

EL SIGLO MEDICO

SUMARIO

BOLETIN DE LA SEMANA: Otro golpe á la indisciplina escolar. — Clausura de cementerios. — La Asociación de titulares. — SECCION DE MADRID: Sobre el tratamiento de los defectos funcionales de la cadera. — Reseña de las tareas del VII Congreso Internacional de otología celebrado en Burdeos del 1 al 4 de Agosto. — Banquete importante. — SECCION PRACTICA: Un caso de hernia epigástrica. — PERIODICOS MEDICOS: EN IDIOMA CASTELLANO: I. Cooperación al estudio de la adrenalina y de sus principales aplicaciones terapéuticas. — II. Fisiología normal y patología de la glándula pancreática. — EN IDIOMA EXTRANJERO: III. Algunos problemas prácticos de la sífilis. — IV. Experimentos de anestesia local con eucaina y eucaina adrenalina. — V. Bacteriología de la comidrosis. — VI. Tratamiento del cretinismo endémico por substancia glandular. — VII. Cuerpo extraño en el ventrículo izquierdo del corazón. — Cooperación al estudio de los tumores de la médula cervical y médula oblongada. — IX. Un caso de psicosis traumática. — X. Dos casos de rotura subcutánea del músculo biceps braquial. — SECCION OFICIAL: Ministerio de la Gobernación. — Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes. — VARIEDADES: Mi autobiografía. — COMUNICADO = CONSULTORIO. — GACETA DE LA SALUD PUBLICA: Estado sanitario de Madrid. — CRÓNICAS. — ANUNCIOS. — ESTAFETA DE PARTIDOS = VACANTES.

Boletín de la semana.

Otro golpe á la indisciplina escolar. — Clausura de cementerios. — La Asociación de titulares.

Nadie podrá negar que el Ministro de Instrucción pública, Sr. Domínguez Pascual, está inspirado en los mejores deseos respecto de la enseñanza, y es uno de los Ministros á quien, sin conocer de lejos ni de cerca, ha tributado EL SIGLO los mayores elogios. Pero es el caso — ¡siempre el maldito pero! — que de buenos propósitos y mejores deseos está empedrado el infierno...

Su último — ¡por ahora! — Real decreto tiende á hacer efectiva la asistencia á clase de profesores y alumnos, esos dos pulmones, como dice en el preámbulo, de la cátedra. Para ello impone penas con las cuales, si de verdad se hicieran efectivas, ganaría mucho la enseñanza, entregada gran parte del año á profesores auxiliares, por enfermedades, reales ó supuestas, y ausencias, más ó menos justificadas, de los profesores numerarios. En virtud del Real decreto último, el catedrático que sin autorización ni causa justificada dejase de concurrir á clase durante treinta días, será declarado *excedente sin sueldo*. ¿Qué apostamos á que no se da el caso, no por falta de motivos, sino por sobra de influencias, miramientos y recomendaciones, de que tenga cumplimiento este artículo 2.º del Real decreto? Tan seguro estamos de ello, que no tendríamos inconveniente en apostar doble contra sencillo...

Otra de las penas impuestas á los catedráticos *faltos*, es la de que no examinen ni cobren los derechos de examen aquellos que hayan explicado menor número de lecciones durante el curso que el auxiliar correspondiente.

A los alumnos se les conmina con penas que creemos muy estudiadas y justas: la pérdida de la matrícula de honor y la obligación de pagar la matrícula; los que no tuvieran aquella, pierden también la matrícula y tienen necesidad de volverla á pagar para examinarse en Junio; el abono de derechos dobles, etc., etc.

En el Real decreto se fija en sesenta, como máximo, el número de días de vacación, pudiendo estos días ser distintos en cada distrito universitario.

Repetimos una vez más que el Real decreto á que hemos hecho referencia merece nuestros sinceros aplausos; pero no podemos remediar la desconfianza que tenemos en que no ya otro Ministro de Instrucción pública, sino ni el mismo que la ha dictado, tendrá libertad suficiente para aplicarlo, con lo cual todo quedará reducido, desgraciadamente, á una muestra más del acierto con que ha tratado estas cuestiones y de los sanísimos propósitos en que se ha inspirado.

El Sr. Ministro de la Gobernación suele acertar en todo lo que no sea poner sus pecadoras manos en la Instrucción de Sanidad inspirada por su jefe Sr. Maura. La ley de protección á la infancia, el auxilio prestado á la Asociación antituberculosa española, amén de alguna otra disposición que ahora no recordamos, le hacen acreedor á la gratitud de las gentes que entienden que la sanidad es el principal factor de los pueblos. A todo ello debemos agregar hoy la Real orden, recién publicada en la *Gaceta*, autorizando la traslación de los restos cadavéricos existentes en los cementerios clausurados del Norte de esta villa á un columbario y cripta de iglesia en proyecto, previniendo al Municipio para que señale un plazo — haciéndolo público en la *Gaceta* y *Boletín Oficial* — para que las personas interesadas puedan hacer las reclamaciones que estimen convenientes para que sea respetado su derecho.

De esta suerte, y de acuerdo con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y Real Academia de Medicina de Madrid, desaparecerán los cementerios del Norte, Patriarcal, San Luis y San Martín, destinando á la urbanización sus terrenos, con lo

cual ganarán no poco los barrios en que están hoy enclavados.

No podrá decirse con justicia que la Asociación de médicos titulares se duerme sobre sus laureles. Según leemos en la prensa política, el domingo próximo piensan obsequiar con un banquete los titulares de Guipúzcoa á los Sres. Canalejas y Almarza, habiendo invitado al mismo al Sr. Enríquez, vocal de la Junta de Patronato y médico-director del balneario de Cestona, y al Sr. Muñoz, secretario de aquélla, que está veraneando en Avilés. Por su parte, los titulares de Santander han dado otro banquete (del cual nos ocupamos más por extenso en otro lugar de este número) á los Sres. Cortezo y Almarza y visitado en Ontaneda al Sr. Maura para interesarle en la aprobación del Reglamento interior del Cuerpo—ha tiempo despachado favorablemente por el Real Consejo de Sanidad y pendiente no más del V.º B.º del Sr. Sánchez Guerra—y para que la Dirección de Administración local no sea obstáculo contra el cual se estrellen los mejores deseos de la Junta de Patronato. Veremos si con esto y con lo hablado y expuesto al Sr. Maura por otro personaje político, que muy bien pudiera ser el autor de la Instrucción, logramos que desaparezca esa mano oculta que malogra á diario cuanto á la Instrucción hace referencia.

EL SIGLO MÉDICO se adhiere de nuevo á los justificados deseos de los titulares y hace votos para que en el banquete del próximo domingo en San Sebastián se estrechen más los lazos de amistad y compañerismo entre todos los titulares y su Junta de Gobierno y Patronato.

DECIO CARLAN

Madrid, 21 de Agosto de 1904.

SOBRE EL TRATAMIENTO

DE LOS DEFECTOS FUNCIONALES DE LA CADERA

Por el Dr. D. SATURNINO GARCÍA Y HURTADO

Profesor del Instituto Rubio.

En esta nota clínica voy á empezar por el fin, es decir, sentando conclusiones.

Abona esta manera de proceder la naturaleza del caso que presento, lo cual, en mi concepto, abrevia y facilita más la comprensión de esta materia que cualquier otro procedimiento expositivo, como es claro que la abreviaría más si yo hubiese podido hacer que cada lector hubiera visto á mi enfermo cuando acudió á mi consulta, presenciado la intervención y le viera en el estado actual.

En general, puede decirse que *todos los defectos funcionales de la cadera que no han sido racionalmente tratados, son susceptibles de mejoramiento.*

No se molesten los cirujanos de nuestro país por lo que voy á decirles.

Cuando se dice la verdad, sin intención de ofender á nadie, y sólo con el propósito de corrección ó mejoramiento, me parece tal propósito laudable.

Pues bien, la mayoría de los cirujanos ven sólo en el enfermo un caso operable ó no operable; y si es operable, lo que principalmente les llama la atención es la cura del proceso que persiguen, relegando á un orden secundario el movimiento funcional.

No creo hablar á humo de pajas, ni me gusta.

La prueba de esto la tengo en los numerosos enfermos que he visto, operados por cirujanos notables; operados cuyos miembros han quedado inútiles desde el punto de vista funcional.

Anquilosis del hombro, codo, muñeca, dedos, cadera, rodilla y tobillos, he visto multitud; unas consecutivas á intervenciones, otras á prolongado reposo; pero en todas se destaca como nota culminante la relegación á segundo término del tratamiento ortopédico ó funcional.

Antes que se me pase debo decir que es errónea la creencia, muy extendida, según la cual los procesos tuberculosos articulares agotados no deben tocarse.

En primer lugar, es cierto que muchas veces tomamos por procesos tuberculosos otros que no lo son y viceversa.

En segundo lugar, es cierto que muchos procesos tuberculosos no agotados, ó aparentemente agotados, se agudizan cuando la articulación se mueve.

Pero, en tercer lugar, es también cierto que yo tengo enfermos con procesos tuberculosos de la muñeca, con anquilosis de los dedos, codo y rodilla, tratados después de agotar completamente el proceso, restableciendo más ó menos ampliamente el movimiento.

El caso que motiva esta nota clínica es una anquilosis de la cadera, consecutiva á un proceso tuberculoso antiguo.

Sobre estos hechos que he visto, no puedo admitir más objeción que el haber podido equivocarme en la naturaleza del proceso.

He recibido cartas de compañeros de provincias, en el sentido siguiente:

«Señor: Yo soy un enfermo que hace tanto tiempo se le amputó tal pierna por tal cirujano, cumpliendo entonces, indudablemente, una indicación vital; pero es el caso que yo llevo en este pueblo, de ejercicio, más de veinte años; y desde hace dos, que me amputaron la pierna, las artificiales que me han hecho Fulano y Mengano no me sirven. Como yo no tengo otra manera de vivir que mi profesión, vea si le es posible acudir á mi remedio, y mande construir una pierna con la que pueda andar, ó dígame á quién me he de dirigir.»

Uno de estos compañeros, que tan lamentablemente se quejaba, en el fondo tiene razón. El cirujano eminente que le operó, amigo mío, sabe muy bien lo que hace en los actos quirúrgicos.

Sin embargo, creo necesario insistir en la necesidad que tiene el cirujano de conocer las condiciones estáticas y dinámicas de la máquina humana, especialmente del aparato de sustentación, y preocuparse menos al tratar, por ejemplo, de las extremidades inferiores, de que el muñón tenga esta ó la otra forma, sea más ó menos la cantidad de materia viva que se sustrae, siempre que se deje en condiciones de poder ejercer la función auxiliada por medios mecánicos.

Es preciso, pues, conocer la estática y la mecánica del aparato de sustentación. Saber los puntos donde actúa la fuerza, y los medios que hay para transmitir esta actuación á otro de mayor resistencia, cuando sobre los que se debe apoyar son débiles ó enfermizos.

Teniendo estas ideas en la mente el cirujano, es indudable que podrá en muchos casos evitar la inutilidad social de un individuo á quien, sin bienes de fortuna, condenarle á la inacción es sentenciarle á la miseria y á la muerte.

Mas no quiero que se diga que no hago más que predicar; voy á dar trigo, exponiendo el siguiente caso:

Se trata de un enfermo llamado Francisco Ugarte Díaz, que vive en la calle de San Ildefonso, 28, de esta Corte, y tiene doce años y medio en la actualidad.

Hace once años, es decir, cuando tenía año y medio de edad, empezó á padecer una coxalgia tuberculosa izquierda, que recorrió todos los periodos, llegando al final con la destrucción completa de la cabeza y el cuello del fémur.



FIG. 1.^a—Radiografía de la pelvis de Francisco Ugarte, vista por detrás, antes de la operación.

La radiografía de la fig. 1.^a así lo demuestra.

Después de una larga supuración y destrucción articular se cerraron los trayectos hace cuatro años, quedando el muslo retraído sobre la pelvis, formando un ángulo de 125° , con



FIG. 2.^a—Francisco Ugarte visto de frente (doce años y medio). Compárese la diferencia de altura en las rodillas y tobillos. Para que pueda sostenerse en pie le he colocado bajo la pierna izquierda un rimero de libros. Se percibe bien que toda la pierna izquierda está menos desarrollada.

suspensión, como es natural, en el crecimiento general del miembro.

Cuando este enfermo acudió á mi consulta particular en Diciembre del año próximo pasado, venía con nueve y medio centímetros de acortamiento en la pierna izquierda, el proceso tuberculoso agotado al parecer, flexión y rotación externa de la pierna, y dos muletas, con las cuales se auxiliaba para andar (figs. 2.^a y 3.^a).



