinto premio para la *Fraternidad de los pueblos*, la disminución de las armadas permanentes y la propagación de los *Congresos de la Paz*. Este último premio es discernido por la Comisión del *Storting* ó Dieta noruega en asamblea pública; los otros por las Academias suecas.

Toda la Prensa habló á su tiempo del acto de justicia mundial en cuya virtud se le confirió el premio Nobel á don Santiago Ramón y Cajal, por sus trabajos y descubrimientos en Neurología, en el concurso del último año.

Al frente de estos datos figura una reproducción de la medalla conmemorativa en oro, que el Gobierno sueco entregó al agraciado Cajal con el premio Nobel.

En una de las caras de la medalla figura en relieve el busto noble y bondadoso del Mecenaz sueco, cuya munificencia póstuma sirve para premiar tantos geniales esfuerzos en las nobles batallas por la ciencia, el arte, la justicia y la paz universales.

La medalla tiene en el reverso una alegoría de buen gusto, ejecutada también en relieve, y donde la pureza de las líneas se confunde con la unción de todo el conjunto y lo acabado de la ejecución. Está reproducida de tamaño natural.

Representa un emblema de la Medicina, apareciendo la humanidad doliente que con febril ansia desea beber las puras radiactivas y cristalinas aguas que la ciencia recoge con

cuidado, y que la diosa Hygia, hija de Esculapio, le promete para la conservación de la salud, precaver sus enfermedades y curar sus males. En la parte inferior aparece la dedicatoria al preclaro profesor D. SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL, eminente catedrático de Histología y Anatomía patológica de la Universidad de Madrid, y autor de 161 trabajos y publicaciones científicas, y uno de los más ilustres hijos de nuestra querida España.

En artístico y rico tafilete y encerrado en dos tapas de cuero de trabajo primoroso, en forma de encuadernación de libro, aparece el diploma del premio concedido al Dr. Cajal. En la cubierta del libro azul aparecen las iniciales del sabio, hábil y artísticamente enlazadas en rojo y dorado, y rodeadas de una guirnalda de verde laurel enlazado con las coronas de las armas de Suecia. En la segunda cubierta se ve la simbólica copa de la Medicina laureada para premiar y honrar esta ciencia.

En las dos superficies interiores del hermoso diploma en pergamino, ejecutado por el gran artista Ollehjortzberg, aparecen dos elegantes medallones y dibujos alegóricos realzados de colores finos y armónicos que orlan el texto del pergamino, donde se lee el fallo del Jurado. En uno de los medallones se ven las armas de Suecia y de los dignos sucesores de Bernadotte, representados hoy en el ilustrado Rey Oscar; y en el otro el escudo de España, en rojo y dorado de relieve. Sobre los laureles de ambos, se destaca la roja copa de Esculapio entre nubes azules y mármoles y dorados destellos que se pierden en el fotograbado. El margen es dorado sobre fondo azul.

Todo el trabajo que hacen de este pergamino de honor una obra de arte acabada, es elegante.

La inscripción dice: «EL INSTITUTO MÉDICO-QUIRÚRGICO CAROLINO (de Stockholm), que según el testamento hecho el 27 de Noviembre de 1895 del SR. ALFREDO NOBEL, está autorizado para recompensar con un premio Nobel la investigación de más importancia en el ramo de Fisiología y Medicina, ha decidido este día el acordar al SR. SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL el premio que se distribuye el año de 1906, en reconocimiento de sus trabajos relativos á la estructura del sistema nervioso.

Stockholm, á 25 de Octubre de 1906.

El Instituto Carolino de Medicina y Cirugía».

Siguen las firmas del Rector y de los 22 profesores que lo constituyen.

El Instituto Carolino de Medicina y Cirugía (Kongl. Karolinska medico-kirurgiska Institutet) de Stockholm data del año de 1815, y sus estatutos han sido aprobados por el Rey el 29 de Abril de 1886, con la misma competencia y autoridad que las Facultades de Medicina de las Universidades de Upsal y de Lund, para la enseñanza teórica y práctica de las ciencias médicas y para exámenes de los estudiantes de Medicina.

Como españoles y médicos, agradecidos quedamos al buen pueblo de Suecia, por el recuerdo glorioso de la merecida y justa concesión del PREMIO NOBEL á Echegaray y Cajal; y quiera el Cielo tengamos muchos compatriotas que tan dignamente lo puedan merecer en sucesivos años.

DR. AMBROSIO RODRÍGUEZ.

Sección profesional.

JUNTA DE GOBIENO Y PATRONATO

Conforme á lo acordado en la sesión de 29 de Diciembre de 1906, esta Secretaría ha enviado el siguiente informe:

Excmo. Sr. Presidente de la Comisión parlamentaria que entiende en la proposición de ley para la creación de un Cuerpo de médicos titulares.

Excmo. Sr:

La Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de médicos titulares adoptó, en su sesión de 29 de Diciembre próximo pasado, el siguiente acuerdo:

«Acudir á la información abierta ante la Comisión parlamentaria que entiende en la proposición de ley del señor Alonso Castrillo, autorizando al secretario para que envíe, en calidad de informe, todos los datos y estados que acaba de presentar á la Junta.»

Esta Secretaría, en cumplimiento de lo acordado, tiene el honor de enviar á V. E. dichos estados, cuyos comprobantes existen en la Secretaría de mi cargo y por los cuales puede juzgar esa Comisión de su digna presidencia de la importancia de los trabajos llevados á cabo por la Junta desde la fecha de su constitución, trabajos que han aumentado considerablemente en el último año, demostrándose así el entusiasmo y confianza de los médicos titulares en una organización, sabiamente meditada, que la Instrucción general de Sanidad pública dispuso y reglamentó, y el acatamiento de la mayoría de los Ayuntamientos de España, que venciendo rutinas y convencionalismos, hoy acuden en consulta á la Junta de Patronato para que ilustre sus decisiones cuando se trata de los servicios benéfico-sanitarios, de transcendental importancia para la vida y prosperidad de los pueblos.

Diez mil titulares ambicionan que una ley ordene la constitución de un Cuerpo, no por interés egoísta; quieren que dicho Cuerpo constituido sea útil al Estado, con garantías indiscutibles para los Municipios; un Cuerpo que, libre de imposiciones extrañas, atienda con independencia y libertad, al par que á su perfeccionamiento y progresos, al mejoramiento de la salud pública.

No ha de insistir el que suscribe en llevar al ánimo de esa Comisión la necesidad de que las Cortes sancionen la disposición que constituyó el Cuerpo de médicos titulares; la experiencia de tres años interviniendo directamente en la organización y arraigo de tan útil institución, nos mueve á suplicar su conversión en ley; con ello no se atenta ni á los preceptos de la Constitución del Estado, ni á los de la ley Municipal, ni aun á la autonomía de los Municipios. La reconocida ilustración y competencia de los señores diputados, que componen la Comisión dictaminadora de su digna presidencia, nos impiden exponer otras razones en defensa de nuestros asertos.

Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 10 de Enero de 1907.—El secretario, A. Muñoz.

Resumen de los trabajos realizados por la secretaria de la Junta de Gobierno y Patronato de médicos titulares en los años 1904, 1905 y 1906.

	Año 1904	Año 1905	Año 1906	Total.
Expedientes personales para ingreso en el Cuerpo.	8.197	1.106	423	9.726
Expedientes á instancias informados { Enviados por Gobernación ó médicos.	539	603	1.081	3.785
Idem por el ministro de Gobernación.			1.562	
Comunicaciones relativas á vacantes.	701	815	1.461	2.977

	Año 1904	Año 1905	Año 1906	Total.
Nombramientos Sin limitación de tos ó con tiempo.....	119	606	818	1.543
tratos por tiempo limi- rrogados.	108	4	2	114
Comunicaciones oficiales.....	2.776	3.412	4.814	11.002
Comunicaciones particulares....	7.062	0.642	19.710	37.414
Clasificaciones de partidos médi- cos hechas en 1904 y rectifica- ciones en los siguientes años..	9.266	1.470	2.618	13.354
Listas y comunicaciones con mo- tivo de la elección de la Junta de Patronato.....	»	»	5.563	5.563
TOTALES.....	28.768	18.658	38.052	85.478

Madrid 31 de Diciembre de 1906.—El secretario, A. Muñoz.

Instancias y expedientes informados por la Junta de Patronato en el año 1906.

