

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO J. BLANC Y FORTAQUIN Del Hospital de la Princesa.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. GARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	J. SANCHIS SANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.		
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES		
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.		

PROGRAMA CIENTIFICO:

Oleología española.—*Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de Investigación y de los Laboratorios nacionales.*—*Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.*—*Fomento de la enseñanza.*—*Todos los Hospitales y Asilos serán Oleologos de enseñanza.*—*Edificios decorosos y suficientes.*—*Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.*—*Fomento premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: La pubiotomía subcutánea en la actualidad, por el Dr. Parache.—Carl V. Noorden.—Un caso probable de leishmaniosis en Cataluña, por el Dr. Aniceto Gresa de Mirambell.—De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento, por Ignacio Pedriani.—Bibliografía, por Emilio Luengo.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—El drama de un espíritu y la comedia de una vida, por F. Javier Cortezo.—La Sanidad y los seguros sociales.—De mucho interés para todos, por E. Mesonero Romanos.—Viaje de estudio á Caldes de Oviado.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

La pubiotomía subcutánea en la actualidad

POR EL

DR. PARACHE

Profesor de número de la Maternidad de Madrid.

El 25 aniversario de la práctica de la pubiotomía subcutánea ha estimulado al Dr. Nubiola, catedrático de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Barcelona, y á sus auxiliares y colaboradores distinguidísimos, á conmemorarlo con la publicación de excelentes trabajos en los que se resume cuanto á su Historia y fundamentos (Yañez), Indicaciones y contraindicaciones (Gorostegui), Técnica (Agusti) y Resultados en la Clínica (Arnalot) han podido recopilar y observar, seguidos de un magistral estudio de conjunto del propio Dr. Nubiola en que aparte de demostrar un sentido clínico intachable, nos enseña el merecido culto que en su Escuela se profesa á tal operación y el cuidado con que se conserva su práctica adaptándola á aquellos casos en que después de severa discusión y comparación con otros procederes, aparece como ventajoso su empleo.

Me recuerdan esos trabajos y esta fecha otra bien remota en que virgen la Literatura Médica Nacional de tales estudios y no habiéndose jamás puesto á discusión en ninguna de nuestras Academias, expuse en la de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de Ma-

drid y publiqué en seguida en sus *Anales* (Febrero de 1908) mi práctica acerca de esta intervención que dió lugar á apasionadas controversias, á aportaciones teóricas primero y efectivas después, y á dejar establecida y bien sentada esta operación como recurso obstétrico de primer orden para el tratamiento de las estrecheces moderadas de la pelvis. Desde aquellas memorables discusiones, luminosas y cálidas, como no podía por menos dada la inteligencia y juventud de los que en ellas comparían, la pubiotomía subcutánea lateralizada tomó carta de naturaleza en la práctica tocúrgica y tuvo una época de brillante esplendor sin que ningún especialista renunciase al honor de experimentarla por sí mismo, se difundió por las Clínicas de todas partes, viniendo, por consiguiente, una época en que la literatura médica es verdaderamente rica en estudios acerca de ella, siendo pocos los que dejaron de consignar su opinión.

Es natural pensar que en esos momentos, por el afán de adquirir experiencia personal, las indicaciones fueran algo forzadas y no siempre se aplicase la operación á casos escrupulosamente elegidos y encuadrados en las condiciones que han pasado á ser clásicas, y si de ello nació una amplísima práctica que á muchos nos ha servido para valorar más y más este recurso obstétrico, aficionarnos á él y tenerlo entre nuestros habituales medios, para otros, en presencia de hechos desgraciados y de casos funestos, fué motivo de menos-

precio y razón de abandono, achacando á la operación culpas que no fueron suyas, sino del descuido y poco acierto al aplicarla, cuando no á la falta de destreza para ejecutarla. Esa lamentación que deja escapar el Dr. Nubiola de la decadencia injustificada de la pubiotomía, no es sólo suya, y muchos hemos observado con asombro cómo reputados prácticos han preferido en casos muy abonados para ella, la ejecución de operaciones de mayor gravedad presente y de inminente riesgo futuro, ó han violentado con el fórceps los tejidos maternos y fetales, sin conseguir más que extraer un cadáver de una hilera genital destrozada, cuando con gran facilidad y brillantez hubieran podido lograr completo éxito.

Lucha también la pubiotomía con el prestigio de la operación cesárea, reputada desde remotos tiempos como intervención que resumía el máximo de los riesgos á que podía someterse una enferma, requiriendo á la par atrevimiento y pericia en el práctico que la llevaba á cabo, y aun podríamos añadir suerte, ya que en la época preantiséptica lo anómalo y excepcional había de ser que la operada saliera con vida. A pesar de que las cosas han cambiado radicalmente y que la cesárea ha pasado á la categoría de intervención sencilla al alcance de cualquier cirujano incipiente, todavía son muchos los tocólogos que, dejándose seducir por esa aureola ya un tanto ajada y marchita, esperan con ansiedad un pretexto para ejecutarla, y llegado el caso se lanzan á ella sin preocuparse de si por otros procedimientos sería posible á menor costa lograr el parto de la paciente, salvando con insignificante riesgo la vida de la madre y la del feto. Desde hace tiempo soy enemigo declarado de la cesárea porque entiendo que esa operación representa el fracaso de la *Obstetricia*, puesto que se apela á ella cuando agotados los recursos conocidos para extraer el feto por las vías naturales sin llegar á conseguirlo, nos declaramos tocológicamente vencidos y nos convertimos en cirujanos dispuestos á crear una vía artificial y lograr lo que la *Obstetricia* reputó imposible.

Creo que el parangonar la pubiotomía con la cesárea es anticientífico en las estrecheces pélvicas, pues cada una de estas intervenciones tienen su indicación precisa y en modo alguno ninguna de ellas en rigor debe invadir el terreno de la otra. Reservaremos la última para las estrecheces absolutas, infranqueables, en que ni contando con la maleabilidad reductora de las partes fetales ni con el coeficiente de dilatación, que de la sección del cinturón pelviano óseo pueda esperarse, el feto pase sin detrimento de su vida por el canal genital. Recurriremos á la pubiotomía en las estrecheces moderadas de la pelvis en que la desproporción entre los diámetros materno y fetales sea de un valor tal que la amplificación que aquellos experimentan con el aserramiento del pubis sea suficiente para dar paso á los segundos, y como quiera que desde los intachables estudios de Farabeuf conocemos de un modo matemático el aumento que aquellos reciben, nos será fácil establecer con precisión los casos en que se deba practicar con la seguridad de obtener un resultado lisonjero.

Desde los tiempos primitivos á que me refiero, por el natural progreso de la Ciencia y las laudables tentativas de perfeccionamiento ó simplificación de la técnica, operaciones nuevas se han puesto en concurrencia con la pubiotomía pretendiendo con ellas resolver el problema del parto en las estrecheces moderadas de la pelvis con mayor facilidad, con menos riesgo y evitando aquellos inconvenientes que han creído encontrar en esta. Dejando aparte aquellas intervenciones para la dilatación permanente del cinturón óseo pelviano, como son la resección del promontorio y la pubiotomía osteoplástica que sólo de un modo absolutamente excepcional han de encontrar aplicación en la práctica, la pugna ha quedado establecida entre la pubiotomía subcutánea lateralizada, la cesárea subperitoneal de Frank y la sinfisiotomía subcutánea del mismo.

Con la cesárea subperitoneal, lanzada por Frank en el Congreso de Lisboa de 1906 con el nombre poco temible de parto suprapúbico, se pretendió hallar un medio sin igual de tratamiento aplicable á las estrecheces pélvicas en cualquiera de sus grados y sea cual fuera el estado de septicidad en que la enferma se hallare y fundados en los numerosos trabajos del autor así como en la abundante literatura que después ha surgido acerca del asunto, el número de adeptos ha ido engrosando rápidamente. Poco tiempo después tuve yo ocasión por primera vez en España de operar por este procedimiento una enferma de estrechez muy graduada de la pelvis, en estado de grave infección, que fué objeto de una comunicación presentada á la Academia de Obstetricia de Madrid y que publiqué más tarde en los *Anales* de la misma (Agosto de 1908) y con este motivo expuse no solamente el resumen de los trabajos de Frank, sino también las modificaciones que los tocólogos más eminentes de la escuela alemana como Baumm, Sellheim, Pfannenstiel, Veit, por desgracia recientemente fallecido, y otros, así como también las controversias que desde un primer momento surgieron con respecto á esta operación, y también la impresión personal que su aplicación me produjo. En realidad desde aquella fecha poco nuevo podemos añadir y nuestra opinión no ha experimentado cambio alguno.

El propósito fundamental de Frank al idear la nueva operación, era el de encontrar un medio de tratamiento del parto infectado en los casos de estrechez pelviana ó en que la vía natural por cualquier motivo fuese impracticable, que hasta entonces eran patrimonio de la embriotomía con feto vivo ó muerto ó de la cesárea clásica con extirpación inmediata del útero, es decir, de la operación de Porro, medios ambos que dan un coeficiente de mortalidad enorme y que siempre serán pocos los esfuerzos que se hagan para eliminarlos de las necesidades obstétricas. El entusiasmo justificado que despertó esta operación vistos los innegables éxitos alcanzados, hizo que pronto se generalizara su uso creyéndose á partir de aquel momento desterradas casi en absoluto la perforación de los fetos, la cesárea clásica y la pubiotomía, que serían sustituidas por la nueva técnica subperitoneal: asignábase á ésta como principales ventajas la exclusión del peritoneo del cam-

po operatorio y por tanto la imposibilidad de su contaminación por hallarse libre del contacto del material séptico del útero, operar en zonas muy bajas de este órgano reputadas como más tolerantes á las intervenciones, permitir la inmediata extracción fetal, con lo que se da más favorables condiciones para salvar la vida del feto, y por fin, los buenos resultados postoperatorios. Con cuadro tan lisonjero también podría prescindirse de aquellos medios profilácticos que como la castración, la histerectomía, el aborto provocado y el parto prematuro artificial han sido tal cual vez aconsejados.

Pero no tardó en verse que la cesárea subperitoneal en sus diversas variedades ni era tan inocua como se decía, ni evitaba la contaminación peritoneal cuando existía infección grave, ni los resultados postoperatorios y ulteriores estaban libres de graves riesgos. Su ejecución á lo Sellheim, tropezaba como ya tuve ocasión de exponer en el expresado trabajo, y lo confirman los de Offmeier, Lussinger y muchos más, con dificultades considerables para el despegamiento del peritoneo y la vejiga, no siendo raros los casos de rotura de una de ambas cavidades y viéndose en otros que, á pesar de haber respetado escrupulosamente la integridad del peritoneo, se presentaban peritonitis agudas mortales, sin duda, porque las maniobras de despegamiento facilitaban la difusión de los gérmenes á la misma serosa y al tejido celular pelviano, donde llegando los productos sépticos, daban lugar á intensas supuraciones y grandes esfacelos, para evitar cuyos inconvenientes se idearon modificaciones del procedimiento que ahora no es del caso describir, llegándose como final de estas tentativas á la fístula úteroabdominal, preconizada por el mismo Sellheim. En fin, hasta autores pertenecientes á clínicas en que se tiene la cesárea subperitoneal como medio de elección, reconocen que en sus estadísticas aparece más de un 20 por 100 que no curan por primera intención, que son frecuentes los abscesos, infiltraciones y hematomas, que en un 3 por 100 se ocasionan fístulas vesicales, en un 10 por 100 aparecen hernias postoperatorias, y, aparte de otras complicaciones menos importantes, en un 25 por 100 el cuello uterino queda elevado y adherido á la cicatriz operatoria y el cuerpo queda en completa retroversión.

La panacea no es, pues, tal panacea; reconozcamos y aprovechemos de ella lo que es útil y progresivo anteponiéndola á la cesárea clásica, siempre que haya sospecha de infección ó infección ya declarada, copiemos la excelente idea de aislar el peritoneo para que á su cavidad no lleguen exudados sospechosos, pensemos en que quizá la incisión uterina muy baja, á veces en el mismo cuello, puede ser conveniente, pero dejemos á la pubiotomía en sus conocidos límites para el tratamiento de las estrecheces moderadas, insustituible por su inocuidad, sencillez y modestas exigencias de preparación é improvisación.

