

GACETA MÉDICA

DE

COSTA RICA

REVISTA MENSUAL

ÓRGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA REPÚBLICA.

Encargado de la edición,

la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Dirigir la correspondencia á la Secretaría de la Facultad de Medicina.—San José de C. R.
Para anuncios de Europa ó suscripciones, dirigirse al Doctor Alberto Alvarez Cañas, Cónsul General de Costa Rica en París, 4, rue Papillon, quien está exclusivamente encargado de la agencia.

La GACETA MÉDICA se publica cada mes.—No se admiten suscripciones por menos de un año.—El precio de la suscripción, adelantado por un año, es de ₡ 4-00. Precio de un número, ₡ 0-50. El precio de avisos, convencional.

Año XI

San José de Costa Rica, julio de 1907

Núm. 10

ACTAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

16ª sesión ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada el veinticuatro de junio de mil novecientos siete, con asistencia de los Doctores: Jenaro Rucavado, Primer Vocal; Roberto Fonseca Calvo, Teserero; Luis P. Jiménez, Fiscal; Federico Carlos Alvarado y Benjamín Hernández, Vocales; y el Dr. Ricardo Luis Jiménez Núñez.

Artículo I.—Por ausencia motivada del Presidente, Dr. don Carlos Durán, presidió el Primer Vocal, Dr. don Jenaro Rucavado.

Artículo II.—Por ausencia motivada del Secretario, Dr. don Teodoro H. Prestinary, hizo sus veces el Segundo Vocal, Dr. don Federico Carlos Alvarado.

Artículo III.—Se leyó, aprobó, y firmó el acta de la sesión anterior

Artículo V.—Se suscitó una discusión acerca del incremento que en el país ha tomado el empirismo médico, de la indiferencia con que lo ven las autoridades llamadas á reprimirlo y de la lenidad con que se trata á los muy pocos *curanderos* que por una razón ú otra alguna rara vez comparecen ante los tribunales respectivos. Considerando la Junta de Gobierno que el ejercicio casi libre de la Medicina, que así resulta en Costa Rica, y la audacia de los empíricos que sin temor ejercen la obstetricia, y hacen operaciones peligrosas, envuelve inminente peligro para el pueblo; y que es obligación de los que lo dirigen precaverlo de los males que por su ig-

norancia ó aberración se acarrean, acordó elevar muy atento memorial al señor Presidente de la República, procurando ponerle en evidencia estas cosas, y pidiéndole que amoneste á sus subalternos para que se persiga con empeño decidido el empirismo médico, que tan perjudiciales resultados trae para el público.

Artículo VI.—A moción del Doctor don Benjamín Hernández, se acordó que el Fiscal pase oficio á la autoridad respectiva, manifestándole que tiene conocimiento esta Junta de que el señor Cura de San Vicente, don Fermín Boladeras ejerce empíricamente la medicina.

Artículo VII.—En este acto se retiró el Dr. don Luis Ricardo Jiménez Núñez.

Artículo VIII.—El señor Juez del Crimen en 1ª Instancia de San Ramón, en oficio número 163 del 21 de los corrientes, transcribió á este Centro, de la causa que por lesión grave á Ismael Quesada Ledesma se sigue contra Ramón de los mismos apellidos, el dictamen médico legal del Dr. don Mariano Figueres Forges, Médico del Pueblo de San Ramón, y el siguiente auto: "Juzgado del Crimen.—San Ramón, á las ocho de la mañana del veintiuno de junio de mil novecientos siete.—Para fallar con más acierto en lo relativo á calificación del delito, requiérese á la Facultad Médica de la República, para que con vista del dictamen del Doctor Figueres, resuelva definitivamente la siguiente cuestión: la amputación del brazo derecho habría sido absolutamente necesaria para salvar al herido, asistido científicamente y desde el primer momento de causada la lesión. En caso negativo cuál debió ser su duración para sanar y las consecuencias inevitables de tal lesión?" La Junta de Gobierno comisionó á los Doctores Hernández y Fonseca Calvo para que viertan el dictamen preliminar. También resolvió que la Secretaría pida el expediente respectivo.

Artículo IX.—De la Jefatura de la Sección de Obras Públicas se pidió á este Centro una lista de los médicos de esta ciudad, la cual fue enviada.

Artículo X.—Se leyó y aprobó la siguiente

ACTA DE EXAMEN DEL DOCTOR DON ROBERTO CHACÓN PAUT

En la ciudad de San José, á los veinticuatro días del mes de junio de mil novecientos siete.—Salón de la Facultad de Medicina.—Los infrascritos, médicos comisionados por la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República para verificar en los días diez y nueve, veinte y veintiuno de junio de este año las tres pruebas reglamentarias anteriores á la incorporación á que fue sometido el Dr. en Medicina y Cirugía don Roberto Chacón Paut, graduado de la Universitate Litteraria Ruperto Carola in Heidelbergae, Alemania, *Certifican*: que han cumplido con el Reglamento de Incorporaciones de mil novecientos tres, siendo dicho señor don Roberto Chacón Paut aprobado por unanimidad de votos.

JENARO RUCAVADO,
Presidente

F. CARLOS ALVARADO,
Srio.
Vocales:

R. FONSECA CALVO.—LUIS P. JIMÉNEZ.—BENJAMÍN HERNÁNDEZ.

Artículo XI.—Se leyó la siguiente comunicación: Facultad de Medicina.—Yo, Salomón Alexander Isaacs, mayor, Doctor en Medicina, vecino de Limón, con el mayor respeto digo:—Soy Médico y Cirujano graduado en el "Bellevue Hospital Medical College" de New York, Universidad legalmente reconocida en los Estados Unidos de Norte América, según lo compruebo con el diploma autenticado debidamente, que acompaño á este memorial,—y deseo incorporarme en la Facultad Médica de esta República, á cuyo efecto me propongo sufrir las pruebas reglamentarias. Presento constancia de estar satisfecho el impuesto de cien colones que la ley establece y pido que se de á mi solicitud el curso reglamentario, señalando los días en que se deba proceder á los exámenes previos á la incorporación.—San José, 19 de junio de 1907. La Junta acordó: 1º) Admitirlo al examen de incorporación; 2º)—Que rinda la prueba escrita el día 1º de julio entrante, á las 7 de la mañana; que rinda la prueba oral el 2 del mismo mes, á las 7 y $\frac{1}{2}$ p. m.; y la prueba práctica en el Hospital de S. Juan de Dios de esta ciudad el día 3 de julio citado, á la hora que indique el tribunal examinador. Las pruebas escrita y la oral serán rendidas en el salón

de la Facultad; y 3º Que integren el tribunal examinador los Doctores: Jenaro Rucavado (Ginecología y Obstetricia); Fonseca Calvo (Materia médica, Terapéutica é Higiene; Hiernández (Histología, Embriología y Fisiología), Jiménez (Clínica Quirúrgica); y Alvarado (Medicina interna y Medicina legal).

La sesión se levantó á las diez de la noche.

GENARO RUCAVADO,
1er. Vocal

T. H. PRESTINARY,
Srio.

17ª SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada el ocho de julio de mil novecientos siete, con asistencia de los Doctores: Jenaro Rucavado, Primer Vocal; Roberto Fonseca Calvo, Tesorero; Teodoro H. Prestinary, Secretario; Luis P. Jiménez, Fiscal; F. Carlos Alvarado y Benjamín Hernández, Vocales.

Artículo I.—Por ausencia motivada del Presidente, Dr. don Carlos Durán, presidió el Primer Vocal, Dr. Jenaro Rucavado.

Artículo II.—Con noticia esta Facultad de la muerte del Dr. don Luis Montiel, acaecida en Puntarenas el cuatro de julio en curso, á las doce del día, la Junta acordó dirigir al Dr. don Enrique Montiel, hermano del difunto, una nota de pésame.

Artículo III.—Se leyó y aprobó la siguiente acta de

EXAMEN DEL DOCTOR DON SALOMÓN ALEXANDER ISAACS

En la ciudad de San José, á los ocho días del mes de julio de mil novecientos siete. Salón de la Facultad de Medicina. Los infrascritos médicos, comisionados por la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, para verificar en los días uno, dos y tres del mismo julio en curso las tres pruebas reglamentarias anteriores á la incorporación á que fue sometido el Dr. en Medicina y Cirugía don Salomón Alexander Isaacs, graduado en el "Bellevue Hospital Medical College" de New York, Universidad legalmente reconocida en los Estados Unidos de Norte América, *Certifican*: que han cumplido con el Reglamento de Incorporaciones de 1903, siendo dicho señor don Salomón Alexander Isaacs rechazado por mayoría de votos.—Presidente, Jenaro Rucavado—Secretario, F. Carlos Alvarado.—Vocales: Luis P. Jiménez, R. Fonseca Calvo, B. Hernández.

Artículo IV.—Del Juzgado 1º del Crimen de San José se recibió la siguiente nota, junto con la causa á que se refiere.

Nº 306

Señor Secretario de la Facultad Médica

Juzgado 1º del Crimen de San José, 3 de julio de 1907.

Remito á V., con setenta y tres folios útiles, la causa que se sigue á Alberto Alfaro Sánchez por lesiones á Abel de iguales apellidos, en acatamiento á lo resuelto por el superior, quien ha dispuesto que deben someterse al juicio de esa Corporación los dictámenes vertidos por los Doctores Barrionuevo y Toledo en la expresada causa.

De V. muyattº s.,

RICARDO MORA A.,—Srio.

Se comisionó para que viertan el dictamen preliminar á los Doctores: Luis P. Jiménez y F. Carlos Alvarado.

Artículo V.—Del Juzgado del Crimen del Circuito Judicial de la provincia de Guanacaste se recibió la causa seguida contra Manuel Santos Estrada, por lesiones inferidas al señor J. Demetrio Caamaño, para que esta Facultad se sirva dictaminar cuál dictamen médico legal debe prevalecer de los que en el proceso se registran. La Junta comisionó á los Doctores Jenaro Rucavado y Roberto Fonseca Calvo para que viertan el dictamen preliminar.

Artículo VI.—Se leyó y aprobó el siguiente dictamen:

Señor Secretario de la Facultad de Medicina

P.

Los infrascritos comisionados por esa Facultad para informar sobre la causa de infanticidio seguida contra Paula Herrera y Herrera, evacuan su dictamen del modo siguiente:

El dictamen del señor Médico del Pueblo está incompleto: en la autopsia se omiten detalles importantísimos para juzgar la causa de la muerte. Las interpretaciones de las lesiones encontradas en la autopsia son erróneas.

Está incompleto el dictamen: 1º Porque debía haberse demostrado que el niño era viable; debió haberse anotado el tamaño y peso del niño, y determinado los puntos de osificación, etc. El señor médico legista se contenta con afirmar que el niño había alcanzado su completo desarrollo. No lo demuestra y puede ponerse en duda.

El estudio de los pocos datos sugiere las siguientes reflexiones: Un niño que ha respirado cuarenta y más horas no es probable que muera de asfixia. Quizá moriría de una inflamación producida por la tentativa de estrangulación que impida la libre respiración. Esta lesión, sin embargo, no debió existir, desde luego que no se habla de ella en la autopsia.

Dice el dictamen: "Abierta la cavidad torácica y abdominal, se extrajo el corazón y los pulmones y se encontró en el interior del corazón sangre coagulada y los pulmones congestionados, y extraído el hígado, se encontró igualmente congestionado; de todo lo cual, deduce que el niño murió á consecuencia del daño producido en el cuello y que produjo la asfixia.

Serán estos datos suficientes para deducir que el niño murió de asfixia? No. El señor Médico del Pueblo debió hacer un examen post-mortem mucho más completo para hacer esa aseveración.

Así, por ejemplo, era importante reconocer la mucosa de la faringe, en donde se presentan á menudo equimosis en estos casos.

Debió determinar si en los bronquios, en la tráquea y en los pulmones había espuma y de qué color era esta espuma.