PROVINCIAS	RELATIVAS A							Total.....
	Nueva po- sición de vacantes.	Débitos..	Dotación..	Clasifica- ciones...	Destinación legal...	Petróna de contratos.	Varios...	
Alava.....	1	3	»	»	3	3	1	11
Albacete.....	3	4	3	2	2	5	»	19
Alicante.....	3	8	10	3	1	4	»	29
Almería.....	»	5	2	3	1	9	1	21
Ávila.....	2	7	10	5	2	2	»	28
Badajoz.....	3	10	7	10	4	2	2	38
Baleares.....	1	»	3	1	3	2	1	11
Barcelona.....	4	7	»	2	2	4	1	20
Burgos.....	3	5	6	2	4	11	»	31
Cáceres.....	1	10	4	11	6	5	»	37
Cádiz.....	2	5	6	2	2	3	»	20
Canarias.....	»	2	4	»	»	4	2	12
Castellón.....	1	2	8	1	1	»	»	19
Ciudad Real.....	2	3	4	2	1	1	»	13
Córdoba.....	»	6	7	3	2	3	»	21
Coruña.....	1	7	8	»	4	2	»	22
Cuenca.....	3	2	5	1	3	3	1	18
Gerona.....	»	»	4	2	3	3	»	12
Granada.....	»	4	6	2	5	2	»	19
Guadalajara.....	4	2	7	1	4	»	2	20
Guipúzcoa.....	»	8	»	»	2	»	1	11
Huelva.....	2	4	9	8	3	2	»	28
Huesca.....	»	6	6	2	2	3	»	19
Jaén.....	2	3	6	3	1	4	»	19
León.....	5	3	10	3	7	2	1	31
Lérida.....	7	2	2	»	5	1	»	17
Logroño.....	»	4	9	3	3	9	»	28
Lugo.....	2	2	7	2	2	5	»	20
Madrid.....	4	5	11	7	6	3	»	36
Málaga.....	»	3	9	2	2	2	»	18
Murcia.....	1	2	6	3	2	6	»	20
Navarra.....	2	2	4	»	2	4	»	14
Orense.....	2	3	7	2	3	4	»	21
Oviedo.....	»	3	8	3	2	9	»	26
Palencia.....	3	4	9	2	5	3	1	27
Pontevedra.....	»	2	4	2	1	4	1	13
Salamanca.....	5	2	15	4	7	5	»	38
Santander.....	2	3	8	2	2	7	»	24
Segovia.....	»	6	7	3	3	2	»	21
Sevilla.....	»	2	6	1	2	6	»	18
Soria.....	»	5	6	5	1	1	1	18
Tarragona.....	1	2	7	4	4	2	»	20
Teruel.....	2	3	8	5	3	3	»	24
Toledo.....	3	2	11	3	6	5	2	32
Valencia.....	2	2	8	1	7	6	»	26
Valladolid.....	2	3	9	1	6	6	»	28
Vizcaya.....	»	7	»	»	3	»	4	14
Zamora.....	»	4	6	4	2	2	»	18
Zaragoza.....	3	7	10	7	1	2	1	31
TOTAL.....	84	196	312	136	148	182	23	1.064

Recursos de alzada enviados á informe, conforme al art. 102 de la Instrucción..... 513
Resueltos en contra de lo informado por la Junta..... 4

Madrid 31 de Diciembre de 1906.—El secretario, A. Muñoz.

Clasificación de las plazas de médicos titulares.

PROVINCIAS	Número de protestas.	Número de Ayuntamientos en la provincia.	Sueldo medio asignado á los titulares antes de la clasificación.
Alava.....	10	85	750
Albacete.....	24	83	500
Alicante.....	17	138	750
Almería.....	9	103	300
Ávila.....	36	270	100
Badajoz.....	30	162	750
Baleares.....	28	61	400
Barcelona.....	154	318	70
Burgos.....	36	510	100
Cáceres.....	15	222	750
Cádiz.....	8	42	800
Canarias.....	7	90	260
Castellón.....	24	140	150
Ciudad Real.....	26	97	100
Córdoba.....	11	74	300
Coruña.....	51	94	200
Cuenca.....	17	288	150
Gerona.....	22	247	50
Granada.....	19	205	750
Guadalajara.....	27	398	150
Guipúzcoa.....	66	90	700
Huelva.....	16	77	500
Huesca.....	17	362	400
Jaén.....	23	97	800
León.....	52	234	150
Lérida.....	44	325	175
Logroño.....	20	184	400
Lugo.....	22	64	200
Madrid.....	7	195	800
Málaga.....	9	103	750
Murcia.....	18	42	800
Navarra.....	143	269	800
Orense.....	37	97	750
Oviedo.....	14	79	600
Palencia.....	18	250	750
Pontevedra.....	42	65	800
Salamanca.....	42	388	200
Santander.....	23	102	875
Segovia.....	48	275	150
Sevilla.....	6	100	800
Soria.....	15	345	270
Tarragona.....	17	185	100
Teruel.....	48	279	750
Toledo.....	21	206	750
Valencia.....	54	262	500
Valladolid.....	32	237	800
Vizcaya.....	81	119	600
Zamora.....	15	300	700
Zaragoza.....	40	306	750
	1.562	9.266	

Madrid 31 de Diciembre de 1906.—El secretario, A. Muñoz.

Periódicos Médicos.

EN IDIOMA EXTRANJERO: I. Cavernas tuberculosas en los niños de teta.—II. Dos casos de envenenamiento por el ácido fénico.—Lavado del estómago.—Curación.—III. Estadística de las enfermedades venéreas (sífilíticas y blenorragias).—IV. A propósito del injerto ovárico.—Un caso de injerto ovárico heteroplástico.—Embarazo subsiguiente con nacimiento de un niño vivo.—Embarazo después de la ablación de ambos ovarios.—V. Lesiones en foco del parénquima hepático en la cirrosis alcohólica.—VI. Fractura de la columna vertebral cervical ó inmovilidad refleja de las pupilas.

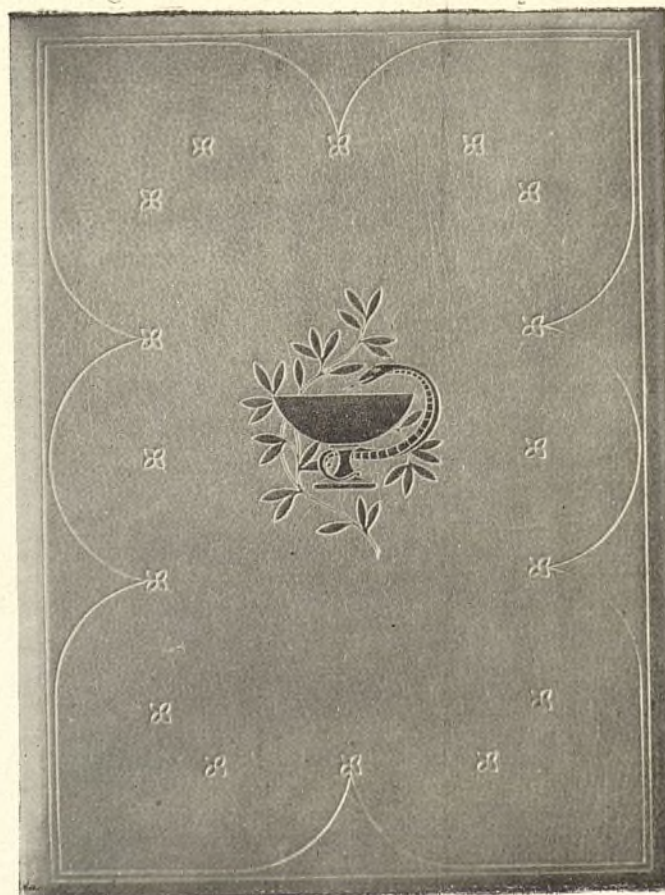
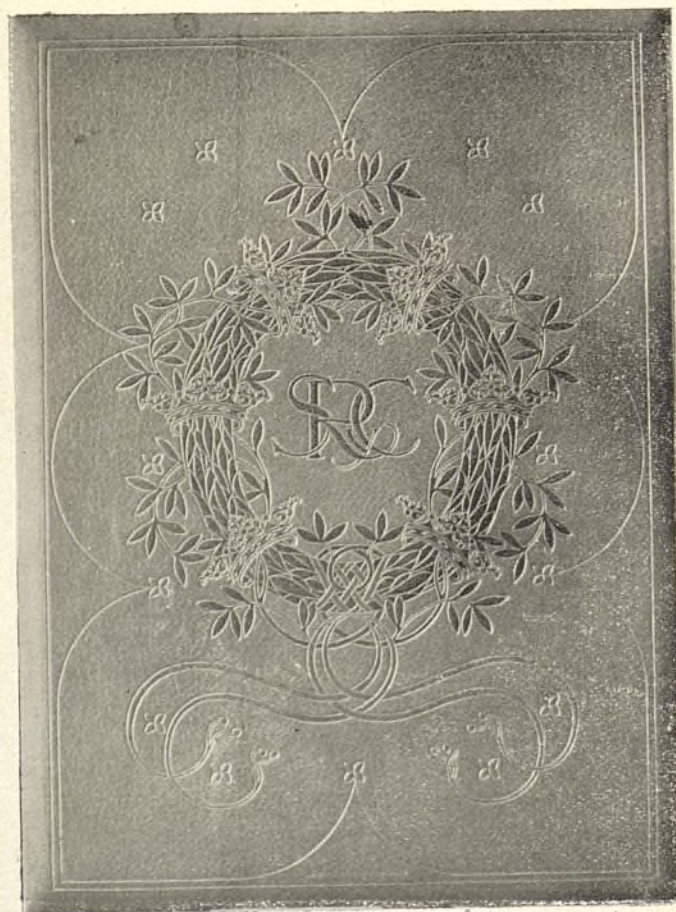
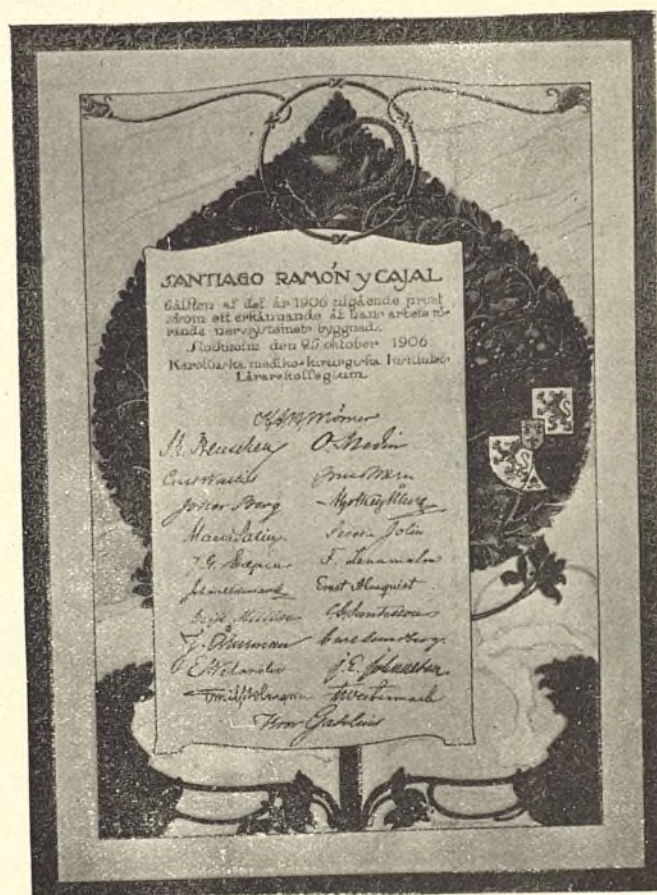
I

Cavernas tuberculosas en los niños de teta.