También al conjuro creador de Fritz Frank, la antigua sinfisiotomía modernizada en el sentido de hacerse subcutánea, pretende desalojar de sus posiciones

á la pubiotomía, vengándose, sin duda, de haber sido anteriormente sustituida por ella, pero no vemos méritos suficientes para su resurrección. Parece que nos habíamos puesto de acuerdo en que las secciones óseas eran más benignas en sus consecuencias que las articulares y, desde luego, ni los detractores más encarnizados de la pubiotomía tenían nada que decir del proceso de cicatrización ósea en esta operación, y como por lo demás ninguna otra ventaja aparece en la sinfisiotomía, de ahí que supongamos que los especialistas permanecerán fieles á la pubiotomía subcutánea lateralizada, y mucho más cuando se descuenta de que en la sinfisiotomía es muy fácil herir los cuerpos cavernosos del clitoris, formándose hematomas en el 60 por 100 de las veces y apareciendo tromboflebitis con una frecuencia que alcanza al 30 por 100 y que propagándose á las venas de la pelvis y de las piernas, aparte del riesgo inminente de una embolia, complican y alargan el puerperio en los términos de todos conocidos.

Si todas estas intervenciones que hemos estudiado nacieron pudiéramos decir ya adultas, ó sea que salvo los tanteos de la primera época, alcanzaron desde el principio su máxima perfección sin que ningún hecho nuevo haya venido después á influir en su técnica ni en sus resultados, para la práctica de la pubiotomía ha surgido un nuevo progreso que viene á resolver las dificultades é inconvenientes que á muchos les hacía restringir su empleo cuando no evitar su uso. Los que eran opuestos á ella afirmaban con bastante fundamento, que si en la parturiente pubiotomizada cesaban las contracciones ó se hacían insuficientes, el feto moría, y si para evitarlo, sobre todo en la primíparas, se practicaban maniobras extractivas, la versión ó el fórceps, entonces es cuando con gran facilidad se originaban lesiones de importancia en las partes blandas maternas, único achaque de que se puede culpar á la pubiotomía cuando la indicación ha sido severamente elegida. Recomendaba por todo esto el Dr. Nubiola y sus colaboradores y recomendaban también otros autores, que á la sección del pubis siguiera inmediatamente la extracción fetal, ya por fórceps, ya por versión, procurando en ella remedar lo más posible los movimientos naturales y espontáneos del parto en los que en cada instante los diámetros fetales se ponen en relación con los maternos que son más propicios á la evolución del mismo.

Este sano consejo, que de una manera automática seguía todo operador, tiene, sin embargo, el grave inconveniente de que por muy bien que se proceda y grande el cuidado que se ponga, la imitación del mecanismo normal del parto con la versión ó el fórceps siempre resulta deficiente y el paso por la hilerá genital, forzado, pues falta el proceso dilatador que la parte presentada va ejecutando con suavidad al par que con energía, dando lugar y tiempo á que toda la elasticidad de los tejidos se ponga en juego. Esta inmensa contrariedad era la que á mi juicio restaba entusiasmos por la pubiotomía ya que el temor al desgarró de las partes blandas era el temor de todo el que la practicaba y por eso yo he preferido siempre que ha sido posible espe-

rar después de la sección del hueso, el desarrollo normal del parto y no intervenir más que cuando la indicación era absoluta para salvar la vida del feto.

Afortunadamente hoy con el empleo de los extractos hipofisarios somos ya dueños de estimular y acrecer las contracciones uterinas, y su aplicación entiendo que es un progreso decisivo en favor de la pubiotomía. Ya no debemos temer que un estado de inercia ponga en peligro la vida del feto ni que por ello surja una indicación operatoria que cause lesiones en las partes blandas de la madre, sino que, por el contrario, siendo dueños de restablecer la marcha normal del parto, una vez ejecutada la intervención amplificadora de la pelvis, el empleo de la pituitrina hará lo demás, lográndose entonces efectivamente el ideal de los que como el Dr. Nubiola desean que después de la pubiotomía la extracción del feto se asemeje lo más posible al parto espontáneo, ya que en realidad lo es, y nada hay más parecido á la realidad que la realidad misma. Es efectivamente maravillosa, como dice Kehrer, la acción de la pituitrina en las sinfisiotomizadas y como nosotros hemos podido comprobar: las partes blandas se dejan distender con toda facilidad y el parto sobreviene muy pronto sin lesión ni desgarró de ninguna clase, demostrándose una vez más que éstos eran producidos no por la operación en sí, sino por las maniobras de extracción artificial, fórceps ó versión cuyos peligros hay que evitar á toda costa no sólo por el perjuicio que á la mujer causan, sino porque han sido los motivos de la decadencia de la pubiotomía, ante cuyo temor muchos han prescindido de su útil empleo cuando teniendo en cuenta estas observaciones y una buena técnica, tales inconvenientes quedan eliminados. Hace muy pocos días en mi servicio de la Maternidad de Madrid pude hacer ante mis auxiliares y varios médicos una demostración de ello, y todos quedaron convencidos y admirados de la inocuidad y sencillez del procedimiento, confirmando la impresión que tenemos, fundada no sólo en la experiencia propia sino en las recomendaciones de grandes maestros, entre los cuales son de citar á Stoekel y á Zweifel.

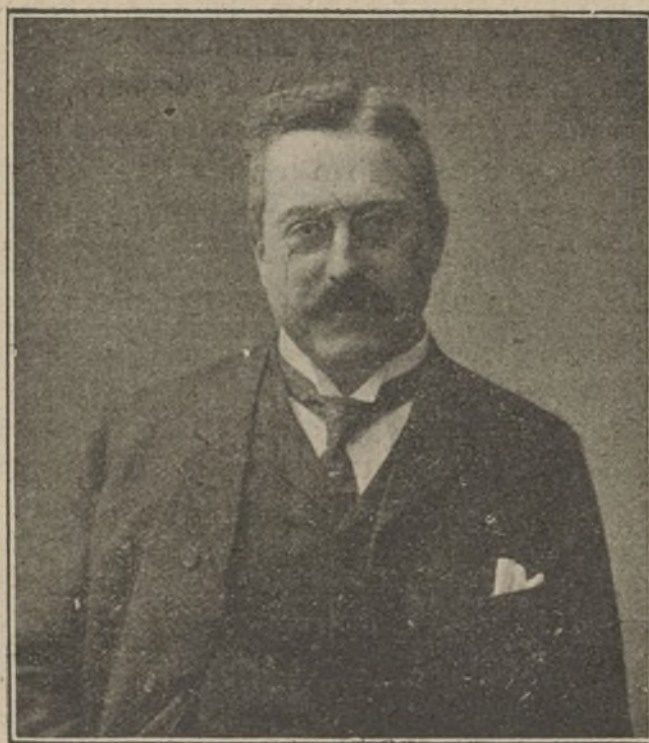
En resumen, debemos decir que continuamos fieles partidarios de la pubiotomía lateralizada subcutánea practicándola siempre que del riguroso estudio del caso creemos que existe indicación, ó sea, especialmente en las pelvis uniformemente estrechas, en las raquílicas planas, en las cifóticas, siempre que el diámetro útil no sea inferior á 6, 8 ó 7 centímetros, y en distocia por exceso de volumen fetal, no siendo condición para desecharla la primiparidad y ajustándonos *siempre* al principio de dejar el parto á su evolución espontánea reforzado por el empleo casi sistemático de los extractos hipofisarios y huyendo, salvo en momentos que han de ser del todo excepcionales, de la terminación artificial por fórceps ó podálica.

Pensamos asimismo que las demás operaciones propuestas para sustituir á la que nos referimos no tienen, ni aun en los casos de infección, ventajas bastantes para ser preferidas, puesto que cualquiera de ellas además de requerir más elementos materiales y de perso-

nal para su buena práctica y de ser de técnica más difícil, es para la madre de peores consecuencias, da una morbilidad mayor y la expone en lo futuro á contingencias graves. El parto prematuro artificial por un procedimiento que en un próximo artículo expondré, es un medio todavía más sencillo que en determinadas ocasiones sustituirá ventajosamente á la pubiotomía.

CARL V. NOORDEN

De paso desde Portugal ha pasado entre nosotros unos días el profesor Dr. Carlos v. Noorden, cuyos trabajos principalmente en aparato digestivo y recambio, son bien conocidos. V. Noorden fué llamado á Portugal á estudiar un manantial radioactivo, propiedad del ingeniero español señor Gosálvez; según dicho profesor v. Noorden nos ha comunicado, este manantial tiene la cualidad de contener sales de metales radioactivos en suspensión, cuyas sales pueden cumplir sus beneficiosos efectos en la economía perfectamente. La principal ventaja que hace superior este manantial á sus



semejantes de Joachimstahl, etc., es este hecho de contener, no ya radiaciones que se pierden del seno del líquido con lo que el agua puede tornarse inactiva, sino sales que se mantienen y atesoran de modo fijo la energía radiante. El profesor v. Noorden ha de emitir un informe en el que expondrá detalladamente su juicio y los fundamentos del mismo.

Carl Harko v. Noorden nació el 13 de Septiembre de 1858, en Bonn, donde su padre era profesor de Historia en la Universidad. Vino á la Universidad de Fribingen (1876), para estudiar la Jurisprudencia; pero muy pronto la cambió por la Medicina, frecuentando además de Fribingen, las Universidades de Friburgo y de Leipzig, donde adquirió aprobación como médico y el título de doctor (1881).

Después de haberse detenido breve tiempo en Kiel como ayudante del Instituto Fisiológico y en el Hospital de Magdeburg, v. Noorden (Diciembre 1883) fué nombrado ayudante del famoso profesor Riegel, en la clínica médica de Giessen

permaneciendo allí cuatro años y ocupándose, en particular, del estudio de las enfermedades del estómago y de los ríñones. Aquí adquirió (invierno 1885-86) la «venia legendi» como «Privatdozent», con un tratado sobre «Albuminuria en el hombre sano». De Giessen, von Noorden fué como primer ayudante, á la clínica del profesor C. Gerhardt, de Berlín, y honrado en 1893 con el título de profesor, quedó jefe de ella en la primavera de 1894. El 1.º de Octubre de 1894 fué nombrado director de la clínica médica del Hospital Municipal de Frankfurt s/M., permaneciendo en esta posición doce años (hasta el 1.º de Octubre de 1906).

El mundo sabe cuántos méritos adquirió v. Noorden en Frankfurt. El Hospital Municipal, que era pequeño é insignificante en 1894, es hoy uno de los más grandes y notables de Alemania; su hora de consulta y su clínica se hicieron el lugar en donde una clientela internacional buscaba curación; su hospital y su laboratorio el lugar donde la doctrina del metabolismo y de la nutrición se adelantaba en todas direcciones, donde educaba sus discípulos y los iniciaba á trabajos que enriquecen la ciencia. En 1901 von Noorden fué nombrado miembro del Consejo Supremo de Sanidad del Imperio alemán («Reichsgesundheitsrat»), y en 1905 tuvo la honra de ser llamado á la Universidad de Nueva York para pronunciar una serie de discursos sobre las enfermedades del metabolismo.

En 1906, muerto Nothnagel, fué él llamado á ocupar el vacío de tan insigne médico en Viena. Allí desarrolló su máxima actividad entre discípulos y colaboradores como Eppinger, Falta, Salomón, Wallace, etc. V. Noorden publicó en 1906-07 la monumental «Patologie der Stoffwechrel» con los primeros clínicos germanos. Su obra de «Diabetes Mellitus» que en 1916 ha alcanzado su 7.ª edición, resumen de toda la gran experiencia acumulada, es una obra muy meritoria. El fué el primero que instituyó de modo reglado la cura aislada de hidrocarbonados, en su cura de avena (1902). Dió auge especial á la cocina dietética en unión de Salomón y efectuó estudios de utilización de diversos alimentos. Estudios de recambio respiratorio en obesidad y diabetes y bajo los diversos inextas se hicieron bajo su dirección. La parte que el sistema vegetativo juega en medicina interna, resaltó con los trabajos de su escuela de Viena, de donde partieron las monografías de Eppinger y Hers, Falta, Rüdinger, etc., etcétera. En el terreno de la hematología verificó estudios sobre anemias, principalmente, clorosis, siendo él quien hizo resaltar el papel del ovario en esta hemodistrofia. Sus publicaciones son numerosas, la «Allgemeine Diathetik», 1918, excesivamente extensa quizá para ser difundida, su reciente libro sobre «Durchfall u. Verstopfungkrankheiten» 1902, y algunas otras dan idea del esfuerzo realizado por él. Actualmente ha hecho la 2.ª edición de la obra de Schunidf en la que ha realizado algunas modificaciones que, si en circunstancias no nos parecen afortunadas, en general como modifican poco la obra intachable del maestro, y en cambio completan otros puntos, son dignas de recibirse con aprecio.