Constatar el estado y color de los pulmones, si había enfisema y si existía apoplejía pulmonar, que siempre se efectúa en estos casos, cuando al intento de hacer se hacen grandes inspiraciones se rompen los vasos.

Así Brouardel y Ranvier han observado, precisamente, individuos que, habiendo escapado de la estrangulación, mueren pocos días después de un catarro sofocante.

En estos casos siempre se encuentran estos parches apopléticos.

Nada nos dice de haber encontrado equimosis subplurales y subpericardiales, que según Tardieu son tan frecuentes. Al contrario, el señor Médico afirma que sólo hay necesidad de examinar los pulmones cuando quiere averiguarse si el niño ha respirado ó no.

Es posible que las equimosis y escoriaciones que se encontraron en el cuello se deban á una tentativa de estrangulación con la mano, y es de sentirse que no haya dado el señor Médico una descripción minuciosa de estas escoriaciones, pues de gran importancia hubiera sido determinar la forma cómo fue agarrado el recién nacido, puesto que hubiera quizás coincidido con la declaración. Además de estas escoriaciones y equimosis, encontró el Dr. Toledo una depresión de la tráquea, afirmación que no tiene explicación científica. La tráquea no es susceptible de depresiones, sus cartílagos son elásticos, se pueden fracturar, pero no se deprimen.

Se alega en la defensa, y el Dr. Toledo lo admite, que después del parto sobrevienen ataques de locura pasajera. A este respecto podemos copiar lo que Tardieu nos dice:

"Sería en mi opinión un contrasentido patológico el admitir una locura que aparece repentinamente, que se cura solo y que no dura sino el tiempo necesario para cometer el crimen. La Patología Mental no nos permite aceptar tal fenómeno".

De modo, pues, que en este caso opinamos que hubo un intento de matar al niño, pero de ninguna manera se ha demostrado que el niño murió de asfixia.

R. FONSECA CALVO

LUIS P. JIMÉNEZ

Artículo VII.—La Junta leyó, discutió y aprobó el memorial redactado por

la Secretaría de la Facultad, al cual se refiere el artículo quinto de la décima sexta sesión ordinaria de la Junta de Gobierno de esta Facultad, celebrada el veinticuatro de junio de mil novecientos siete.

Artículo VIII.—De la Jefatura de Sanidad de la comarca de Puntarenas se recibió el cuadro demostrativo de las defunciones habidas en la ciudad y Hospital de Puntarenas durante el mes de junio de mil novecientos siete. Y se recibió también un oficio en el cual el Jefe de Sanidad manifiesta: "Que se tiene por costumbre inyectar suero antitetánico á todo individuo portador de una herida. Respecto al número de casos de tétano que la Directiva vio en el cuadro de defunciones en el mes próximo pasado, provienen en gran parte de la costa, y ya cuando se deciden á venir al Hospital es en el período de las convulsiones, cuando el suero no tiene ninguna virtud curativa, á pesar de haber abusado de él en grandes dosis. La Junta acordó que se publiquen el cuadro y la nota.

Artículo IX.—El Dr. don Carlos Aragón, Médico del Pueblo del circuito 5º de la provincia de Guanacaste (Nicoya) envió un cuadro de las defunciones habidas en Nicoya durante el trimestre que venció el treinta de junio. Se acordó publicarlo.

Artículo X.—La Junta acordó comunicar á la Maternidad que debe recibir cualquier mujer que se presente á llamar á sus puertas, próxima á dar á luz.

Artículo XI.—La Junta de Gobierno acordó dirigir muy atenta comunicación al señor Presidente de la Junta de Caridad, en la cual se le manifieste que en noches pasadas, poco después de las once, se presentó una mujer próxima á dar á luz, acompañada de un policial, solicitando la entrada á la Maternidad. Que el portero del Hospital de San Juan de Dios le negó la entrada y la maltrató de palabra, por lo cual la infeliz mujer quedó en la calle abandonada á su desgraciada suerte. Así que se retiró el policial y cuando le pareció bien al portero del Hospital, éste abrió nuevamente la puerta y con una grosería incalificable la hizo pasar á la Maternidad; que una persona sin ninguna educación y humanidad, con un carácter tan violento y de la que ha habido muchas otras quejas, no parece natural que sea el portero de una institución de caridad; por lo que suplica al señor Presidente de la Junta de Caridad que, si lo tiene á bien, se sirva tomar las medidas del caso.

La sesión se levantó á las diez y media de la noche.

G. RUCAVADO,
1er. Vocal

F. CARLOS ALVARADO,
Srio. ad hoc.

18ª SESIÓN ordinaria de Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada el quince de julio de mil novecientos siete, con asistencia de los Doctores: Jenaro Rucavado, Primer Vocal; Roberto Fonseca Calvo, Tesorero; F. Carlos Alvarado y Benjamín Hernández, Vocales.

Artículo I.—Por ausencia motivada del Presidente, Dr. don Carlos Durán, presidió el Primer Vocal, Dr. don Jenaro Rucavado.

Artículo II.—Se leyó, aprobó y firmó el acta de la sesión anterior.

Artículo III.—Se leyó la siguiente comunicación: "Señor Secretario de la Facultad de Medicina. P.—Yo, Lucio Zabala y Hermoso de Mendoza, soltero, mayor de edad, Médico y Cirujano español, actualmente vecino de San José, respetuosamente digo: Soy Doctor en Medicina de la Facultad de París, como lo compruebo con el título que debidamente autenticado acompaño al presente memorial. Presento un recibo de cien colones extendido por el Tesorero de esa Corporación. Y para el caso de que esa Junta quisiera justificar mi identidad personal, cito como personas que me conocen al señor Cónsul General de España y al Doctor don Tomás M. Calnek. Deseo incorporarme en la Facultad de Medicina de la República, y al efecto espero que se me señalen los días reglamentarios para rendir las pruebas. San José, once de julio de mil novecientos siete". La Junta acordó: 1º Admitirlo al examen de incorporación; 2º Que rinda la prueba escrita el día diez y ocho de los corrientes, á las siete de la mañana; la prueba oral, el diez y nueve del mismo mes, á las siete y media de la noche; y la prueba práctica en el Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad el día veinte de este mes, á la hora que indique el tri

bunal examinador. La prueba escrita y la oral serán rendidas en el salón de la Facultad; y 3º Que integren el tribunal examinador los Doctores: Jenaro Rucavado (Ginecología y Obstetricia); Fonseca Calvo (Materia médica, Terapéutica é Higiene); Hernández (Histología, Embriología, Anatomía y Fisiología); Alvarado, (Clínica quirúrgica), y Prestinary (Medicina interna y Medicina legal).

Artículo IV.—La Junta acordó que se publicara en algunos diarios de esta capital el memorial á que se refiere el artículo VII del acta de la décima séptima sesión ordinaria de la Junta de Gobierno de esta Facultad, celebrada el ocho de los corrientes.

La sesión se levantó á las nueve de la noche.

G. RUCAVADO,
1er. Vocal

T. H. PRESTINARY,
Srio.

19ª SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, celebrada el veintidós de julio de mil novecientos siete, con asistencia de los Doctores: Jenaro Rucavado, Primer Vocal; Teodoro H. Prestinary, Secretario; Roberto Fonseca Calvo, Tesorero; Luis P. Jiménez, Fiscal; F. Carlos Alvarado y Benjamín Hernández, Vocales.

Artículo I.—Por ausencia motivada del Presidente, Dr. don Carlos Durán, presidió el Primer Vocal, Doctor don Jenaro Rucavado.

Artículo II.—Se leyó, aprobo y firmó el acta de la sesión anterior.

Artículo III.—Se leyó, discutió y aprobó el siguiente dictamen:

San José, 18 de Julio de 1907

Señor Secretario de la Facultad de Medicina

S. D.

Los infrascritos médicos, comisionados por la Junta de Gobierno de esa Facultad para verter el dictamen preliminar en la causa seguida contra Ramón Quesada Ledesma por lesión grave en perjuicio del que fue Ismael Quesada Ledesma, han hecho el estudio del proceso respectivo y contestan como sigue la pregunta del señor Juez del Crimen: "La amputación del brazo derecho habría sido absolutamente necesaria para salvar al herido, asistido científicamente y desde el primer momento de causada?"

Tratado el herido científicamente desde el primer momento, la amputación del brazo derecho no era de necesidad *inmediata*; la ligadura de los vasos (venas y arterias) también inmediata, y la sutura del nervio mediano habrían podido bastar para evitar la muerte y para conservar el antebrazo y la mano. Las anastomosis arteriales entre la arteria humeral y las arterias radial y cubital, anastomosis que se encuentran en la parte posterior del codo, son suficientes en algunos casos para asegurar la circulación del antebrazo. Pudiera también haber pasado lo siguiente: después de hecha la ligadura, á causa de la insuficiencia de las anastomosis, la circulación no se habría restablecido en el antebrazo y entonces la aparición de la gangrena habría hecho absolutamente necesaria la amputación.

Si con la sutura del nervio mediano puede éste regenerarse, lo cual es frecuente, las funciones motriz y sensitiva de la mano, que se encuentran bajo la dependencia de ese nervio, pueden reaparecer después de un tiempo más ó menos largo.

BENJAMÍN HERNÁNDEZ

R. FONSECA CALVO

El Dr. don Luis P. Jiménez opina que estando el nervio, la arteria y la vena divididos, la amputación era necesaria, porque de lo contrario la gangrena hubiera sobrevenido.

Artículo IV.—La Junta autorizó el pago de ₡ 25.00 por seis colchones para la Maternidad.

Artículo V.—De la Legación de Costa Rica en Washington se recibió el folleto titulado "The March of Sanitation".

Artículo VI.—Se leyó la siguiente comunicación:

Facultad Técnica de la
República de Costa Rica

San José, 20 de julio de 1907

Señor Presidente de la Facultad de Medicina

Señor:

Tengo la honra de comunicar á V. que en sesión del 19 del mes en curso quedó electa la Directiva de esta Facultad en la forma siguiente:

Presidente,	Ingeniero	Luis Matamoros
Vicepresidente,	"	Juan I. de Jongh
Secretario,	"	Enrique Pinto
Archivero,	"	Luis Loría
Tesorero,	"	Salomón V. Escalante
Fiscal,	"	Carlos F. Salazar

Miembros del Consejo:

Ingeniero	Emilio Challe
"	Daniel González Víquez

Soy del señor Presidente su att^o y s. s.,

ENRIQUE PINTO, Srío.

La sesión se levantó á las nueve y media de la noche.

G. RUCAVADO,

T. H. PRESTINARY,

rer. Vocal

Sr o.

Nº 95

Jefatura de Sanidad de la comarca de Puntarenas, 1º de julio de 1907

Señor Secretario de la Facultad Médica

San José

Tengo el honor de remitirle adjunto al presente oficio el cuadro demostrativo de las defunciones habidas en esta localidad, así como también del movimiento del Hospital de San Rafael, correspondiente al mes de junio próximo pasado.

Debo hacer presente á la Directiva, por su digno medio, que se tiene por costumbre inyectar con suero antitetánico á todo individuo portador de una herida. Respecto al número de casos de tétanos que la Directiva vió en el cuadro de defunciones en el mes próximo pasado, provienen en su gran parte de la costa, y ya cuando se deciden á venir al Hospital, es ya en el período de las convulsiones, en donde el suero no tiene ninguna virtud curativa, á pesar de haber abusado de él en grandes dosis y sin ningún resultado.