FIG. 3.^a—Francisco Ugarte visto de perfil. Presenta una gran lordosis, rotación externa; y en la parte superior y externa del muslo, cicatrices de antiguas supuraciones.

Sin recursos para ser operado en su domicilio, le mandé ir al Instituto Rubio, y le inscribí en el libro de mi consulta para darle entrada cuando le correspondiera su turno. Llegado éste, el 1.º de Febrero del año corriente, ingresó en la Sala y expuse el caso á mis compañeros.

Entonces les dije:

«Señores. Este es un enfermo que he admitido para ser operado. Tiene doce años y medio, ha padecido una coxalgia supurada, quedando inútil para la vida social.

No puede andar, dado el acortamiento de la pierna izquierda, sino con muletas; es decir, que carece de condiciones estáticas para la sustentación y marcha.

Estoy ahora trabajando sobre las deformaciones de la cadera y medios de corregirlas.

Los que acuden al Dispensario de huesos y articulaciones han visto los enfermos que hemos tratado de deformaciones de la cadera, consecutivas á coxalgias.

En los casos más sencillos, anestesiarnos al enfermo y hacemos la reducción (cuando el trocánter está rodado y subido) de un modo no cruento. Después lo mantenemos con un vendaje de escayola.

Al mes hacemos una segunda reducción, y aun otra tercera posteriormente, si es preciso, hasta conseguir la mayor perfección articular posible.

Queda después el tratamiento mecanoterápico, para restablecer lo que se pueda la función.

Pero el caso presente es más complicado, y estos medios son insuficientes.

Hay que acudir á la operación.

Se me presenta un buen caso de estudio, que debo aprovechar.»

Mas ahora se dirá: ¿qué va usted á hacer con un enfermo que viene tanto tiempo padeciendo, y tiene la pierna, á más de fija y anquilosada á la cadera, acortada enormemente por una detención en el crecimiento general del miembro, y una falta completa de cabeza y cuello en el fémur? ¿Qué va á resultar si toca usted un proceso tuberculoso antiguo?

Mas he aquí que ahora llamo yo á D. Federico y le pregunto: Maestro, ¿qué hago yo en este caso? Y D. Federico me da su consejo, como siempre, y me dice: *Prescinde de toda idea preconcebida; razona y discurre sobre lo que tocas y ves, sin mirar lo que dice Fulano ni Zutano, sino lo que dice el libro vivo del enfermo; y si tu razón te induce á intervenir (conociendo la disposición de las partes) y á mejorarlas, intervienes y las mejoras.*

Y con este consejo que traigo á mi mente, después de darle las gracias y quedarle reconocido, decido la intervención.

Y sigo pensando: Este enfermo ha tenido un proceso tuberculoso ó no tuberculoso de la cadera, creo que tuberculoso, que ha destruido por lo menos el cuello y la cabeza del fémur en totalidad. La cavidad cotiloidea debe estar muy agrandada; el rodete, borrado. La radiografía parece también demostrarlo.

Dada la potente tracción de los músculos trocánterianos, el trocánter ha rodado hacia afuera.

El dolor, en los primeros períodos de la enfermedad, obligó al muslo á ponerse en flexión permanente, determinando acortamiento de los músculos flexores, porque la longitud muscular se regula á sí misma según la función que tiene que desempeñar. De aquí la gran lordosis (fig. 3.^a).

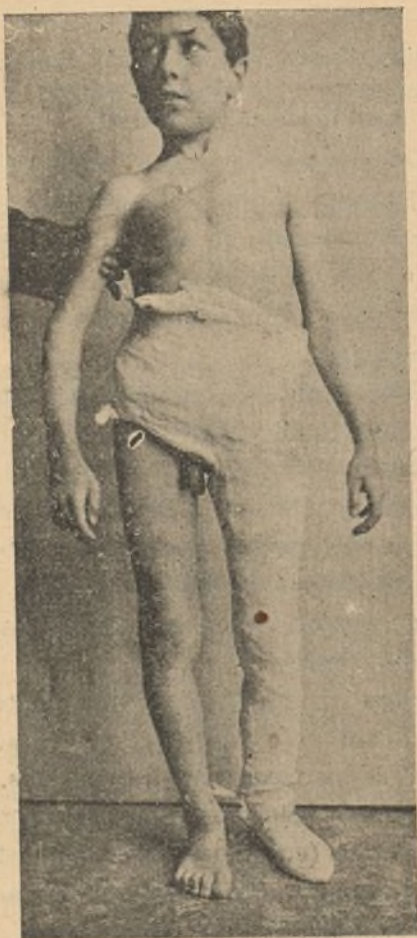


FIG. 4.^a—Francisco Ugarte de frente, dos meses después de la operación. La herida cicatrizó por primera intención, y conserva el mismo vendaje que puse en el acto operatorio.

El enfermo, al andar con muletas, algo apoyaba la punta del pie izquierdo sobre el suelo, y este pequeño apoyo determinó la subida del trocánter. Éste debe encontrarse rugoso,

desigual, adosado á la cavidad, rodeado de tejidos fibrosos de cicatriz, y con una pequeña é incompleta bolsa adventicia sinovial.



FIG. 5.^a—Francisco Ugarte visto de perfil, con el vendaje de escayola. Ha desaparecido la lordosis, y las extremidades inferiores se han igualado.

Proyecto de operación.—Restablecer la longitud del miembro, si se puede, tenotomizando el recto anterior, recto interno, semitendinoso y semimembranoso. Degollar todos los músculos trocánterianos y desbridar los tejidos resistentes que se opongan al descenso del miembro.

El día 8 de Febrero practiqué la operación tal cual la había concebido.

Un vez degollados todos los músculos y tejidos fibrosos que se oponían al enderezamiento, hice la extensión y contraextensión de la pierna, poniendo un inguinal en el lado izquierdo.

El estiramiento se hizo, como es natural, forzadamente, hasta conseguir bajar el fémur y poner las dos piernas casi al mismo nivel. Quedaba el casi: un acortamiento de tres centímetros.

Rectifiqué la posición, haciendo desaparecer por completo la lordosis; coloqué un vendaje de escayola, como indican las figs. 4.^a y 5.^a, y después, en la cama, le puse extensión continua. Quería igualar las extremidades.

En efecto, tuve la suerte de que las heridas cicatrizaran sin la menor novedad, á pesar de haber operado en un territorio donde había hecho su evolución un proceso tuberculoso.

El vendaje de escayola en una pieza, sin ventanas, no lo corté hasta el 26 de Marzo, cerca de dos meses después de la intervención; en cuyo intervalo la extensión continua dió por resultado igualar por completo las dos extremidades, como puede verse en la fig. 6.^a

Hoy resta un tratamiento consecutivo funcional muy importante.

Primero hay que vigorizar las masas musculares de la pelvis, muslo y pierna del lado izquierdo.

Después movilizar la nueva articulación.

Posteriormente impedir que el trocánter vuelva á ascender y se reproduzca el acortamiento.

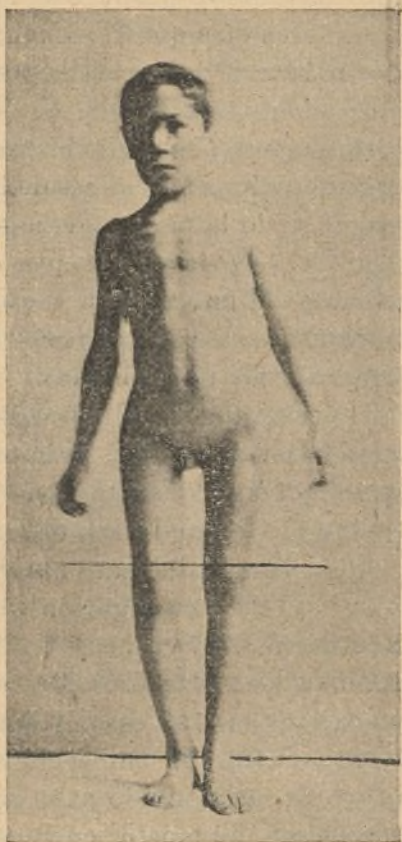


FIG. 6.^a—Francisco Ugarte. Compárese con la fig. 2.^a

Como este caso lo considero importante, expondré los resultados definitivos dentro de un año ó del tiempo que se invierta en la curación.

RESEÑA DE LAS TAREAS

DEL VII CONGRESO INTERNACIONAL DE OTOLOGÍA
CELEBRADO EN BURDEOS DEL 1 AL 4 DE AGOSTO

Por el Dr. C. COMPAIRE.

Sr. D. Ramón Serret.

Mi distinguido amigo: Sin perjuicio de publicar con alguna mayor amplitud en mis habituales Revistas las conclusiones de aquellos trabajos que merezcan la pena por su importancia é interés, voy hoy gustoso á cumplir mi promesa de dar á conocer á los lectores de EL SIGLO MÉDICO la marcha y hechos salientes del VII Congreso internacional de Otolología celebrado en esta capital de la Gironda.

He aquí el programa al cual debía ajustarse la celebración del Congreso:

Domingo 31 de Julio.—De las nueve á las once de la noche: Recepción de los miembros del Congreso por el Comité francés de organización en la Facultad de Medicina.

Lunes 1.º de Agosto.—A las nueve de la mañana; Sesión de apertura, consistente en: 1.º Discurso del presidente del Comité de organización; 2.º Discurso del presidente del anterior Congreso; 3.º Elección de mesas definitivas; y 4.º Comunicación del profesor Politzer (de Viena) sobre la necesidad de la enseñanza otológica en las Facultades. A las tres de la tarde: Sesión científica con lectura de Memorias y discusión. A las seis de la tarde: *Garden-party* oficial en el Ayuntamiento, ofrecido por el señor alcalde.

Martes 2 de Agosto.—A las nueve de la mañana: Reunión general. Discusión del Rapport ó tema oficial de los doctores Politzer (de Viena), Gradenigo (de Turín) y Delsaux (de Bruselas), sobre «Elección de una fórmula acútrica sensible y práctica». A la una y media de la tarde: Lectura de Memorias y discusión. Excursión arqueológica á Saint-Emilion y

banquete ofrecido por el Sindicato de vinos de dicha región bordelesa.

Miércoles 3.—A las nueve de la mañana: Discusión del Rapport de los Dres. Brieger (de Breslau), von Stein (de Moscu) y Dundas Grant (de Londres), sobre el «Tratamiento de las supuraciones del laberinto» y diversas otras comunicaciones. A las dos de la tarde: Comunicaciones diferentes y discusión. A las cinco: *Garden-party* y banquete ofrecido por el presidente del Congreso.

Jueves 4.—A las nueve de la mañana: Discusión del Rapport de los Dres. Knapp (de New-York), Schmiegelow (de Copenhague) y Botey (de Barcelona), sobre la «Técnica de la apertura y cuidados consecutivos del absceso cerebral otógeno». A las dos de la tarde: Comunicaciones diversas y discusión. Clausura del Congreso y elección de la ciudad donde ha de celebrarse el próximo Congreso. A las siete y media: Banquete ofrecido por la Sociedad francesa de Otolología y el Comité francés de organización.

La recepción en la Facultad de Medicina (plaza de Aquitaine) fué brillante y numerosa, luciendo condecoraciones los caballeros y alhajas y amplios descotes las damas. Se hizo gran consumo de champagne, vinos diversos y helados, y se oyeron algunos trozos de concierto ejecutado por un sexteto no muy superior, y un elocuente y caluroso discurso de salutación y bienvenida á los congresistas extranjeros, preferentemente, por el decano de la Facultad, Dr. Pitres, en representación del Ministro de Instrucción pública, que no asistió, bajo cuyo patronato se celebraba el Congreso.

En la imposibilidad de citar nombres de especialistas que asistieron á esta recepción, y por lo tanto al Congreso, diré que del extranjero figuraban los más eminentes del mundo entero, y de España nos encontramos los Dres. Botey (de Barcelona), Arrese (de Bilbao), Castañeda y Autín (de San Sebastián), Royo Galindo (de Zaragoza), y Cisneros, Barajas, Forns y el que estas cuartillas escribe (de Madrid). Por cierto que Barajas llegó el día 2, comenzado y adelantado el Congreso en sus tareas, y no figura como congresista en la lista oficial de adheridos al VII Congreso internacional de Otolología.

Tampoco el Dr. Suñé y Molist (de Barcelona) asistió al Congreso, á pesar de figurar entre los comunicantes de la primera sesión científica del día 1.º á las dos de la tarde con el tema «Algunos medicamentos capaces de curar las otitis medias agudas sin intervenir quirúrgicamente».