El Dr. Lhomme opina que tan fácil como es percibir los



MEDALLA DE ORO DE NOBEL AL DR. RAMÓN CAJAL



signos cavitarios en los adultos, es difícil hacer otro tanto en los niños de pecho y establecer sobre tales signos un diagnóstico exacto, pues lo mismo son engañosos los signos *funcionales* que los *físicos*, desde el momento en que, unos y otros, son capaces de faltar, habiendo cavernas, ó de existir, no habiéndolas. De modo que tiene harta razón Mr. Comby para decir, en su *Tesis de las enfermedades de la infancia*, que el diagnóstico de la tuberculosis de la primera infancia no descansa en minucias estetoscópicas, sino en el conjunto de los síntomas, tales como: actitud triste, indiferencia, caracteres especiales del sistema piloso, *venosidades* de la piel del tórax y del vientre, enflaquecimiento, palidez, adenopatías periféricas duras, amiotrofías, etc. A esta reunión de síntomas corcondantes se añadirán las erosiones dentarias—que si son simétricas y tal cual numerosas, como suele ocurrir en los tuberculosos, atestiguan la decalcificación detenida de los tejidos,—los trastornos vaso-motores, sudores, taquicardia, abultamiento del hígado y del bazo, llamaradas febriles, etc. La inoscopia, la prueba de la tuberculina, la inyección de suero artificial y aun de suero marino y suero-diagnóstico, y por fin la radioscopia y la radiografía, todo puede y debe emplearse para afinar el diagnóstico en los casos delicados, por cuanto la mejor parte de la curación está reservada á los diagnósticos precoces.

Los signos *físicos cavitarios* los proporcionan la auscultación y la percusión, bajo la forma de *soplo ó estertor húmedo ó gorgoteo y matidez*; y reciben el título de *ruidos pseudo-cavitarios*, los existentes sin que la autopsia revele una caverna productora de ellos, sino las lesiones propias de las bronco-neumonías consecutivas á la tos ferina ó al sarampión, por ejemplo ciertas pulmonías *rastreras* y hasta *pleuresías purulentas* de gran derrame.

Revelan asimismo la existencia de una cavidad pulmonar la *expectoración* y la *hemoptisis*. En cuanto á la primera, como el niño pequeño no expectora sino que deglute los esputos, hay que buscar éstos en el estómago, como Meunier, por medio del lavado ó en las heces fecales, como se acostumbra. En ocasiones se ha observado toda una vómica. Por lo que hace á la *hemoptisis*, es de primera importancia su significación cavitaria y hay que comprobar su existencia á toda costa, no frecuente en los niños menores de siete años. Uno de los puntos más curiosos de estas raras hemoptisis consiste en contar con un *punto de partida*, generalmente inadvertido, y aparte de aquellos en que pudiera ser debido á la ulceración de un grueso tronco sanguíneo por un ganglio caseoso. Sólo dos casos, uno en un niño de siete meses y otro en otro de diez y seis, se conocen de hemoptisis en que la autopsia haya descubierto la causa de aquella en la caverna misma y no de índole caseosa. Mas á pesar de todo, estas hemoptisis cavernosas de los niños son, en realidad, menos raras de lo que podría suponerse y siempre siguen á un acceso de tos, tomando la forma del llamado *vómito de sangre*. —(*La Revue Intern. de la Tuberculose*.)

II

Dos casos de envenenamiento por el ácido fénico.—Lavado del estómago.—Curación.

El Dr. D'Hotel, de Poix-Ferron, publica dos observaciones de intoxicación por el ácido fénico curadas á favor del lavado del estómago, y son como sigue: El protagonista de la primera era un criado de labranza, que se me dijo estar moribundo, y al que hallé sumido en el coma, con respiración lenta é irregular, salto de tendones, palidez, ojos fijos, falta de reflejo ocular y de la piel á las picaduras, etc. Este hombre había bebido hasta un litro de solución veterinaria de ácido fénico impuro, creyendo beber aguardiente. Al tomarle com-

prendió su error, se apresuró á tomar leche y pedir socorro; intentó vomitar y á los pocos minutos, y tras un estado de angustia especial, cayó sin sentido. Hacía ya de esto una hora y media. Practiqué, dice el Dr. D'Hotel, tracciones de la lengua, dos inyecciones de éter y la flagelación, sin resultado perceptible. Perdida toda esperanza, hice llevar este hombre á su cama; en cuyo instante pareció tener lugar alguna reacción, y se percibió un reflejo laríngeo con tendencia al vómito. Entonces, sigue diciendo el autor, y á favor de un embudo, introduje agua templada por una de las ventanas de la nariz, cuidando de diluir en ella polvo de ipecacuana, á la vez que seguí ejecutando las citadas revulsiones. Poco á poco se fueron produciendo vómitos, que el autor favoreció con la ingurgitación forzada de mucha agua; y á compás de ellos fué volviendo el conocimiento al paciente y tomando expresión su rostro, hasta que á las dos horas se hallaba en estado normal, consolidado en pocos días bajo la influencia del sulfato de sosa; después de haber orinado muy obscuro, aunque menos de lo que el autor dice haber visto en algún otro caso, á consecuencia de inyecciones uterinas de ácido fénico contra el estado puerperal. La lengua y garganta inmediata descamación; pero han transcurrido ya dos años de esto, y no ha quedado la menor retracción cicatricial en estas regiones, ni el menor trastorno digestivo.

La segunda observación recayó, un año después, en una muchacha de quince años, para la que se llamó al Dr. D'Hotel dos horas después de haber ingerido una dosis de ácido fénico oficial equivalente á la dosis purgante habitual del aceite de ricino, ó sean de tres á cuatro cucharadas grandes puestas en una copa. Los síntomas de coma y demás eran los mismos de antes, y tan inútiles como entonces fueron las inyecciones de éter, la flagelación, etc. Mediante un irrigador Eguisier hizo llegar el autor hasta el estómago el agua que vertía sobre dicho aparato por un embudo; y volvió paso á paso el conocimiento, después de haber introducido en el estómago agua bastante, aunque en cantidad indeterminada, para quitar todo olor á fenol al agua expulsada. En el plazo de una semana, la enferma ha curado también y sin consecuencia alguna posterior. En las primeras horas de la intoxicación, la enferma arrojó algunos indicios de ácido fénico en la orina, así como 40 centigramos de albúmina por litro, y alguna menor cantidad que la normal de ácido fosfórico. —(*Unión Médicale du Nord-Est*.)

III

Estadística de las enfermedades venéreas (sífilíticas y blenorragias).

La índole misma de las enfermedades *secretas ó venéreas* hace que las únicas cifras exactas sean las que se hallan en las estadísticas del Ejército y la Marina, donde los hombres pueden ser rigurosamente examinados por los médicos. Y he aquí la tabla publicada por Munson, en su *Higiene Militar*:

Alemania.	2,79
Rusia.	3,60
Japón.	3,60
Francia.	4,09
Holanda.	4,81
Austria-Hungría.	6,10
Estados Unidos.	7,37
Gran Bretaña.	17,38
— Colonias.	52,23

Es de añadir que el mayor contagio tiene lugar, en todas partes, durante el servicio militar.

Fournier, de París; Weiss, de Nueva York; Parks, de Londres, y algunos otros, han estudiado también la frecuencia de estos males en la *población civil*; resultando que el

15 por 100 de la de Nueva York, el 14,28 de la de París y el 12 de la de Berlín, es *sifilítica*, según ellos. Burnett, de la Universidad de Georgetown, opina que de los 50.000 ciegos de los Estados Unidos, 15.000 lo son por infección *blenorragica*, y cuestan al Estado 7 1/2 millones de dollars anuales por vía de sostenimiento. En cuanto á la *sífilis*, ataca de preferencia al cerebro y la medula; siendo sifilítico el 90 por 100 de parálisis generales observables, y el 95 de ataxias locomotrices (lo cual no quiere decir que no se den casos de ceguera sifilítica, aunque menos frecuente que blenorragica, por queratitis, iritis, coroiditis y atrofia óptica de esta naturaleza).—(*Revue Médic. de Biarritz*.)

IV

A propósito del injerto ovárico.—Un caso de injerto ovárico heteroplástico.—Embarazo subsiguiente con nacimiento de un niño vivo.—Embarazo después de la ablación de ambos ovarios.

El Dr. Lucas Championnière inserta en su clásico *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* (fundado por su padre) un detenido estudio acerca del injerto de los ovarios; al que presta gran interés la traducción de la historia clínica de un caso, publicado por el *New York Medical Record*, de 5 de Mayo de 1906, y de otro que ha visto la luz en una Memoria del Dr. J. Murphy, que bajo el título de *Sequel of a case of ovariectomy*, figura en el tomo XXVII de las *Obstetrical Society's transactions*, de los mismos Estados Unidos.