Su muy atento seguro servidor,

AMANCIO SÁENZ

CUADRO DEMOSTRATIVO

de las defunciones habidas en la ciudad y Hospital de Puntarenas durante el mes de junio de 1907

EN LA CIUDAD

Fecha	Nombres	Edad	Vecindario	Nacionalidad	Enfermedad
1º	Germán E. Villalobos..	3 d.	Puntarenas	Costarricense	Tétano
5	Santos Morago	21 a.	Nicoya	—	Hepatitis
14	Francisco Rodríguez...	80 a.	Gigante	Nicaragüense	Tétano
15	María del C. Chavarría.	5 m. 9 d.	Puntarenas	Costarricense	Convulsiones
19	Ramón A. Rodríguez ..	7 d.	—	—	Hemorragia umbilical
20	Francisco J. Ruiz	1 m. 9 d.	—	—	Tétano
22	Domingo E. Delgado ..	1 a. 6 m.	—	—	Catarro intestinal
22	María T. Portocarrero	—	—	—	Gastro enteritis
23	María R. Chavarría....	6 m.	—	—	—
24	Bernabela M. v. de Vargas	52 a.	—	Colombiana	Nefritis
24	Juana E. Salas	n. m.	—	Costarricense	Nació muerta
25	Rosalío Hernández.....	1 a. 9 m.	—	—	Enteritis
27	Guillermo P. Ortos	3 d.	—	—	Contusiones
27	Agripina de los A. Herrera	5 d.	—	—	Enteritis
29	Amalia Boniche	10 m.	—	—	Convulsiones
30	Agatón Alvarez.....	1 a. 6 m.	—	—	Paludismo
30	María de J. Castro	n. m.	—	—	Nació muerta

EN EL HOSPITAL

Fecha	Nombres	Edad	Vecindario	Nacionalidad	Enfermedad
16	Valentín Rivera	40 a.	Puntarenas	Colombiano	Disenteria
20	Carmen J. Cubero	24 —	Las Juntas...	Nicaragüense	Tifo malaria
23	Crisanta Granda	40 —	Puntarenas	Panamá	Tuberculosis
24	Juan José García	60 —	San José	Costarricense	Enteritis crónica

MOVIMIENTO DE ENFERMOS

Existencia anterior	25
Entradas.....	27

Salidas.....	25
Existencia actual	26
Varones.....	18
Mujeres.....	8
Niños.....

CUADRO

De las defunciones habidas en la jurisdicción de esta villa; enfermos asistidos durante el trimestre vencido el 30 de junio de 1907.

Fecha	Nombre	Edad	Vecindario	Nacionalidad	Enfermedad
10 de mayo	Paula de Jesús Zúñiga	10 meses	Sabana Grande	Costarricense	Fiebre perniciosa
15 ..	Manuel Alvarez.....	40 años	Parálisis (1)
31 ..	Manuel Alvarado....	28 ..	Nicoya	..	Tubérculos pulmonares
3 de junio	Ponciano Luna.....	85 ..	Corrañillo	..	Gangrena de la vejiga y de la próstata
12 ..	José María Guevara..	12 ..	San Lázaro	..	Fiebre perniciosa.....

(1) Parálisis de los intestinos, de la vejiga y de los miembros inferiores, debido á la fractura de las apófisis espinosas de las novena y décima vértebras dorsales.

Quinto Circuito Médico de la provincia de Guanacaste, Nicoya, 1° de julio de 1907.

CARLOS ARAGÓN

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 3 de abril de 1907

Extirpación del cuello uterino en la laparotomía.—El Dr. *J. D. Malcolm* dijo que después de la histerectomía parcial, el cuello uterino, por su riego sanguíneo deficiente y por el conducto central estrecho tapizado de membrana mucosa que puede ser asiento de un proceso inflamatorio crónico, constituye un terreno que favorece el desarrollo de los microbios patógenos en el tejido uterino dividido; en cambio no favorece mucho el desagüe de los líquidos derramados. Cree, por lo tanto, que conviene extirparlo. La convalecencia de las operadas es también más corta cuando se extirpa el cuello del útero. Antes de operar á una mujer, debe mejorarse en lo posible su estado general; no conviene dejar, cuando se la opera, un tumor uterino voluminoso que puede ser perjudicial para su salud.

El Dr. *Alban Doran* manifestó que la llamada "operación parcial" no debe ser abandonada. El cuello uterino forma una parte importante del suelo de la pelvis y no deber ser despreciado por el operador, puesto que en muchos casos conviene conservarlo. Hay motivos para creer que, á fin de obtener los beneficios que se consiguen salvando todo lo más posible de los ovarios, conviene también conservar algún trozo del endometrio; en otras palabras, es preciso respetar no sólo el cuello, sino algo más del útero. Funda su opinión en el resultado de más de 60 histerectomías parciales que demuestran el valor de esta práctica, la que no piensa abandonar.

El Dr. *A. Routh* no cree que el riego sanguíneo del cuello uterino disminuya mucho después de la histerectomía parcial, ni que el cuello tienda á degenerar; á su juicio, la flegmasia y otros síntomas observados por el Dr. Malcolm son secundarios á la infección del tejido celular pelviano. A falta de una verdadera prueba de los perjuicios que pueden resultar no extirpando el cuello uterino, las ventajas de su extirpación merecen ser tenidas en cuenta. La mortalidad de la panhisterectomía es mucho más elevada que la de la histerectomía parcial. Según una estadística de más de 1.000 casos, coleccionada por Pozzi, de cada una de estas dos formas de

histerectomía, la mortalidad de la panhisterectomía es de 10,4 por 100 y la de la histerectomía parcial es sólo de 7,4 por 100. Merece también ser tenida en cuenta la secreción interna, y es indudable que un tejido glandular como el cuello uterino debe existir. Si estos órganos deben ser extirpados por constituir un peligro para el porvenir, ¿hasta qué grado debe hacerse?

El Dr. *Eden* dijo que había practicado un gran número de histerectomías por fibromas, empleando el método supravaginal y en algunos casos el total; el resultado ha sido eficaz en igual por ambos métodos. No le convencen los argumentos ni teóricos ni clínicos del Dr. *Malcolm* de que la histerectomía total posee ventaja alguna sobre la parcial. Sigue siendo partidario de esta última, excepto en circunstancias especiales.

El Dr. *H. R. Spencer* dice que desde hace seis años practica en los casos de fibroides la histerectomía abdominal total. No cree que existan pruebas convincentes contra la superioridad de la operación total cuando se practica por el método de *Doyen*. Su mortalidad es menor (según lo demuestran las estadísticas de *Sänger* y *Herff*); favorece el desagüe; pone al abrigo de lesionar la vejiga y los uréteres y de desconocer la existencia de una hemorragia oculta; extirpa el cuello uterino que puede infectarse, esfacelarse, estar afectado de cáncer imposible de apreciar á simple vista ó afectarse ulteriormente. Predispone menos á la obstrucción intestinal cuando se comprende en la sutura el peritoneo. Jamás se han observado después de la histerectomía total prolapso ni trastorno alguno de la vejiga. Los supuestos beneficios de la secreción interna del cuello uterino y el acortamiento ligero de la vagina, debido á la extirpación dicha del útero, carecen de importancia ante las ventajas indicadas.—(*The British Med. Journal*).—F. TOLEDO.

Puericultura

CONCURSO DE NIÑOS

Hace veinte años, dice *Burggräve*, un médico de mucho espíritu y de muy buen sentido, el Doctor *Munaret*, propuso instituir concursos de niños, pretendiendo que había interés patriótico de acercar unos á otros á los de un mismo país, de compararlos entre sí, para distinguir cuáles eran los más bellos, los más sanos, los mejor cuidados. En esta época la idea fue considerada como ridícula y poco en relación con la dignidad de la especie humana y se sonreía al solo pensamiento de premiar niños como animales gordos.

Pocos años después los Estados Unidos de América, con ese espíritu práctico que tanto distingue á esa nación, se apropió de la idea del Doctor *Munaret* é instituyó concursos de niños en varias de sus ciudades con resultados verdaderamente halagadores.

Honor, exclama el Doctor *Droixhe* en el congreso de higiene de Bruselas, á esa gran nación, la primera cultivadora del mundo que ha comprendido que la producción humana es tan importante como la producción animal y que se debe cuidar tanto de la salud de los hombres como la de los bueyes;

Se recompensa, proseguía el Doctor *Droixhe*, al propietario del más bello toro *Durhen* y sin embargo, nadie se acuerda de discernir en las ciudades á la mujer que presente un niño sano, bien confortado, vacunado, etc., es decir, en las mejores condiciones imaginables.

Las apreciaciones del Dr. *Droixhe*, decíamos en 1879 en nuestro libro *La mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires*, tienen un gran fondo de verdad y son de resaltante aplicación entre nosotros. A menudo llevamos á cabo grandes exposiciones rurales donde se adjudican premios á los hacendados que ponen todo su empeño en mejorar la raza caballar, lanar, vacuna, etc. ¿Por qué pues no se habrían de llevar á cabo concursos de niños para mejorar la raza humana?—*Coni*.

(*La Lucha Antituberculosa*)

Laparotomías. ALGUNAS COMPLICACIONES POST OPERATORIAS.—El Dr. D. Mateo Bonafonte publica en la *Revista Médica de Sevilla* lo siguiente:

“Dado el estado actual de la ciencia y operando en condiciones de medio y de enfermo adecuados, ciertos accidentes que aun hoy nos arrebatan un pequeño contingente de enfermos, debían ser evitados.

En cirugía peca mortalmente quien por lo menos no ponga en ejecución hasta el detalle más mínimo aún, aparaciendo ante el criterio de algún *diletante* científico como ridículo, pues abundan los que toman como motivo de chanzoneta las creencias fuertes y vigorosas de los demás.

Nadie debe operar laparotomías si no está seguro de que él y su personal auxiliar saben y pueden tomar las precauciones necesarias para evitar la infección, pero ha de existir una creencia absoluta en los fundamentos teóricos de las doctrinas que informan la asepsia.

Se han reducido los éxitos fatales al mínimum, concomitantemente con la exactitud y vigor de las medidas tomadas. De las complicaciones sobrevenidas, las originadas por la infección son las más temibles, y por lo mismo, ya que por ser las más evitables, las que más necesitan conocerse.

Quien haya operado algo, conocerá esos casos de dolorosa impresión, los que después de una intervención felizmente terminada desde el punto de vista técnico, son arrebatados en horas por una traidora infección ó cosa parecida.

Existe entre las complicaciones post operatorias una acerca de la que aun no sabemos si incluirla en la categoría de las infecciosas, ó por el contrario, pertenece á otra variedad de origen diferente. Esta es el llamado ileoparalítico.

Los alemanes entienden como tal un estado de eminente gravedad caracterizado por la supresión de la salida de gases, vómitos incesantes, distensión del abdomen y generalmente muerte final, cuyo estado, como puede comprenderse, es la resultante de causas diferentes, por lo cual, en clínica, se establece la división muy acertada de fleo por parálisis intestinal (fleo paralítico); fleo por perturbaciones mecánicas (inflexión, estrangulación, torsión por el eje, etc.) Así, pues, veremos reproducido el cuadro típico consecutivo á una estrangulación herniaria, solamente que en la mayoría de los casos post operatorios, en la autopsia no encontramos ni el agente estrangulador, ni el sitio estrangulado, y con esto me refiero al fleo paralítico, al que más nos intriga, pues el mecánico lleva en su producción indicaciones terapéuticas precisas.

La parálisis intestinal es con frecuencia una consecuencia directa de la operación y producida por el aplastamiento, roce, manoseamiento, etc., por otros agentes nocivos (frío, hiperemia venosa); una peritonitis circunscrita puede ser causa local de esta parálisis.

Debemos, pues, esforzarnos en toda laparotomía para ver la masa intestinal lo menos posible; cubrir el paquete con gasas estériles impregnadas en una solución salina isotónica y caliente, entendiéndose bien, siempre caliente, y tocar estas vísceras lo menos posible; éste es el mejor medio profiláctico del fleo paralítico; pero supongamos que ya nos encontramos en presencia del terrible accidente, ¿qué debemos hacer? Yo entiendo que toda terapéutica debe fundamentarse en la patogenia del daño; de lo contrario, seremos unos empíricos, solamente comparables al más humilde sirviente de la casa que con igual derecho cree poder entender de solucionar el conflicto. Ante todo, hacer diagnóstico, no sólo del caso, sino de la variedad. ¿Hay infección? ¿Es local ó general? ¿Es un fleo esencialmente paralítico ó lo es mecánico?