En el manual de von Leyden sobre la dietética, von Noorden ha escrito la dietética de la *Diabetes mellitus* (Yo he publicado un artículo sobre este trabajo en EL SIGLO MÉDICO de 1906.)

El profesor C. v. Noorden dió en una sola sesión dos conferencias que publicará EL SIGLO MÉDICO, siendo recibido con aplauso por el público de profesores y estudiantes que acudió á oírlas. El día 4 salió v. Noorden hacia Barcelona y por vía Génova á Frankfurt.

Saludamos á tan insigne personalidad, deseando que su estancia entre nosotros le haya sido grata.

UN CASO PROBABLE DE LEISHMANIOSIS EN CATALUÑA

POR EL

DR. ANICETO GRESA DE MIRAMBELL

Próximamente á fines del mes de Diciembre del año 1920, y á instancias del Sr. Garriga, amigo nuestro y vecino de esta población, tuvimos ocasión de prestar nuestros servicios facultativos á una niña procedente de Suria, y como la serie de síntomas que presentaba no estaban en concordancia con el diagnóstico formulado por otros distinguidos colegas que la habían visitado, aunque muy anteriormente, y, además, no podía decirse netamente fueran patognomónicos de ninguna de las enfermedades corrientes que azotan nuestra comarca ni las limítrofes, al par que una vez algo orientados, instituímos un tratamiento sintomático en armonía con las indicaciones capitales que debían cumplirse, fuimos haciendo un estudio detallado al objeto de fundamentar lo más acertadamente posible un diagnóstico diferencial acrisolado en las observaciones clínicas más que en los trabajos de laboratorio tan difíciles de realizar, y de ellas sacar un fruto rápido en la visita domiciliaria y especialmente en la rural.

Lámase la referida niña Conchita Serra Garriga, de seis años de edad, natural de San Juan de Vilatorrada, domiciliada actualmente en Navareles; su padre nada digno de mención padeció, y su madre á pesar de un aborto nada pudimos deducir de él, ya que como fruto de su matrimonio ha tenido y conserva seis hijos en perfecta salud.

En Suria, población que como hemos dicho residían anteriormente, habitaban una casa muy húmeda, y la referida Conchita, juguetona como las demás niñas de su edad, distraía los ratitos de ocio lo propio que sus hermanitos con un perrito faldero que tenía en su casa, al cual acostaba en su cama, cuyo dato citamos, aunque en el primer momento no le diéramos importancia.

La enfermedad actual, según antecedentes que pudimos recoger por sus padres, empezó poniéndose triste, sin ganas de jugar, nada la distraía; al par que avisaban al médico, se percataron que tenía calentura, frecuentes vómitos, alternativas de estreñimiento ó diarrea, se enflaquecía paulatinamente; su piel adquiría un tinte amarillo como sucio, y finalmente, las piernas se edematizaron, por todo lo cual y según referencias que nos proporcionaron, no es raro que alguien pensara en los primeros momentos se trataba de una nefritis, como así ocurrió.

Parece que habían transcurrido cerca de dos meses de haber enfermado, cuando se nos llamó para visitar á la referida enfermita é inmediatamente nos fijamos en el color amarillo terreo sucio de su piel y que tomaba actitud de mono; su pelo que era rubio pareció seco y quebradizo, su vista era enoftálmica, debido á la pérdida de la grasa de la cápsula de Thenon, estaba inapetente, obraba mal, y finalmente, lo más digno de atención era el contraste que hacía el abdomen muy prominente con el enflaquecimiento de los miembros, especialmente los inferiores, los cuales, además, presentaban un estado de paresia que le imposibilitaba de andar.

Habiéndonos llamado muchísimo la atención el referido abdomen se procedió á su examen por palpación y percusión, apreciando inmediatamente que el bazo estaba muy hipertrofiado, tanto que descendía unos dos traveses de dedo de la fosa ilíaca, era bastante movable y su consistencia lefiosa; también existía una ligera hipertrofia del hígado y una adenopatía inguinal, por cierto muy ligera.

Inspeccionando con gran cuidado el tórax percibimos unos ruidos crepitantes en el vértice del pulmón derecho, tos

seca, lo cual unido á los sudores profusos y al estado de demacración fué causa de que se hubiera pensado que el bacilo de Koch dejaba notar sus funestos efectos.

La temperatura era de 38°,8 por la mañana y 38° por la tarde, y 120 y 140 pulsaciones, respectivamente, esto el primer día; notándose posteriormente todos los días una remisión matutina muy característica.

En vista de todo lo dicho, inmediatamente se nos ocurrió la idea de que la hipertrofia leñosa esplénica era el síndrome en que debíamos fijar nuestra atención y que los demás síntomas eran causa del que nos ocupa.

¿Qué enfermedad podía originar tan notable esplenomegalia?

Desechamos en primer lugar la idea de que fuera de origen tuberculoso ó sifilítico ya que nunca se resiente el bazo en los primeros momentos, presentándose anteriormente otras localizaciones; además, no existían estigmas ni en la enferma, ni en sus padres, los cuales volvimos á examinar con gran minuciosidad; tampoco podía tratarse de la esplenomegalia palúdica, pues ni la niña, ni su familia recuerdan hubieran tenido los escalofríos característicos, ni la quinina administrada como exploración nos dió resultado corroborante.

Tampoco podía pensarse en la enfermedad de Banti (esplenomegalia hemolítica), pues como ya sabemos ataca especialmente á los adultos y va acompañada en un principio de hipertrofia notable del hígado, aquí ligera, y luego atrofia, y á la cual se considera muy bien como una ictericia hemolítica, no siendo raro que en su etiología presente ó remota figure la tuberculosis.

Podía tratarse de una esplenomegalia eberthiana ya que es un síndrome muy común en dicha infección, pero la fiebre en ésta nunca es inversa como ocurría en el caso que estamos detallando; además debemos tener en cuenta que muy común este origen en Túnez y en el Indostán, no ocurre lo propio en nuestros climas, pues la hipertrofia esplénica nunca se ha observado fuera tan considerable.

En vista de todo lo dicho se nos ocurrió estuviéramos en presencia de la Leishmaniosis infantil, tan conocida en Italia, Túnez, y rara en la península Ibérica ya que se había desarrollado en una forma tan parecida, no faltando ninguno de los síntomas que caracterizan á dicha esplenomegalia: anemia general, coloración amarillo-térrea de los tegumentos aunque sin llegar á la melanodermia, desnutrición general, hipertrofia considerable esplénica, escasa del hígado, fiebre irregular, pulso rápido que contrasta con la temperatura, debiendo reconocer que clínicamente ya quebaba terminada nuestra misión diagnóstica, pero á causa de las dudas que nos presentan autoridades médicas, tratamos de corroborar nuestra afirmación por medio de laboratorio en el cual queríamos comprobar la presencia de la Leishmania Donani en la sangre de la enfermita, pero su familia opuso resistencia á que se punzara el bazo; basándose en las funestas consecuencias que podía acarrear y en que su hija mejoraba notablemente con el tratamiento, lo creyeron innecesario.

Por último, y con trabajo, pudimos obtener sangre por la punción del dedo, y sólo se comprobó leucopenia, ó sea que la relación de los glóbulos rojos con los leucocitos era de 1 : 2.300, en vez de 1 : 600.

El tratamiento instituido desde los primeros momentos fué el sintomático, empezando por el reposo en cama, ya que racionalmente, habiéndose fundamentado solamente diagnóstico aproximado, no era posible otra cosa; las fermentaciones gastrointestinales las tratamos con limonadas clorhídricas y compuestos lácticos (microbiolactina Lloreta); cediendo de una manera notoria, combatimos la fiebre con

euquinina, después de unas inyecciones hipodérmicas exploradoras de clorhidrosulfato de quinina, notando que no se lograba una remisión de la temperatura, al par que con las inyecciones quedaba demostrado que la malaria no influía en la afección que padecía nuestra enfermita; más afortunados fuimos con la criogenina Lumiere, y aunque no logrando que la fiebre desapareciera del todo, remitió de un modo considerable.

Ya desde los primeros momentos, y, como es natural, antes de dar su verdadero valor al síndrome esplenomegalia, como nos habíamos percatado del estado anémico de la paciente y de la desnutrición tan notable, recurrimos á los arsenicales en la forma siguiente:

Glicerofosfato de sosa.....	10 centigramos.
Cacodilato de sosa.....	5 —
Sulfato de estriquina.....	1 miligramo.
Nucleinato de sosa.....	2 centigramos.

por un centímetro cúbico de agua, con lo cual dimos fuerza al sistema muscular, reconstituyendo todo el organismo, y como que la adinamia era tan manifiesta, asociamos al tratamiento la adrenalina, utilizando la vía hipodérmica, que de este modo no irritábamos las glándulas pépsicas, ni estropeábamos en términos generales el aparato digestivo, por cierto bastante descentrado en su funcionamiento, como habíamos visto.

Una vez cerciorados de la ausencia del bacilo de Eberth, y á pesar de que el estado general mejoraba con el tratamiento expuesto, pues en quince días la fiebre había desaparecido del todo y el bazo no estaba tan duro y parecía disminuir de volumen, y estando persuadidos se trataba de una Leishmaniosis, utilizamos el tártaro emético, tan recomendado en esta enfermedad, usándolo además por vía externa bajo la fórmula siguiente:

Manteca.....	40 gramos.
Azul de metileno.....	3 —
Tártaro estubiado.....	70 centigramos.

El efecto del antimonial por las dos vías con sus coadyuvantes fué verdaderamente heroico, el bazo notablemente fué disminuyendo, ya apenas se percibía la hipertrofia hepática, su aparato digestivo empezó á funcionar bien y la enfermita pudo sentarse en la cama.

Al poco tiempo se pudo observar que las carnes aumentaban de volumen, y entonces no se notaba el contraste tan visible del aumento de volumen del abdomen con relación á la atrofia muscular; los cabellos, quebradizos y rojos, á la par que aquella cara sucia; paulatinamente las carnes aumentaban y la faz recobraba su color sonrosado, quedando sólo una ligera hipertrofia esplénica, que combatimos con los inyectables citados anteriormente.

Navaroles, Diciembre 1921.

De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento⁽¹⁾

MEMORIA ORIGINAL

DE

IGNACIO PEDRIANI

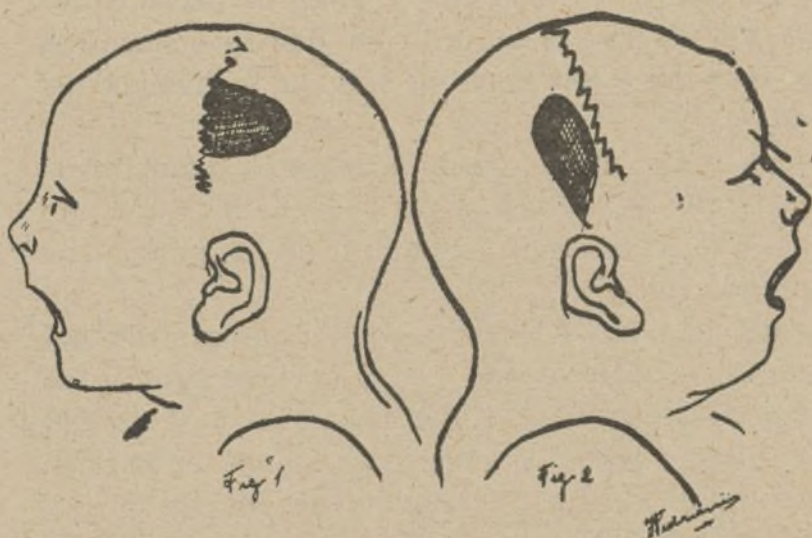
Que fué calificada con la nota de sobresaliente el día 24 de Junio de 1922.