La protagonista de la primera observación tenía á la sazón veintiún años y había comenzado á menstruar á los diez y seis, dejando de hacerlo á los diez y nueve. Casada á los diez y ocho, había quedado encinta poco después y abortado á los tres meses. Desapareció la menstruación, y se presentaron sofocos á la cara, dolores abdominales y jaquecas, en las épocas á que correspondían las reglas. El médico de la paciente, Dr. R. Morris, decidió extraerla los ovarios, que juzgaba esclerosados, é injertarla otros sanos. Aprovechando una ocasión, realizó su plan el 11 de Febrero de 1902. El Dr. Morris desprendió, al efecto, dos colgajos de ovarios sanos de una mujer de treinta y tres años, á la que operaba de descenso uterino. Los tales colgajos medían como media pulgada de largo por una cuarta parte de ancho. Los metió en una disolución acuosa de sal común á 100 grados F., mantenida á esta temperatura en tanto que extirpó los dichos ovarios sin sus trompas, á favor del angiotribo de Tuftier, que es la mejor manera, en concepto de Morris, de enuclear del ligamento ovárico el ovario, y extraer éste por entero. Hecho esto, aplicó cada uno de los colgajos del ovario nuevo á una incisión del ligamento ancho del antiguo; cuidando de que las caras sangrantes mirasen á este ligamento, y las serosas afuera.

Un solo punto con catgut fué encargado de mantener el contacto. Los ovarios extraídos carecían de vesículas de Graaf, pero á los cuatro meses vino una menstruación, y el 15 de Marzo de 1906 parió esta mujer una niña, que pesó 7 1/2 libras.

Con motivo de lo nebuloso que aquí aparece lo relativo á la menstruación durante los cuatro años que mediaron entre el momento quirúrgico y el del parto, hace el doctor Championnière atinadas reflexiones á las que acompaña la relación de un caso de ovariectomía, practicada por él como remedio de unas neuralgias dismenorreicas, y que no obstante el esmero con que procedió en la operación, incluso haber practicado la canterización con el termo-cauterio, no concluyeron los dolores hasta que, pasado más de un año, se decidió á extirpar por completo el útero; lo que le permitió hacer constar que había quedado un fragmento de ovario

implantado en dicho órgano y conteniendo un soberbio *corpo amarillo*, pero sólo en un lado; lo cual bastaba para que resultase incompleta la castración, con todas sus consecuencias; pues que las reglas siguieron, y con ellas los dolores, en tanto que no se llevó á cabo la eliminación de lo que sostenía la vida reproductora; escondido, por decirlo así, fuera del muñón uterino y del consiguiente alcance quirúrgico; cosa que hace desconfiado en este punto el doctor Championnière; sobre todo, respecto á la eficacia de ese mismo angiotribo, tan alabado por Morris. Pero es de hacer constar que el enfermar una parte del ovario, puede muy bien oponerse al funcionamiento normal de las restantes partes del mismo órgano; por consiguiente, una operación quirúrgica que extirpe la porción de ovario lesionada, puede servir para devolver su actividad fisiológica á las demás, y hacer que la menstruación, suprimida patológicamente, reaparezca en virtud de una ovariectomía incompleta.

La mujer objeto de la segunda observación fué operada de ovariectomía en el mes de Enero de 1882, por causa de un gran quiste del ovario izquierdo. El derecho se hallaba también abultado por algunos quistes, y el Dr. Murphy le pasó dos ligaduras muy apretadas, cual si se tratara de un *nevus*, luego punzó los quistes y extrajo cuanto pudo del ovario. Al tercer día, sin embargo, apareció la menstruación y luego nueve meses, y al cesar quedó embarazada la paciente; dando á luz á su debido tiempo un niño, que hacía su sexto hijo. Comenta esto el autor, diciendo que cabe pensar en un tercer ovario; pero la suma rareza del caso y lo difícil de que hubiera pasado inadvertido en el curso de la operación, obligan á Murphy á desechar esta hipótesis y preferir á ella la de una forma especial del ovario, por virtud de la cual quedara parte de él más allá de la ligadura. Por lo demás, el Dr. Battey, igualmente norteamericano, refiere la historia de una doble *voforectomía* ú *ovariectomía* practicada por él y en que la mujer, después de curada, quedó encinta. — (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*)—M. SÁNCHEZ CARRASCOBA.

V

Lesiones en foco del parénquima hepático en la cirrosis alcohólica.

Fundado en los estudios literarios actuales y en las observaciones de diez y ocho casos que ha estudiado, expone Gourevitzch las conclusiones siguientes:

En el parénquima del hígado se observan con frecuencia degeneración parcial y necrosis, en forma de focos diseminados. La etiología de estas alteraciones es muy sencilla. El parénquima alterado del hígado es reemplazado por células neoformadas del mismo, y á menudo también por tejido conjuntivo de nueva formación. Con la frecuente repetición de estos procesos, puede resultar una forma anatómica que recuerda á la cirrosis del hígado. El alcoholismo crónico conduce frecuentemente, lo mismo en los animales sometidos á ensayo que en el hombre, á la degeneración del parénquima hepático. En un cierto tanto por ciento de los casos, el alcoholismo crónico también produce la cirrosis. Las autopsias ponen de manifiesto también en la cirrosis de origen alcohólico, numerosos focos de degeneración reciente, diseminados por el parénquima hepático y signos precedentes de destrucción de los mismos y de parénquima atípico de nueva formación. Las alteraciones degenerativas que se observan con más frecuencia son la degeneración grasosa y más rara vez la necrosis de las células hepáticas. La degeneración del parénquima en la cirrosis alcohólica se origina en primer lugar á consecuencia de la intoxicación crónica, independientemente de la proliferación del tejido conjuntivo. La neoformación del tejido conjuntivo en la cirrosis

alcohólica, está en estrecha dependencia con la degeneración del parénquima. Generalmente se produce á modo de un crecimiento reparador que llena los huecos de la destrucción primitiva del parénquima; en su menor parte se produce neoformación del tejido conjuntivo al mismo tiempo que la degeneración del parénquima por el mismo agente destructor, y aparece como resultado de la irritación que provoca una reacción primaria. Por la acción tóxica persistente del alcohol se producen siempre nuevos focos de degeneración en el parénquima hepático que constituyen el punto de partida de alteraciones extensas. Así progresa el proceso patológico, á pesar de la regeneración compensadora del parénquima hepático y se destruye nuevamente el parénquima neoformado.—(*Zeitschrift für heilkunde.*)

VI

Fractura de la columna vertebral cervical é inmovilidad refleja de las pupilas.

Brassert, de Leipzig, da cuenta de un caso de esta índole que ha tenido ocasión de observar y que sufrió fractura de la segunda vértebra cervical ó del axis. Por las relaciones que pueden existir entre la medula cervical superior y la inmovilidad refleja de las pupilas, es de interés la publicación del presente caso.

S., de cuarenta y cuatro años, labrador, cayó de espaldas, de un carruaje. Seguidamente á la caída, quedó el cuello rígido y evitaba todo movimiento de la cabeza por el dolor que le despertaba; dolores agudos sentía al nivel de la segunda vértebra cervical, y á la presión se notaba crepitación. Los movimientos de la cabeza hacia adelante y atrás eran imposibles, á derecha é izquierda muy limitados. Esto era en 7 de Septiembre de 1904, y en 10 de Septiembre de 1905 la cabeza se inclinaba ligeramente adelante, y seguía muy sensible á la presión en la región de la segunda vértebra cervical, notándose el mismo tiempo un borde óseo saliente, con el dedo introducido por la boca, en la pared posterior de la faringe, al nivel de la segunda vértebra. Más tarde ha persistido la sensibilidad á la presión en la expresada región y la inmovilidad de la cabeza.

En 12 de Noviembre de 1906 consultó con el autor sobre molestias que padecía y que consistían en dolores y alteraciones del movimiento en la nuca: para fijar el cuello y la cabeza, y para prevenir los movimientos dolorosos de la última, llevaba colocado un aparato de protección en el cuello. Existía, además, un síntoma no mencionado hasta ahora: *miosis y ausencia del reflejo pupilar.*

Hay motivos fundados para creer que la inmovilidad refleja de la pupila es un síntoma determinado por lesiones habidas en la medula cervical superior.—(*Munch. Mediz. Wochens.*)—NAVARRO CÁNOVAS.

Prescripciones y fórmulas.

JUICIO CLINICO DE LOS REMEDIOS

Por el Dr. D. CAMILO CALLEJA

Antidiabetin.—Es una mezcla de sacarina y manita para usarla los diabéticos en sustitución del azúcar.

Antidifterin ó antidiphtherin.—Hay dos preparaciones anunciadas bajo este nombre; una es un polvo compuesto de cuatro partes de percloruro de hierro y 91 de clorato potásico. La otra es preparada por Wittstein con fenol, mentol, ácido salicílico y ácidos resinosos. Ambas se usan en toques sobre las partes atacadas de difteria, sobre

todo en la faringe. No se sabe á ciencia cierta su resultado; en el caso de usarlo, debe hacerse con la mayor precaución para no herir la mucosa en lo más mínimo.

Antidysentericum.—Píldoras compuestas de pelletierina 0,15, extracto de la raíz de granada 0,5 y de una substancia tánica 7,5 con c. s. de extracto de rosas para hacer 100 píldoras. Remedio muy estimado en algunos países donde la disentería es endémica.