Lo típico de una peritonitis no engaña á un regular observador, no hay para qué insistir, pero si á los fenómenos puros de fleo se añade una sospechosa elevación térmica, habremos de convenir en que el mecanismo del fleo está asociado á una infección que permanecerá ó no localizada en una parte de la serosa visceral intestinal, pero que creo no están muy fuera de razón los que consideran esta complicación como una variante de infección peritoneal.

Ante la sospecha de fleo, se empieza por ensayar todo medio interno; supresión de la alimentación bucal, vaciamiento y lavado del estómago, irrigaciones intestinales abundantes, alimentación por enemas, etc. No han faltado quienes han recomendado el uso desde los primeros momentos de enérgicos purgantes, creyendo

que de este modo podían forzarse los movimientos peristálticos del intestino. Yo les he empleado alguna vez y el resultado fue desastroso; un estudio más detenido de la patogenia terminó por convencerme de su peligro, viendo que eminentes cirujanos piensan de modo análogo y he aquí por qué causa.

Se comprende que cuando en operaciones ginecológicas se optaba sistemáticamente por el abandono intraperitoneal de los muñones sin peritoneizar los mismos, se procurase evitar un contacto prolongado de vísceras abdominales con los mismos, ante el temor de su adherencia; se comprende que se buscase impedir ese contacto prolongado mediante la movilización del intestino con purgantes, aunque está hoy reconocido que era un temor imaginario y un remedio ineficaz; pero hoy que es doctrinal en cirugía abdominal practicar la peritonización de las superficies cruentas, no hemos de temer ese contacto, y por lo tanto, no puede estar justificado purgar preventivamente al enfermo sólo para evitar un fleo por adherencias. Mas, el hecho en sí no sería de gran trascendencia si no implicase la posibilidad de gravísimas complicaciones imputables solamente al uso intempestivo de un purgante. En efecto; una infección localizada é imposible de evitar no es infrecuente, así como el que ésta resulte vencida y localizada por la sola potencia bactericida del peritoneo, siempre que no traspase ciertos límites, dada la rapidez con que esta serosa forma sus barreras defensivas, debemos esforzarnos en que el intestino permanezca lo más quieto posible, á fin de que no se pasen sus asas por el foco infeccioso aún no aislado, pues así se generaliza una infección que localizada podía dominarse y generalizada no; además de este peligro, contraindican los purgantes el hecho de que, aumentando las secreciones contribuyen á distender más el tubo intestinal, á los vómitos, etc.

Conste, pues, que el uso de purgantes en casos de fleo paralítico con sospecha de una infección existente, es un peligro gravísimo para el enfermo.

Deben usarse los excitantes eléctricos, lavados del estómago é intestinos. Si hay intoxicación por enorme estancación intestinal y bacilo coli, el caso ya es de gravedad suma."—SARABIA.

(Revista de Medicina y Cirugía Prácticas)

HEMATURIA

POR EL DR. DON JOSÉ M. BARTRINA (1)

Antes de entrar en el estudio de las afecciones renales en particular y al recorrer los grandes síntomas que se presentan en las enfermedades de las vías urinarias, debemos conceder á la hematuria un atento y detenido examen, toda vez que por su frecuencia, por su valor semiológico y por su gravedad, en ciertos casos, constituye un síntoma que, si no vincula casi toda la enfermedad, como en algunas ocasiones acontece, asume frecuentemente la más alta representación y juega el más importante papel en la polémica intelectual que decide el diagnóstico, y guía y activa nuestras determinaciones para un racional tratamiento.

La hematuria se define por sí misma, es decir, por la significación etimológica de la palabra. Llámase hematuria á la micción de sangre, siendo condición precisa que la sangre aparezca en el acto de orinar, más ó menos íntimamente mezclada con la orina, sin que se presente en los intervalos de la micción.

La definición que acabamos de dar establece una diferencia radical entre la hematuria y la uretrorragia. En la primera hay mezcla de sangre con la orina: en la segunda hay sólo mezcla momentánea y accidental en el acto de la micción.

Recordemos á este respecto la importancia de la división de la uretra con anterior y posterior.

La región membrosa ó esfínter uretral es la encargada de marcar las fronteras ó establecer la separación de las uretras: esta separación es anatómica y fisiológica. Toda hemorragia ó supuración cuyo foco radica por detrás del esfínter uretral se vierte en la orina y con ella se mezcla, revelándose solamente en el acto de la micción.

(1) Este trabajo ha sido el motivo de una conferencia dada por el autor en la Facultad de Medicina de Barcelona.

ción (hematuria, piuria). Por el contrario, toda supuración ó hemorragia cuyo asiento está en la uretra anterior se vierte directamente fuera, y por el meato aparece (uretrorrea, uretrorragia); no se mezcla con la orina, sino que es barrida por el primer chorro de ella en el acto de orinar. Haciendo orinar al en enfermo en tres vasos, la orina del primero es turbia ó hemática, la del segundo clara, la del tercero puede ser algo coloreada, si cae en ella alguna gota de sangre al final de la micción.

Después de lo dicho sobre la uretrorragia, casi está de más advertir que no debe de confundirse la hematuria con la mezcla accidental de sangre, con la orina fuera del aparato urinario, como puede ocurrir en la mujer afecta de enfermedades genitales ó con el período de la menstruación.

La hematuria es un síntoma de tal relieve, que casi nunca escapa á la observación del que lo sufre, lo cual es una circunstancia favorable para que podamos estudiar el pasado de nuestros enfermos. Con frecuencia nos preguntarán éstos sobre la gravedad del fenómeno. Como es natural, procuraremos aplazar nuestra respuesta, y nunca, picados por el amor propio ó fiados en nuestra experiencia, trataremos de hacer un pronóstico, ni siquiera un diagnóstico demasiado pronto.

La hematuria por sí sola no establece ningún diagnóstico. Nos indica simplemente que un problema de alta trascendencia médico-quirúrgica se halla planteado. Nosotros, encargados de resolverlo, procederemos como en casos análogos, desdoblado la cuestión principal en otras cuestiones secundarias.

Estas son las siguientes:

1^a—¿Existe sangre en la orina?

2^a—¿De dónde procede esta sangre?

3^a—¿Cuál es la enfermedad que ha motivado la hematuria?

Si en vez de considerar la hematuria como un síntoma, que es como la consideramos, la tomásemos como una enfermedad con derecho á figurar en los cuadros nosológicos, las anteriores cuestiones responderían á la división clásica que se sigue en otros procesos patológicos, ó sea el estudio de la anatomía patológica, etiología y patogenia. Para seguir, pues, esta pauta y completarla con los dos consabidos capítulos sobre sintomatología y tratamiento, al final del trabajo diré alguna cosa respecto á los síntomas generales que en los hematúricos se presentan y cuáles son las principales bases del tratamiento de los mismos.

Por ahora he de concretarme á lo más esencial, y he de procurar resumir el estudio todo lo posible.

I

¿EXISTE SANGRE EN LA ORINA?

Nada más fácil que contestar á esta pregunta en la mayoría de los casos. En algunos, no obstante, por ser exigua la cantidad de sangre (orinas histológicamente hemorrágicas), su presencia se acredita mal á simple vista. Tenemos, en efecto, dos ejemplares de orinas, las unas claras, las otras ligeramente turbias. Las dos proceden de un mismo individuo, de un calculoso del riñón: las primeras fueron emitidas después de un día de reposo en cama; las segundas veinticuatro horas más tarde, después de un día de agitación y trabajo, después de haber ido intencionadamente en los ómnibus de la Catalana, en los coches automóviles de Gracia. Pues bien: este segundo ejemplar de orinas se presenta turbio, principalmente por tener cierta cantidad de pus; mas, también contiene cierta proporción de sangre, aunque no lo parezca; pero tan pequeña, que sólo se descubre por el examen microscópico.

Es precisamente por el examen histológico de las orinas como acreditaremos la existencia de sangre en estos casos y en todos los demás que necesiten confirmación. El procedimiento es mucho más exacto, rápido y sencillo que todos los demás á que podemos recurrir (análisis química, examen espectroscópico). Para proceder á este examen histológico se recoge una gruesa gota del poso que forman las orinas en el fondo del vaso que las contiene, ó del que queda sobre el papel después de la filtración, ó mejor aún, del que se obtiene por centrifugación de la orina, y se coloca sobre un porta-objetos; luego, sin preparación de ningún género, se deja caer encima un cubre, el cual no debe apretarse ni tocarse siquiera; entonces se echa en cada

uno de los cuatro lados del mismo una pequeña gota de glicerina, que penetra por capilaridad entre el porta y el cubre, é impide que la preparación se seque demasiado de prisa; sin necesidad de otro requisito, se examina al microscopio la preparación. La existencia de sangre se certifica por la presencia de hemates, reconocibles por su tamaño, su forma ligeramente bicóncava y su coloración pajiza. Este mismo examen servirá para el descubrimiento de los cilindros hemorrágicos, de los que nos ocuparemos después.

Puede ocurrir un hecho contrario al que hemos expuesto anteriormente, ó sea creer que hay sangre en la orina y en realidad no existir. Tal ocurre cuando se eliminan con la orina determinadas materias colorantes. Para obviar el error, debemos tener en cuenta el ingesta, la mediación y el estado de las vías biliares.

Efectivamente, hay una porción de sustancias que, una vez ingeridas, son capaces de colorear la orina al eliminarse con ella. El ruibarbo, el sen, la santonina, la goma-gutta y la raíz de la celidonia mayor la tiñen de color amarillo oscuro ó moreno, siendo posible la confusión en los últimos casos. La rubia el palo campeche, la betarraga ó remolacha, las bayas de arándano y las moras pueden comunicarle un color rojo. La creosota, el salol, el ácido fénico y los fenoles en general oscurecen su tinte. Asimismo existe un pigmento, la hematoporfirina, que ennegrece las orinas, el cual aparece como caso el más frecuente en los enfermos sometidos á la acción del sulfonal.

Por otra parte, la biliverdina y demás pigmentos biliares, al eliminarse por la orina, la tiñen de un color que, si por lo común es el verde ó amarillo verdoso, puede oscurecerse y prestar al líquido una entonación pardusca, sujeta en ocasiones á confusión.

En fin, señalaré el hecho del posible paso y disolución de la hemoglobina en las orinas, con lo que éstas adquieren todos los caracteres de las orinas hemorrágicas. Séame permitido decir, aunque no sea más que de paso y sin que se dé al hecho más alcance del que realmente tiene, que en los únicos casos de hemoglobinuria de verdad que he visto se trataba de individuos sífilíticos.

Mas dejando aparte las causas de error expresadas, la existencia de sangre en la orina se acredita por su color y por su aspecto.

El color de la orina hemática varía según los diferentes matices de dos tonos: el rojo y el moreno. Comienzan los del primero en el rosa ó rojo pálido, y siguen con el encarnado (color de jarabe de grosellas mezclado con agua, según frecuentemente comparación de los enfermos), con el rojo, rojo subido (color de sangre viva), rojo oscuro, negruzco y negro.

Las orinas morenas, que se presentan cuando se ha modificado la sustancia colorante de la sangre á consecuencia de su mezcla con orinas alteradas y del tiempo transcurrido entre la aparición de la hemorragia y la emisión de la orina, ofrecen así mismo tintes diferentes, desde el moreno pálido al moreno, moreno subido ó pardo, moreno oscuro color de hoja seca, según sea la proporción de sangre que contengan estas orinas patológicas y el grado de transformación de la hemoglobina.