Además de la comunicación del profesor Politzer «Sobre la necesidad de la enseñanza otológica en las Facultades», leyó otra el Dr. Gradenigo titulada también «Sobre la necesidad de que sea obligatoria la enseñanza de la Otolología en las Facultades», abogando ambos ilustres otólogos por la conveniencia en alto grado de enseñar dicha especialidad en las Facultades. Gradenigo demostró además la ineficacia de la enseñanza puramente facultativa ú oral (como se pretende dar en España) en las Universidades, y la necesidad de que se dé á dicha enseñanza la sanción de los exámenes obligatorios. Tal estado de cosas, dijo, perjudica no poco á los médicos, á los enfermos y á la dignidad y seriedad de los estudios especiales.

Forns, en su comunicación sobre «La unificación del lenguaje científico en Otolología», abogó ó porque se hable un solo idioma en Congresos tales, ó se hablen todos los de los demás países de los señores congresistas concurrentes.

Broeckart (de Gante) hizo una comunicación interesantísima á propósito de las inyecciones de parafina en frío, presentando una jeringa ideada por él, con la cual se practica la inyección en frío sin los graves inconvenientes de la elevación de la temperatura producida al licuar la parafina,

En virtud de una gran presión mecánica producida en el interior de la jeringa por el pistón sobre la parafina, sale ésta á través de la aguja hueca de la jeringa bajo la forma de un hilo vermicular blando. Hay allí una interesante aplicación de las dos teorías: de la conservación de la energía y de la salida de los sólidos bajo presión necesaria. La presión en esta jeringa se practica mediante un mecanismo de palanca. En otra jeringa para el mismo fin, que presentó Forns en nombre del Dr. Cantero, que es quien la ha inventado, y por no ser congresista no pudo ir de España á presentarla él mismo como verdadero autor, se ejerce la presión merced á una tuerca de espiral. El efecto parece ser el mismo; mas, sin embargo, el público de especialistas se inclinó unánimemente por la del Dr. Broeckaert. ¡Quién sabe! Quizá si el autor español hubiera explicado bien, él mismo, en vez de hacerlo por delegación, el funcionamiento de su jeringa, y hubiera expuesto sus ventajas, etc., etc., hubiera sido elegida por el Congreso.

El Dr. Dreyfuss (de Strasburgo) hizo una comunicación oral en alemán sobre «Ueber den Einfluss des Chinin auf das Tonuslabyrinth» (De la influencia de la quinina sobre tonus laberíntico). Según sus investigaciones experimentales en la cobaya, la quinina paraliza las funciones del nervio acústico en sus dos ramas: la del laberinto auditivo y la del tonus laberíntico. Explica las diferencias que presentan los animales normales y los que han recibido una inyección de quinina hidroc্লórica sobre el suelo de rotación, y las diferencias muy marcadas entre estos dos grupos después de la instilación de cloroformo en un oído.

Los efectos de la medicación quínica en las enfermedades otíticas con síntomas de Ménière, se deben, según él, á la acción paralizante de este agente sobre el tonus laberíntico, ó sea á la disminución de la sensibilidad del ramo vestibular del nervio acústico.

El Dr. Jorge Müller (de Copenhague) disertó á propósito de «Algunas observaciones sobre la otosclerose con motivo de un caso de autopsia». Después de relatar el caso en cuestión, opina debe separarse esta enfermedad del catarro crónico de la caja, lo que no es fácil actualmente porque no poseemos todavía un número suficiente de casos en los que se haya hecho el examen funcional y el examen microscópico. Sobre todo es difícil establecer el diagnóstico diferencial entre la otosclerose verdadera y las fijaciones del estribo sobrevenidas á consecuencia de inflamaciones de la caja. En su consecuencia, ante un enfermo de sordera doble, desarrollada sin causa aparente y sobre todo sin catarro ni supuración de la caja, en el cual se ven los tímpanos normales ó tan sólo un poco deprimidos, se estará autorizado para formular el diagnóstico de otosclerose. En caso que haya herencia confirmada, paracusia de Xillis, influencia en los cambios de tiempo y, al principio de la enfermedad, la transparencia particular del tímpano que ha descrito Schwartze, el diagnóstico será confirmado.

Cuanto al examen funcional, se encontrará de ordinario la percepción ósea normal ó disminuída, la percepción aérea disminuída, el Rinne á menudo negativo, el Gellé negativo, los límites de la percepción y preferentemente el límite superior empequeñecidos.

El Dr. Edwar Bradford Deuch (de New-York) nos habló en inglés de «La operación radical en la supuración crónica del oído medio» (The radical operation in chronic middle ear suppuration). De una estadística detallada que presentó, deduce que la mortalidad de la operación es prácticamente nula. En tres casos de 96 operados tuvo la perforación de la duramadre, los cuales curaron, sin embargo, sin ulteriores consecuencias. La cuestión de la parálisis facial, asimismo

discutida en esta Memoria, la formula diciendo que sólo tuvo un caso de parálisis facial permanente; la temporal puede sobrevenir bien inmediatamente después de la operación, ó dentro de los seis primeros días que la siguen; pero á su juicio la función de los músculos de la cara se restablece siempre en muy corto espacio de tiempo.

El Dr. Trétróp, de Anvers (Bélgica), hizo su comunicación sobre «Algunas aplicaciones prácticas de la bacteriología á la especialidad del oído, de la nariz y de la garganta». Los métodos bacteriológicos (asepsia y antisepsia) pueden y deben aplicarse al examen del enfermo, al material de tratamiento, á las operaciones y á las curas posteriores. Al efecto da reglas detalladas á cada uso concreto.

El Dr. Macleod Harsley (de Londres) diserta en inglés sobre «La constancia y las variaciones de la espina de Henle en el meato superior» (The constancy and variations of the supra meatal spine of Henle). La importancia de la espina de Henle, como guía anatómica para abrir el antro-mastoideo, justifica el trabajo de investigación realizado por el autor, quien ha examinado 1.017 cráneos de distintas procedencias, lo que hace más de 2.000 oídos. De este número, la espina de Henle no existía en 155 casos y apenas era visible en mayor número todavía. Sin embargo, en estos casos y en los demás un ojo experimentado sabe apreciar la depresión situada por encima del meato, cuyo dato anatómico lo considera más seguro que la espina de Henle.

El Dr. Sargent F. Suon, de Siracusa (Estados Unidos), habla de «La sordera catarra crónica», y dice que ha podido comprobar en 400 casos de esclerosos que es casi siempre factible de obtener alguna mejoría siempre que se les trate con la constancia debida y sean perfectamente dilucidadas las causas de la congestión recurrente.

Th. Heiman (de Varsovia) hizo su comunicación sobre las «Indicaciones para la apertura de la apófisis mastoidea en las otitis medias purulentas agudas». En las otitis medias agudas supuradas que se complican con la lesión de la apófisis hay que obrar según el principio de cirugía general de que, cuando hay un foco purulento, si las condiciones de evacuación son malas, debe crearse una vía artificial. Sin embargo, la experiencia confirma que muchas veces la supuración de la mastoides se resuelve espontáneamente; de aquí la necesidad de distinguir los casos en que la curación espontánea es posible y aquellos otros en los que no hay que contar con esta posibilidad. La persistencia de los síntomas inflamatorios en la caja y en la apófisis durante ocho ó diez días no constituye una indicación para la trepanación, como en general puede reglarse siempre que persista aquella más de cinco semanas después del principio de la otitis.

Antes de decidir la trepanación de la mastoides hay que emplear el tratamiento antiflogístico, hacer la paracentesis del tímpano, ampliar su perforación, y, en fin, evacuar el pus mediante el lavado por la trompa.

El dolor fijo en la mastoides y partes vecinas, así como un dolor intermitente que no desaparece por el tratamiento mencionado en tres ó cuatro semanas y que no es provocado por la retención del pus, constituyen una indicación de la abertura de la apófisis. Supuración abundante que se prolonga más de un mes á pesar de tratamiento y cuyo pus es cremoso, operación. Sensibilidad en la punta de la apófisis ó en la dirección del antro, operación. Supuración por moderada que sea, que tenga tendencia á la fiebre prolongándose más de dos ó tres semanas, operación. Supuración moderada prolongada de seis á ocho semanas con disminución del oído, que no se mejora, operación. Irritación meníngea que no depende de la retención del pus y que no desaparece con la abertura del tímpano, operación.

El Dr. Chevalier Jackson (Pittsburg-Pensilvania). «Indicaciones para la abertura de la mastoide en la otitis purulenta aguda del oído medio». (Indications for opening the mastoid in acute purulen otitis media). Presenta historia de casos de otitis media purulenta aguda en los que por haber rehusado el enfermo la operación, se hizo aquella crónica; por el contrario, otros casos de otitis purulenta aguda fueron curados con la mastoidotomía. Termina demostrando que la operación debe practicarse y en qué período es urgente operar.

El Dr. Castex (A), de París, hizo su comunicación sobre «El oído y los accidentes del trabajo». Este estudio importantísimo lo fundamenta el autor sobre un conjunto de setenta y ocho casos personales. El accidente del trabajo en los oídos se produce en circunstancias casi siempre idénticas (caídas de cabeza, accidentes ferroviarios ó de automóviles, explosiones en las minas, etc.); á menudo la lesión del oído pasa al principio desapercibida porque no existe un vestigio local exterior de traumatismo y porque los síntomas de la conmoción cerebral enmascaran los otros trastornos, resultando de ello que el examen médico legal es tardío.

La lesión se revela por sordera, hiperacusia dolorosa, paracusia del lugar, disminución en la sonoridad vocal, ruidos entóxicos y vértigos acompañados de algunas otras manifestaciones explicables por la neurastenia traumática.

Uno de los lados está ordinariamente más atacado que el otro, y es preferentemente el oído interno el lesionado (conmoción laberíntica). Se han notado diferentes alteraciones visuales correspondientes al lado lesionado.

El diagnóstico es difícil de establecer cuando el traumatismo se establece en un enfermo atacado de otopatía preexistente.

Existen simuladores, pero no son difíciles de conocer.

El pronóstico es grave. Los ruidos y los vértigos desaparecen á menudo, pero la sordera persiste.

La terapéutica es muy limitada y el medio más seguro de mejorar el estado del herido es reglar pecuniariamente su accidente; con ello se preocupa el enfermo menos, se cura su neurosis y recupera fuerzas que de otro modo no conseguiría.

Todos estos hechos médico-legales deben establecerse con arreglo al género y grado de la invalidez, mencionando si ésta es parcial ó total, temporal ó definitiva.

El Dr. Molinié (de Marsella). «Obliteración del orificio faríngeo y del pabellón de las trompas de Eustaquio». El autor comprobó esta anomalía dos veces, en una señorita de veinticinco años y en un hombre de cuarenta.

Los repliegues de la pared lateral de la nasofaringe estaban borrados, existiendo al mismo tiempo una estrechez del istmo nasofaríngeo. Los fenómenos subjetivos eran: alteración de la función nasal y sordera. Dilató la estenosis nasofaríngea, pero fracasaron las tentativas para descubrir el orificio de las trompas. En un caso cuya sordera era muy acentuada, practicó la abertura del tímpano que mejoró la audición, la cual ha durado más de dos años. Patogenia obscura, pero existe el hecho de que ambos enfermos habían sufrido largos tratamientos faríngeos por la galvanocaustia, cuyo abuso de cauterizaciones es probable produjera la destrucción de los pabellones tubarios y la formación de adherencias anormales.

El Dr. Villar (F), de Burdeos, hizo su comunicación acerca de la «Técnica de la anastomosis entre el facial y el espinal ó el hipogloso en el tratamiento de las parálisis faciales de origen ótico». En los casos de parálisis facial se comenzará por anastomosar el facial con el espinal y después el facial con el hipogloso. La primera operación es sencilla; la segunda, aunque delicada, no es sin embargo difícil. La su-

tura nerviosa debe practicarse muy minuciosamente para evitar traumatizar el hipogloso; el mejor procedimiento consiste en hacer pasar el extremo del facial en un ojal practicado en el hipogloso. El autor practicó, dice, la anastomosis espinofacial en el vivo y la anastomosis hipoglosofacial en el perro. Lo que permite dar la preferencia á esta última, es que el centro del facial está más próximo del del hipogloso que del del espinal; por lo tanto, reeducación más rápida después de la operación.