Antietilin.—Es un suero, que obtienen en Francia, de animales alcohólicos para emplearlo contra el alcoholismo.

Antifebrina ó acetanilida.—Es peor que la antipirina.

Antigermin-Berger.—Preparado á base de una sal de cobre. Es un buen medio desinfectante de los objetos usados por los enfermos, y de las letrinas.

Antigotoso Béjeans.—Se compone de: aceite de gaulteria, 5 gotas; ioduro potásico y salicilato de sosa, ñ 4 gramos; extracto de genciana, 5; alcohol, 20, y agua destilada, 80. Inaceptable por lo complejo.

Antigotoso Bertolin.—Su componente principal es el extracto fluido de la corteza del Nicotiana Bertolonii. Ineficaz.

Antigotoso Laville.—Contiene extracto alcohólico de coloquintidas, 1; extracto de quina (quinin), 1,5; alcohol rectificado, 10; vino de Málaga, 80.

De media á tres cucharaditas de las de café en un poco de agua azucarada. Es un moderador eficaz de los accesos gotosos.

Antigrippina, aceto-fenil-saletidina con gelsemina.—Es un preparado de Midy en cachets. Se recomienda contra la gripe como analgésico y bactericida. Un cachet fuera de las comidas. Únicamente alivia la sensación de mal-estar.

Antihemicranin.—Mezcla, á partes iguales, de antipirina y cafeína. Pretenden con esta asociación evitar la acción deprimente de la antipirina sobre el corazón; pero no se ha comprobado.

Antitherpin.—Emplasto compuesto de: Bálsamo del Perú, 1; pez líquida y aceite, ñ 10. Superfluo.

Antikamnia.—Mezcla de una parte de bicarbonato de sosa, cuatro de acetanilida y algo de cafeína. Analgésico como la acetanilida. Peor que la fenacetina.

Antikol.—Parecido al anterior. Tiene además algo de ácido tartárico. Peor que la fenacetina.

Antimellin.—Un glicósido del yumbul con ácido salicílico, clorato de sosa y muchos otros componentes. Preparado por Boersch, en Berlín. Se anuncia como antidiabético. Nulo.

Antimoniales ó compuestos de antimonio.—El de más reconocida eficacia es el tartrato antimónico potásico, llamado también tártaro emético ó tártaro estibiado. Sus principales usos son: 1) Al interior como vomitivo y al exterior como revulsivo. Pero para satisfacer la primera indicación conviene asociarle la ipecacuana. Despáchese tártaro emético, 30 centigramos; raíz de ipecacuana muy pulverizada, 2 gramos. Mézclese y divídase en tres papeles, uno cada quince minutos. Ayudando el vómito con agua tibia. Está contraindicado en sujetos débiles ó de estómago delicado. 2) Como revulsivo se puede aplicar en pomada y espolvoreado sobre emplastos. Su principal empleo externo es cuando afecciones gástricas y pulmonares amenazan hacerse crónicas, sin causa accesible á nuestra intervención. También es á veces útil contra los lumbagos rebel-des, y en la misma región lumbar se puede usar en las fases sub-agudas y pre-crónicas de las nefritis.

El tártaro emético como expectorante no da buenos

resultados apreciables; sin embargo, es uno de los medicamentos que más se prescriben, y no hay inconveniente en ello si se hace con prudencia, administrando por ejemplo 10 gotas del vino antimonial, tres veces al día, diluyéndolas en algún cocimiento cordial. Algún notable clínico le ha recomendado como purgante derivativo en los casos de derrame pleurítico, pero debe proscribirse por peligroso.

Los demás antimoniales (óxido blanco, quermes, y azufre dorado ó pentasulfuro) son superfluos.

Antinausica-pfennige.—Se emplea contra el mareo. Contiene una gran dosis de cocaína asociada á la antipirina. Se expende en pastillas y se toman una ó dos cada hora. Sus efectos son peores que el mareo.

Antinervin.—Compuesto á partes iguales de acetanilida, ácido salicílico y bromuro amónico. Por esto, se llama también salicilbromanilida. Se administra como analgésico en vez de la antipirina á la dosis de gramo y medio. Tiene los mismos inconvenientes que la acetanilida y antipirina, sin más ventaja que ser más barato.

Antinosin ó nosógeno sódico.—Es uno de tantos medios propuestos para reemplazar el iodoformo, pretendiendo que le aventaja por no ser tóxico ni irritante y á la vez ser más antiséptico y poderse disolver en agua. Sin embargo, se usa poco.

Antipirina, phenazone ó analgesin.—Sería más conveniente usar este último nombre que el primero, porque jamás debiera usarse como antipirético. El consumo de la antipirina alcanzó la enorme cifra de 15.000 kilogramos el año 1891. Ahora ya no abusan tanto. Por mi parte, he de consignar que se cuenta por unidades el número de veces que la he recetado. Hace muchos años la tengo relegada al olvido, reemplazándola con la fenacetina para las cefalálgicas idiopáticas, y con la aspirina para los dolores del aparato locomotor; también á este fin considero menos inconveniente el piramidón, aunque es un derivado de la antipirina. Hay, además, otros compuestos de esta substancia, como son: pirosoal ó acetosalicilato de antipirina y resopirina ó resofinopirina. Esta última ha sido propuesta para los usos tópicos, por su acción antihemorrágica; pero también para llenar esta indicación son preferibles otros muchos recursos. También algunos recomiendan otro compuesto de antipirina, que es el tanato, porque siendo insípido, dicen, puede administrarse á los niños; pero en éstos debe proscribirse en absoluto, lo mismo que los demás medicamentos sintomáticos, á no ser en casos extraordinarios, como cuando el pronóstico es mortal. Tengan presente los que prescriban la antipirina, que es incompatible con los alcaloides de las cinconas y con muchos nitritos, especialmente con el éter nitroso, que está contraindicado en los enfermos muy débiles, en los cardíacos, en todos los que están amenazados de colapso con el uso de antitérmicos, como sucede con los que padecen infecciones febriles, y además, cuando no sienta bien en el estómago, se debe evitar al menos este inconveniente, administrándole en enema (50 centigramos de antipirina en 30 gramos de agua), ó también en inyección hipodérmica (20 centigramos en 8 gramos de agua).

Sección Oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN

Celebrado en el día de hoy el concurso que se convocó por las Reales órdenes de 21 de Diciembre último y 16 de

los corrientes para proveer las Inspecciones provinciales de Sanidad vacantes y las que vacaran hasta y durante el concurso; y

Resultando, según aparece del acta, que, previa la lectura de los antecedentes necesarios y siguiendo el orden numérico de las propuestas formuladas á su tiempo por los Tribunales de oposición, eligieron: D. José Call y Morros, la Inspección provincial de Madrid; D. José Esteban García Fraguas, la de Barcelona; D. Aniceto Bercial y González, la de Zaragoza; D. Adolfo Robles y Vallecillo, la de Sevilla; D. Rosendo Castell y Ballespí, la de Vizcaya; D. Francisco Laborda y Weleymen, la de Canarias; D. Felipe Sáenz de Cenzano y Fernández, la de Huesca; D. Fernando Rubio y Marco, la de Almería; D. José Núñez Crespo, la de Toledo; D. Marcial Martínez Hernando, la de Segovia; D. León Carrasco y Gómez, la de Cuenca; D. Sinforiano Acinas y Horigüela, la de Orense; D. Antonio Herrero y Tejada, la de Soria, y D. Joaquín Febrel y Estevas, la de Teruel.

Resultando asimismo del acta, autorizada en la forma que determina la disposición 5.^a de la Real orden de convocatoria, que en el acto del concurso se manifestó por Sr. Presidente que á los concursantes comprendidos en las listas desde D. Andrés Durán y López, núm. 51, á D. Francisco Llorca y Lloret, núm. 56, que eligieron plaza, había que adjudicársela ésta en interinidad hasta su ingreso como Inspector provincial, á los efectos de la Real orden de 16 de Enero del pasado año, terminándose el concurso sin protesta:

Vistas la Real orden de 21 de Diciembre último y la de 16 del corriente, como asimismo la de 28 de Noviembre de 1905 y 16 de Enero de 1906:

Considerando que el concurso referido se ajustó á las disposiciones de la convocatoria, no habiéndose producido protesta alguna; y

Considerando que los nombramientos de los supernumerarios D. León Carrasco y Gómez, D. Sinforiano Acinas, D. Antonio Herrero y D. Joaquín Febrel deben tener carácter de interinidad hasta que sean Inspectores provinciales de Sanidad en propiedad;

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se apruebe el expresado concurso y que se otorguen los respectivos nombramientos á los en él interesados: en propiedad, de las plazas que eligieron, hasta D. Manuel Martínez Hernando, y en concepto de interinos á los subsiguientes según el acta.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid 22 de Enero de 1907.—*Romanones*.—Sr. Inspector general de Sanidad interior. (*Gaceta* del 28.)

MONTEPIO FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

Anuncio de pensión.

Dña Juliana Burriel y Lacasa, hija de la pensionista doña Francisca Lanuza, solicita el goce de pensión de orfandad.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos del Reglamento.

Madrid 19 de Enero de 1907.—El Secretario general, *Marín y Sancho*.