Estas presiones dejan su huella en la cabeza fetal, que se traducen por un hundimiento en forma elíptica en el temporal anterior (lámina X esquema 1) y una

(1) Véase el número anterior.

línea paralela á la región t mporoparietal en lado opuesto (lámina X esquema 2). Estas impresiones varían según se realice el parto; así, si pasa la cabeza el estrecho superior en flexión exagerada, la impresión l 

L   M I N A X



neal forma un ángulo agudo con la sutura coronal y de v rtice inferior cuya abertura mira hacia arriba. Por el contrario, si la cabeza ha pasado el estrecho en deflexión, la compresión lineal forma también un ángulo agudo, pero de v rtice superior y abierto hacia abajo.

Podemos, pues, según las huellas de compresión, diagnosticar cómo se ha realizado el parto.

Si por el contrario, el parietal que desciende primero es el posterior y la cabeza tiene que deslizarse por el pubis, no se presenta huella ninguna en la región del lado del pubis, pues no siendo éste demasiado saliente en ningún punto, tampoco puede hacer en ninguno de la cabeza fetal más presión que en los demás, pero en cambio, se presenta una huella   modo de hoyo en la región craneana que se encuentra en contacto con el promontorio, pues siendo éste un punto muy saliente tiene que ejercer mucha más presión que los demás.

Otro detalle característico de las pelvis estrechas, es que á causa de romperse la bolsa de las aguas prematuramente y llevarse el feto encajado mucho tiempo, la bolsa serosanguinolenta de la cabeza alcanza gran tamaño, y mientras en las pelvis normales suele ser central (lámina XI esquema 1), en las planas se hace lateral (lámina XI esquema 2) debido á que en las primeras el encajamiento se hace simétrico, mientras que en las otras es asimétrico.

Cuando las estrecheces son acentuadas   tropezamos con una pelvis que es estrecha en su totalidad, entonces pelagra más la vida del feto, pues necesita un verdadero modelamiento de la cabeza, á fin de que se adapte completamente   la forma del estrecho superior, y mientras esto sucede, puede que sobrevenga la muerte del feto, cuya cabeza está expuesta   tan fuerte presión.

También al romperse la bolsa de las aguas prematuramente y no estar aún encajada la cabeza, puede venir la procidencia del cordón, el cual puede ser comprimido, dando esto lugar á la muerte del feto.

Cuando la presentación es podálica, puede ocurrir una complicación muy desagradable, consistente en que mientras los pies, las nalgas y el dorso han pasado con bastante facilidad, llegamos   una cabeza mayor que el estrecho, ante el cual se detiene, y sabido es cuán preciosos son los momentos que siguen   la expuls n de las nalgas y durante los cuales, si no se aprovechan, camina el feto hacia la muerte   pasos agigantados. Esta complicación es muy temible, pues ni con el auxilio del arte suele triunfarse, y el feto muere la mayoría de las veces.

Una vez que el feto muere, puede ya terminarse el parto fácilmente con la basiotripsia.

A causa de las grandes contracciones que ha tenido que realizar el útero para vencer la estenosis pélvica, suele venir fácilmente una atonía, cuando ya el feto se encuentra en la vagina y pone en situación peligrosa la vida de éste. El tratamiento es la aplicación del fórceps, la cual si bien la mayoría de las veces es inocua, en cambio otras puede ocasionar serios perjuicios al feto.

Siendo también más frecuentes todas las demás intervenciones en las pelvis estrechas, se deduce que se

L   M I N A X I



eleve el tanto por ciento de la mortandad fetal mucho más que en la pelvis normal.

CAPÍTULO VI

Una vez terminadas las modificaciones y peligros que puede tener el feto, con motivo de las estrecheces pélvicas, nos ocuparemos de los que pueden ocurrir   la madre.

Lo primero con que tenemos que contar, y esto se ve claramente en nuestra estadística, es con un gran aumento en las horas del trabajo del parto, lo cual es debido al tiempo que la cabeza tarde en conformarse al estrecho superior.

Cuando al cabo de más ó menos tiempo, las contracciones uterinas dan por resultado el que por fin pase la cabeza, esta tardanza no tiene importancia, pues sólo se reduce   un poco más de sufrimiento por parte de la paciente.

También   causa de las fuertes contracciones, las cuales se encuentran con un obstáculo imposible de vencer, y por la gran distensión   que se encuentra sometido el anillo superior, puede sobrevenir una rasgadura uterina de consecuencias fatales para la madre.

Anteriormente hemos dicho que había dos puntos en los cuales existía más presión que en los demás, cuando tenía lugar el paso de la cabeza del feto. Pues bien; cuando la cabeza permanece estacionada, las partes blandas fuertemente comprimidas pueden necrosarse y dar lugar á fistulas vésicovaginales, vésicouterinas y rectovaginales, si bien estas últimas son más difíciles por quedar siempre la cabeza más alta.

Al mismo tiempo, y como ocurría para el feto, el número de intervenciones aumenta en las pelvis estrechas, y, por lo tanto, el peligro de infección de la madre es también mucho mayor.

CAPÍTULO VII

Terminados los capítulos anteriores, nos quedan quizás los dos más importantes, ó sea los que al diagnóstico y tratamiento de las pelvis estrechas se refiere.

Hay algunos síntomas que nos permiten, aunque defectuosamente, conocer las pelvis estrechas, tales son: un abdomen voluminoso, un vientre péndulo, la falta de encajamiento de la cabeza fetal en los últimos meses, las periciones viciosas, los antecedentes de partos difíciles y laboriosos, y otros varios, que aunque pueden hacernos presumir la existencia de pelvis estrechas, no pueden darnos la certeza de que lo son. Para adquirir ésta, el mejor procedimiento es el de la pelvimetría, la cual puede ser externa é interna.

Hablaremos primeramente de la pelvimetría externa.

Las medidas que suelen tomarse en la pelvis son: las distancias que existen entre las dos crestas ilíacas, entre las dos espinas del mismo nombre y entre los dos trocánteres de los fémures.

También hay otro diámetro muy importante que es el conjugado externo ó diámetro de Boudelocque, llamado así, como anteriormente hemos dicho, por haberlo inventado este autor, y el cual parte del borde superior del pubis y va á parar á la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar.

De todos estos diámetros, podemos deducir, aunque no con toda la perfección que quisiéramos, el tamaño y configuración de la pelvis.

Estas medidas se toman con aparatos hechos expresamente para la pelvimetría externa y de los cuales hay varios modelos, pero todos ellos no vienen á ser más que un compás de gruesos con ligeras modificaciones.

La distancia que separa las crestas ilíacas suele ser de unos 26 centímetros, y la que separa las dos espinas de 29, pero estas cifras más que lo que aisladamente señalen, conviene saber la relación que existe entre una y otra. Así se puede considerar más fácilmente como normal una pelvis que tenga 23 y 26 entre las espinas y las crestas, respectivamente, que no una que tuviera 29 y 28 igualmente, y esto se comprende fácilmente, puesto que sabemos que en la pelvis plana el sacro arrastra tras de sí al ilíaco y lo pone de frente, haciendo que las espinas sobresalgan á veces más que las crestas, ó por lo menos tendiendo á igualar los diámetros; así, cuando nos encontremos con una pelvis cuya relación entre el diámetro de las crestas y el de las es-

pinas sea menor de 3 centímetros, podemos pensar en que quizás se trate de una pelvis plana.

Para tomar estas dos medidas, debe colocarse á la mujer en decúbito dorsal y buscar con los dedos las eminencias de las espinas, y para tomar el de las crestas, se buscan éstas y una vez apoyados los dos extremos del compás en cada una de ellas, se hacen correr estos para ver cual es el punto en que se encuentran más separados y este es el que nos da la medida del diámetro.

Para medir el conjugado externo, ó diámetro de Boudelocque, se coloca á la mujer de pie ó en decúbito lateral y se mide desde uno á otro de los puntos que antes indicamos.

Este diámetro nos da una idea aproximada del conjugado verdadero, para lo cual hay que quitarle de 8 á 8 $\frac{1}{2}$ centímetros; pero este cálculo es bastante dudoso porque, según la mujer sea gruesa ó delgada, puede influir mucho en el tamaño del conjugado. Sin embargo, cuando el conjugado externo excede de 20 centímetros, dice Bunn que puede tenerse la pelvis como normal.

Otro signo externo que no puede decirse que sea de pelvimetría, pero que, sin embargo, parece ser que este es el lugar en que debe mencionarse, es la configuración del llamado rombo de Michaelis, por ser éste el autor que primero se ocupó de él.

Si examinamos una mujer de espaldas y de modo que la luz le dé lateralmente, veremos que se nota en ella, en el centro y á nivel del sacro, una depresión de forma losángica, y que tiene por vértice de sus ángulos: arriba, la apófisis de la quinta vértebra lumbar; á los lados, las espinas ilíacas posterosuperiores, y abajo, el ángulo que forman las líneas de inserción de los glúteos mayores.

Pues bien; cuando este rombo aparece con sus cuatro lados iguales, entonces la pelvis es normal; ahora, si varía, tenemos que ya la pelvis no será normal. Sin embargo, puede darse el caso de que sus lados sean iguales y la pelvis no sea normal, y esto puede ser debido á que varíen los ángulos, pues en la pelvis normal estos ángulos se aproximan bastante al recto, y, en cambio, en la pelvis simplemente plana los lados son iguales, pero los ángulos superior é inferior están más cerrados y los laterales más abiertos, y esto es debido á que al hundirse el sacro más fuertemente entre los dos ilíacos, arrastra consigo á éstos, aproximando más una espina ilíaca á la otra.

En cambio, tenemos que con la pelvis plana raquítica ocurre á la inversa, ó sea que el rombo tiende á hacerse triangular, suprimiendo los dos lados de arriba, pues como, además de hundirse, sufre el movimiento de báscula, aproxima la quinta vértebra lumbar á las espinas ilíacas.

Según sean las otras clases de pelvis, así son las variaciones del rombo, pero nosotros nos hemos limitado á exponer éstas, que son las que se ajustan á las variedades de pelvis que estudiamos.

Una vez terminada la pelvimetría externa, nos ocuparemos de la interna.

Esta puede decirse que se halla limitada á un solo diámetro, que es el conjugado interno.

Tampoco aquí podemos medir directamente el diámetro conjugado interno verdadero, sino que tenemos que valernos del conjugado diagonal, que es el que va desde el borde inferior del pubis al promontorio, según se ve en la lámina XII, por lo tanto, y como se ve en dicha lámina, forma un ángulo con el conjugado ver-

LÁMINA XII



dadero. Si descontamos $1\frac{1}{2}$ ó 2 centímetros al conjugado diagonal, tendremos el tamaño del conjugado verdadero.

Para medir el conjugado diagonal se han inventado varios instrumentos, tales como el pelvimetro de Stein, que no era más que un tallo graduado en centímetros, se introducía en la vagina, guiado por el dedo, hasta colocar un extremo en el promontorio, y ya no había más que leer el número que cayera debajo del arco púbico, para conocer el tamaño del conjugado diagonal.

Algo análogo á éste, es el pelvimetro de Billiqui, usado en las clínicas de Fritch y de Bunn, y el cual consiste en una escala de tallos, como el que se ve en la lámina XIII, de diferente largo, y hasta ir introduciéndolos hasta encontrar el que viene justo. Cada tallo lleva grabado un numerito que indica la longitud de aquél; por lo tanto, no hay más que leerlo para saber el tamaño del conjugado diagonal.

A pesar de ser estos métodos sencillos no son muy seguros y hay que convencerse que ninguno tan fácil, ni tan seguro como el medirlo con el dedo.

No es indiferente el modo de realizar esta medición, que al mismo tiempo nos sirve de exploración interna

de la pelvis, y por tanto, creemos oportuno detenernos un poco á describirla.

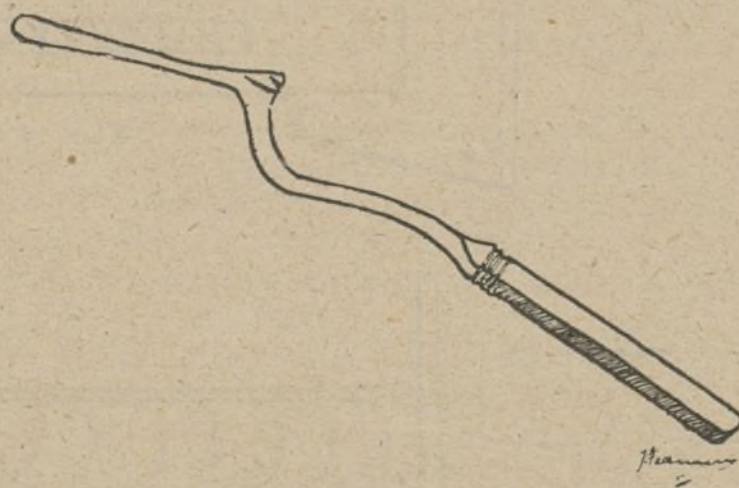
La posición en que se debe colocar á la embarazada, para efectuar dicha medición, ha sido causa de muchas discusiones.