El Dr. Mouret (de Montpellier), «Nuevas investigaciones sobre las células petrosas». Desde la caja del tímpano las cavidades aéreas se desarrollan lo más á menudo hacia la mastoide, pudiendo también desarrollarse en la escama y más particularmente en la pared superior del conducto auditivo externo. Estas cavidades, que parten de la caja del tímpano como centro, siguen una dirección en todos los sentidos constituyendo trayectos celulares de volumen variable. El autor distingue los grupos siguientes:

1.º Grupo supra-atical, constituido por pequeñas células situadas en la bóveda de la caja del tímpano. Este grupo se abre en el ático, comunica con las células de la pared superior del conducto auditivo externo, con el antro mastoideo y con el grupo siguiente.

2.º Grupo supralaberíntico, desarrollado entre la cortical del peñasco y el macizo óseo del oído interno.

3.º Grupo de la pared superior del conducto auditivo interno, constituido por la prolongación del grupo supralaberíntico hacia la puerta del peñasco por encima del conducto auditivo interno; éste grupo es mucho mayor que el anterior porque las cavidades encuentran más espacio para desarrollarse entre el conducto auditivo y la pared superior del peñasco, que las que se encuentran entre la cortical y el macizo laberíntico.

4.º Grupo retrolaberíntico, desarrollado entre la cortical del peñasco y el canal semicircular posterior.

5.º Grupo antelaberíntico; menos frecuente, abarca la trempa de Eustaquio.

6.º Grupo sublaberíntico; parte del suelo de la caja se desarrolla bajo el macizo óseo del oído interno, más allá del canal de la vena yugular y hacia atrás de la porción vertical del canal carotídeo.

7.º Grupo de la pared inferior del conducto auditivo interno: es prolongación del precedente hacia la punta del peñasco, bajo el conducto auditivo y la parte horizontal del canal carotídeo; las cavidades celulares de este grupo pueden ser muy grandes, y

8.º El grupo occipitoyugular, asimismo dependencia del grupo sublaberíntico que se prolonga en la apófisis yugular del occipital al nivel donde el occipital y el peñasco se reúnen para tomar el agujero rasgado posterior.

El Dr. Jacques (de Nancy), «Otorrea complicada y fistulizada en el surco retromaxilar». Tratábase de una perforación espontánea del suelo de la caja, con fistula subglobular, en un caso de otorrea antigua con artritis complicada de obliteración ósea casi total del conducto por osteofitos inflamatorios. Parálisis facial incompleta por compresión del nervio á su salida del acueducto.

El Dr. Jacques y el Dr. A. Durant (de Nancy), presentaron una serie de preparaciones de anatomía normal y patológica del oído y de las primeras vías aéreas conservadas en el líquido de Kaiserlitz, modificado, é incluídas en recipientes de celuloide. Estas piezas resultan instructivas é interesantes.

El Dr. Georges Laurens (de París), «Cirugía del oído en sus relaciones con la columna vertebral y la base del cráneo». Las supuraciones otógenas de la columna vertebral y de la

base del cráneo, menos frecuentes y menos graves que las complicaciones encefálicas, son de un acceso más difícil, más largo de obrar y necesitan en ocasiones muchas intervenciones sucesivas.

Desde el punto de vista clínico y operatorio la base del cráneo puede dividirse en tres territorios: el uno posterior ú occipital, un medio correspondiente á la cara inferior del peñasco, territorio yugular ó subpetroso, y un anterior pre ó laterovertebral.

Continuaremos en otro número.

Bordeaux, 6 de Agosto de 1904.

BANQUETE IMPORTANTE

Leemos en los periódicos de Santander que, en el espléndido comedor del Gran Casino del Sardinero, se ha efectuado el banquete con que los médicos titulares de dicha provincia han obsequiado á los Sres. Cortezo y Almarza. Presidió el primero la mesa, teniendo á su derecha al insigne cirujano Madrazo, y á su izquierda al inspector provincial Riva Herrán, y ocupó la otra cabecera el presidente de la Asociación de titulares Sr. Almarza, teniendo á su derecha al eminente ginecólogo Gutiérrez, y á su izquierda al subdelegado del distrito Sr. Oria.

La fiesta tuvo carácter familiar, demostrándose una vez más el fraternal cariño que une á todos los asociados.

Sentáronse á la mesa el doctor Cortezo, el Sr. Almarza, el eminente ginecólogo montañés doctor Gutiérrez Cueto, que aceptó gustosísimo la invitación trasladándose á esta ciudad desde Cabezón de la Sal, donde se halla veraneando; el reputado cirujano Sr. Madrazo, el inspector provincial señor Riva Herrán y los Sres. García (D. Emilio), Almiñaque, Estrañi, Blanco, Arias, Mora, Gutiérrez, Lombó, Bueno, Baldor, Ocejo, Señeros, Sánchez de Cós, Ruiz, Pérez (D. Emilio), Herrera, Casuso, Fernández y González, La Vega, Capilla, Ezquerro, Bustillo, Quintana, Morales, Oria, Santiuste y Palacios; éstos llevaban la representación de otros médicos de la provincia.

El Sr. Almarza, con elocuente modestia, dió gracias á los concurrentes por el obsequio que al Sr. Cortezo y á él hacían, y dijo que solamente á Cortezo debía la clase de titulares el que fueran realizándose en el hecho las aspiraciones y los anhelos de todos, demostrando su satisfacción por la presencia en el acto de los Sres. Gutiérrez Cueto y Madrazo, valiosos elementos que demuestran—añadió—que la Asociación cuenta con la simpatía de ilustres compañeros.

El Sr. Cortezo habló luego y dijo que los resultados que ya se tocaban se debían á dos acciones eficaces: la social y profesional de aspiración y de propósito, representada principalmente por la labor de proselitista desinteresado del señor Almarza, y la de organización y jurídica positiva llevada á cabo por el Sr. Maura.

Insistió, como siempre hace, en decir que él entiende que por su parte no ha hecho más que cumplir con su deber; como médico, recogiendo una aspiración legítima y procurando una reivindicación justa, y como hombre político y de administración, señalando á su jefe la necesidad, la deficiencia y la injusticia para que fuese reparada. Aconsejó, entre las unánimes muestras de aprobación de los concurrentes, que no se dejasen arrastrar por las exageraciones á que muchos tendían, pues en ellas estaba el verdadero peligro del éxito ya seguro de la empresa, pues servían de argumentos á sus enemigos para procurar rectificaciones y atenuaciones en lo ya conquistado.

Otros médicos hicieron observaciones de gran interés so-

bre las ventajas de la Asociación, sobresaliendo entre ellas las del Sr. Ezquerro, que demostró que á la beneficiosa influencia de la Asociación se debe el que en un importante pueblo hayan terminado las luchas políticas.

Por último, se acordó nombrar una Comisión compuesta de los Sres. Almarza, Oria, Baldor, Mora, Bautista, Bustamante y Bustillo para que saludaran en Ontaneda al Sr. Maura, como presidente de la Asociación, para expresar el espíritu de sensatez que entre los médicos santanderinos reina respecto á la reforma y á las extralimitaciones que la amenazan, y ofrecerle sus respetos en nombre de los asociados.

También se acordó telegrafiar al Sr. Canalejas, vicepresidente de la Junta de Patronato, saludándole.

Sección práctica.

UN CASO DE HERNIA EPIGASTRICA

SEGUIDA DE PERITONITIS DIFUSA

Por G. GONZÁLEZ DEL VALLE

III

Los doctores Terrier (*Revue de Chirurgie*, 1886), Routier (*Jour. de Med.*, del mismo año), Vulpus (*Beit Z. Klin. Chir.*, 1890, t. VII), Roth (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1891), Bonnet, Le Page y Wertheimer (trabajos académicos), se ocupan de esta afección señalándole linderos bien marcados. A estos autores se deben todos los datos que la Patología actual posee sobre la materia, y de cuyos datos entresaco aquí los más esenciales á mi tesis.

Las causas que tienden á debilitar las paredes del abdomen, como las cicatrices, la obesidad, la ascitis, las *contusiones*, etc., favorecen la aparición de estas hernias, las cuales se presentan con particularidad en la edad adulta, siendo relativamente más frecuentes en la mujer que en el hombre, á causa de los esfuerzos que aquéllas hacen durante el parto.

Los orificios por donde salen estas hernias presentan por lo general una forma romboidal; el tumor suele ser ovalado, de tamaño variable, pasando algunas veces inadvertidos, pues que muchos de ellos desaparecen en el decúbito dorsal (1).

Por regla general, los enfermos acusan trastornos generales bastante serios; se quejan de dolores intensos en la región epigástrica con irradiaciones á los sitios de vecindad.

Relacionando, pues, estos datos con el caso clínico que motiva mi trabajo, puédesse achacar la hernia de este enfermo al golpe que sufrió en la ocasión que ya he mencionado, cuyo golpe, alterando la integridad anatómica de alguno de los elementos constitutivos de la pared abdominal, que por sus condiciones físicas estaba predispuesta, contribuyó indudablemente á la disminución de la resistencia de esta pared, la cual, forzada por la presión interior que el trabajo continuado y excesivo de este hombre producía, hubo de romperse.

Las condiciones anatómicas de esa pared en el sitio de la lesión, explican satisfactoriamente este parecer. Recordándolas se verá que las vísceras abdominales se encuentran cubiertas en esta región por las siguientes capas de tejidos, procediendo de fuera á dentro: 1.^a, la piel; 2.^a, una capa celulo-grasienta subcutánea; 3.^a, una aponeurosis muy resistente; 4.^a, el músculo recto mayor del abdomen; 5.^a, una segunda aponeurosis; 6.^a, otra capa de tejido celular, y 7.^a, el peritoneo. En la línea media es más sencilla esta pared, por-

(1) Por esto, sin duda, dejé de apreciar el tumor en mis primeras exploraciones.

que la piel y el peritoneo no están separados uno de otro más que por las capas celulo-grasientas y por la lámina fibrosa que constituye la línea alba, la cual se interrumpe en varios sitios. La línea alba suministra las aponeurosis que acabo de citar de este modo: A nivel del borde interno de cada músculo recto, dicha cinta fibrosa se divide en dos hojas, una anterior y otra posterior; la primera pasa por delante, y la segunda por detrás de este músculo, que queda encerrado por ambas en una vaina completa, llamada vaina del recto anterior del abdomen. La hoja anterior de esta vaina está íntimamente adherida al músculo, mientras que la posterior no tiene con él tanta conexión, siendo por lo mismo bastante más elástica.

Pues bien, la hoja anterior de la vaina aponeurótica del recto mayor del abdomen en su origen, es decir, en el punto mismo en que separándose de la línea blanca intenta cubrir el músculo, fué la que por su falta de elasticidad no pudo resistir los efectos del golpe de que hice mención y sufrió una rotura que tuvo que ser la causa ocasional de la hernia.

A más de los autores mencionados, Poulet y Bousquet, en su magistral obra de *Patología externa*, señalan los traumatismos como causa directa de los desgarros musculares y aponeuróticos de la pared abdominal que dan lugar a la salida del peritoneo (1). Por otra parte, afirma Tilleaux que «el epiploon desempeña un importante papel en la hernias». «Bajo la influencia de la presión y de las tracciones combinadas, dice, el peritoneo parietal, que es muy movable en muchos de sus puntos, se desliza, se disloca, penetra en uno de los anillos ó en una abertura anormal de la pared, constituyendo la bolsa herniaria.»

Así es como se producen las hernias, y así fué como hubo de aparecer la que es objeto del presente estudio, ya que en ella concurren la mayoría de las condiciones que á esta afección señalan los clásicos. Hasta el sitio de su aparición se encuentra confirmado por el último de los autores que cito, cuando dice: «y como al desprenderse de la corvadura mayor del estómago (el gran epiploon) se encuentra situado un poco más á la izquierda que á la derecha de la cavidad abdominal, es más frecuente el epliplocele en aquel lado».

El enfermo de que aquí trato tuvo que vivir algún tiempo bajo la influencia de esta anormalidad sin sospecharlo siquiera, toda vez que, fuera de las molestias ocasionadas en el momento del traumatismo, no se presentaron signos apreciables.

Pero hizo uso de alimentos en malas condiciones, alteró el funcionalismo de órganos vecinos á la lesión, y sobrevino el conflicto. ¿De qué modo? Declarándose antes, como he dicho, una *gastritis* del orden de las tóxicas.

Estas gastritis dan lugar á accidentes gastro-intestinales de carácter grave. Sabido es que las carnes en putrefacción y los pescados averiados contienen ptomainas análogas á las cadavéricas aisladas por Gautier y Breger. Además, los doctores von Areud, Jabert y Schmidt han encontrado en estas sustancias un veneno muy activo que el profesor von Ermengen atribuye al producto de secreción de un bacilo especial, que es el originario de la intoxicación alimenticia conocida con el nombre de butolismo.