El aspecto de la orina sanguinolenta es variable según los casos. La tendencia de la misma es á formar depósito con el reposo, el cual puede estar constituido por sangre sola ó por una mezcla de sangre y pus si la orina contiene además esta sustancia. Hay orinas purulentas que precipitan abundantemente y llegan á esclarecerse en corto tiempo, no pareciendo sino que el pus ha englobado y precipitado toda la sangre: tal ocurre con las orinas glerosas de los afectos de cistitis. En otras ocasiones la orina que se halla sobre el depósito conserva su tinte hemático, si bien está más teñida en las capas más inferiores. En muy contados casos el depósito está constituido casi exclusivamente por el pus y sales de la orina, mientras el líquido que sobrenada lleva la sangre en disolución; hecho que ocurre cuando la hemorragia ha tenido lugar como fenómeno independiente de la supuración. Así aconteció en un enfermo con cistitis concomitante al atascamiento de un cálculo en la uretra, que vimos hace poco tiempo, en cuyo enfermo rechazamos el cálculo hacia la vejiga y lo trituramos *incontinenti* con el litotritor. La orina de este sujeto, después de la intervención, daba un precipitado purulento á consecuencia de la infección vesical; el resto de la orina se presentaba ligeramente teñido de sangre á causa de la pequeña hemorragia determinada por las maniobras que sufrió.

El depósito de las orinas hemáticas se presenta como una crema ó pasta rojonegruzca ó negra, como pozo de café; en su seno puede haber coágulos de diferentes coloraciones, formas y tamaños. Cuando el depósito es mixto (de sales, sangre y pus) el aspecto y color varían según la proporción de estas sustancias; en ciertas orinas el pozo hemático puede afectar una disposición estratificada ó estar separado del pus; en otras formas una mezcla casi homogénea con toda la masa glerosa ó figura en forma de un ligero puntillado ó de coágulos más ó menos finos, más ó menos grandes, interpuestos en el seno del magma, mal llamado moco purulento, que forman esta suerte de orinas en el fondo y en las paredes del recipiente.

Los coágulos en las orinas pocas veces tienen una entonación rojo-escarlata (como pedazos de carne fresca, según dicen los hematúricos), casi siempre son negruzcos ó negros. En determinados casos se ofrecen desteñidos, de color grisáceo (como el de la carne hervida), en cuyas ocasiones son fácilmente confundibles con pedazos de neoplasia expelidos con la orina, como ocurre en el cáncer de la vejiga. La diferenciación se establecerá con el examen microscópico del fragmento sospechoso, tratado ya por simple disociación, ya por el método de los cortes, previa inclusión en parafina ó celoídina. Si es un coágulo, la preparación dejará ver un retículo de fibrina aprisionando un cierto número de hemáties; si es tumor, presentará las células características del mismo. Digamos, sin embargo, que incluso el diagnóstico microscópico es á menudo delicado y difícil, á consecuencia de la destrucción que sufren los elementos anatómicos en el seno de ciertas orinas, y que en algunos casos es imposible del todo en un solo examen.

Respecto á la forma y tamaño de los coágulos insistiremos más adelante. Sólo nos resta añadir que tienen la propiedad de teñir fácilmente la orina, con la cual se agitan, idéntica á la que es peculiar del pozo cremoso de las orinas hemáticas.

Tratado por un chorro de agua se deslíen parcialmente y comunican al líquido una entonación hemática, por poca que sea la porción disuelta, pues el diluirse con facilidad y el colorear intensamente son cualidades sobresalientes de la hemoglobina. De ahí dos consecuencias de orden práctico: la imposibilidad de hacer juzgar la cantidad de sangre por la coloración de la orina, y la ventaja que retiran los hematúricos con coágulos en la vejiga ó en la pelvis renal, de ingerir grandes cantidades de líquido durante la crisis hemorrágicas.

II

¿DE DÓNDE PROCEDE LA HEMORRAGIA?

Caracteres de las hematurias vesicales.

Una vejiga que sangra en un individuo que orina da lugar á una *hematuria terminal*; el enfermo orina rojo al final de la micción, siendo las últimas gotas de orina las que son particularmente sanguinolentas. Las manchas de la camisa del paciente son de ello un vivo testimonio.

Con la denominación de hematuria terminal no debe comprenderse tan sólo el hecho de que la sangre aparezca únicamente al final de la micción, como en algunos casos sucede, ni siquiera el que las últimas porciones de orina salgan más coloreadas; pues en una hematuria del riñón, en la que la sangre se haya acumulado en el bajo fondo de la vejiga, el fenómeno puede también presentarse; lo que constituye la característica de las hematurias terminales es que la sangre que acompaña las últimas porciones de orina sea más roja, más rutilante, que tenga el aspecto de sangre fresca ó recientemente salida de los vasos.

Para acreditar la existencia de una hematuria terminal, se recurre á diferentes expedientes. Se hace orinar espontáneamente al enfermo; se observa ó solicita la hematuria terminal, previo sondeaje con sonda blanda; se examina la coloración del líquido que ha servido para el lavado vesical.

El enfermo debe orinar en dos ó, mejor, en tres vasos iguales: en el primero se recibe el primer chorro de orina; el resto de la micción se hace casi por entero en el segundo, y se reservan las últimas porciones de orina para el tercer vaso. Si son éstas más rojas, la existencia de hematuria terminal queda probada.

Lo que se ha hecho orinando espontáneamente el enfermo puede repetirse y

comprobarse con el cateterismo evacuador, verificado con la sonda blanda para alejar toda suposición de traumatismo. La orina que mana de la sonda se recoge en tres vasos, y se examina al trasluz. Si todavía así el carácter terminal de la hematuria resulta poco evidente, se tapa la sonda con un huso y se deja colocada por corto tiempo, durante el cual se examina la vejiga á beneficio del tacto rectal (que tan preciosos datos nos da para el diagnóstico de las afecciones vesicales) y de la palpación combinada. Entonces se destapa la sonda, y se recoge y examina la pequeña cantidad de líquido que sale. Si aún quedan dudas, se retira la sonda, obturando con el dedo su pabellón, y se deja escurrir su contenido en un vaso limpio; las gotas del líquido así obtenido se examinan á simple vista, y al microscopio si es preciso.

La hematuria terminal sólo tiene valor diagnóstico cuando la cantidad de sangre no es muy considerable. En las fuertes hematurias de origen renal puede suceder que, una vez vaciada la vejiga, continué saliendo sangre en abundancia del uréter correspondiente al riñón que sangra, lo cual da carácter de terminalidad á las hematurias. Así pudimos observarlo una vez en un enfermo del riñón que examinamos en plena crisis hematórica. La circunstancia de ser el tal sujeto prostático y retencionista, añadida á la de ser terminal la hematuria, nos hicieron pensar en una hematuria vesical; solamente el examen cistoscópico, realizado cuando menguó la cantidad de sangre, nos permitió afirmar que procedía ésta del uréter derecho.

Puede, así mismo, existir una hemorragia de la vejiga sin que la hematuria terminal se presente. Los siguientes hechos tienen lugar entonces en el orden que vamos á expresar: 1º Existe una hemorragia en la vejiga. 2º La hemorragia se cohibe espontáneamente, ó es muy pequeña. 3º El individuo orina cuando ha cesado ya por completo la hemorragia ó ha disminuído notablemente. La orina entonces sale mezclada con la sangre, que se ha extravasado; pero habiendo dejado de sangrar la vejiga antes que el acto de la micción se cumpla, las últimas porciones de la orina expelidas no salen reñidas de sangre fresca recientemente salida de los vasos, que es, según hemos dicho, lo que da carácter á la hematuria terminal.

Con el objeto de hacer el diagnóstico diferencial entre las hematurias vesicales y renales, hace algunos años que ideamos y pusimos á la práctica *la prueba de la adrenalina*.

Todos saben el alto grado de poder hemostático de que goza esta sustancia, y aunque sea una hemostasia temporal, como la mayor parte de los obtenidos por medicamentos tópicos, como no se trata de obtener un efecto terapéutico, sino simplemente de realizar una exploración diagnóstica, conviene perfectamente á nuestro objeto. La particularidad de poderse esterilizar fácilmente por ebullición las soluciones de adrenalina hace á esta sustancia altamente recomendable.

Habiendo orinado el enfermo, y recogida su orina en dos ó tres vasos, se le cateteriza con una sola blanda y se procede al examen de la hematuria terminal, tal como he descrito precedentemente. La vejiga puede lavarse con agua esterilizada; pero es aconsejable hacerlo con la disolución fisiológica de cloruro de sodio, debiendo quedar después del lavado completamente vacía, para lo cual se hacen presiones sobre ella por el hipogastrio, de manera que no quede retenida ninguna cantidad de líquido. Entonces, á beneficio de una jeringa estéril de pequeñas dimensiones, la de inyecciones uretrales, por ejemplo; se inyectan en la vejiga, por la misma sonda que ha servido para el lavado, cinco centímetros cúbicos de solución de adrenalina al uno por diez mil; luego se tapa el pabellón de la sonda, ó lo que es mejor, se retira, y se hacen adoptar al enfermo diferentes posiciones para que la solución adrenalínica se ponga en contacto con todas las paredes vesicales. Si no se posee una solución al uno por diez mil de la expresada sustancia, se puede echar mano de la solución corriente al uno por mil, adicionándola la cantidad correspondiente de la solución de sal común al siete por mil que ha servido para el lavado de la vejiga. Transcurrido un cuarto de hora ó media hora á lo sumo, se destapa la sonda ó se vuelve á sondar al enfermo, y se recoge en un vaso la orina acumulada en este espacio de tiempo. En otro vaso de igual forma y tamaño se echa la misma cantidad de las últimas porciones de orina que se recogieron anteriormente, de la cual se quitan cinco centímetros cúbicos, que se reemplazan por otros tantos de agua ó de la solución de cloruro de sodio, para que las condiciones sean exactamente las mismas en

los dos ejemplares de las orinas que se van á comparar. Si las recogidas después de la inyección de adrenalina son claras ó se han aclarado sensiblemente, el origen vesical de la hemorragia queda á todas sus luces demostrado.

Casi está de más advertir que el estudio de los caracteres de la hematuria debe ir acompañado del estudio del enfermo. Sus antecedentes morbosos, los síntomas actuales, el tacto rectal, la palpación combinado y la exploración instrumental constituyen otros tantos factores que contribuirán poderosamente á establecer el diagnóstico. Séame permitido decir, sin embargo, que con frecuencia tendremos que dejar de lado dos auxiliares de valía que podrían prestarnos un notable concurso en otras circunstancias: éstos son los síntomas subjetivos y la exploración instrumental.

Los síntomas que experimenta el enfermo son muchas veces falaces. No debemos fiarnos de que tal individuo nos diga que todas las molestias las experimenta en la vejiga, pues un gran número de afecciones renales, ya por dañar secundariamente el reservorio de la orina, ya por determinar un fuerte reflejismo vesical, como con harta frecuencia sucede, determinan aparatosas protestas por parte de la vejiga, mientras en la esfera renal evolucionan las más graves lesiones con una calma, con un silencio, que tanto tienen de engañosos como de habituales. Me permitirá el lector que insista sobre este particular, advirtiéndole que la mayor parte de errores de diagnóstico los cometeremos por este motivo. Por esto hemos de aprender á estudiar en urología todos los síntomas, y en especial la hematuria, con tanta precisión y detalle.

En cuanto á la exploración instrumental, nunca nos arrepentiremos de haberla aplazado en los sujetos con hematurias algo considerables. En tesis general, puede admitirse que la hematuria constituye una contraindicación para la exploración con instrumentos. Esta contraindicación alcanza hasta cierto punto á un precioso medio de reconocimiento de que hoy disponemos, cual es la cistoscopia, pues sobre perjudicar por las maniobras que supone en un aparato urinario congestionado, la abundancia de sangre impide ver con claridad el interior de la vejiga. En cambio, cuando la hematuria ha cesado ó cuando disminuye en intensidad, no debemos prescindir jamás de este medio de exploración. Lo propio debo decir para todo caso, sea el que quiera el grado de hematuria, antes de llevar al enfermo á la mesa de operaciones.

La única cistoscopia que me parece aquí aplicable es la de luz directa ó imagen reflejada, sistema Nitze: vejiga llena de agua ó de aire. La posible observación de eyaculaciones ureterales de orina sanguinolenta pondrá en evidencia una hematuria renal; el caterismo del uréter, no siempre aconsejable en tales casos, traducirá al exterior lo observado en el cistoscopia. Si la hemorragia se fragua en la vejiga, se podrá ver la fuente y la causa de la misma.