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

SESIÓN DEL DÍA 9 DE FEBRERO DE 1907

El Dr. D. Juan Cisneros Sevillano expone un caso práctico de un enfermo que presenta, al cual, por una neoplasia maligna (carcinoma) de la laringe le hizo la extirpación total y completa de dicho órgano. La técnica seguida para disminuir el peligro de la operación fué en dos tiempos; uno haciendo la implantación de la tráquea en la piel de la parte anterior inferior del cuello y fijando circularmente á la piel todo el circuito del corte traqueal por el método de Périer, suturando la incisión media, en lugar de dejarla abierta. Un mes después hizo la extirpación total de la laringe, temiendo así menos la bronconeumonía séptica y la celulitis séptica del cuello, causas tan frecuentes de muerte después de la operación. El enfermo que presenta, curado actualmente, á la Academia, es un hombre de sesenta y tantos años que padecía una tumoración difusa maligna á los lados de las dos cuerdas de la laringe, y comprendió, en virtud del caso, que no había más remedio que la extirpación total de la laringe. El día 3 de Octubre de 1906 se hizo la implantación de la tráquea, y un mes después la extirpación, sacrificando bastante parte de la pared anterior del esófago, y siguiendo los métodos preconizados por Föderl y Lanz, y dejando un punto sin suturar en la parte inferior de la herida para desagüe, con una gasa para evitar infecciones. Lleva por ahora más de un par de meses en perfecto estado y curado al parecer. Con el aparato fonético de Glück el enfermo podrá hablar, y hoy sólo se nota algo de esa voz de cuchicheo conservada.

El Sr. D. Celestino Compaired y Capdevilla felicita por el caso al Dr. Cisneros, y añade que casi siempre llegan tarde los enfermos de esta clase, por ser tardíamente diagnosticados de cáncer; pero hoy día, hay tendencia á preferir la laringo-fisura y extirpación parcial á la extirpación total de la laringe, siempre que el neoplasma que impone la operación es bastante limitado; los resultados terapéuticos son por lo menos equivalentes á los de la laringoectomía total, si no mejores.

Rectifica el Sr. Cisneros, y dice que tratándose del cáncer, cuantas más seguridades mejor; y añade que lleva practicadas 27 hemilaringoectomías con diversos resultados, algunas con nueve años de curación, y cita un caso de un médico de Palencia que lleva este tiempo y ejerce la profesión. Que él es oportunista según la lesión para hacer la operación total ó parcialmente.

El Dr. D. Joaquín Olmedilla y Puig hace una comunicación sobre la grafología como medio de diagnóstico, citando unos trabajos publicados en Septiembre último en la *Nature*. Dice que el estudio de la escritura es una ciencia para unos y una curiosidad para otros. Para escribir es necesario una acción combinada y continuamente modificada de un gran número de músculos. Según Lombroso y Zuradelli, hay algunos que al escribir se sirven de preferencia de las articulaciones de los dedos, otros de las articulaciones de la mano ó del antebrazo. La asociación y coordinación de cada movimiento preciso puede dar idea del estado del individuo y de sus excitaciones volitivas asociadas que atraviesan la substancia gris en ciertos sitios. Muy instructivo y característico es siempre el examen de la escritura espasmódicamente alterada, que no debemos dejar de confrontar con la del individuo cuando estaba sano. A veces las letras están reemplazadas por ganchos, por líneas en ziz-zas, por un número de signos extraños que no tienen apariencia de escritura.

La mogigrafía es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres; en el triste hay monotonía de las letras, y el punto fuerte revela energía como en el grafospasmo.

El Sr. Decref y Ruiz habla sobre la hiperemia activa y pasiva del aire caliente, y cita los trabajos de Bier por la venda elástica y las ventosas, y sus aplicaciones en las artritis gonocócicas. Presenta unas cajas para la aplicación de este método, dentro de las que asegura pueden los miembros sufrir altas temperaturas de más de cien grados.

La hiperemia por estancación empleada por primera vez por Bier en 1892, divide las opiniones respecto á los resultados. Nötzel dice que los efectos de la estancación venosa depende de la acumulación de una gran cantidad de suero sanguíneo que contiene antitoxinas. Para explicar Nötzel la acción de la hiperemia por congestión, se funda en los experimentos en animales con los bacilos de la pústula maligna.

No se puede negar que al principio de la enfermedad puede lograrse la curación de las inflamaciones tuberculosas mediante esa hiperemia pasiva por sí sola. Pero asimismo es indudable que existen una serie de fracasos.

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

SESIÓN DEL 4 DE FEBRERO DE 1907

La última sesión de la Academia Médico-Quirúrgica fué muy interesante. El Dr. Salas y Vaca presentó un enfermo afecto de esclerosis cerebral infantil con el estado contractural clásico y síntomas motores bien marcados, abolición de la motilidad en uno de ambos lados, convulsiones y especialmente contracturas de los miembros y movimientos espontáneos, y á la vez lentitud en la emisión de la palabra; era un muchacho de diez y seis años, natural de Teruel.

El Dr. Goyanes presentó curado un enfermo de emasculación total ó ablación de todos los órganos genitales externos con excavación ganglionar de ambas ingles, raíces de los cuerpos cavernosos y bulbo de la uretra por carcinoma del pene, cuyo paciente recobró la salud gracias á la operación de A. Paci.

El Dr. Fernández Sanz expone un caso de alexia ocurrido en un individuo de sesenta y tres años, secretario de Ayuntamiento rural, que había tenido varios hijos. Hace cuatro años una mañana experimentó desvanecimiento, que no podía mover los miembros del lado derecho y que se le trababa la lengua; más tarde tuvo pérdida del equilibrio y perdió la facultad de leer. En la consulta vió el doctor Sanz un hombre alto con signos de vejez, sople aórtico prolongado, torpeza en los movimientos y pérdida de fuerzas, parestesias en los dedos, reflejos exaltados, trastornos en el aparato de la visión, agudeza disminuída, hemianopsia en cuadrante, perturbada la facultad del lenguaje, abolida la inteligencia de los signos de la escritura ó suspensión de la facultad de comprender lo escrito. Establece una diferencia entre la asemia verbal, la gráfica y la mímica, y como variedad de éstas la asemia parafásica, paragrafica y paramímica, así como las asemias de expresión (asemia expresiva) y de percepción (asemia perceptiva), según que esté abolida la facultad de formar á la de comprender los diferentes signos. Se notan en el paciente trastornos vasculares en el cerebro difusos, y circunscritos en el polo occipital hacia el pliegue curvo.

El Dr. Arredondo habla sobre los conceptos de la afasia, así como del conjunto de síntomas, de cuya presencia se deduce la existencia de un obstáculo para la producción ó para la inteligencia de algunos de estos signos, por medio

de los cuales el hombre comunica á los otros sus propias ideas y expresa sus sentimientos. Cita un caso de autopsia única con afaxia, en la que se encontró un foco de reblandecimiento en la cápsula interna. Sin embargo, debe conservarse la doctrina de la afaxia, y el grupo de imágenes preponderantes hay que tenerlas en cuenta.

El Dr. Yagüe habla después del valor de la prueba de Salomón sobre la úlcera gástrica, ya que toda ulceración produce un exudado, y si lo hacemos evidente habremos hecho el diagnóstico. Los exudados son albuminoideos y sus reacciones también. Lavando el estómago hasta dejarlo limpio con suero Hayen, extrae el contenido é investiga la existencia de los albuminoideos si hay úlcera. Pero el cateeterismo, además de peligroso en los ulcerosos, sopena que el enfermo sea muy diestro en el lavado, no basta para la prueba que se confunde con otras secreciones. La albuminuria, muy rara en la úlcera, es más común de lo que se cree en el cáncer.

La astricción de vientre domina en la úlcera, mientras que próximamente en la mitad de los cánceres, sobre todo en el período avanzado, se observa diarrea.

La prueba de Salomón es más teórica que práctica y da mejor resultado en los estenóticos cicatriciales, pero es falsa muchas veces.

Le contesta el Dr. Campo y Arredondo, abundando en las mismas ideas fundamentales y considerando perjudicial dicha prueba.

Consultorio.

PREGUNTAS

1.º Los médicos titulares y los inspectores municipales de Sanidad, ¿están exentos de ser Jurados? ¿Qué disposiciones legales pueden citarse para estos casos?

2.º Las multas impuestas por los inspectores municipales de Sanidad en el desempeño de su cargo, y hechas efectivas por los Ayuntamientos y los Juzgados municipales, ¿son íntegras para los Municipios, ó tienen algún derecho á ellas los que las impusieron?

En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad que les corresponde y en qué forma debe reclamarse?—J. B.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,98; mínima, 694,31; temperatura máxima, 16,3; mínima, 0,3; vientos dominantes, E., N. y NE.

Madrid sigue padeciendo la epidemia gripal que padecen muchos pueblos de Europa y muchas ciudades de España. Es grande el número de individuos afectos de formas catarrales, y es asimismo extraordinaria la mortalidad que sufre la población por las formas de bronquitis agudas, bronconeumonías y neumonías. Menudean las congestiones viscerales y algunas localizadas en el cerebro, produciendo muertes repentinas. La enfermería del aparato digestivo está disminuida proporcionalmente, con relación á la del aparato respiratorio.

En los niños sigue el sarampión produciendo muchas invasiones y una mortalidad crecida. Hay menos difteria.

Crónicas.

Necrología.—Tenemos el sentimiento de anunciar la muerte de la madre de nuestro distinguido amigo el doctor Lobo Regidor; y la de un hermano del afamado director de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, el Sr. D. Pedro Ulecia, teniente coronel de Caballería, retirado.

Reciban ambos señores la expresión más sincera de nuestra condolencia por su honda aflicción.

Caída desgraciada.—La esposa del eminente histólogo Dr. Cajal, padece una fractura de pierna, que se ha producido hace pocos días con motivo de una caída en la vía pública. Deseamos su pronto restablecimiento.