Los síntomas de butolismo tienen gran semejanza con los que presentó mi enfermo: dolor intenso con irradiaciones en la región epigástrica, dilatación considerable del estómago, vómitos biliosos y alimenticios, estreñimiento, lengua saburral, enrojecimiento de la boca, sed, anuria no

muy acentuada, fiebre, fenómenos de excitación seguidos de adinamia y accidentes reflejos (1).

La gastritis, pues, abrió en este enfermo la escena, y la distensión de su estómago empujando á la cubierta peritoneal con presión enérgica y progresiva, obligó á ésta á introducirse en la rasgadura de que antes hice mención; los esfuerzos hechos por el paciente en el paroxismo del dolor ayudan esta maniobra y constriñen al mismo tiempo la abertura por donde salió el peritoneo, que queda fuertemente pellizcado. A todo esto, la intoxicación avanza, la absorción de los venenos alimenticios, aumentando las negruras del cuadro, influencia el elemento nervioso que trastorna el trabajo fisiológico de órganos y tejidos.

La congestión preséntase en el sitio de la serosa peritoneal que constituye la hernia, la cual, comprimida cada vez más por las causas indicadas, á las que se agrega la acción refleja, da señales de estrangulación. Tras de la estrangulación y de la congestión viene la inflamación (2), que se extiende rápidamente, no sólo á todo el epiploon mayor, sino á los intestinos, cuya capa muscular se relaja y distiende.

A la causa deprimente de las toxinas absorbidas, júntase, pues, la peritonitis en los últimos días de enfermedad y la tragedia llega á su epílogo. Aquella facies especial (facies fruncida de los autores), aquel dolor tan insoportable que no permitía ni el peso de las ropas de la cama, aquel abombamiento y meteorismo del abdomen tan pronunciados, aquellas náuseas, aquel hipo tan característico, la pequeñez del pulso, la escasez de orina, la depresión de fuerzas, ¿á qué otro causa podía achacarse que no fuera la peritonitis?

Cierto que el efecto sólo de los venenos absorbidos en grado máximo, como tuvieron que observarse en este caso, es muy suficiente para dar lugar al desarrollo de un cuadro parecido; pero la intensidad de los síntomas locales y la presencia de signos muy peculiares, contribuyen á creer, sin temor á equivocarse, que el peritoneo tomó parte muy activa, si no fué el factor principal, en la muerte del enfermo.

La dolencia, pues, que á éste afectó, fué: *Una peritonitis difusa consecutiva á una hernia epigástrica estrangulada, con la complicación de una gastro-enteritis infecciosa*. Una enciclopedia patológica.

Por muy fuerte que fuera el organismo del enfermo—y lo era mucho—no pudo resistir tantos enemigos, y tuvo que caer después de una lucha desesperada que desgarraba el corazón de los que la presenciaron, y en la cual, por desgracia, poco pudo ayudarle la Medicina, rendido á la magnitud de la potencia patógena que sobre él actuaba.

Triste es en extremo para el encargado de la dirección terapéutica de un enfermo, el ver que éste camina vertiginosamente hacia la muerte sin poder atravesar en su camino un obstáculo capaz de detenerle. Eso de observar, á través del prisma que proporciona la Ciencia, que el infeliz paciente puesto á nuestros cuidados se va á despeñar forzosamente en el abismo á que le lleva su desgracia, sin poder echarle una mano protectora y eficaz que le libre del peligro, es altamente desconsolador. Y para que el ánimo del médico en estos casos no encuentre lenitivo alguno á las angustias que le abruman, ni siquiera le es dado participar, como el profano, de los optimismos que las oscilaciones apreciadas en el curso del mal proporcionan.

¿Qué más pudo hacerse en este enfermo de lo que se hizo? ¿Operarle? ¡Ah! Si hubiera habido tiempo y condicio-

(1) Intoxicaciones alimenticias: Conferencia del profesor Chevalier en la Facultad de Medicina de París.

(2) A este resultado contribuyen dos poderosas causas, el traumatismo y la infección.

(1) Poulet y Bousquet: *Patología externa*, tomo II, página 955.

nes para ello, quizá la intervención quirúrgica hubiera sido un recurso poderosísimo en beneficio del paciente. Pero en medio del fragor del combate que los elementos patógenos que se apoderaron de aquel individuo entablaron con su organismo; cuando los trastornos, ocasionados en éste á consecuencia de una lucha desigual y encarnizada, llegaron á un extremo considerable; cuando se declaró el mal en plena complicación, ¿de que hubiera servido un desbridamiento á todas luces inoportuno?

De nada ciertamente. En casos como el expuesto, el médico cumple á conciencia con su deber manteniéndose dentro del círculo que le limitan las circunstancias, es decir, llenando las indicaciones que tiendan á disminuir los sufrimientos físicos, y derramando cuantos consuelos le sea posible en el orden moral.

¡Pero qué situación tan horrible la suya! Ve de antemano la derrota, conoce la superioridad de las armas y de la estrategia del enemigo, y, sin embargo, no puede negarse á entablar la lucha, si ha de llenar cumplidamente la misión que tiene en sociedad.

¿Comprenderá ésta alguna vez el inmenso sacrificio que esto supone?

Periódicos Médicos.

EN IDIOMA CASTELLANO: I. Cooperación al estudio de la adrenalina y de sus principales aplicaciones terapéuticas.—II. Fisiología normal y patológica de la glándula pancreática.—EN IDIOMA EXTRANJERO: III. Algunos problemas prácticos de la sífilis.—IV. Experimentos de anestesia local con eucaina y eucaina-adrenalina.—V. Bacteriología de la cromidrosis.—VI. Tratamiento del cretinismo endémico por substancia glandular.—VII. Cuerpo extraño en el ventrículo izquierdo del corazón.—VIII. Cooperación al estudio de los tumores de la médula cervical y médula oblongada.—IX. Un caso de psicosis traumática.—X. Dos casos de rotura subcutánea del músculo biceps braquial.

I

De la *Revista de Especialidades Médicas* tomamos las conclusiones de la Memoria del Sr. Coret Ambrós, intitulada «Contribución al estudio de la adrenalina y de sus principales aplicaciones terapéuticas»:

1.^a La adrenalina es el principio activo de las cápsulas suprarrenales. Obtenida por primera vez en estado de pureza por Jokichi Takamine, la dió á conocer en Enero de 1901.

2.^a Es una substancia blanca, cristalina, de función básica, por lo que con los ácidos forma sales, siendo la más empleada el clorhidrato de adrenalina en solución al 1 por 1.000, que permite se esterilice y conserve sin perder su actividad.

3.^a La acción fisiológica general de la adrenalina se ejerce principalmente sobre el aparato circulatorio, estimula al corazón y produce una vaso-constricción é hipertensión arterial, notables aun á pequeñísimas dosis. Esta acción constrictora tiene lugar también cuando se aplica directamente sobre una mucosa, produciendo una isquemia muy acentuada durante unas dos horas aproximadamente.

4.^a Por su acción terapéutica resulta un tónico cardíaco y un hemostático general. Astringente, antiflogístico y hemostático, en aplicaciones locales. La acción analgésica no es propia, es debida en cuanto obra descongestionando. La asociación cocaína-adrenalina es un poderoso analgésico y hemostático.

5.^a La toxicidad del alcaloide suprarrenal está muy por encima de las dosis terapéuticas. Generalmente se emplea la solución de clorhidrato desde el 1 por 1.000 al 1 por 10.000, bajo distintas formas de administración.

6.^a La oto-rino-laringología es la primera especialidad que ha aprovechado los servicios terapéuticos de la adrenalina. Su enérgica acción vaso-constrictora la hace útil para combatir las inflamaciones de las mucosas, y como hemostático, es de conveniente aplicación en las epistaxis y hemorragias operatorias; como isquemizante preoperatorio, es insustituible.

7.^a En oftalmología tiene también extensas aplicaciones como antiflogístico, favoreciendo á la vez la acción anestésica de la cocaína. En las intervenciones cruentas que recaen sobre el aparato de la visión, la hemostasia operatoria se realiza mediante la adrenalina.

8.^a Aparte las indicaciones que en vías urinarias, como en otras ramas de la cirugía, puede cumplir la adrenalina, hay que hacer notar los beneficiosos resultados de su empleo en las estrecheces uretrales infranqueables, y como medio para hacer el diagnóstico topográfico de las hematurias.

9.^a Las metrorragias producidas por desórdenes de la circulación, como las debidas á la congestión uterina, las que se presentan en la menopausia, etc., se tratarán con éxito mediante el clorhidrato de adrenalina. Como medicamento de urgencia puede emplearse en toda clase de metrorragias, sin perjuicio de obrar después directamente sobre la causa.

10.^a La especialidad dentaria utiliza también las propiedades hemostáticas de la adrenalina.

En el tratamiento del lupus mediante la fototerapia, permite su empleo la supresión del compresor.

11.^a Únicamente podrá permitirse emplear el clorhidrato de adrenalina como tónico cardíaco cuando sea urgente la necesidad de aumentar la fuerza contráctil de esta viscera, como en el colapso clorofórmico, morfínismo agudo, etc.

12.^a La adrenalina es un medicamento utilísimo contra las hemoptisis que se presentan en el primer período de la tuberculosis pulmonar; en cambio, debe proscribirse en el tratamiento de las hemoptisis cavitarias.

II

Al propio periódico pertenecen las conclusiones que sobre «Fisiología normal y patológica de la glándula pancreática» deduce el Sr. Vilarrara y Juliá en su tesis de doctorado:

1.^a Es desempeñado por la glándula pancreática un importante papel fisiológico y fisiopatológico.

2.^a Tal papel es debido á su intervención en la digestión y en los cambios nutritivos.

3.^a Sobre la primera actúa por elaborar un jugo que, obrando sobre todos y cada uno de los principios que forman la base de la alimentación normal por virtud de unos agentes zimásicos de tan esencial poder, que gracias á ellos puede por sí solo subvenir la falta funcional de los de los demás órganos digestivos, y éstos no pueden hacerlo en la abolición funcional pancreática.

4.^a En los cambios nutritivos es debida su acción á un agente fermentativo, producto de la llamada secreción interna.

5.^a Cuando se altera su potencia digestiva, ocasiona desórdenes digestivos primero; después, generales.

6.^a Cuando lo es la de los cambios nutritivos, los desórdenes en la nutrición no son menos ostensibles.

7.^a Existe un desorden, la llamada diabetes pancreática, en el que, aceptada su necesaria intervención para la producción de ella, desconocido es el mecanismo por el cual se determina.

Siendo conocida en mucho la fisiología normal y patológica del páncreas, es más lo que falta todavía hasta llegar á un perfecto y detallado conocimiento, debiendo ser base

preferente de observaciones y estudios por los que á la fisiología se dedican, dada la innegable importancia que su conocimiento tiene en Medicina.

III

En *The London Hospital Gazette*, Jonathan Hutchinson estudia los siguientes problemas de la sífilis:

1.º «¿Puede el curso de la sífilis ser combatido con el mercurio?» La contestación es afirmativa si el caso es diagnosticado y el tratamiento principia dentro de las seis semanas después de la infección. «Si dentro de ese tiempo se aplica un tratamiento apropiado de mercurio, es probable que no aparezcan las manifestaciones secundarias.» (Es posible, pero no probable). «Cuanto más pronto se principia la administración del mercurio, más favorable es el pronóstico. En muchos casos el chancro y el bubón son completamente típicos de la tercera á la quinta semana después de la infección, y en tales casos es inútil buscar los síntomas del segundo período.» (Si el chancro es típico, lo mejor es principiar con el tratamiento mercurial; pero en muchos casos no lo es, y entonces es preferible no utilizarlo.) El autor aconseja el tratamiento continuo durante diez y ocho meses y hasta dos años en algunos casos; no recomienda el ioduro verde de mercurio por ser inestable y producir fácilmente diarrea.

2.º «¿Es posible una segunda infección sífilítica?» El autor señala el caso de un hombre que fué tratado de sífilis primaria y secundaria en Septiembre de 1892, y se le administró mercurio hasta Febrero de 1894. Una vez curado dejó el tratamiento, y poco después tuvo un nuevo chancro indurado; éste es un caso de los conocidos de más corto intervalo.

3.º «¿Puede el sujeto que tiene sífilis hereditaria adquirirla otra vez?» El autor habla de un caso probable, pero no tiene completa seguridad.