Lo dicho respecto á contraindicaciones de la cistoscopia es aplicable con mayor motivo á la división vesical, la que no puedo aconsejar sin haber verificado antes un examen cistoscópico. La existencia de un tumor, por ejemplo, situado á un lado de la línea media podría inducir á una errónea interpretación. En cambio, examinada ya *de visu* la vejiga, podemos emplear sin inconveniente para un estudio complementario, cesa lo ó en decreciendo la hematuria, los aparatos de Luys, Cathelain ó Boddaert.

Hematurias renales

Ofrecen como carácter peculiar el ser *hematurias totales*, excepto en el caso de orinarse mucha cantidad de sangre, del cual ya nos hemos ocupado anteriormente. Mandando al enfermo orinar en tres vasos, la orina de los tres tiene aproximadamente la misma entonación, aunque la del último pueda estar un poco más cargada.

La *expulsión de coágulos largos y delgados*, amoldados evidentemente á la forma del uréter, certifica así mismo el origen renal de la hematuria. La delgadez y longitud son condición precisa para ser reconocidos como uretrales, pues de lo contrario pueden ser confundidos con los que se amoldan en la uretra posterior. Por otra parte, su expulsión va muchas veces precedida de dolores que recuerdan los del cólico nefrítico, aunque generalmente mucho más atenuados.

Por el examen histológico del depósito de las orinas, en especial del obtenido

por centrifugación, pueden descubrirse los llamados *cilindros hemorrágicos*, pequeños coágulos que se han configurado en los canalículos del riñón, y que tienen también un valor diagnóstico absoluto en las hematurias renales. Su presencia en el depósito de las orinas hemáticas por lesión del riñón es más frecuente de lo que generalmente se cree, conforme lo ha atestado Albarrán. Conviene, no obstante tener práctica en saber ver y buscar estos cilindros y en no confundirlos con los demás de otra naturaleza recubiertos accidentalmente de hemáties.

Se considera así mismo de origen renal una hematuria cuando cesa temporalmente para dar lugar á la emisión de orinas no teñidas de sangre. *El enfermo expele orinas hemáticas y claras alternativamente*, lo cual traduce la obliteración temporal de la pelvis ó del uréter correspondiente al riñón que sangra. Mientras la obliteración persiste, el paciente emite las orinas claras procedentes del otro lado.

En fin, las hematurias renales se acompañan, según sea la causa que las determina, de aumento de volúmen del riñón, apreciable á la palpación combinada; de dolor espontáneo, vivo á veces, en general poco manifiesto (ya dijimos que es nulo en ocasiones); dolor indefinido, como una sensación vaga de lumbago ó de dolores reumatoideos en la región sacro-lumbar ó en la parte baja del tórax, en el hipogastrio y fosas ilíacas ó en otras partes del abdomen, simulando pasajeros cólicos entérralgicos ó *flatos*, como casi sin excepción declaran los enfermos. La sensibilidad á la palpación es algo más constante, y los reflejos reno-renales, reno-ureterales y reno-vesicales pueden hallarse manifiestos.

Hematurias prostáticas ó de la uretra posterior

O la sangre se vierte en tales casos en la vejiga y tienen dichas hematurias los caracteres de las hematurias vesicales, ó se distinguen por ser *iniciales*; y si la hemorragia es algo considerable, por ser *iniciales y terminales*. El enfermo orina en el primer vaso la sangre acumulada en la uretra prostática; á veces expele con ella un coágulo amoldado en la región, del tamaño y forma de una sanguijuela; la orina del segundo vaso es mucho más clara ó clara del todo; la del tercero se tiñe de color rojo vivo en sus últimas gotas, si la pérdida de sangre es continua y no escasa.

Las neoplasias, y en general las lesiones del cuello de la vejiga, dan lugar al mismo fenómeno. En la historia de las hematurias en cuestión, figura con frecuencia un traumatismo ó una torpe maniobra de sondaje.

Antes de terminar la interesante cuestión del origen de las hematurias, he de explicar por qué no me ocupé de la *mezcla íntima* de la sangre con la orina y de la *coloración morena* de las orinas: que se consignan en algunas obras como caracteres distintivos de las hematurias renales. Hay cosas fáciles de escribir, pero difíciles de apreciar en la práctica. La mezcla íntima la observaremos tanto en las hemorragias del riñón como en las de la vejiga, pues la sangre tiene la particular propiedad de colorear intensamente y de difundir con rapidez su entonación por toda la masa de orina. Por otra parte, su poder de coagulación es el mismo, tanto si procede de la vejiga, como el aparato urinario alto. En cuanto al color moreno de las orinas hemáticas: nada nos dice tampoco sobre la procedencia de la hemorragia, pues conforme se sabe, depende exclusivamente de la alteración de la materia colorante de la sangre, por el tiempo transcurrido desde su extravasación, por su contacto con las materias reductoras ó alterantes de la orina, ó por ambas circunstancias á la par.

III

¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA HEMATURIA?

Algunas hematurias son dependientes de una *afección general* ó de una *enfermedad de la sangre*, pero la mayor parte son tributarias de una causa que obra localmente y que puede ser *traumática congestiva é inflamatoria ú orgánica*. Cada una de ella imprime un sello especial á la hematuria.

Las hematurias traumáticas andan en estrecha conexión con el traumatismo que las provoca; sólo debemos estar avisados en no admitir de plano la íntima relación que entre el efecto y la supuesta causa ven con sobrada frecuencia los enfermos. La coincidencia del traumatismo con una enfermedad latente ó que comienza es posible: de ahí numerosos errores. Algunos cancerosos de la vejiga ó del riñón atribu-

yen el origen de todos sus males á una caída ó á un golpe recibido. Con mayor motivo acontece otro tanto en ciertos calculosos.

Las hematurias calculosas pueden entrar dentro del grupo de las hematurias por causa traumática, toda vez que los cálculos y cuerpos extraños obran provocando á la vez que otros efectos, un traumatismo interno en el seno mismo de los órganos que los encierran.

El carácter distintivo de las hematurias calculosas es el de *modificarse con el reposo*. Hay hematóricos con piedras en el riñón ó en la vejiga, que orinan claro al cabo de pocas horas de guardar cama. En otros el reposo debe de ser mucho más prolongado, más al fin obtendremos el cese ó la disminución de la hematuria. Muy pocos faltan á la consigna; se trata entonces de casos complicados.

Al contrario, la hematuria aparece ó reaparece con el movimiento, y las crisis más fuertes estallan con frecuencia á raíz de un penoso trabajo, de una carrera, del traqueteo de un carruaje, etc. De tal modo es esto cierto, que no solamente podemos contentarnos con ser menos espectadores del fenómeno, sino que está á nuestra discreción el provocarlo intencionadamente, teniendo entonces el hecho todo el valor de un experimento. El supuesto lisiático permanece en cama uno ó dos días, y se recogen las orinas de su última micción; después del descanso se le ordena andar todo el día y tomar los vehículos de más bruscos movimientos, pasando por la noche á orinar al laboratorio. La comparación de las orinas expelidas después del reposo y del movimiento, examínalas á simple vista, ó al microscopio si es necesario, puede confirmar plenamente la opinión del médico y proporcionar al enfermo una demostración clarísima de su enfermedad.

Las hematurias congestivas son muchas veces *patrimonio de los retencionistas*; no acostumbran á ser tan abundantes y rebeldes como las hematurias neoplásicas; *se agravan con el reposo* ó no se modifican en lo más mínimo; ceden con un tratamiento dirigido contra la causa que se opone al libre curso de la orina (uretrotomía, sonda permanente, por ejemplo), y se mejoran con un tratamiento descongestionante: supresión del alcohol y de comidas excitantes, manteniendo la más perfecta libertad de las funciones del vientre; baños de asiento, enemas calientes ó enemas fríos repetidos varias veces; vaso-dilatadores generales, cardio-motores y astringentes ó isquemiantes locales, revulsivos, sustracciones de sangre *loco dolenti*, etc., etc.

Las hematurias congestivas aisladas son excepcionales. Al hablar de una hematuria de tipo congestivo se trata casi siempre, por no decir siempre, de una hematuria que además de la congestión reconoce otra causa, la cual en la mayoría de los casos es la inflamación.

Las hematurias inflamatorias revisten caracteres diferentes, según la enfermedad que las provoca; así, verbigracia, las hematurias de una cistitis en nada son comparables á las de una nefritis hemorrágica. Dejando aparte estas últimas, que por su importancia requieren estudio aparte, puede en tesis general afirmarse que las hematurias inflamatorias no son más que un epifenómeno de la enfermedad que las determina. Las afecciones de naturaleza flogística no son por lo común esencialmente, sino accidentalmente, hematógenas; casi siempre otra causa se añade á la ya existente para provocar la hemorragia, y ésta es habitualmente la congestión. Así, pues, el cortejo de síntomas clínicos que acompañan á la hematuria, lo propio que la purulencia de las orinas nos permiten hacer el diagnóstico; y si bien es verdad que igual puede acontecer en las hematurias calculosas y en las de los neoplásicos, no es menos cierto también que tal ocurre solamente cuando el proceso inflamatorio ha venido ha complicar el litiasico ó el neoplásico existentes ya, y posiblemente revelados con anterioridad en toda su pureza. No puede, sin embargo, negarse que estos casos complicados, muy frecuentes por otra parte, son los de diagnóstico difícil, y que se requiere no escasa sagacidad y un educado espíritu de observación para hacer resaltar los caracteres de la hematuria propios de la enfermedad por entre los demás síntomas que la oscurecen.

Las hematurias de la *tuberculosis urinaria* en sus comienzos, semejantes por su espontaneidad y aparente independencia á las hemoptisis de la tuberculosis pulmonar incipiente, parecen formar excepción á lo que, según acabamos de decir, constituye la regla en las hematurias inflamatorias; más de todas suertes, poco á poco se van sumando otros síntomas á la hematuria, que, si bien con lentitud y poca

decisión, van delatando cada vez más á la enfermedad. El saberles seguir la pista ha de constituir, pues, todo el talento del clínico, cuya labor ha de comenzar naturalmente por una simple sospecha; pero una vez ya variable el diagnóstico, la aparición de nódulos en la próstata ó en el epidídimo, la propagación descendente de las lesiones y la purulencia de las orinas en las cuales es posible acreditar la existencia del vacilo, ya por el examen microscópico, ya por las inyecciones experimentales, lo dejarán definitiva é inequívocamente establecido.

Entonces, á medida que los expresados síntomas van adquiriendo importancia, la hematuria pasa á ocupar un lugar muy secundario, como sabemos la tiene en la generalidad de las hematurias inflamatorias. El paso de las orinas puede estar más ó menos teñido; tal vez algunas estrías de sangre aparecen en el depósito purulento ó gleroso de las mismas; pero tales hechos no tienen otra importancia que el escaso valor semiológico que su misma insignificancia puede buenamente concederles.

Enteramente lo contrario pasa en las *hematurias de las nefritis hemorrágicas*, ó por otro nombre hematurias *sine materia* (Lancereaux) ó *hematurias esenciales*, denominadas así precisamente porque el fenómeno hematuria lo acapara todo, y tanto por su espontaneidad como por su repetición y abundancia, como por la ausencia ó carestía de otros síntomas, parece constituir toda la enfermedad.

Hoy sabemos, á partir de los primeros trabajos de Albarrán en Francia, publicados el año 1898, y de los de Israel en Alemania, que estas hematurias, al parecer inexplicables, son debidas á lesiones de nefritis, algunas veces sólo demostrables por el microscopio.

Estas hematurias presentan los caracteres de las que son propias de las neoplasias, que describiremos luego y sólo se distinguen por el perfecto estado general del individuo, hecha abstracción de la anemia consiguiente, por faltar en el enfermo los otros síntomas posibles en los tumores del riñón y porque frecuentemente se asocian con otro fenómeno, el dolor, manifiesto ya en forma de vagas molestias, ya de verdaderos cólicos nefríticos.