Indudablemente de pie se alcanza más fácilmente el promontorio, pero es más incómodo para el médico y para la mujer.

Nosotros la realizamos siempre en posición ginecológica.

Antes de introducir los dedos en la vagina, debemos separar con los dedos pulgar é índice de la otra mano, los grandes y pequeños labios, pues de lo con

LÁMINA XIII



trario, es fácil arrollarlos hacia dentro y es una de las causas que más provocan dolor en la exploración. En este tiempo podemos darnos cuenta de paso, si la secreción vaginal es normal ó no.

Seguidamente introduciremos los dedos índice y medio de la mano exploradora y palparemos la pelvis detenidamente, empezando por la cara interna del pubis y siguiendo por los dos costados del bacinete, á fin de darnos cuenta de si hay alguna cresta ó eminencia, de las notadas en las pelvis raquíicas, ó cualquier otro defecto de conformación, y, por último, los dirigiremos al promontorio. Conviene tener mucho cuidado de que el extremo del dedo se halle bien adaptado al promontorio, en el momento de realizar la medida, pues es fácil distraerse y contar á lo mejor un centímetro de más por no estar bien adaptado el dedo.

Para evitar esto y que no se canse el brazo, conviene apoyarse el codo por delante de la cadera, á fin de poder hacer la fuerza con todo el cuerpo.

Cuando llegamos ya con la punta del índice, ó de medio (según la distancia) al promontorio colocamos el índice de la otra mano tocando el borde inferior del pubis, y basta invertirlo para que caiga en el dedo de la mano opuesta en el lugar correspondiente al otro extremo del conjugado diagonal.

Retirando entonces la mano de la vagina, tenemos ya en ella señalado el largo del conjugado diagonal, pero para tomarlo en centímetros es preciso que haya alguna persona que nos mida esta distancia con el pelvimetro, una cinta métrica ó un metro rígido, preferible á lo anterior (para esto son muy convenientes las reglillas de mecánico que son de acero y alcanzan 20 centí-

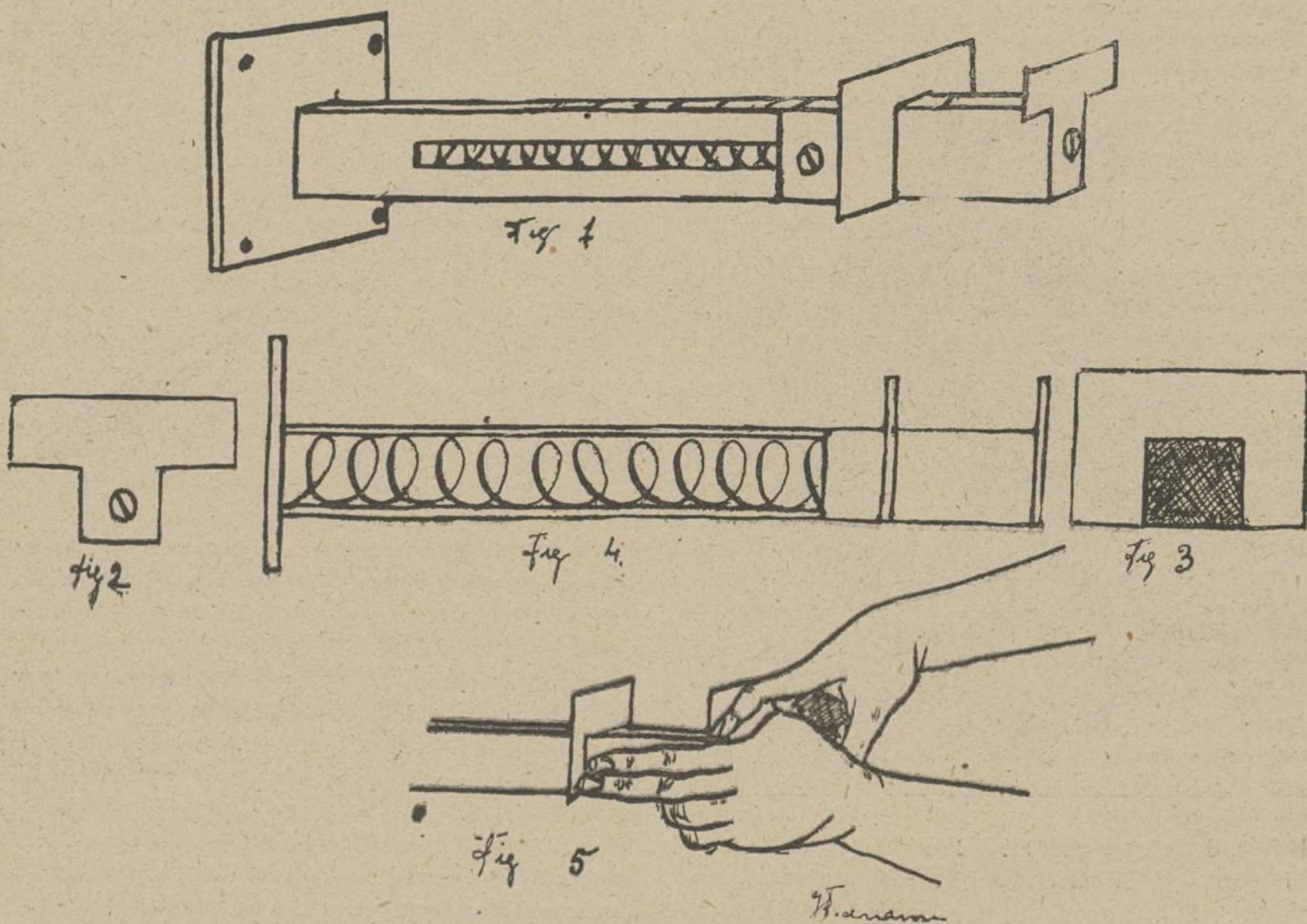
metros, por lo cual son fáciles de manejar, limpiar y esterilizar).

Esta medida tiene el inconveniente de necesitar siempre una persona que ayude, pues los antiguos nos recomendaban señalar con la uña en el dedo; pero hoy día, con el uso de los guantes de goma, esto se hace imposible. Pensando en este inconveniente he hecho construir un aparato, que por su utilidad y sencillez creo que ha de generalizarse (lámina XIV, figura 1.^a).

gún cual sea con el que se ha hecho la medición, se ha empujado la planchita móvil la cual queda siempre unida á la punta del dedo, mediante el muelle de que hemos hablado. Para saber cuál es el tamaño del conjugado diagonal, basta ver el número de centímetros sobre que cae la planchita móvil. Para mejor claridad véase la figura 5.^a de la lámina XIV.

Cuando el conjugado diagonal es normal, es fácil que no se alcance con el dedo el promontorio, y en tér-

LÁMINA XIV



Como se ve, dicho aparato no es más que un vástago de unos 20 centímetros de largo, aplicado á la pared por uno de sus extremos, quedando el otro libre. Este vástago es de forma cuadrangular y va graduado en centímetros desde su extremo libre hacia atrás hasta 15 centímetros. En su extremo libre lleva una planchita (lámina XIV, figura 2.^a), en forma de T. Detrás de ésta va otra planchita móvil que abraza al vástago (según se ve en la figura 3.^a) y que puede deslizarse hacia atrás á la menor presión, volviendo á su sitio, una vez que ésta cesa, mediante el muelle especial *a*, figura 4.^a.

Una vez descrito el aparato veamos cómo funciona: Retirada de la vagina la mano exploradora y marcando siempre con el dedo de la otra mano el punto correspondiente al borde del pubis se lleva la mano exploradora por debajo de la planchita fija hasta que el dedo que señala el borde del pubis, tropiece con ella; al mismo tiempo con la punta del dedo índice ó medio, se-

minos generales podemos decir que la pelvis cuyo promontorio no se alcanza con el dedo es normal.

Nosotros, como anteriormente dijimos, consideramos como pelvis normales aquellas cuyo conjugado diagonal es no menor de 11 centímetros, lo cual implica, descontando $1\frac{1}{2}$ centímetros, un conjugado verdadero de $9\frac{1}{2}$ que como se ve es más corto que el que se suele dar como normal, pero en nuestros datos se ve claramente, que á pesar de su menor dimensión, estas pelvis se comportan como normales.

A la pelvis cuyo conjugado diagonal es menor de 11 y mayor de $9\frac{1}{2}$ llamamos «ligeramente estrechas», á las que lo tienen de $9\frac{1}{2}$ y menor hasta $8\frac{1}{2}$ exclusive las llamamos medianamente estrechas y á las que lo tienen de $8\frac{1}{2}$ y menos las llamamos grandemente estrechas.

(Continuará.)

Bibliografía.

LES MALADIES PARASITAIRES DES PLANTES.—INFESTATION-INFECTI-
ON, por M. Nicolle y J. Magrou, del Instituto Pasteur. (Un
volumen de 200 páginas. Masson et C.^{ie} Editeurs. Precio,
8 francos)

El título de este libro indica claramente la materia de que trata. Por lo tanto, no es un libro de utilidad inmediata para el médico práctico; pero indudablemente los autores han tocado una cuestión de gran interés para los parasitólogos, los cuales, en general, dedican su atención casi exclusivamente al estudio de los parásitos del hombre y de los animales, sin ocuparse de considerar los aspectos de este fenómeno biológico en el reino vegetal. Y en este sentido, el libro de Nicolle y Magrou encierra también un interés desde el punto de vista de la Patología general.

Los autores son breves en la descripción de los parásitos y de sus huéspedes, de suerte que su trabajo no es de ningún modo un tratado de Historia Natural; es un libro de Patología. Está dividido en cinco partes: la primera estudia las enfermedades de las plantas causadas por animales (insectos, ácaros y nematodos); la segunda se ocupa de las enfermedades de las plantas producidas por otras plantas fanerógamas (plantas parásitas de las ramas principales, de los tallos y de las raíces); la tercera, de las producidas por talofitas (principales hongos patógenos y descripción de las enfermedades agudas y crónicas á que dan lugar, hongos simbióticos); la cuarta parte se refiere á las enfermedades de las plantas producidas por bacterias, y la parte quinta y última es una especie de resumen final, en el que se hacen consideraciones generales sobre la materia objeto del libro, fijando algunos conceptos y señalando ciertas particularidades y opiniones originales, así como datos de valor práctico en lo que toca al diagnóstico, mecanismo y tratamiento de las afecciones parasitarias de las plantas.

En la composición de su obra, los autores, dicen en el prefacio, han seguido los siguientes principios: «Reunir el mayor número posible de materiales. Después de un examen crítico, eliminar todos los documentos incompletos ó sospechosos; no retener más que las enfermedades que sean muy importantes ó muy instructivas. Calificar las afecciones de las plantas según la naturaleza de los parásitos que las engendran; después, en cada grupo así establecido repartir las diversas enfermedades, inspirándose en la observación clínica. Dar entonces una interpretación clara y razonable del mecanismo de cada afección, de cada grupo, de la totalidad de las enfermedades vegetales.»

Las diferentes partes del libro guardan una perfecta unidad expositiva. Se encuentran en ellas datos muy completos, sobre todo en lo que respecta al ciclo de los parásitos animales y á su evolución con relación al desarrollo de las diversas modificaciones que aparecen sucesivamente en la planta atacada. La parte que describe las enfermedades motivadas por las bacterias es en nuestra opinión la más acabadamente tratada. Finalmente, los nombres de los autores, sobradamente conocidos en el campo científico, bastan por sí solos para afirmar el valor indiscutible de la obra.

EMILIO LUENGO

Periódicos médicos.

UROLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Acerca de un caso de retención completa de orina, con hematuria intensa, de origen prostático.—Prosta-

tectomía en dos tiempos.—Curación.—El Dr. Arturo G. Casariego refiere la siguiente historia clínica:

Indalecio Manso Morales, de sesenta y cuatro años de edad, natural de Remedios y vecino de Cabaiguán (Cuba), ingresa en la Casa de Salud «Covadonga», como pensionista, el 31 de Julio del pasado año (1921), sin que sus antecedentes familiares y patológicos personales sean dignos de consignarse.

Historia personal prostática, con hematuria intensa y retención completa de orina al ingresar en nuestro servicio. La hematuria intensa persiste á pesar del tratamiento general y del local.

Primer análisis de orina: Cantidad, 1.000 c. c.; densidad, 1.024; cromógeno, aumentado; reacción, ácida; urea por litro, 16,00; cloruros, 3,60. Vestigios de albúmina, sin glucosa, con núcleo-albúmina, sin albuminosas, ni indican, con pigmentos hemáticos; en el sedimento, uratos amorfos, cilindros granulosos, numerosos hematíes, abundantes leucocitos.

Viendo que la hematuria continúa y la retención origina la formación de coágulos en la vejiga, decidimos practicar una talla hipogástrica de urgencia el día 2 de Agosto, siguiendo la técnica que indicaremos después.

Urea de la sangre, extraída por punción venosa el día 5 de Agosto: 0,248 por 1.000 (Dres. A. Recio y Fuentes).

No se practica constante de Ambard por dificultarse recoger la orina después de la talla hipogástrica.

Prostatectomía transvesical el día 6 de Agosto. Resultó muy difícil la intervención por tratarse de un sujeto muy grueso que pesaba más de 200 libras; á pesar de ello, pudimos extirpar completamente la próstata en dos partes, dejando vacía la celda prostática, como comprobamos después, con el dedo introducido por la abertura vesical. Concurso valioso de los Dres. Guerra y Silveira, ayudante y anestesiista muy competentes. En el tratamiento post operatorio el suero glucosado intravenoso, en este caso, como en otros, nos ha dado excelentes resultados.

Desde el día 8 al 12 la temperatura sube de 38 á 39° C. haciéndose después normal, y un análisis de orina, practicado el 28 de Agosto, da el siguiente resultado: no contiene albúmina, ni hematíes, no hay pigmentos, ni elementos anormales, no hay cilindros; solamente algunos leucocitos (Análisis del Dr. Recio).

Al ser dado de alta, con la herida operatoria completamente cerrada, orina espontáneamente tres veces durante la noche, y no hay frecuencia en las micciones durante el día. No hay orina residual.

Técnica operatoria.—Practicamos la talla hipogástrica (con anestesia local), con arreglo á la técnica siguiente: infiltración del tejido celular subcutáneo, con una aguja corriente y los músculos con una aguja larga, empleando solución de novocaína al 2 por 100, después de llena bien la vejiga con agua bórica. Incisión hasta la vejiga, dejando caer un ayudante sobre la cara anterior de ella cantidad de solución de novocaína al 2 por 100; separación del fondo de saco peritoneal; colocación del separador de Leguen.

Suspensión de la vejiga con dos hilos gruesos de catgut, que atraviesan la pared vesical. Se deja salir por la sonda colocada en la vejiga el contenido vesical. Abertura de la vejiga con el bisturí. Exploración del interior. Colocación de un tubo de drenaje grueso.

La prostatectomía transvesical se hizo siguiendo las reglas recomendadas por Marion.

Consideraciones.—Hay que notar en el caso relatado la intensa hematuria, que cesó después de la talla hipogástrica, y lo beneficioso de la prostatectomía en dos tiempos, que

curó al enfermo de su trastorno prostático, que lo había conducido a la retención completa.

Son estos dos casos, como hemos señalado en un trabajo, que pueden citarse como casos curados.

En la historia de la prostatectomía, que al principio se practicó siempre en un solo tiempo, es necesario citar al cirujano inglés P. J. Freyer, que en sus conferencias clínicas sobre la hipertrofia prostática, trata de la hemorragia de la glándula, señalando que este accidente no sobreviene al principio de la enfermedad, y sí después que ésta ha avanzado. La sangre puede venir de la membrana mucosa de la vejiga ó de la próstata. Cuando Freyer escribía no se había popularizado el cistoscopio: con este instrumento nosotros hemos podido ver cómo la sangre sale de la porción vesical que cubre la glándula prostática.

Paul M. Pilcher (de Brooklyn) ha ideado un cistoscopio especial para prostáticos, que hemos usado.

Sabido es que Freyer tuvo el mérito de insistir sobre la enucleación total de la próstata hipertrofiada y en su libro el autor inglés señala dónde debe empezarse la enucleación de la glándula.

Freyer no trata del examen previo del enfermo.

Es necesario llegar a los autores modernos, sobre todo a los cirujanos del Norte América, para conocer detalladamente la importancia que tiene el estudio de la eliminación renal y el análisis químico de la sangre.

Los franceses llaman la atención sobre la constante de Ambard, y el estudio de la eliminación renal con la sulfonoltaleína entra en la práctica de la clínica corriente.

Coincide en estos estudios de Laboratorio la práctica de la prostatectomía en dos tiempos, que ha sido objeto de trabajos interesantes.

Muchos autores se han ocupado últimamente de la cirugía de la próstata y podrán señalarse entre otros, en Francia, Marion y Leguen; en los Estados Unidos, Deaver y Young.

No tenemos experiencia sobre la prostatectomía perineal. Para la extirpación de la próstata nunca hemos recurrido a la vía inferior; únicamente creemos que deben operarse por el periné los abscesos de la próstata, en ciertos casos, y tratar por la prostatectomía perineal retenciones agudas prolongadas de origen prostático (gonocócicas en general), sobre cuyo asunto hemos hecho un estudio especial.

El examen bacteriológico de la orina, determinando en ciertos casos infecciones por el coli, puede ser muy útil. El empleo de las autovacunas, en ciertos casos, da resultado.

En los casos de hipertrofia prostática hay que tener en cuenta, además del examen químico de la sangre, la infección, pues algunos casos no mueren por uremia, sino por infección. Ahora bien, algunos autores americanos han querido establecer como norma para practicar la prostatectomía en uno ó dos tiempos el resultado del examen químico de la sangre.

Nosotros opinamos que, como regla general, debe hacerse la prostatectomía en dos tiempos.

El estudio de la constante de Ambard y de la eliminación renal con la sulfonoltaleína nos permite operar en el momento oportuno. Cuando el enfermo es retencionista, después de colocarse la sonda permanente, que mejora generalmente la eliminación renal, puede investigarse diariamente la eliminación renal con la sulfonoltaleína y, cuando mejore ésta, medir la cantidad de urea y otros elementos en la sangre y practicar la constante de Ambard.

Los autores americanos dan mucha importancia en los casos de obstrucción prostática a la determinación de la urea en la sangre y nos parece oportuno señalar lo que dice

Myers, que se ha ocupado mucho de los cambios químicos de la sangre en las enfermedades: la determinación de la urea en la sangre tiene un valor pronóstico pre operatorio en casos de obstrucción prostática; los casos que presentan urea por debajo de 20 miligramos por 100 c. c. de sangre pueden considerarse como buenos casos quirúrgicos, por lo que a los riñones concierne; cuando la urea sube entre 25 y 30 el enfermo debe operarse con precauciones y mejor después de un tratamiento preoperatorio dirigido a mejorar la retención de urea; cantidades superiores a 30 miligramos demuestran que el riñón no está bien y señalan un pronóstico operatorio malo.

En resumen:

1.º En casos de retención completa hematórica, de origen prostático, la prostatectomía en dos tiempos está indicada.

2.º La talla hipogástrica (primer tiempo de la operación), puede hacerse con anestesia local. Al cabo de algunos días, el segundo tiempo, la extirpación de la próstata, puede hacerse con anestesia general.

3.º Examen previo del enfermo, procedimiento quirúrgico rápido que perturbe lo menos posible el estado general, tratamiento post-operatorio cuidadoso, constituyen las bases en el tratamiento de la hipertrofia prostática. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 10 de Marzo de 1922.)

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Diabetes asociadas, por Ch. Achard.**—La diabetes no es una enfermedad que posea individualidad propia. Sin embargo, se ha pretendido distinguir la diabetes de lo que se denominan glucosurias; pero si se consideran las causas atribuidas a la diabetes y las que se asignan a las glucosurias llamadas simples, extraña la identidad de unas y otras; traumatismos, lesiones nerviosas, trastornos hepáticos y pancreáticos, trastornos endocrinos y hasta ese trastorno nutritivo impreciso que se llama artritis, figuran paralelamente en la etiología de ambas afecciones. Lo mismo resulta si se trata de diferenciar estas enfermedades con arreglo al criterio clínico; existen pequeños diabéticos con glucosuria moderada que quedan glucosúricos durante gran parte de su vida, y por el contrario, se ven glucosurias bastante fuertes que en ocasiones varían considerablemente y acaban por desaparecer. Si se toma la glucosuria y sus modalidades como base del diagnóstico clínico la elección no es buena, porque la glucosuria no revela ni mide con exactitud el trastorno nutritivo en el que se reconoce un elemento fundamental de la diabetes y que consiste en la incapacidad de utilizar bien la glucosa por parte del organismo. Pero esta insuficiencia glucolítica puede existir sin glucosuria y al contrario, y además la eliminación de glucosa por el riñón no está exclusivamente en relación con el exceso de azúcar sanguíneo. Lo que verdaderamente demuestra la aptitud del organismo para consumir la glucosa es el reconocimiento de los productos de esta combustión, que son el agua y el ácido carbónico que puede investigarse en el aire espirado. Esta prueba respiratoria presenta algunas dificultades, pero puede substituirse por otra que proporciona resultados paralelos y es la de la hiperglucemia provocada. La insuficiencia glucolítica existe en la diabetes propiamente dicha y en las glucosurias más ó menos transitorias, pero existe también en enfermos que no son glucosúricos; se la encuentra en el período febril de las enfermedades agudas; con alguna frecuencia, aunque no siempre, en las cirrosis del hígado; se provoca por la inyección de extracto

hipofisario ó de adrenalina. Se describen en clínica, diabetes asociadas á otras enfermedades; sería más justo decir que á estas enfermedades puede asociarse la insuficiencia glucolítica, pequeña ó grande. Nada es más variable en efecto, que la diabetes ó la glucosuria llamada simple, que se encuentra en *obesos, gotosos y oxalémicos*.

Igualmente, las relaciones entre la diabetes y las *afecciones del hígado* muestran una gama de hechos que no es posible confundir (diabéticos con hipertrofia hepática simple; cirrosis hipertróficas sin ictericia, ni ascitis; casos en que el hígado funciona con exceso, ó insuficientemente en los que á estas alteraciones se atribuye indiferentemente la diabetes). En realidad nada caracteriza la diabetes de los cirróticos, ni las cirrosis de los diabéticos. Existe una forma particular de cirrosis, la cirrosis bronceada ó *diabetes bronceada*, á la que se da como carácter la triada, cirrosis, diabetes y pigmentación siderósica; pero estos síntomas distan mucho de encontrarse constantemente, y todo lo que puede decirse es, que pueden encontrarse asociados dos á dos, ó los tres trastornos indicados, pero que no hay en ello una forma especial de diabetes que merezca el nombre de diabetes bronceada. En las *afecciones hipofisarias*, puede encontrarse la diabetes ó la glucosuria transitoria y lo mismo en la *enfermedad de Basedow*, pero no de un modo constante. Se conocen casos de *tumor suprarrenal* con diabetes, pero se ha visto en la enfermedad de Addison la hipoglucemia y una tolerancia muy fuerte para los hidratos de carbono. Existe un trastorno sexual secundario que consiste en el crecimiento exagerado en la mujer de pelos en la cara y se describe bajo el nombre de hirsutismo y que mejor podría llamarse *virilismo piloso*; parece revelar alteraciones endocrinas, que se han encontrado en la autopsia, pero cuyo modo de acción no está bien fijado todavía; ahora bien, este trastorno puede asociarse á la diabetes y se ha descrito una «diabetes de las mujeres con barba»; pero en realidad no se trata de una forma particular de la diabetes, sino de una insuficiencia glucolítica, tan variable en duración como en intensidad, que viene á asociarse eventualmente al trastorno de evolución sexual. Se han señalado también relaciones de frecuencia entre el *cáncer* y la diabetes; la *diabetes nerviosa* es muy variable y no tiene caracteres especiales que la distingan de las demás diabetes asociadas. Ciertos desórdenes considerados como complicaciones de la diabetes deben colocarse realmente entre las asociaciones diabéticas, ó más exactamente entre esos casos complejos en los que la insuficiencia glucolítica se asocia á diversas enfermedades.