4.º «¿Qué se entiende por induración recurrente?» «En un intervalo de algunos meses y hasta de veinte años después de la infección primaria, ¿suele apreciarse en el enfermo una induración en el sitio mismo que la antigua?» Esto es independiente de un nuevo contagio. Los ganglios inguinales no están visiblemente aumentados. La induración puede ser considerada como una lesión terciaria, y se trata con ioduros. Es de interés, como enseñanza, que una lesión terciaria pueda aparecer en tejidos en que el virus estaba concentrado durante el primero y segundo período.

5.º «¿Cuál es el punto más importante para el diagnóstico de la sífilis primaria?» Un chancro sífilítico no es siempre indurado. La induración es más común cuando el chancro está en el conducto de la uretra. Un diagnóstico cierto no puede darse antes de cinco semanas del contagio. Muchos chancros blandos se induran, debido, sin duda, á una doble infección. La linfangitis es casi síntoma concluyente de sífilis primaria. Los chancros extragenitales varían mucho en sus caracteres. En más de 100 casos de chancros reunidos por Hutchinson, 75 estaban en el prepucio, y frecuentemente en la parte interna. Dice además que la circuncisión hecha en los recién nacidos previene el 50 por 100 de casos de sífilis. Los judíos rara vez adquieren esta enfermedad.

6.º Observando la vitalidad del virus sífilítico, el autor dice que ésta puede ser de muchos días. Campbell Williams cita un caso de infección de pus seco de nueve semanas. Lang asegura que la sífilis puede ser contraída *post-mortem*. La duración de la vitalidad del virus hace pensar en la posibilidad de que la induración de los chancros primitivos se

retarde, aclarando de este modo ciertos casos de contagio indirecto.

7.º «¿Puede la sífilis ser adquirida sin chancro primitivo?» La respuesta es afirmativa.

8.º Respecto al chancro fagedénico, Hutchinson dice que puede complicarse con lesiones secundarias y terciarias, pero es probablemente distinto del veneno sífilítico. El chancro fagedénico se desarrolla generalmente á los pocos días de contagio, y no va seguido de síntomas secundarios ni mejora por el mercurio. El tratamiento consiste en anti-sépticos aplicados en baño continuo.

Los chancros extragenitales no suponen una sífilis más intensa, sino que son frecuentemente diagnosticados tarde y los enfermos están más tiempo sin tratamiento. Casualmente un chancro sífilítico puede ser autoinoculable como de un labio á otro. Hutchinson prefiere el polvo gris al interior, á las inyecciones intravenosas. Tampoco usa las inyecciones intramusculares (calomelanos, mejor en aceite) más que en casos excepcionales, y los ioduros rara vez los administra durante los dos primeros años.

DR. VERDES MONTENEGRO.

IV

Las siguientes conclusiones presenta el Dr. Czerny sobre este particular: La eucaina es absolutamente inofensiva empleada á igual concentración de sus soluciones que la cocaína. Una solución caliente de eucaina anestesia tanto como la solución de cocaína, en igual grado de concentración. La adrenalina aumenta el poder anestésico de la eucaina, y no se acompaña de complicaciones desagradables, usada en inyección subcutánea y en concentraciones de 1:20.000.—(*Münchener Medizinische Wochenschrift*).

V

Hasta ahora no hay datos acerca de la bacteriología del sudor azul, según el Dr. Trommsdorff. Al parecer, consiste en una anormal secreción de las glándulas sudoríparas. En los sudores rojo y amarillo se han encontrado siempre, mediante las oportunas investigaciones, bacterias cromógenas de diferentes clases que son consideradas como causa de los mismos. En la cromidrosis se trata de alteraciones somáticas solamente.—(*Münchener Medizinische Wochenschrift*).

VI

La eficacia del tratamiento puede afirmarse sobre la base de 72 cretinos sometidos al tratamiento según Vagner y Fauregg. Los resultados obtenidos, después de meses y años consecutivos, en todos los cretinos observados, incluyendo los de cretinismo endémico, han demostrado un crecimiento considerable de los mismos. Según estas observaciones, en el cretinismo endémico se trata de una detención del proceso de formación de huesos y cartílagos y una tardía osificación de las epífisis. El resultado del tratamiento empleado no fué igual en todos los sitios. El aumento del crecimiento lleva consigo la demacración orgánica á consecuencia de la reaparición de las inflamaciones de la piel. Esta demacración se acompaña de mejoría en su estado general, del apetito y del estado de la sangre. Sin excepción mejoraron todos en su actividad y en su aptitud para correr y jugar. También ejerce una influencia favorable sobre la pronunciación y los trastornos del oído, sufriendo un proceso regresivo el bocio, perdiendo los mismos enfermos el aspecto cretínico de su fisonomía. El autor daba casi siempre una tableta al día de substancia glandular; pero frecuentemente durante varios años.—(*Wiener Klinische Wochenschrift*).

VII

El Dr. Koch refiere que al seccionar el corazón en la autopsia de un individuo de setenta y dos años y tornero que fué de oficio, se encontró enclavado en la pared del ventrículo izquierdo, á unos 4 centímetros por encima de la punta del corazón, un cuerpo extraño que parecía por su forma un clavo ó trozo de lezna, y que al ser golpeado por el cuchillo, dió un sonido metálico. Tenía una longitud de cerca de 2 centímetros y estaba cubierto de una capa blanco-grisácea con la extremidad inferior ligeramente engrosada, la superior adelgazada insensiblemente y aparecía fijada firmemente entre las delgadas trabéculas del corazón. No había datos acerca de la historia de la enfermedad, respecto á la forma y modo como fué herido el corazón y cuánto tiempo llevaba el cuerpo extraño en el mismo, pues resultaron negativas todas las averiguaciones practicadas cerca de sus parientes. Se trataba de un trozo de hierro procedente de un instrumento que penetró de una manera violenta. Era de considerar en este caso: 1.º La dirección de la aguja en el corazón, y 2.º La ausencia de alteraciones en el pericardio.—(*Berliner Klinische Wochenschrift*).

VIII

El Dr. Rad refiere que en un hombre joven se desarrolló, acompañado de terribles dolores, una parálisis de la pierna y brazo derechos; algunos meses más tarde se presentó la parálisis de la extremidad superior izquierda; en el lado izquierdo existía una disminución considerable de la sensibilidad, con dolores y descenso de la temperatura. Por fin, el enfermo murió con todos los síntomas de la disfagia y la disnea. La suposición de que se trataba de una tumoración de la porción superior de la medula cervical, fué confirmada por la autopsia y el examen microscópico.—(*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*).

IX

En un obrero, dice el Dr. Vende, que recibió un golpe relativamente pequeño en la frente, se presentaron trastornos psíquicos y nerviosos, alucinaciones, aumento de los reflejos y debilidad con gran depresión.

X

El Dr. Hahn describe minuciosamente dos casos de esta afección, deteniéndose principalmente en el diagnóstico. En el primer caso, se encontró una rotura en el punto de unión del tendón con el músculo, y en el segundo caso estaban desprendidos las fibras musculares de la aponeurosis. Respecto á la terapéutica, entiende el autor que en los casos en que existen estos destrozos de la masa muscular con completa separación del tendón, solamente la operación es la indicada, quedando el tratamiento inerte para los casos de roturas incompletas.—(*Wiener Klinische Wochenschrift*).

B. NAVARRO CÁNOVAS.

Sección Oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD EXTERIOR

CIRCULAR

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 58 del Reglamento de Sanidad exterior de 27 de Octubre de 1899, se publica á continuación la lista de los médicos que forman el Cuerpo de la Marina civil, recordando á los individuos en la

misma comprendidos la obligación en que se hallan de comunicar á este Centro su residencia y domicilio, conforme ya se previno en las circulares de la suprimida Dirección general de Sanidad, fechas 5 de Junio, 15 de Noviembre de 1901 y 1.º de Octubre de 1902.

NOMBRES

- 1 D. Teodoro Yáñez y Borrell.
- 2 Mariano Fernández Cicero.
- 3 Enrique Cebrián Hernández.
- 4 Fernando Bravo Moreno.
- 5 Emeterio Rey Moure.
- 6 Balbino Domínguez
- 7 Francisco de Dolaria Velasco.
- 8 Luis López López.
- 9 Vicente Ferrer Sánchez.
- 10 Manuel Aguilar Chicharro.
- 11 Rafael Jiménez Sánchez.
- 12 José Estudillo.
- 13 Manuel Darnel Martínez.
- 14 Manuel Gomila.
- 15 Manuel Ferreiro y Lorenzo.
- 16 Francisco Magulea y Palacios.
- 17 Cayetano Blasco Cheirasco.
- 18 José María Acuña.
- 19 José Pascual Soler.
- 20 Antonio Blanco Larruscair.
- 21 Vicente López Herrera.
- 22 Antonio Barrilaso y Caña.
- 23 Antonio Moreno Miguel.
- 24 Julio Goral di Latorre.
- 25 Eusebio Fernández Cid.
- 26 José Fernández Galindo.
- 27 Ignacio Casal.
- 28 Francisco Arús.
- 29 Faustino Rodríguez.
- 30 José María Ponce.
- 31 Anselmo García Valcárcel.
- 32 Justo Alonso.
- 33 Casimiro Barricarbonell.
- 34 Ricardo Figuerola.
- 35 Justo Bascoti.
- 36 José Clotet Rodoreda.
- 37 Francisco Santamaría Martínez.
- 38 Francisco Varela Ferreira.
- 39 José Lavín y Repeto.
- 40 José María Herenas y Fernández.
- 41 Juan Herrera Alvarez.
- 42 Antonio Fernández Requejo.
- 43 Eduardo Alvarez Reinaldo.
- 44 Francisco Bosch y Lozano.
- 45 José Ogazón.
- 46 Manuel Sánchez Campomanes.
- 47 Antonio Alomar.
- 48 Manuel Quintana.
- 49 Antonio Solo de Zaldívar.
- 50 Florentino Fraile.
- 51 José María Aranda.
- 52 Deogracias Alonso.
- 53 José Aramburo.
- 54 Manuel Aparicio Cabrera.
- 55 Fernando Ferratges Tarrido.
- 56 Vicente Calvo Conejo.
- 57 Jesús Alonso Lobo.
- 58 Jesús Santafé Abad.
- 59 Joaquín González Martín.

- 60 Miguel Torregrosa Devesa.
 61 Guillermo Vilar de Gelabert
 62 Manuel Bueno y García del Olmo.
 63 Francisco Muñoz Baeza.
 64 Santiago Fatjó y Morral.
 65 Manuel Soca Arroyo.
 66 Francisco Piñol y Pereantón.
 67 Pedro Quintanilla García.

Madrid 2 de Agosto de 1904.—El Inspector general,
 P. A., *Eloy Bejarano*.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: De acuerdo con la propuesta unánime de la Junta de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Central;

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que los artículos 29 y 31 del Reglamento del hospital clínico, aprobado por Real orden de 1.º de Agosto de 1896, queden redactados en lo sucesivo en la forma siguiente:

Art. 29. Para ser alumno interno de este hospital se necesita, como requisito indispensable, estar matriculado oficialmente en la Facultad de Medicina de Madrid.

En este cargo se ingresará por oposición, á la que se convocará en el tablón de edictos de la Facultad con la anticipación de quince días.

Serán admitidos á la oposición los alumnos oficiales que tengan aprobados los cursos 1.º y 2.º

Las oposiciones se verificarán desde 15 de Septiembre al 15 de Octubre, debiendo publicarse los programas de preguntas en el mes de Junio.

El anuncio para las oposiciones señalará equitativamente el número de vacantes que han de proveerse en los grupos 3.º, 4.º, 5.º y 6.º llamados á la oposición.

Los temas correspondientes al programa de oposiciones versarán sobre asuntos de asignaturas del 1.º 2.º y 3.º grupo, pero los pertenecientes á este último no serán exigidos á los alumnos del 3.º grupo.

Los ejercicios de oposición consistirán en contestar á cuatro preguntas sacadas á la suerte en la forma siguiente: una de Anatomía descriptiva, entre 70; una de Histología normal, entre 20; una de Terapéutica, materia médica y arte de recetar, entre 50, y una de Cirugía menor, entre 30.

El Tribunal se compondrá de cinco jueces, que serán tres catedráticos numerarios y dos profesores auxiliares, nombrados por el rector á propuesta de la Junta de Clínicas.