Las *hematurias neoplásicas* se caracterizan por su espontaneidad, su abundancia, su rebeldía al tratamiento, su larga duración y repetición frecuente, y por constituir muchas veces el único síntoma inicial de la enfermedad.

La *espontaneidad* en estas hematurias puede observarse tanto en su comienzo como en su desaparición. En algunos casos existe una causa que quita en los primeros momentos el carácter de espontaneidad á la micción de sangre, como una fatiga, un golpe, un sondaje. . . . ; pero bien pronto se observa que no hay relación entre la lenitud de la pretendida causa y la causa importancia del supuesto efecto. El paso de la hematuria, en algunas ocasiones, es lento y progresivo, más con frecuencia es brusco, instantáneo, sin que se nos demuestre claramente el por qué sucede así. Siempre que de esta suerte veamos aparecer ó cesar una hematuria en un individuo que se halle en la edad en que aparecen habitualmente los tumores, la sospecha de la existencia de una neoplasia debe pasar sin excepción por nuestra mente y por la criba de un juicio diagnóstico severo.

La *abundancia de sangre* en las hematurias neoplásicas, sin ser reglamentaria, es frecuente; pero lo notable de las mismas consiste en que, sean abundantes, sean escasas, no se mejoran ni se agravan con nada. Ni el movimiento, ni la medicación tienen influencia sobre ellas. Estas hematurias son *inmodificables*, son *caprichosas*, según gráfica expresión de Guyón.

Repitamos que muchas veces las hematurias son *el primer grito de alerta* de las neoplasias. La falta de otros síntomas, de dolor, de tumor, de antecedentes, de quebrantamiento del estado general, servirán para ponernos sobre aviso.

Las *hematurias dependientes de enfermedades no localizadas, especialmente en el aparato urinario*, son consecuencia unas veces de las grandes *pirexias hemorrágicas*: viruela, escarlatina, roscola, fiebre tifoidea, fiebre amarilla é ictericias graves; en otras ocasiones son la expresión de ciertas enfermedades discrásicas: escorbuto, enfermedades discrásicas: escorbuto, enfermedad de Werlhoff, púrpura, leucocitemia. También deben incluirse en el grupo las hematurias hemofilicas.

No debemos insistir en el diagnóstico de todos estas hematurias, toda vez que depende del que se haya hecho de la enfermedad causal. Por otra parte suelen

ir acompañadas de otras hemorragias, ó por lo menos figuran éstas en el pasado de los enfermos.

En fin, las *hematurias parasitarias* debidas á la filaria, al distoma de Bilharz ó al estrombilo apenas nos interesan, por ser propias de los países cálidos. Toman el nombre de hemato-quilurias, hematurias quilosas, filarinas, hematurias de Egipto ó del Brasil, y se caracterizan por la preferencia de parásitos y de grasa en las orinas. También contribuye al diagnóstico el estudio de los antecedentes etiológicos y de las condiciones climatológicas del país donde el enfermo se halla ó de donde procede.

IV

FENÓMENOS GENERALES EN LAS HEMATURIAS

Cuatro palabras sólo á este respecto. Si la hematuria no es efecto de una enfermedad general ó de localización extraurinaria, en cuyo caso los síntomas de conjunto son, naturalmente, los de la enfermedad provocatriz, por lo común, los fenómenos generales del hematórico son dependientes de la afección local, así la toxemia aparece en los procesos infectivos ó en los que se han infectado secundariamente; la caquexia, en los cancerosos declarados; los síntomas de nefritis, en algunas de las hematurias llamadas esenciales.

En otros casos los síntomas generales no son dependientes de la enfermedad local, sino simplemente concomitantes, como los de las lesiones pulmonares en los tuberculosos, los que traducen un decaimiento ó entorpecimiento de las funciones de nutrición (manifestaciones de reumatismo, de artrismo, de gota), en los litiásicos. etc.

Un fenómeno es evidentemente común á todas las hematurias algo considerables: la anemia. Hay casos de hematurias tan intensas y duraderas, como las neoplásicas y las de las nefritis, que llegan en un momento dado á matar por hemorragia, ó á poner seriamente en peligro la vida del enfermo.

No pocas intervenciones de urgencia se hallan reclamadas por estos casos desesperados, al objeto de cumplir la indicación vital de poner fin á la pérdida de sangre. En cambio quedaremos con frecuencia sorprendidos, pues abundan los casos en la práctica, de ver individuos que vienen sufriendo hematurias desde larga fecha, con un pulso relativamente bueno y un estado general poco menos que satisfactorio.

Sea lo que se quiera de lo que llevo expuesto, lo importante es fijarse siempre en el estado general de nuestros enfermos, y no olvidar que debemos mirarlos como médicos antes de estudiarlos como especialistas. Esta observación sube de punto siempre que tengamos necesidad de establecer una indicación operatoria, y por mi parte puedo decir que empiezo por tomar el consejo yo mismo, y que raras veces me lanzo á una intervención seria ó de empuje sin un examen completo del enfermo, reforzado por el examen de un internista.

V

TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA

Debe ser causal; el entretenerse con una medicación sintomática es inútil, es perder el tiempo, si no es ya decididamente perjudicial.

Al decir tratamiento causal, no se quiere significar que sea indispensable suprimir la causa; tanto mejor si esto se logra, pero basta muchas veces atacarla, modificarla, para que se detenga la hematuria. Ya he dicho algo anteriormente sobre la manera de combatir la congestión del aparato urinario; asimismo he dejado entrever el amplio lugar que la congestión ocupa en la etiología de las hematurias. Pues bien: aquel tratamiento descongestionante, todas aquellas reglas expuestas, la mayor parte de ellas de orden higiénico, son los recursos á los que primeramente deberemos acudir.

El suprimir la retención, fuente inagotable de repetidas congestiones, es una arma poderosa para poner término á la micción de sangre. Cuando la vejiga se halla en retención del curso de una hematuria, la primera indicación á cumplir es dar libre curso á la orina, y así, según los casos, debe apelarse á colocar una bujía ó

una sonda permanentes, á la uretrotomía interna, á la cistotomía, en cuya circunstancia esta intervención, que puede ser simplemente paliativa, se convierte en radical, siempre que sea posible, suprimiendo á la vez el efecto y la causa, extirpando un tumor, extrayendo un cálculo. Cuando se trata de un retencionista no por lesión alguna, sino por la existencia de coágulos en la vejiga, se le ordenarán abundantes bebidas para disgregarlos y diluirlos, pues ya he dicho que el agua es un magnífico disolvente de la sangre; junto con esto se mandará al enfermo que orine en posición horizontal. Si por medios tan sencillos y corrientes, y saciados hasta tal punto que muchos enfermos experimentados los emplean ya antes de consultarnos, no se logra la disgregación y expulsión definitiva de los coágulos, ni se triunfa de la retención, entonces se recurrirá al cateterismo; y si aún este medio falla, podrá apelarse á la aspiración de los coágulos, con lo que se consiguen á menudo brillantes resultados. La vejiga, una vez vacía y libre de cuerpos extraños que exciten su contractilidad, lo propio que cuando se abre con bisturí, se desconggestionan rápidamente y deja de sangrar.

Acontece aquí algo parecido á lo que tiene lugar en la matriz: cuando este órgano se ha desembarazado por completo de su contenido, las metrorragias más intensas cesan como por encanto. Una vez más se demuestra que, donde quiera que sea, las leyes de la patología general raras veces dejan de cumplirse.

Si las hematurias vienen solicitadas por contracciones de la vejiga, como ocurre en las cistitis dolorosas, es á los hipnóticos, y en especial á las inyecciones hipodérmicas de morfina y á los enemas con antipirina y láudano, á lo que debemos preferentemente acudir.

Si la micción de sangre reconoce por causa una lesión de la próstata, una falsa vía, por ejemplo, se tratará á beneficio de la sonda permanente, la cual evita la retención y permite cicatrizar la herida protegida por ella.

Si la hematuria es debida á la existencia de cálculos ó cuerpos extraños en las vías urinarias, no he de insistir en que su mejor tratamiento paliativo es el reposo.

En fin: la mayoría de las hematurias de origen renal son menos asequibles á los medios terapéuticos que he expuesto, y requieren casi siempre la práctica de intervenciones radicales. Permítaseme apuntar que las mal llamadas hematurias esenciales, que tanto dan que temer en muchos casos, curan por la nefrotomía, la decapsulación renal ó la nefrolisis.

Nada he dicho hasta el presente del empleo de medicamentos, y casi preferiría no hablar de ellos. Pero se preguntará: ¿es que no existe una medicación general y local contra la hematuria? Una medicación general si existe; local, no. Como medicación general, se emplearán las sustancias á propósito para levantar las fuerzas del paciente, para combatir la anemia, para aumentar el poder de coaguabilidad de la crisis sanguínea en las enfermedades discrásicas, administrando, si se quiere, hasta el aceite esencial de trementina ó los trementinados ó el polvo de quina ó el tanino; mas debe fiarse poco, muy poco, del efecto de estos medicamentos y de todos los llamados estípticos, astríngentes y vaso-constrictores. No querramos seguir la rutina ni la práctica de esta terapéutica antirraccional y comodona que tanto agrada á los enfermos, que tantos partidarios cuenta, por desgracia, y que debemos procurar desterrar con todos nuestros esfuerzos. Otro tanto debo decir del empleo de los homeostáticos locales. Ya he manifestado que la hematuria carecía de tratamiento medicamentoso local. ¿Qué se va á conseguir con el empleo del percloruro de hierro, de los ácidos minerales y vegetales, del alumbre, del alunmol ó de tantas otras sustancias como podría citar? ¿Acaso provocar la formación de coágulos consistentes y de difícil expulsión? ¿Cree alguien, acaso, que la hemorragia cesará por tales medios como si se tratase de una superficie libre? Y aún en las superficies al descubierto, ¿no ha proscrito ya su uso la Cirugía? Abandonemos, pues, una tal medicación, para emplear los medios que á grandes rasgos dejo expuestos, y estemos seguros de que, cuanto más conozcamos la fisiología patológica de la vejiga y más dominemos la práctica de la especialidad, tanto más, enfrente de una hematuria dejaremos de ser malos médicos para aprender á ser excelentes consejeros ó buenos cirujanos.

Barcelona, 27 de enero de 1907.

(Rev. Ibero-am. de Cien. Méd.)

UNION IBERO AMERICANA

Concursos científicos y literarios.—Año de 1907.

Comisión Permanente de relaciones comerciales.—Memoria sobre los medios de facilitar el desarrollo del tráfico ibero americano.

CONDICIONES DEL CONCURSO

I

La Unión Ibero-Americana, en sus constantes deseos de estrechar más y mejor las relaciones mutuas de fraternidad y desarrollo que á todos los países ibero americanos nos unen, abre un Concurso para recabar de la clase intelectual aquellos medios que considere más apropiados para la mayor prosperidad del tráfico comercial é industrial, tanto en España como en aquellas Repúblicas latinas, con arreglo á los siguientes temas:

1.º—Funciones propias del productor, del comisionista ó del intermediario y del banquero, y relaciones que deben existir entre ellos.

2.º—Misión del Cuerpo Consular.—Los cónsules deben ser esencial y principalmente agentes ó representantes comerciales de sus respectivos países en aquél donde residan.

3.º—Conveniencia de Exposiciones, Museos y Centros de información comerciales.—Adaptación de los productos á las necesidades y gastos del consumidor.

4.º—Transportes terrestres y marítimos.—Combinación de ambos.

5.º—Aranceles consulares.—Tarifas arancelarias de los cónsules de las Repúblicas americanas y necesidad de sus reformas.

6.º—Tratados de comercio.—Reglamentos y aranceles de aduanas.—Reformas y mejoramiento de los actuales.

7.º—Puertos francos.—Zonas neutrales y depósitos comerciales.

II

La extensión de la obra será de 300 páginas de impresión en 4.º como máximo. Estará escrita en castellano, sin distinción de nacionalidad para su autor.