La albuminuria en la diabetes puede depender de una verdadera nefritis coexistente y otras veces parece independiente de una lesión renal, pero sin que presente caracteres que distingan esta *albuminuria diabética* de las que se describen bajo el nombre de albuminurias simples sin nada de insuficiencia glucolítica. En la serie de trastornos nerviosos de la diabetes (trastornos tróficos como la caída de las uñas, el mal perforante, la pseudo-tabes, trastornos cerebrales, psicopatías), la insuficiencia glucolítica se asocia á las causas que los provocan, pero no es responsable de ellos. El interés de las diabetes asociadas estriba en que su estudio da cada vez más importancia al vicio nutritivo que es su base y además que estas asociaciones hacen sospechar é investigar los lazos patogénicos que existan entre los diversos trastornos que pueden acompañar á la insuficiencia glucolítica y que todavía no pueden ser bien precisados. Bajo el nombre de diabetes, actualmente se colocan enfermedades de causa frecuentemente indeterminada, en las cuales existe como una particularidad común, un grado elevado de insuficiencia glucolítica. Este grado del desorden nutritivo es

el que hace toda la unidad clínica de la diabetes; base suficiente para un síndrome clínico, pero muy frágil para que sea todo el edificio de una unidad patológica y de una enfermedad propia. Lo mismo puede decirse de la obesidad, que no es una enfermedad autónoma, sino que responde á un grupo de enfermedades, y el vicio nutritivo que une entre sí á estos estados patológicos, es decir, el exceso de reservas adiposas, se observa también bajo diversas formas en otras enfermedades que no están comprendidas en el cuadro nosológico de la obesidad. Puede decirse, que en realidad no hay enfermedades de la nutrición, sino más bien trastornos de la nutrición en las enfermedades. Si se hace de la diabetes una enfermedad autónoma, caracterizada por la insuficiencia glucolítica, esta insuficiencia será el objeto único de la terapéutica y así se abandonará la terapéutica causal de la diabetes, que es la que hay que buscar principalmente, (*Le Bull. Medical*, núm. 42, 12 y 15 de Octubre de 1921).

—LUENGO.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Púrpura consecutiva á las inyecciones de neosalvarsán, por el Dr. M. Jarecki.**—Entre las complicaciones que se presentan tras de las inyecciones de salvarsán, la más frecuente, al par que la más temida después de la encefalitis, es la dermatitis generalizada. Suele ofrecer el aspecto de la dermatitis simple aguda y á veces se denomina eritrodermia por el enrojecimiento intenso que se produce. Está producida por la acción tóxica de las sustancias que se introducen en el cuerpo (salvarsán y mercurio) y como peculiar de los efectos de esta intoxicación se debe considerar la propiedad que tienen las eflorescencias de la cara de hacerse húmedas, así como el acúmulo de secreción impétigoeczematosa en las superficies de flexión de las articulaciones y la descamación foliácea que se produce poco antes de la curación. Pero si merced á estas propiedades se diferencia la dermatitis simple aguda de la producida por salvarsán-Hg, no es posible diferenciar la que se debe á cada uno de estos cuerpos de la que se debe al otro, por ser completamente semejantes. Como quiera que las lesiones provocadas por el salvarsán no coinciden con las que determina por sí solo el arsénico, hay que suponer que se deben á la acción de todo el complejo molecular. Lo mismo cabe decir de las hemorragias de la piel y mucosas que se observan á veces tras de las inyecciones de salvarsán. En los casos descritos se han solido atribuir estas hemorragias á otras causas coexistentes en el enfermo, pero el autor presenta un caso del que cree poder deducir con seguridad que las hemorragias dependieron exclusivamente de la inyección de neosalvarsán. Se trataba de un enfermo en el que se descubrió la infección cuando ya se encontraba en el segundo período y que en el curso de dos años fué sometido por tres veces á tratamiento intenso por el salvarsán y por el mercurio. A la séptima inyección de la tercera serie, que comprendía 60 centigramos de salvarsán y 3 centigramos de sublamina (las inyecciones anteriores se habían soportado todas sin el menor inconveniente) el enfermo acusó malestar general y falta de apetito. En el tronco y en las extremidades se encontraron manchas de color azul rojizo oscuro, de tamaño variable, desde el de una cabeza de alfiler al de un céntimo, que no desaparecían por la presión y unidas por una red de venas dilatadas. Temperatura normal; no presenta trastornos del aparato digestivo ni hemorragias en las mucosas, ni de las encías que puedan hacer sospechar escorbuto.

Las inyecciones de un miligramo de sulfato de atropina

puestas á modo de ensayo, dieron lugar á equimosis en los sitios en que se pusieron. Los comprimidos de cloruro de calcio hicieron desaparecer los fenómenos rápidamente y á los quince días se puso una inyección de 45 centigramos de neosalvarsán solo. Veinticuatro horas más tarde el enfermo volvió á presentar los mismos síntomas que cedieron de nuevo al cloruro de calcio. En opinión del autor no hay una diferencia esencial y sí solamente gradual entre la dermatitis y las hemorragias. El salvarsán y el mercurio son venenos vasculares, pero en un caso la alteración vascular da lugar á la extravasación de plasma y en el otro á la de la sangre con sus elementos corpusculares y materia colorante. En el caso presente es indudable que se debe á un efecto tóxico, el cual tal vez no se ejerza directamente sobre las paredes de los capilares, sino primeramente sobre la medula ósea, originando una disminución de hematíes, plaquetas y valor globular. Si la primera vez podía caber la duda de que se debiera á la sublamina, la segunda dependía indiscutiblemente del salvarsán.

Estos accidentes hemorrágicos hacen sospechar también que los casos de epilepsia que se observan tras de las inyecciones de salvarsán y aun los de muerte por lesiones cerebrales se deban á hemorragias por lesión de las paredes de los vasos cerebrales. Algún autor ha llegado á hablar de una muerte por púrpura cerebral. Parecen coincidir con esta opinión los resultados de las autopsias hechas recientemente en los fallecidos por encefalitis hemorrágica, en los que se encuentra edema del cerebro y punteado hemorrágico en la substancia blanca y á veces focos de reblandecimiento un poco grandes. Del estudio de estas lesiones resulta que son completamente semejantes á las que se encuentran en otras intoxicaciones, por lo que no cabe duda de que dependen de una acción tóxica del medicamento, sin que se pueda excluir la posibilidad de que la enfermedad haya creado precisamente en el cerebro un foco de menor resistencia. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1 de Septiembre de 1922.)

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1 Erosión de la arteria aorta por absceso tuberculoso de la columna vertebral.—El Dr. Vicente M. Romera publica el siguiente instructivo caso clínico observado por él en la clínica del Dr. Clairmont, de Zurich.

Sujeto que no tiene en absoluto antecedentes hereditarios ni personales dignos de mención y que nos fué confiado á nuestra observación y tratamiento con el diagnóstico probable de «hematemesis por úlcera gástrica, instituyase tratamiento para luego intervenirle si así lo cree necesario el jefe de clínica después de la actuación nuestra»; esto reza en la nota que nos entregan al comenzar nuestro servicio en el hospital, en el día de hoy.

El día anterior á su ingreso en el hospital había hecho no sólo su vida ordinaria, sino que había practicado una marcha larga, pero notándose por la noche con náuseas y mareos, decidió ingresar en el hospital (según es costumbre en esta nación al sentirse la menor molestia sus habitantes) á la mañana siguiente. En la madrugada, dice, tuvo un vómito de sangre de color negruzco, sin tos y con grandes arcadas y según sus cálculos de un litro poco más ó menos. Al ser examinado sólo presenta una ligera macidez en una zona circular alrededor del ombligo, como de unos seis centímetros de radio, no pudiendo hacer ninguna otra exploración por el grado tan enorme de anemia aguda en que se encontraba nuestro enfermo y que según la cifra que dió el doctor

Sahli de hemoglobina fué del 51 por 100. El enfermo se quejaba de muchísima sed. Se le instituyó el tratamiento y régimen dietético correspondiente á un afecto de hematemesis por ulcus rodens.

Pasadas treinta horas de su ingreso en el hospital, se repitió el cuadro anterior y el enfermo murió.

Como es costumbre en estos hospitales, se le practicó la autopsia, que fué para nosotros de grandes enseñanzas, pues no sólo nos aclaró el diagnóstico, sino que nos ha hecho poner en guardia por si después pudiéramos estar alguna vez en presencia de un cuadro clínico como el que nos ocupa.

Abierta la cavidad abdominal se vió el estómago, duodeno y yeyuno superior completamente llenos y el yeyuno é ileon fuertemente contraídos. El intestino grueso lleno á reventar de una masa negruzca. El resto del vientre no ofrecía particularidad alguna. El corazón de tamaño normal. El pulmón izquierdo en toda su extensión está fuertemente unido á la pleura parietal. Al sacar los órganos del pecho se desgarró su superficie anterior por estar unido en toda su extensión desde la segunda hasta la sexta costilla, siendo esta unión aún más sólida en su parte posterior, sobre todo en la porción comprendida entre la tercera y sexta vértebra dorsal en su cara anterior. Puestas al descubierto dichas vértebras se vió faltaba casi toda la parte anterior del cuerpo y las láminas son frágiles, de color verde negruzco, teniendo en su parte interna como grasa oscura, participando de esta degeneración algo la medula; obturando esta cavidad estaban la aorta y el esófago con una comunicación de que después nos ocuparemos. Dicha cavidad estaba ocupada por unos cuantos centímetros cúbicos de pus verdoso sin olor alguno.

Al abrir el esófago se vé en su porción posterior dos úlceras separadas una de la otra como unos dos centímetros, ocupados solamente por la mucosa esofágica, úlceras que la superior tendría una extensión de cinco centímetros y la inferior de tres centímetros por (las dos) cinco milímetros de ancho. Introduciendo una sonda por cualquiera de estas dos úlceras se va á través de la aorta directamente hacia la cavidad formada por el proceso vertebral. Abierta la aorta en la región íntimamente unida al proceso póstico y esofágico, se vé que la túnica interna está de color verdoso, y en terreno como de cinco por dos milímetros existe una úlcera en íntimo contacto con las descritas en el esófago. Inspeccionados cuidadosamente ambos pulmones y pleuras no se hallaron vestigios macroscópicos de tuberculosis en cualquiera de sus períodos.

Abierto estómago y duodeno se les encontró llenos de sangre coagulada que llena esas cavidades hasta en sus más finos detalles. En el intestino grueso hay masas negruzcas parecidas á la pez y en un todo análogas á la sangre digerida. En el intestino delgado nada anormal.

En presencia de una necropsia de estos detalles se sentó el diagnóstico de «absceso en el mediastino posterior con perforación en esófago y aorta. Erosión de la columna vertebral. Muerte por anemia aguda consecutiva á la segunda hemorragia. Pleuritis fibrosa del lado izquierdo. En el pus del absceso se encontraron estafilococos y estreptococos, y diplococos sin cápsulas y varitas cortas negativas de Gram. Hechos cortes del esófago en el sitio de localización de las úlceras y porción rasgada de la aorta, dió el siguiente resultado: el esófago cerca de las úlceras tiene penetradas todas sus capas de pared por tubérculos consistentes en células epitelioides, células enormes de Langhans y ausencia absoluta de variaciones de inflamación no específica.

El mismo cuadro ofrece la pared del absceso, habiendo

además en él una considerable infiltración leucocítica. Todas las paredes del absceso están necróticas con un deslinde muy manifiesto de la parte sana.

Se trata, pues, de un absceso de hundimiento espondilítico que rompió el esófago, infectándose seguidamente por el acoplamiento a la infección específica de los estafilococos y estreptococos, destruyendo, erosionando la aorta. Tal vez desde aquí si el enfermo no hubiera sucumbido a la gran hemorragia, es probable que hubiera sido el principio de una tuberculosis miliar ó de una sepsis rápida.

En la literatura quirúrgica parece ser escasísima la relación de procesos como el que nos ocupa, ya que en los libros consultados en esta biblioteca (y hay algunos) sólo se citan cuatro casos, y de erosión aislada del esófago ya son algo más frecuentes.