Art. 31. Los alumnos internos cesarán en el desempeño de sus plazas al ser aprobados de las asignaturas que constituyen el período de la Licenciatura.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid 12 de Julio de 1904.—*Domínguez Pascual*.—Sr. Subsecretario de este Ministerio.—(*Gaceta del 17*)

Variedades.

MI AUTOBIOGRAFIA

(Á PROPÓSITO DE SI ES Ó NO CURABLE EL ASMA)

II

En los días en que yo me encontraba pagando el título, se presentó á mi padre una comisión de un pueblo inmedia-

to; pero no se avinieron en las condiciones, de lo cual me alegré, porque pertenecían á una situación que cayó en seguida por nuevas elecciones municipales, y ya diré la causa de esta alegría.

Esperaba que se presentara la vacante de algún partido inmediato, y mientras tanto, aunque sin decir una palabra, abrí el igualatorio en mi pueblo.

Me recibieron con una rechifla general, me miraron como un bicho raro y se rieron de mí todo lo que quisieron. ¿Motivos? ¡Vaya usted á saberlos! Desde el mes de Julio á Octubre alcancé *veinte iguales*.

Los disgustos, el calor y una poca sandía me produjeron un cólico y con él una ictericia, cuyas consecuencias me duraron más de tres meses.

A los pocos días de haber empezado á ejercer, un individuo mató una noche á dos prójimos partiéndoles de una puñalada el corazón.

Un caciquito viejo, zorro redomado, acostumbrado á manejar á todo el mundo á su antojo, incluso al médico titular, al notar mi resistencia para acomodar las declaraciones del sumario al molde de sus deseos, se me puso de frente y me declaró, de una manera solapada, una guerra sin cuartel.

El hermano de uno de los asesinados le dió al juez municipal unas cuantas bofetadas y moquetes, y con esto se aumentaron las declaraciones.

El médico titular declaró á este agresor loco; y gracias que á tiempo pude enmendar este yerro del compañero, no sin padecer algunas molestias por parte del Juzgado de primera instancia.

En casa estábamos tres, á cual más digno de lástima: yo que sufría en silencio y me tragaba lágrimas como puños; mi padre, que no ocultaba su disgusto, pues se había aumentado una boca más, cuando con mi título se esperaba una buena solución, y mi madre, señora ó madrastra, que aun cuando sabía bordar divinamente, de nada le servía en aquel poblacho.

La casualidad hizo que un amigo, capellán, me llevara á ver su pueblo, surgiendo á poco rato de llegar á él y como por encanto una numerosa comisión de concejales y mayores contribuyentes, con el alcalde á la cabeza, con la pretensión de hacer un contrato y que fuera á ejercer la profesión.

Después de la discusión consiguiente, al fin nos avinimos, quedando en volver á los dos ó tres días, cuando yo me despidiera y previniera á mi padre de lo que había.

Me dijeron que había tres médicos y un cirujano, y yo les contesté que aunque hubiera ciento con todos me atrevía: lo que yo necesito es trabajar y sacarle al título su tributo. ¡Jactancias ó arrogancias de la desesperación!

El día que volví, en el preciso momento de confrontar con las primeras casas del pueblo, oímos tocar las campanas: ¡uno de los médicos había muerto de repente!

Con este motivo, al día siguiente, que por cierto llovía á cántaros, tres comisiones, una de cada médico, recorrían las calles recogiendo las iguales del muerto. No me quiero acordar siquiera del jaleo de aquellos días.

De los dos que quedaron, uno era hijo de la localidad, de una familia rica y numerosa, y el otro hermano de la mujer de uno de los más poderosos y más influyentes. ¡Y cosa rara! El cuñado de éste fué el alcalde que formó la primera comisión que de este pueblo le habló á mi padre, y de la cual ya queda hecha mención. Entonces era que querían desalojar al hijo del pueblo.

Para combatir, atacar y lograr mi propósito adopté la táctica de las consultas, pues no quería entrar en ninguna parte por la puerta falsa, y hubo día hasta de cuatro consultas.

Amenazas de muerte, conatos de paliza, una noche de tiros y otra el desafío, después de una consulta, á navajazo limpio como dos rufianes: he aquí los principios.

Pronto, más pronto de lo que podíamos presumir, se fueron á la desbandada el cirujano y los otros dos compañeros, dejándome solo, quieto, pacífico y tranquilo. ¡Bien sabe Dios que no empleé con ellos ninguna de las malas artes y que mi proceder fué correcto, moral y honrado!

Había prometido trabajar hasta meterlos á todos en el igualatorio, y lo conseguí: los amigos y los enemigos se vieron juntos en el libro.

Mucho me ayudaron en el éxito mis protectores y las consultas; pero lo que yo creí siempre que diera lugar á él, fueron los hechos siguientes:

El practicante se me había puesto también enfrente en los primeros momentos, y cómo era un pueblo sumamente acostumbrado á la extracción de sangre, tuve yo que sangrar, más tal vez de lo que hubiera querido; pero por lo menos no tuve que confesar ignorancias. ¡Y sangra, decían las gentes!

También tuve que extraer muelas, dientes, colmillos y raigones, como cualquier charlatán de plazuela, y esto me valió una nueva admiración: ¡Y saca muelas también!

A una pobre parturiente, abandonada y mal asistida, le practiqué la versión podálica de un feto muerto y descompuesto, con una valentía y una serenidad que ni el Dr. Gutiérrez. ¡Y eso que en mi vida las había visto más gordas!

Con una destitución, vencida, de seis meses y las pretensiones de un nuevo boticario, hijo de la localidad, que á última hora me llevó otro médico, pasé una decena de años, yéndome de él tan sólo por conveniencias particulares. ¡Ojalá no las hubiera tenido nunca!

Poco menos que de rodillas me suplicaron varias veces que me quedara, y hasta en mi pueblo después y en Madrid antes de venirme á éste donde vivo, fueron comisiones con idéntica pretensión. ¡Página gloriosa, aunque única, que conservo como oro en paño, en la historia de mi vida profesional!

En dos heridos judiciales trataron de liarme; pero con sagacidad y con paciencia pude descubrir á tiempo la causa, y me libré de las asechanzas.

Varios juicios de conciliación por historias clínicas publicadas, me hicieron descubrir un enemigo oculto, y gracias que conjuré perfectamente el peligro.

Defendiendo un derecho profesional y hasta científico, le faltó muy poco—por buenos oficios de un amigo—al juez de primera instancia para que me metiera en la cárcel, como si hubiera sido un facineroso.

Hasta con el obispo de la diócesis tuve que andar con escritos para que revocara una orden que le había dado al párroco, referente á las autopsias.

El trabajo corporal y el intelectual fueron muy grandes en el partido que arreglé, como no se podía esperar y que coloqué á una buena altura; pues si antes tenía que acudir á los pueblos inmediatos, entonces se volvió la oración por pasiva y éstos iban y venían sin cesar y como una procesión.

Sin abandonar mi visita ordinaria y la asistencia á partos, nueva costumbre para ellos, acudía, sin faltarme tiempo para nada, á las consultas para que se me llamaba, pagando este exceso mi cuerpo y el sueño; pero con gran contentamiento de todos.

Diarreas y cólicos estivales, algunos insomnios y cefalalgias fueron las únicas enfermedades que yo tengo anotadas en mi historia patológica de estos diez años, con la falta de apetito y de fuerzas consiguientes á esos estados.

Con grandes proyectos, que jamás se vieron realizados,

me fuí en muy buenas condiciones á una fábrica, en la cual, aparte de tener que amputar de cuando en cuando piernas, brazos y dedos, coser heridas y desgarraduras, pasé unos cuantos años una vida de canónigo.

Pero como en mis asuntos parece que siempre ha estado mezclado un diablo cojuelo, por *tiquis miquis* con un jefe de fabricación, me tuve que subir á mi pueblo; significando que no padecí más que diarreas de verano, algunos insomnios y cefalalgias, sin embargo de que conservaba bien las energías porque cazábamos mucho y con frecuencia.

Un nuevo cacique me salió al encuentro, pues hallándose entonces vacante la titular, quería que yo lo fuera; pero dándole á él mil reales, como lo venían haciendo los demás médicos que lo habían sido.

Entablamos una lucha gigantesca, titánica, digna de mejor suerte y de mejor empleo, en la que los dos salimos perdiendo. Yo no fuí titular, ni alcancé prestigio, y él no volvió á ser diputado provincial.

Interpuesto mi padre en mi camino, después de haber truncado mis aspiraciones primitivas, sin ningún fruto para él, se marchó á Filipinas dejando á mi cuidado una señora muy enferma, que me dió mucho que hacer antes de morir-se; y cuando volvió, después de hacerme que despreciara buenos partidos y de estar conforme con mis proyectos, me proporcionó tales disgustos que no tuve más remedio que levantar el campo, eligiendo á Madrid, como podía haber elegido otro punto cualquiera.

En ese lapso de tiempo lo que más predominó en mi fueron las jaquecas, los insomnios y la falta de apetito.

Dejaba los pueblos sin entusiasmos, sin ilusiones, cansado, estenuado, sin alientos y sin esperanzas de que se me presentara á la vista un horizonte de color de rosa que me tranquilizara algún tanto y me produjera alguna satisfacción.

Asistí cuatro epidemias, una de sarampión, otra de gripe, otra de difteria y la del cólera, sin haber obtenido de los Municipios ni de los particulares la más pequeña muestra de gratitud, ni de recuerdo: ¡y gracias que no hubo señales de desagrado!

En la del cólera hubo tantas peripecias, que se me ponen los pelos de punta, con sólo pensar que yo fuí uno de sus actores principales.

Es muy posible que, con otro carácter y algo de estudio social, ó de mundología, usando de una frase vulgar, me hubiera ahorrado no pocas contrariedades y hubiera vivido más tranquilo y más pacífico; pero, aparte de que no siempre me he podido dominar, no se puede perder de vista que la suerte, la casualidad ó el sino, me han tenido siempre al borde del precipicio y de una pendiente resbaladiza.

Queriendo *crucificar* al alcalde, es decir, alcanzarle una Cruz de Beneficencia, me opuse abiertamente, y por medio de violentos artículos logré que no lo verificaran. Quien en último caso la merecía era yo, y nadie más que yo.

Y para que no faltara su correspondiente nota tragicómica, también hubo su desafío con el boticario, empujado por el cacique.

Irritado de tanta contrariedad escribí un folleto contra el médico titular, el alcalde, el secretario y el cacique, y ninguno de ellos se dignó contestar poco ni mucho.

En cambio un periódico médico de Valladolid, sin importarle el asunto, la emprendió conmigo y me puso verde, sin dejarme un hueso sano. Encontré otro periódico que me ofreció sus columnas, y desde ellas pude contestar, defendiéndome de los rudos ataques que me dirigían.

Aquí tienen ya terminada la segunda parte, dejando lo que resta para la tercera, con el objeto de que nada quede ignorado.

T. VALERA.

Comunicado.

Señor Director de EL SIGLO MÉDICO:

Mi respetable compañero y amigo: Con tanta sorpresa como disgusto me entero del incidente ocurrido con la Memoria que presenté al concurso abierto por la Asociación de la Prensa, y como aquél pudiera dar lugar á torcidas interpretaciones, ruego á usted se digne dar cabida en su periódico á las siguientes líneas:

Ignoraba en absoluto que el concurso quedaba limitado á los estudiantes pobres, interpretándolo yo que era para auxiliar á los estudiantes menesterosos, pero que á él podían concurrir cuantas personas quisieran tomar parte, fuesen médicos, abogados, arquitectos ó ingenieros, y guiado de mi buena voluntad, no quise dejar de acudir al llamamiento que hacía la Asociación. Tal vez el equívoco dependa de que no ví el anuncio de la convocatoria en los periódicos profesionales, sino en *El Liberal*, sin que en este momento pueda recordar si fijaba ó no condiciones limitadas de que me entero hoy.

El excesivo trabajo que tengo me impide hacer borrador en lo que escribo, por lo que no tengo el original que remití al secretario de la Asociación; pero recuerdo que, palabra más ó menos, empezaba mi Memoria en esta forma: «La Asociación de la Prensa Médica Española que, en el corto período de su existencia, ha dado elocuentes pruebas de sus brillantes iniciativas con la celebración del II Congreso internacional, acaba de formular una idea verdaderamente original y simpática: la de auxiliar á los estudiantes pobres. La gratitud que por ese acto debe sentirse es inmensa; porque ¿puede darse nada más meritorio que estudiar los medios de ayudar á los escolares menesterosos que, con muchas dosis de voluntad, carecen de recursos para finalizar su carrera? A este concurso debemos acudir todos los hombres de letras, y quién sabe si nuestros propios hijos se verán algún día obligados á recoger la siembra que hoy hacen los ilustrados, caritativos y benévolos directores de los periódicos médicos de España.»