III

Los trabajos podrán presentarse hasta el 31 de Diciembre próximo.

IV

El Jurado, que nombrará la Directiva de la Unión Ibero-Americana, propondrá para el premio de 1000 pesetas aquella de las Memorias presentadas que á su juicio merezca tal distinción, declarando desierto el premio si no conceptuara á ninguna de ellas con méritos suficientes.

V

La Memoria premiada, si la hubiere, será de la propiedad de la Unión Ibero-Americana, que la editará en la forma que estime oportuna, cediendo gratis á su autor 500 ejemplares de la misma.

VI

Los originales se presentarán en las oficinas de la Unión Ibero Americana, Alcalá, 65, con un lema en su cubierta, acompañados de un sobre cerrado y lacrado donde se lea el lema del trabajo y dentro se exprese el nombre, apellidos y domicilio de su autor.

Madrid 12 de mayo de 1907.

El Presidente de la Comisión de Relaciones Comerciales,
IGNACIO DE NORIEGA

El Presidente de la Comisión ejecutiva de la Unión,

RAFAEL CONDE Y LUQUE

El Secretario general,

JESÚS PANDO Y VALLE

UNION IBERO AMERICANA

Comisión Permanente de Ciencias y Letras.

Concursos Científicos y Literarios.—Año de 1907.

CONDICIONES DEL CONCURSO

I

La Unión Ibero-Americana abre Concurso para elegir y premiar entre las que se presenten una obra que tendrá por objeto desarrollar el siguiente tema:

Medios que, con la directa ayuda de la Unión Ibero-Americana y de la Asociación de escritores y artistas, pueden poner en práctica los autores españoles é hispano-americanos para lograr que tanto en América como en España se ensanchen los mercados de la producción científica, literaria y artística, garantizándose debidamente el fruto del trabajo intelectual.

II

La extensión de la obra puede llegar á 350 páginas de impresión hecha en tamaño 8º y habrá de estar escrita en español, sin limitación alguna en cuanto á la nacionalidad del autor.

III

Los trabajos podrán presentarse hasta el día 31 de diciembre de 1907.

IV

El premio consistirá en la cantidad de 1000 pesetas y 200 ejemplares de la obra impresa.

V

La Junta Directiva de la Unión Ibero-Americana nombrará un Jurado para que haga la calificación de los trabajos presentados y formule la propuesta que estime más justificada.

VI

La obra premiada será propiedad de la Unión Ibero-Americana que podrá, por lo tanto, editarla y reimprimirla como juzgue conveniente. Sin embargo, si por cualquier motivo hubiera necesidad de modificar el texto de la obra, estas rectificaciones se harán de acuerdo con el autor.

VII

Los trabajos se presentarán en las oficinas centrales de la Unión Ibero-Americana, calle de Alcalá, 65; llevarán al frente un lema que los distinga é irán acompañados de un sobre cerrado y lacrado que al exterior lleve el lema de la obra y en el interior el nombre y apellidos del autor

Madrid, 8 de Mayo de 1907.

El Presidente de la Comisión de Ciencias y Letras,

JOSÉ GUTIÉRREZ SOBRAL

El Presidente de la Comisión ejecutiva,

RAFAEL CONDE Y LUQUE

El Secretario general,

JESÚS PANDO Y VALLE

REVISTA IBERO AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS

Fundador don FEDERICO RUBIO Y GALI

(Saldrá á luz cada dos meses)

Director y Gerente, DR. D. LUIS MARCO. Profr. *honoris causa* del Instituto Rubio.—La Moncloa, Madrid.

Las suscripciones son por todo el año de la fecha, sea cual fuere la época en que se hagan.

UNION IBERO-AMERICANA

SOCIEDAD FUNDADA EN 1885

Declarada de fomento y utilidad pública por el Gobierno de S. M.
en 18 de junio de 1890.

NOTAS TOMADAS DE SUS ESTATUTOS

Objeto de la Asociación

La Unión Ibero Americana es una Asociación internacional al que tiene por objeto estrechar las relaciones de afecto sociales, económicas, científicas, artísticas y políticas de España, Portugal y las Naciones americanas, procurando que exista la más cordial inteligencia entre estos pueblos hermanos.

De su constitución y organización

La Unión Ibero Americana se compondrá de un Centro general establecido en Madrid, y los correspondientes que están constituidos ó se constituyan para cooperar á los fines de la Asociación en los demás pueblos que comprenden los Estados á que se refiere el artículo anterior, pudiendo constituirse también comisiones delegadas de dichos centros en las poblaciones más importantes de los respectivos Estados.

A fin de que se armonicen los Centros entre sí, después de aprobar sus miembros los respectivos reglamentos, los remitirán á la Junta Directiva de Madrid, para que la misma pueda hacer las observaciones que conduzcan á dicho propósito.

Será obligaciones de todos los Centros:

Esoudiar cuantos asuntos se relacionen con los fines de la Asociación, especialmente aquellos que se refieran á tratados de comercio, propiedad intelectual é industrial, arbitrajes, legislación civil y penal y demás análogos.

Redactar los oportunos proyectos, presentarlos, y gestionar acerca de los Gobiernos respectivos su éxito.

Procurar la habilitación reciproca de los últimos alcanzados en los establecimientos oficiales de enseñanza, para el libre ejercicio de las profesiones en los países de la Unión, proponiendo los medios de salvar los obstáculos que hoy se ponen á tal fin.

Evacuar los informes que por los Gobiernos pudieran reclamarse, y elevar á los mismos, siempre que se crea oportuno, exposiciones y memorias acerca de cualquier punto que pueda afectar á los intereses generales.

Procurar facilidades en el servicio de telégrafos y correos y la celebración de tratados postales, para la rápida circulación de periódicos y libros.

Celebrar conferencias, lecturas y veladas sobre temas que interesen á la Asociación, en todos y cada uno de los países que comprenda.

Organizar Congresos en los mismos países para conseguir conclusiones prácticas acerca de los asuntos de más vital importancia para aquéllos; y por último, emplear los medios más eficaces y oportunos á fin de que aumenten las relaciones de todo género entre España, Portugal y las Repúblicas americanas, suavizando asperezas é infundiendo amor y confianza mutua, para aunar y dirigir las nobles aspiraciones que á todos animan.

Socios

Serán socios de honor aquellos á quienes la Asociación acuerde designar con tan honroso título,

Fundadores, los que figuran como tales en las listas de la Asociación.

De número, los que satisfagan sus cuotas y cumplan los deberes que los Estatutos y Reglamento exijan.

Cooperadores, todos los que en la actualidad lo sean con este nombre ó el de auxiliares, y los que la Sociedad acuerde designar como tales, por coadyuvar en alguna forma á los fines de la Asociación, aun cuando no contribuyan con las cuotas establecidas.

Todos los socios que no siendo de número deseen tener esta cualidad, obtendrán el nombramiento con sólo pagar las cuotas mensuales, estando dispensados de la entrada.

Serán socios corresponsales los que designe la Junta directiva con este nombre, fuera de Madrid, los cuales podrán formar las delegaciones en los pueblos donde no existan Centros de la Union Ibero-Americana.

Actualmente, antes de la primera Junta general del mes de Enero, se formará una lista general de todos los socios, por orden alfabético de apellidos, en cada clase.

Médicos y Cirujanos y Obstétricas domiciliados en Costa Rica

A	Juan Arrea y Cosp.	San José	O	Manuel Obregón F.	Limón	
	Francisco Arana	Alajuela		Eduardo J. Pinto	San José	
	F. Carlos Alvarado	San José		José M ^a Peralta	Cartago	
	Mauro Aguilar	Limón		Maximiliano Peralta	—	
B	Carlos Aragón	Nicoya	P	Gregorio Peña U.	Liberia	
	Martín Bonnefil	San José		Teodoro Picado	Grecia	
	Joaquín Berrocal	Alajuela		Teodoro H. Prestinary	San José	
	John W. Begg	San José		Carlos Pupo	Escasú	
	José Crisanto Badilla	Heredia		Henry H. Pirie	Cartago	
	Santiago Baudrit	Barba		Yadwisia de Picado	Grecia	
	Julio Borbón	Cañas		Alejandro Pirie	Cartago	
	Joaquín Bernardo Badilla	Heredia		R	Jenaro Rucavado	San José
	José María Barrionuevo	San José			Francisco J. Rucavado	—
	Narciso Barberena	Puriscal			Eñías Rojas	—
C	Enrique Carranza	San José	Marcos M. Rodríguez		Heredia	
	Adán Cárdenas	Puntarenas	Samuel F. Ruiz	Puntarenas		
	Tomás M. Calnek	San José	Mariano Rodríguez	La Unión		
	Rafael Calderón Muñoz	—	S	Amancio Sáenz	Puntarenas	
	Manuel de las Cuevas	Santa Bárbara		Andrés Sáenz (Decano)	San José	
	José M ^a Castro F.	Cartago		Carlos de J. Silva	—	
	Moisés Cas F.	—		José M ^a Soto A.	—	
	Benjamín as piéspedes	Limón		Septimus Steggall	Limón	
	Roberto Cortés	Alajuela		F. A. Segreda S.	—	
	Adolfo Carit	San José	Jorge Sáenz	Puriscal		
	Manuel Cabezas	Alajuela	T	Juan I. Toledo L.	San José	
Francisco Cordero	San José	Nazario Toledo		—		
Ch	Roberto Chacón	San José		Benigno D. Tamayo	Santo Domingo	
	D	Miguel Dobles		S. Isidro Heredia	Policarpo Trejos	Heredia
Carlos Durán		San José	Eduardo J. Trejos	Santa Cruz		
E	Emilio Echeverría	Limón	U	Eduardo Uribe R.	San José	
		Juan A. Escoto		Aserrí	V	Pánfilo J. Valverde
F	Francisco E. Fonseca	San José	Fernando Vásquez	San Ramón		
	Roberto Fonseca Calvo	—	Miguel A. Velásquez	Limón		
	Mauro R. Fernández	—	Carlos Volio	Cartago		
	Manuel Flores	Heredia	Ismael Valerio	S. Raf. Heredia		
	Sergio Fallas B.	Naranjo	Marcos Zúñiga	San José		
Mariano Figueres Forges	San Ramón	Federico Zumbado	—			
G	Antonio Giustiniani	San José	Santiago Zamora	Heredia		
	Ramón Gallegos	Orosi	Lucio Zabala	Esparta		
	Alejandro García	Cartago	Obstétricas autorizadas			
H	Benjamín Hernández	San José	Lastenia Cruz Calvo	Alajuela		
I	David G. Inksetter	San José	Francisca Durán v. de Arias	Curridabat		
	William Inksetter G.	Alajuela	Elena Echeverría v. de Revelo	San José		
J	Luis Paulino Jiménez Ortiz Ricardo Luis Jiménez N.	San José	Julia Orozco v. de Herrera	—		
			Adelaida Paniagua v. de Castro	—		
			Amelia Padovani	—		
			Cristina Salazar	Barba		
			Adelaida Solórzano	San José		
			María Luisa C. de Solano	Alajuela		
L	José López Cantillo José López Godínez V. Lachner Sandoval Jorge Lara	San José Paraíso Juan Viñas San José	María Mora U.	San José		
			Elisa Madrigal	—		
			Elvira Madrigal	—		
			Estela Molina de Bertoline	San Isidro		
			Julia Lizano v. de Sánchez	Puntarenas		
			América Villalobos	Mata Redondo		
			Clara B. de Araya	Puntarenas		
			Ernestina N. v. de Chaves	Cartago		
			Emilia Calvo	La Unión		
			María Rivas de González	San José		
M	Inocente Moreira h. Gerardo Mora E. Montiel	Santa Cruz Palmares Puntarenas	Josefina Cordero	—		
			Lola Saborido de Lombardo	Alajuela		
			Isabel Calderón	San José		
N	Bernardo Nobo J.	Liberia	Z	Lucio Zabala	Esparta	
	Daniel Núñez	San José				

Facultad de Medicina de la República de Costa Rica.—San José, febrero de 1907.