Doctorado.—Después de brillantes ejercicios ha obtenido el grado de Doctor con la calificación de Sobresaliente, nuestro distinguido amigo D. José María López Campells. La Memoria ha versado sobre *Los matrimonios consanguíneos*.

Reciba nuestro ilustrado compañero nuestra más cordial enhorabuena.

Defunción.—Según leemos en el *Boletín* de la provincia de Gerona, el día 15 del pasado Diciembre falleció en su casa de Bagur el ilustrado médico oculista D. Buenaventura Carreras, que durante más de veinticinco años ejerció su especialidad en esta capital. Nacido en Santiago de Cuba en 1856, vino á la Península á la edad de cinco años. Cursó en Barcelona el bachillerato y la carrera de Medicina, obteniendo brillantes notas, y una vez licenciado pasó á París con objeto de continuar los estudios de Oftalmología emprendidos ya en Barcelona al lado de Carreras Aragó, durante los últimos años de estudios universitarios. En la capital de Francia fué uno de los discípulos más aventajados de las clínicas de Galezowski y de Wecker, habiendo desempeñado en la de este último, durante cerca de un año, el cargo de jefe de Clínica. Dueño ya de un caudal de conocimientos de oculística envidiable y poseedor de una rara destreza para las operaciones de su especialidad, vino á Gerona en 1880 estableciendo una clínica que se vió desde luego concurridísima, no sólo por enfermos de esta provincia, sino por gentes de otras bien lejanas y del Mediodía de Francia. La característica de Carreras en el ejercicio de la Oftalmología, eran, aparte de su nutrida ciencia y de su gran habilidad y destreza en las intervenciones, un certero ojo clínico y una serenidad á prueba en las difíciles operaciones que diariamente practicaba. Chocaba en verdad, aun al más acostumbrado á verle operar, el que unas manos y unos brazos de atleta manejaran con tanta suavidad, ligereza y seguridad los delicados instrumentos de la Cirugía ocular.

Nueva vida.—Hemos recibido el primer número de la revista popular de higiene titulada *Nueva vida*, la cual se publicará mensualmente bajo la dirección del distinguido y entusiasta higienista, señor Conde de Pinofiel. Es una publicación esmeradamente hecha, cuyo primer número contiene artículos interesantes de profesores tan distinguidos como los señores Larra y Cerezo, Calatraveño, Pardo y Valle, Fernández Cuesta, y de higienistas tan meritorios como los señores Gallego (arquitecto) y conde de Pinofiel.

Se necesitan muchas publicaciones de esta índole y por eso deseamos larga y próspera vida á la recién nacida.

Junta de Gobierno.—La del Colegio de Médicos de la provincia de Huesca la forman los señores siguientes:

Presidente, D. Ildefonso González Colmenares; *vocal 1.º*, D. Mariano Lasala Alvarez; *idem 2.º*, D. Rafael Gella Fontana; *idem 3.º*, D. Esteban Arjó Pérez; *idem 4.º*, D. Pablo Acín Laguna; *idem 5.º*, D. Saturnino Ribón; *tesorero*, D. Anselmo Llanas Montaner; *contador*, D. Alejandro Barlés; *secretario*, D. Julián Zaidín.

Nuevo catedrático.—Por Real orden de 8 de Enero, y de acuerdo con lo informado por el Consejo de Instrucción pública, se nombra á D. Rafael García Duarte y González catedrático numerario de Enfermedades de la infancia, con su clínica, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, con el haber anual de 3.500 pesetas y demás ventajas que concede la ley; disponiendo al propio tiempo, en cumplimiento de lo dispuesto en el Real decreto de 31 de Julio de 1904, que se le considere posesionado de dicho cargo en esta fecha y baja en el mismo día de la plaza de Auxiliar numerario que desempeña en la misma Universidad.

Premios á los catedráticos de Universidades.—La cantidad consignada en el capítulo 10, artículo único, de la vigente ley de presupuestos para premiar á los catedráticos de Universidades que más se distinguen en el ejercicio de su cargo, se distribuirá en premios de 500 á 1.000 pesetas uno. Se exceptúan de la distribución las 5.000 pesetas que actualmente se destinan para el pago de las colecciones enviadas al Museo de Ciencias Naturales y Jardín Botánico, las cuales se seguirán administrando por las Juntas respectivas en la forma que establecen las disposiciones vigentes.

El catedrático aspirante al premio hará constar, en su so-

licitud, su asistencia á cátedra, los servicios extraordinarios prestados á la enseñanza en el curso anterior, las lecciones prácticas que haya dado fuera de las reglamentarias del curso, sus investigaciones personales ó publicaciones, la exposición de los trabajos realizados por sus alumnos bajo su dirección, etc., etc.

En el Real decreto de 18 del corriente, relativo á estos premios, se dispone que informen las Juntas de Facultad sobre los méritos y servicios aducidos por los catedráticos en sus solicitudes, y que el ministro, previo informe y propuesta del Consejo de Instrucción pública, fijará el número de los premiados y la cuantía de los premios, y adjudicará éstos en el último mes del año económico.

La mortalidad en Madrid.—De un interesante artículo publicado por *Vida Nueva*, comentando las cifras de mortalidad en Madrid publicadas oficialmente, recortamos los siguientes párrafos:

Diez y seis mil ochenta y uno han fallecido en 1906, correspondiendo una mortalidad de 29,38 por cada 1.000. Mayor era aún la de la isla de Cuba cuando nosotros la poseíamos, pero de entonces acá sus gobernantes, sin gastar grandes sumas, con perseverancia y buena organización, han conseguido reducirla hasta el límite que puede verse en otro lugar de este número.

Con la misma mortalidad que aquella República, sólo habrían ocurrido 8.698 defunciones, es decir, que nos hubiéramos ahorrado 7.383 vidas, que representan centenares de cunas vacías, muchas madres desconsoladas, multitud de hogares sin pan, una suma enorme de dolores y quebrantos y la pérdida efectiva de algunos millones de pesetas.

Las estadísticas demográficas de Madrid nos enseñan que no son afortunadamente los vientos del Guadarrama, como aquellos que jamás se saludaron con la higiene creen, la causa irremediable del estado sanitario de Madrid, puesto que barrios como el de Monasterio, que por su altura con relación á los demás, los recibe directamente, sólo tienen un 17 por 1.000 de mortalidad, mientras que los distritos de la Inclusa y la Latina aparecen con el 50! y el 32 respectivamente.

Pero hay más. En el distrito del Centro los barrios de la Constitución y Correos, formados por plazas y calles anchas con alcantarillado y dotación de aguas, tienen un tanto por mil que no llega á 20. El barrio de Tudescos ha visto descender el suyo tan luego como han desaparecido algunas de las casuchas que en él existen, dejando solares por donde ha entrado en otras aire y luz.

En el distrito del Hospicio se mantiene baja la mortalidad en el barrio de Campoamor (16,56), formado todo por calles y casas nuevas. Chamberí demuestra la necesidad de agua y de alcantarillado, dando una cifra igual á la del total de la corte, y Buenavista, aproximándose en la escasez de defunciones á las grandes urbes civilizadas con 20,33 por 1.000, presenta como padrón de ignominia; el barrio de Goya de 26,50, habitado por gente de escasos recursos, sin agua en los pisos, sin alcantarillado, y con calles convertidas en barrizales, y la Prosperidad con 33,16, lo que no es de extrañar careciéndose en él casi en absoluto de toda urbanización.

Tiene la demarcación del Congreso barrios de escasa mortalidad por razones que fácilmente comprenderá el lector por su simple enumeración. Cañizares, Floridablanca, Príncipe y Retiro que contrarrestan la elevada de los otros dando un tipo general de 23,19, y contemplamos horrorizados la enorme de los distritos Hospital (40,38), Inclusa (50,48) y Latina (32,56), en los que hay barrios como el del Doctor Fourquet con 95,59, y otros, Jesús y María, Primavera, Gasómetro, Miguel Servet, Peñuelas, Caravaca y Huerta del Bayo que acusan más de 40 por 1.000.

Oposiciones terminadas.—En las oposiciones al Cuerpo de médicos de Sanidad de la Armada, han tenido número por este orden los Sres. D. Adolfo Inojar Pons, D. Fernando Ferraches Tarrida, D. Francisco Genovés Olmos, D. Daniel del Río y Torre, D. Juan José Fernández y González, don Eduardo Rodríguez y González, D. José Mújica y Jaca, don Dionisio García Tapia, D. Alfredo Núñez Buhigas y D. Joaquín Arca y Arca.

Nueva Junta.—La Asociación de la Prensa Médica Española, en su Junta general para la renovación de cargos de su directiva, eligió por unanimidad, á los Sres. D. Angel de Larra y Cerezo, presidente; D. Rafael Ulecia y D. Rafael Rodríguez Méndez, vicepresidentes; D. Emilio Pérez Noguera,

secretario general; D. Macario Blas, secretario de actas; D. Dío A. Valdivieso, D. Faustino Barberá, D. Ricardo Royo Villanova y D. Florestán Aguilar, vocales, y D. Benito Remartínez, tesorero.

También fueron aclamados como socios honorarios, don Carlos María Cortezo, y D. Francisco Marín y Sancho.

Inicuo atropello.—Nuestro digno y prestigioso compañero y amigo el ilustrado médico de Berrocalejo (Cáceres), ha sido objeto de un cobarde y repugnante atentado.

Una turba de vecinos descontentos por no hallar en el dignísimo médico del pueblo el *criado pagado*, que se les figura tener, por el pago de la depresiva iguala, han apedreado su casa, ocasionándole grandes destrozos en su mobiliario y corriendo grave riesgo su persona, que gracias á la presencia del capitán y teniente de la Guardia civil, con suficiente fuerza á sus órdenes, pudo llegar á Naval Moral sin más novedad que el disgusto consiguiente.