Como se ve, no ocultaba yo mi carácter de hombre de carrera, no de estudiante, y en el resto de la Memoria hay frases y conceptos que no dejan lugar á duda de que su autor era un médico.

Queda con esto perfectamente demostrada la buena fe con que he acudido al concurso, y entiendo que ante cosa tan clara el Jurado calificador de las Memorias debió retirar la mía sin darla ningún premio. No quiere decir esto que no agradezca el acto de cortesía, pero hubiera sido preferible no premiarla á retirarla después el premio, máxime cuando se comprende que el Jurado adquirió el convencimiento de que el trabajo «Cultura, cultura y cultura» era de un médico desde el momento en que creó otro accésit, porque sabía que el único accésit había de quedar desierto.

Hechas estas aclaraciones, indispensables para mi buen nombre, termino dando á usted anticipadas gracias y repitiéndome suyo afectísimo compañero y atento s. s. q. b. s. m.,

ANGEL DE DIEGO.

Valdemoro, 15 Agosto 1904.

Consultorio.

PREGUNTAS

1.196. Un médico cumple en 1.º de Enero de 1905 los cuatro años en la misma titular y queda, por tanto, incluido en la condición 1.ª del art. 91 de la vigente Instrucción. En Octubre próximo son las oposiciones á titulares. ¿El médico antedicho puede hacerlas sin perder ningún derecho y, caso

de no obtener plaza de la categoría solicitada, puede continuar donde está, previa conformidad del Municipio? Y en el caso de obtener la categoría que solicite, ¿puede, si no le conviniere su nuevo destino, quedarse en el actual? — J. A.

1.197. En el mes de Mayo último se anunció en el *Boletín Oficial* el cargo de subdelegado de Medicina y Cirugía, dando el plazo de un mes para que los que lo soliciten puedan presentar sus instancias con los justificantes que crean pertinentes.

Lo solicitan tres: el primero lo solicita como doctor, tiene su título registrado hace muchos años en el libro de la Subdelegación, como cumplimiento al art. 78 de la vigente Instrucción, y une el título original á la instancia, llenando todas las condiciones legales. El segundo que lo solicita tiene el título de licenciado registrado en el libro de la Subdelegación; lo solicita, pues, como licenciado; pero dice que tiene hecho el depósito y que presentará el título de doctor transcurrido el mes de convocatoria; el título no se ha unido al expediente, como ordena la convocatoria.

Transcurren los tres meses de intermedio y se reúne la Junta de Sanidad para nombrar subdelegado, y propone por mayoría al que no ha justificado en el expediente estar en posesión del título de doctor, y presenta dicho título en el acto del nombramiento, á propuesta de la Junta.

El tercero que lo solicitó, que fué el subdelegado interino, retiró por cuestión de delicadeza el expediente.

Si el gobernador nombrara al que no ha justificado ser doctor, sino aspirante á doctor, ¿puede y debe el que lo es legalmente dentro del concurso, irse en recurso de alzada al Ministro de la Gobernación, por tres razones principales: la primera, por no acompañar en el plazo legal del anuncio los justificantes de ser doctor en Medicina, y si bien presenta el título de doctor á los tres meses, ó sea en el acto del nombramiento de la Junta, este título de doctor no ha cumplido el precepto legal de ser registrado y autorizado por el subdelegado de distrito con su firma y el sello de la Subdelegación, como preceptúa el art. 78 de la Instrucción vigente de Sanidad?

En este caso, ¿puede á este individuo considerársele como doctor dentro del concurso? Y de no encontrarse en este caso, ¿puede ser nombrado subdelegado con arreglo á la Instrucción de Sanidad? — S. A.

1.198. En las oposiciones para el ingreso en el Cuerpo de médicos titulares, que se verificarán en Octubre próximo, ¿darán con la debida anticipación programa ó cuestionario de preguntas de las materias contenidas en el primer ejercicio? ¿O dichas preguntas serán hechas á capricho por el Tribunal? — F. Z.

1.199. ¿El reconocimiento de frutas y verduras corresponde al inspector municipal ó al veterinario, que, á mi juicio, debe estar exclusivamente encargado de la inspección de carne y pescados? De competir á dicho veterinario inspeccionar frutas y verduras, ¿en qué ley de Sanidad y artículo correspondiente se expresa? — R. T.

1.200. Este Juzgado municipal necesita con frecuencia auxilio médico; desde 24 de Abril he practicado tres autopsias. ¿Tengo derecho á que se me paguen esos trabajos? Si se niega este Juzgado á realizar dicho pago, ¿á quién debo recurrir? — C. B.

RESPUESTAS

1.196. Puede el consultante hacer las oposiciones sin perder el derecho á continuar en la plaza que hoy desempeña, ni el de pertenecer al Cuerpo una vez transcurridos los cuatro años en una misma titular.

1.197. De los tres solicitantes sólo uno acompaña á su instancia el título de doctor: lógico es, pues, y además legal que sea éste el preferido, por más que el otro lo presente no durante el término de la convocatoria, sino antes de hacerse el nombramiento—que pudo demorarse hasta el fin de los siglos—. De esperar es que el gobernador, teniendo esto en cuenta, nombre subdelegado al único que acreditó en el plazo que se dió para presentar las solicitudes, que era doctor en Medicina y Cirugía.

1.198. No conocemos de esta materia más de lo que dice la convocatoria de oposiciones, y como ahora no celebra se-

siones la Junta de Patronato, no podemos exponer á ella la duda ó pregunta del consultante.

1.199. La Real orden de 28 de Febrero de 1885 resuelve el conflicto entre la clase médica y la veterinaria reconociendo la exclusiva á favor de los veterinarios en la inspección de los animales de sangre caliente y de sus embutidos y conservas, pudiendo confiarse la revisión de todas las demás substancias alimenticias, incluso los pescados, á los profesores de Medicina y Farmacia.

1.200. El Sr. Ministro de Gracia y Justicia anunció á la comisión de la Junta de Patronato que tuvo el honor de visitarle, que en los presupuestos actuales había consignación para pagar á los titulares los servicios que prestaran como forenses. Deben, pues, pagarse las autopsias con arreglo al Arancel y recurrir á la Audiencia si el pago no se hiciera en el Juzgado.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,82; mínima, 703,49; temperatura máxima, 38°,8; mínima, 13°,8; vientos dominantes, NE. y S.

En esta semana han abundado, como en la anterior, los padecimientos del tubo digestivo: gastricismos febriles cólicos por ingestión de frutas no sazoadas y de bebidas heladas, colibacilosis, congestiones hepáticas. Las neuralgias á frigore y los reumatismos musculares han sido también frecuentes, habiéndose presentado igualmente algunos casos de gripe, ora localizada en los bronquios, ya en el abdomen. El tifus exantemático y la viruela dan asimismo buen contingente á la enfermería. Las enfermedades de los centros nerviosos han aumentado.

En los niños, aparte de los padecimientos comunes á los adultos, obsérvanse diarreas estivales y casos abundantes de tos ferina.

Crónicas.

Ayuntamiento modelo.—Lo es, sin duda, el de Piedrahita (Ávila), el cual, mucho antes de que se constituyera la Asociación antituberculosa española, acordó, á propuesta de sus celosos médicos titulares, los Dres. S. Rivera y de la Peña, imprimir y repartir entre sus administrados una *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis ó tisis*, á fin de reducir el contagio de una de las enfermedades más terribles y generalizadas. De aplaudir es el celo del Ayuntamiento de Piedrahita, y ojalá hubiera muchos que le imitaran en lugar de malgastar sus energías en perseguir á sus médicos titulares.

Los remedios secretos en Suecia.—La *Revista de la Asociación médico-farmacéutica de la Isla de Cuba* publica la siguiente nota, suscrita por el ministro de los Estados Unidos en Suecia, W. W. Thomas, y fechada en Stokolmo el 30 de Enero de 1904:

«El número de farmacéuticos en este país es muy reducido y el de las boticas se halla restringido por la ley. La población de Suecia es de 5.000.000 de habitantes y sólo existen menos de 350 de esos establecimientos, y en Stokolmo, su capital, con 300.000 almas, no hay más de 22 de ellos, lo que acusa en toda la nación un promedio de una botica por cada 15.000 habitantes.

El cuerpo facultativo de esos establecimientos es por demás selecto y eminentemente competente. Se consideran servidores del público y, en cierto modo, guardianes de la salud pública.

Abrigo el convencimiento de que la opinión, prácticamente unánime entre estos farmacéuticos suecos, condena como impropio y contrario á los principios profesionales, á la vez que ilegal, que ellos importen y vendan medicinas patentes y remedios misteriosos, recordándose que sólo por orden expresa de un farmacéutico se pueden importar medicamentos de cualquiera clase.

Creo, por consiguiente, y después de investigar concienzudamente este particular, que, dada la actual legislación y la forma en que ésta se interpreta por las autoridades de este país, resulta terminantemente prohibida tanto la impor-

tación como la venta de medicinas patentes en toda la Suecia.

Quien quiera que intentare importar esos productos sería perseguido con todo rigor y posiblemente castigado, incurriendo al mismo tiempo en comiso, y cualquiera gestión que se iniciare en sentido de modificar esa legislación resultaría nula en sus resultados.»

Perros para la guerra.—En San Petersburgo están realizándose actualmente con perros salvadores curiosos experimentos, organizados por la Sociedad canina, en el campo imperial de Cgatchina.

Dichos experimentos han tenido un éxito completo.

Un enfermero se alejó unos 5.000 metros con un perro que llevaba una especie de saco en la que iban unas vendas, frascos con tónicos, y al cuello un saquito con una carta. Cuando le soltó el enfermero, el perro volvió, y de nuevo recorrió su primer camino, llevando la contestación á la carta que había traído. Todo esto fué ejecutado con gran rapidez.

En seguida los soldados que figuraban estar heridos se diseminaron, tendiéndose en el suelo sobre el heno á distancias variables, ó bien entre el ramaje del bosque. Soltados los perros, lanzáronse aquí y allá, olfateando y reconociendo el campo en todos sentidos. En cuanto encontraban el cuerpo, lamían á los supuestos heridos y rondaban á su alrededor como si les ofrecieran lo que llevaban en el saco; luego volvían adonde estaban los enfermeros, aullando hasta que éstos los seguían al lado del herido descubierto por ellos. Una vez acostado el soldado en la camilla, el perro saltaba, no ocultando su alegría, como si estuviera persuadido de que era aquello lo que se esperaba de su instinto, y como si no fuese ajeno á la satisfacción de haber cumplido con su deber.

Los perros utilizados en estos experimentos eran de raza escocesa, aunque comprados en Alemania. El Japón quería adquirirlos y llegó á ofrecer grandes sumas por ellos, pero Rusia fué la que cerró el trato.

Entre los que presenciaron estos curiosos ensayos estaban el secretario de la emperatriz Alejandra, el general Rujenko, en representación del Ministro de la Guerra, y muchos funcionarios públicos. Todos quedaron muy satisfechos de los resultados obtenidos.

Tribunales y opositores.—El tribunal que ha de juzgar las oposiciones á las plazas de auxiliar vacantes en la Facultad de Medicina de Salamanca, lo forman los señores siguientes:

Presidente: D. Isidoro Segovia; *Vocales:* D. Indalecio Cuesta, D. Pedro López Martín, D. Manuel Periañez, D. Guillermo Hernández Sanz, D. Rodrigo Sánchez Gómez, D. Ramón Carranza Ibáñez; *Suplentes:* D. Angel Núñez Sampelayo, don Gabriel López Pérez, D. Antonio Díez González, D. Ricardo Díez Sánchez, D. Arturo Núñez García, D. Hipólito Rodríguez Pinilla.

Como aspirantes á estas plazas figuran los señores don Cipriano Cosme Sampedro, D. Víctor Manuel Mora, D. Juan Francisco Madruga, D. Arturo Núñez, D. Cayetano Díaz, don Leopoldo Pérez, D. Ricardo Cid, D. José de la Rosa, D. Gonzalo García, D. Santiago Sánchez, D. Juan Manuel Martín, D. Andrés García, D. Juan José González, D. Celestino Martín, D. Fructuoso Jiménez, D. José López.

El extracto de carne Liebig hace los platos mucho más apetitosos, siendo de gran utilidad para los enfermos y convalecientes.

SOLUCION BENEDICTO

de glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE ENRIQUE TEODORO

Amparo, 102, y Ronda de Valencia, 8.

TELÉFONO 552