Desde el día 16 y 17 del pasado Enero, en que ocurrieron estos hechos, no tienen médico, habiendo ocurrido un fallecimiento sin asistencia facultativa, á pesar de lo cual se ha dado sepultura al cadáver, sin previo reconocimiento legal, de lo que suponemos no debe tener conocimiento el Juzgado de instrucción correspondiente.

Parece ser que ha venido una comisión á la Corte á buscar médico; pero debe saber ante todo el *agraciado* dónde va y que va á tener por convecina á una *curandera*, origen directo é indirecto de lo ocurrido al compañero saliente.

Recogida y envío de aguas para el análisis químico.—En el último número del *Boletín del Instituto de sueroterapia, vacunación y bacteriología de Alfonso XIII*, ha publicado el ilustrado profesor químico del citado Instituto D. Ricardo de la Puerta, las siguientes «Instrucciones generales para la recogida y envío de aguas destinadas al análisis químico»:

Elección de envases y tapones.—Las botellas ó frascos deben ser nuevos, de vidrio incoloro y perfectamente limpios, lavados previamente con la misma agua repetidas veces.

Los corchos deben ser también nuevos y bien lavados con la misma agua, pudiéndose emplear cápsulas, pero en modo alguno lacres ó sustancias análogas.

Modo de recoger el agua.—El agua debe recogerse, no en la superficie, sino en la parte media, en los depósitos ó pozos, y si se extrae con bomba ó sale por caño, esperar á que salga primero alguna cantidad. Las botellas ó frascos deben llenarse completamente de agua, sin dejar espacio con aire.

Cantidad de agua necesaria.—La cantidad de agua para un análisis determinado ha de ser de unos 25 litros, pudiendo distribuirse en bombonas y botellas; y para un análisis de tanteo bastan dos litros.

Datos que se deben acompañar al envío de aguas.—Nombre de la fuente y del sitio en que radica, término municipal, partido judicial y provincia. Temperatura del agua tomando la media de tres observaciones.

Si se trata de aguas minerales, es muy conveniente el envío de noticias precisas acerca de la disposición del manantial, naturaleza del terreno, etc., así como trozos de roca por la que salgan los manantiales, algas, sedimentos y barros si existieran.

También se indicará si se desprenden burbujas de gases, olor y cualquier propiedad especial que se note en el manantial; si se ha hecho empíricamente uso médico, atribuyendo á las aguas alguna virtud medicinal y cuantos datos se conozcan que puedan servir para ilustrar los trabajos, y á fin de poder remitir en caso necesario *instrucciones particulares*, según la índole de las aguas, si son sulfurosas, carbónicas, etc.

Subasta voluntaria del Consultorio Médico del Dr. García Fraguas, fundado en 1892. Coso, 120 y 122, Zaragoza.

Por traslado de su director y propietario á la Inspección provincial de Sanidad de Barcelona, se traspasa con las máquinas, aparatos é instrumentos de Rayos X, Electroterapia, Masaje, Hidroterapia, Fototerapia, Mecanoterapia, etc., instalados y acreditados, el Consultorio Médico situado en la calle más céntrica y con más vías de comunicación de la capital universitaria de Aragón, Navarra y la Rioja.

El miércoles, día 20 de Marzo de 1907, saldrá á pública subasta por el tipo de *quince mil pesetas*, pagadas al adjudicarse, en la Notaría de D. Fabián Juan López, sita en la plaza de San Felipe, 3, Zaragoza.

El pliego de condiciones, y la visita y manejo de los aparatos, se facilitarán en el Consultorio diariamente, de 11 á 1, á cuantos señores médicos hagan en la Notaría previo depósito del 5 por 100 del tipo fijado para la subasta.

El Elixir Saiz de Carlos es de éxito seguro en los catarros intestinales de los niños en todas sus edades. Serrano, 30, farmacia, Madrid.

Al presente número acompaña una circular informativa sobre el producto **Veronal** de la casa Federico Bayer y C.^a, de Barcelona.

SOLUCION BENEDICTO

de glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc. **Frasco, 2,50 pesetas.** Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, Madrid.

Regalos á los suscriptores.

Todos los suscriptores que abonen QUINCE PESETAS anticipadas por un año de suscripción antes de fin de Marzo de 1907, tienen derecho á pedir los REGALOS SIGUIENTES:

La peste bubónica, cartilla sanitaria, por el Dr. Calatraveño.

La acción nociva de la luz, folleto por el Dr. D. Manuel Márquez.

El sueño y su higiene, por D. Joaquín Olmedilla y Puig.

Diagnóstico diferencial de los estados patológicos del hígado, por D. Ramón Luis Yagüe.

Idiotismo myxedematoso. — Tratamiento Tiroideo, versión española por el Dr. Calatraveño.

El Dr. Chinchilla. — Estudio bibliográfico, por el Dr. D. Enrique Salcedo y Ginestal.

Consideraciones patológicas de relación entre las neurosis y el artrismo, por el Dr. D. José Salas y Vaca.

La alimentación de los niños durante la primera edad, por el Dr. Calatraveño.

La Instrucción general de Sanidad pública, aprobada por Real decreto de 12 de Enero de 1904.

El Reglamento del Cuerpo de médicos titulares de España, aprobado por Real decreto de 11 de Octubre de 1904.

El Reglamento del Cuerpo de farmacéuticos de España.

Todas estas obras se les enviarán en un paquete certificado franco de porte. (Lote núm. 0).

En lugar del paquete anterior de libros pueden pedir también uno de los siguientes lotes de obras, que se les enviará gratis y franco de porte:

MANUAL DE MATERIA MÉDICA, por los Dres. Bernatzik y Vogl, catedráticos de la Facultad de Medicina de Viena. Esta importante obra consta de 3 tomos de más de 400 páginas cada uno. Precio, 18 pesetas. — (Lote 1.º)

MANUAL DE TOXICOLOGÍA, por el Dr. Dragendorff. 1 tomo de 600 páginas. Precio, 10 pesetas. — (Esta obra y la siguiente forman el lote 2.º)

ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES, por el D. Bartels. 1 tomo de 480 páginas. Precio, 8 pesetas en Madrid y 9 en provincias. — (Con la anterior obra forma el lote 2.º)

GINECOLOGÍA OPERATORIA, por Hegar y Kaltenbach. 2 tomos. Precio, 15 pesetas en Madrid y 16 en provincias. — (Lote 3.º)

ENFERMEDADES DE LA GARGANTA Y DE LAS FOSAS NASALES, por el Dr. Moure, 3 tomos. Precio, 20 pesetas. — (Lote 4.º)

TERAPEUTICA RESPIRATORIA, por el Dr. Oertel. 1 tomo, 15 pesetas. — (Lote 5.º)

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DEL OIDO, por el Dr. Politzer. 2 tomos con 258 grabados. Precio, 15 pesetas. — (Lote 6.º)

CONCLUSIONES DEL INTESTINO, por el Dr. D. Angel Pulido. 2 tomos. Precio, 16 pesetas. — (Lote 7.º)

TRATADO DE ENFERMEDADES MENTALES, por el doctor Luys. 1 tomo, 15 pesetas. — (Lote 8.º)

TRATADO DE HIGIENE PUBLICA, por el Dr. Palmberg. 1 tomo, 17,50 pesetas. — (Lote 9.º)

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS, por el Dr. Thomson. 1 tomo. Precio, 5,75 pesetas. — (Esta obra con la siguiente forma el lote 10.)

TRATADO DE LA DIABETES, por el Dr. Frerichs. 1 tomo. Precio, 6 pesetas en Madrid y 6,50 en provincias. — (Con la anterior forma el lote 10.)

Los suscriptores que abonen antes de fin de Marzo de 1907 la suscripción de dicho año, podrán obtener también por 20 pesetas en rústica el magnífico **TRATADO PRÁCTICO DE MEDICINA Y TERAPÉUTICA** de los Dr.s. Bernheim y Laurent, que consta de seis voluminosos tomos, y cuyo precio es de 50.

Igualmente pueden adquirir la obra en tres tomos, con 567 grabados, titulada **ELEMENTOS DE CIRUGÍA** del Dr. C. Huéter, por 25 pesetas, y cuyo precio es de 60 pesetas.

Con este motivo ofrecemos enviar gratis un sobre monedero á cuantos suscriptores, no pudiendo adquirirlos en sus localidades respectivas, se sirvan pedirnoslo por medio de carta ó sencillamente por medio de una tarjeta postal. De esta suerte les facilitaremos el pago de la suscripción y tendrán derecho á los regalos arriba enunciados.

**ADOPTADO en el Primer
DISPENSARIO**

Antituberculoso de
BARCELONA



HISTOGENOLLOPIS
(Nucleína-Arrhenal.)

INALTERABLE

Ensayado con gran éxito en todos los Dispensarios Antituberculosos, Sanatorios, Hospitales y Clínicas particulares de España, Portugal y América, en el tratamiento de la

TUBERCULOSIS

Anemia, Neurastenia, Bronquitis crónica, Albuminuria, Convalecencias difíciles, etc., etc., y estados consuntivos en general.

Los señores médicos que deseen ensayar el Histógeno, sirvanse pedir una muestra y se les remitirá libre de todo gasto. **Se vende en todas las farmacias de España, Portugal y América.**

Madrid. — Imprenta de Enrique Teodoro, Amparo, número 102, y Ronda de Valencia, número 8 — Teléfono 552