Además este caso se hace aún más interesante por la forma de correrse el absceso antes de producir las erosiones descritas. Parece que el camino hacia abajo se le hace algo penoso en estas localizaciones póticas y lo más frecuente, según los autores, es su marcha hacia el canal formado por dos costillas y músculos intercostales, otras veces irrumpe en bronquios, pleuras y pulmones y alguna que otra vez en el pericardio, siendo aún más raro, pero se ha visto irrumper desde este sitio en vientre (recto, vejiga, vagina, intestino delgado y colon) y en la articulación de la cadera.

No obstante, su marcha predilecta en esta región es el trayecto de vasos, nervios y músculos, sin mostrar una agresividad tan enorme como en este caso para con los vasos, habiéndose dado la explicación de que es probable una de estas dos cosas, ó que estos abscesos al ser pobres en bacterias son poco aptos para fundir tejidos sólidos y ricos en circulación, ó que el proceso al ser por sí lento dá lugar al espesamiento y protección de estos tejidos. Lo cierto es, que hoy día sigue la vieja tradición de considerar a los grandes vasos como bastante inmunes para dejarse corroer por el pus de un absceso pótico vecino (no así los pequeños vasos) y cuando se nos presentan casos como el que nos ocupa, no pensamos en esta clase de procesos y sí en los que nos puede dar un síntoma predominante; cual ha sido en este caso, al estar en presencia de una hemorragia enorme, cuyos caracteres nos dió la creencia firme de estar en presencia de una hematemesis producida por un «ulcus rodens» ignorado. (*Boletín del Colegio Médico de Córdoba*, 15 de Marzo de 1922.)

2. Aparato de Hawley para el tratamiento de las fracturas de clavículas.—El Dr. Alfredo Buzzzi describe el siguiente ingenioso aparato:

La cruz de Hawley es el aparato usado corrientemente en el servicio del profesor Chutro para el tratamiento de las fracturas de la clavícula. La simplicidad de su aplicación y la eficacia de la contención que produce la hacen recomendable, además de la buena reducción y de que los fracturados puedan servirse de sus miembros superiores una vez aplicado el aparato durante todo el período de tratamiento para su uso corriente en la vida diaria.

Este aparato mantiene la cintura escapular hacia atrás y afuera, posición de reducción de las fracturas de la clavícula, sin inmovilizar el miembro superior. Para ello toma puntos de apoyo en ambos hombros y al nivel del tronco (cintura abdominal).

Descripción.—El aparato hecho con tablillas de madera fuerte, de 8 centímetros de ancho y $\frac{1}{2}$ centímetro de espesor, tiene la forma de una T con un brazo vertical de 40 centímetros de largo y un brazo horizontal también de 40 centímetros, que se fijan el uno al otro por medio de cinco tornillos remachados.

En cada lado de la tablilla horizontal y a 3 centímetros de su extremidad hay dos grapas metálicas fijadas con tornillos cuyo objeto es asegurar las vueltas de vendas, y en el extremo libre de la tablilla vertical también a 3 centímetros del borde se adapta una faja de tejido fuerte de 8 centímetros de ancho que por medio de hebillas fija el aparato a la cintura abdominal.

Aplicación.—Conviene acolchar el aparato con dos planchas de algodón y rodear también con algodón ambos hombros para proteger la piel en los sitios donde pasarán las vendas; éstas, de 10 centímetros de ancho, serán de preferencia de franela. Se coloca la cruz de manera que las extremidades de la rama horizontal se apliquen sobre ambas espaldas escapulares, manteniéndolas con ambos pulgares, mientras que el resto de los dedos toman por delante la cintura escapular de modo que las manos abracen a ésta por fuera y no por arriba. Mantenido en esta posición por un ayudante, se comienza la fijación con circulares de venda que pasarán sobre la articulación acromio clavicular y por la axila del lado sano, asegurándolas en la grapa correspondiente, de donde pasa en diagonal hacia la grapa del lado fracturado, que se fijará en la misma forma, siguiendo con circulares y diagonales hasta efectuar una fijación perfecta.

Terminada esta operación, se notará que la rama vertical de la cruz se ha separado del dorso tomando una dirección oblicua hacia atrás y abajo, y que al ser acercada suavemente al tronco para fijarla en la cintura realizará la reducción por una extensión bien manifiesta hacia atrás, arriba y afuera, tanto más amplia cuanto más grande era la distancia que separaba el tronco del extremo inferior de la rama vertical. Esta se fija a la cintura abdominal con la faja ya descrita.

Es conveniente vigilar al enfermo de tiempo en tiempo con el objeto de verificar la buena fijación del aparato, el cual puede ser retirado alrededor de los treinta días.

Resultados.—Desde el punto de vista anatómico, los resultados son siempre satisfactorios; desde el punto de vista fisiológico el resultado es perfecto, dado que se suprime la inmovilización; los masajes son inútiles, puesto que una vez sacado el aparato no hay ninguna dificultad funcional. Desde el punto de vista práctico es de grandes beneficios, debido a que el fracturado puede seguir en sus ocupaciones y en sus trabajos, siempre que éstos no le exijan el desarrollo de fuerzas. (*La Prensa Médica Argentina*, 10 de Mayo de 1922.)

3. Luxación perineal de la cadera con avulsión del trocánter mayor.—El Dr. Willis C. Campbell comunica la siguiente historia clínica:

J. J. P., Jr., niño de once años, mientras se paseaba en bicicleta el 10 de Julio de 1921, fué embestido por un tranvía, que lo arrastró 50 pies (15 metros), debajo del salvavidas. Inmediatamente se le llevó, a toda carrera, al hospital. El muslo derecho estaba en abducción extremada. Podía palparse una tumefacción en el perineo, delante del ano, sobre la cual la piel se hallaba rígida y pigmentada. Existía, indudablemente, una luxación perineal. El roentgenograma reveló que la cabeza del fémur derecho se hallaba en el perineo y que el trocánter mayor se hallaba avulsionado, mucho más arriba de su sitio normal. Al tratar de llevar a cabo la reducción, descubrimos que la cabeza estaba introducida y encerrada contra la cara interna de la tuberosidad isquiática. No se pudo cambiar la posición, con ningún movimiento concebible, empleando el fémur como punto de apoyo y sólo por medio de un golpe directo, con la base de la mano, pudimos desprender la cabeza, después de

lo cual se deslizó hacia arriba sobre el dorso del ilion. Probamos de nuevo varias maniobras para reducir la luxación dorsal traumática de la cadera, empleando una mesa sumamente fuerte para la tracción y hasta usamos los procedimientos acostumbrados para la reducción de la luxación congénita. La cabeza, ó bien se deslizaba por la cavidad cotiloidea á su antigua posición en el perineo ó sobre el dorso del ilion. Si quedaba en el perineo, experimentábamos gran dificultad para desalojarla. Al cabo de una hora, no creímos que fuese prudente para el paciente que continuásemos nuestros esfuerzos. Ya revelaba un shock ligero y se colocó en cama, con una extensión simple y fomentos. Al día siguiente, la temperatura se elevó á 103° F. (41° 6 C.), con hinchazón y equimosis, desde el ombligo hasta la rodilla derecha.

A los doce días, en vista de que la temperatura no subía á más de 99°, 75 F. (37° 3 C.), el pulso á 130, decidimos practicar una reducción abierta. El estado del niño era tal, que el tiempo era un factor considerable. Empleamos una incisión en U, de Kocher. La cabeza del fémur se hallaba sobre el dorso del ilion, en una masa de músculos desgarrados y sangre coagulada. La cavidad cotiloidea se hallaba obscurecida por una aponeurosis espesa, lo cual no permitía localizarla con certeza y separamos la cabeza de su lecho. Esta gruesa capa de aponeurosis se hallaba unida arriba al trocánter avulsionado, en tanto que abajo se continuaba con el periostio elevado del fémur. En otras palabras, era la aponeurosis tendinosa y la inserción de los supinadores (glúteos). Estos músculos también estaban enrollados alrededor del cuello y diáfisis de arriba hasta abajo, detrás del cuello, y luego hacia adelante sobre la cara anterior del cuello y de la diáfisis, de modo que cualquier tentativa de reducción, tiraría rígidamente la hoja aponeurótica sobre la cavidad cotiloidea. Practicamos un corte transversal y desenredamos la brida, después de lo cual obtuvimos acceso amplio á la cavidad cotiloidea. Con un reductor de huesos, logramos la reducción y suturamos el trocánter á la fascia, con catgut crómico. Todos los tejidos se cerraron automáticamente. En la actualidad, á los cuatro meses de la operación, apenas queda cojera perceptible con un 60 por 100 de movimiento normal. Podemos asegurar que se obtendrá la curación perfecta.

Apenas es posible determinar el mecanismo exacto de una lesión de este género, pero concluimos, por la forma en que estaba enrollada alrededor del fémur la gruesa brida aponeurótica, que se produjo primero una luxación dorsal, además de una rotación externa extrema, lo cual produjo avulsión del trocánter, después de lo cual hubo un movimiento rotatorio hacia dentro, que enrolló la gruesa aponeurosis alrededor del cuello y diáfisis, antes de alojarse en el perineo. Esta rígida capa ó brida era indudablemente el factor que mantenía tenazmente la cabeza contra la cara interna de la tuberosidad isquiática.

Este caso demuestra cuán fútiles fueron nuestros esfuerzos para reducir, y juzgando por los excelentes resultados obtenidos, quizás sea conveniente emplear la reducción abierta, en algunos casos, después que hayan fracasado los esfuerzos moderados. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Mayo de 1922).

EN LENGUA EXTRANJERA

4. La transfusión sanguínea según 61 casos personales, por V. Pauchet.—El autor afirma que la transfusión sanguínea, que, en otro tiempo, era una operación excepcional y de urgencia, debe ser empleada ahora por médicos y cirujanos de una manera corriente, porque presta servicios considerables. Pauchet ha hecho practicar, por su interno Be-

cart, en el hospital de Saint Michel, 61 transfusiones en el espacio de seis meses. Estas 61 transfusiones se reparten así: 49 con sangre citratada y 12 con sangre pura. Las indicaciones han sido las siguientes: 9 hemorragias agudas por cáncer uterino, fibroma, úlcera y cáncer de estómago; 4 ictericias por cálculos del colédoco; 1 insuficiencia hepática; 1 septicemia lenta; 1 tumor vesical muy hemorrágico; 2 después de radioterapia profunda por cánceres; 1 después de de curieterapia para cáncer del cuello; 42 casos de individuos debilitados en los que la transfusión fué practicada como uno de los cuidados pre y post-operatorios, cuando se trataba de las operaciones siguientes: amputación abdominoperineal del recto y gastrectomía amplia por cáncer. Después de haber empleado al principio exclusivamente la sangre citratada, el autor no emplea ahora casi más que la sangre pura, método tan sencillo como aquel y más seguro, gracias á una instrumentación y á una técnica especiales. (*Académie de Medicine*, 20 de Junio de 1922).—LUENGO.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Peligros de la rápida inyección intravenosa de soluciones concentradas de biclorhidrato de quinina, por U. N. Brahmachari.—Hace tiempo, el autor señaló ya que puede producirse una caída peligrosa de la presión sanguínea después de la inyección de una solución concentrada de quinina. Nuevas observaciones le permiten afirmar hoy día sus conclusiones. El problema en conjunto depende de la cantidad de quinina que pasa á través del corazón en cada segundo de tiempo y, por lo tanto, cuanto más lenta sea la inyección, tanto menor será la probabilidad de que se produzca el descenso de la presión. Además, para una misma velocidad de la inyección, la cantidad de quinina que pase por el corazón variará con la concentración de la solución. Algunos observadores han señalado que la inyección intravenosa de grandes cantidades de solución salina, como medio litro aproximadamente, puede ser algo perjudicial para un corazón débil. El problema, por tanto, se divide en varias partes: ¿Qué cantidad de solución salina puede inyectarse intravenosamente sin peligro en un caso grave de paludismo con presión sanguínea baja, ó cuando el paciente se encuentra en colapso absoluto? ¿Existe alguna ventaja ó desventaja en diluir la solución de quinina más allá de un cierto límite? ¿Existe algún peligro en emplear la quinina en solución concentrada? En opinión del autor, la cantidad de quinina inyectada en una vena no debe ser mayor de 3 centigramos por minuto. El peligro de inyectar grandes cantidades de solución salina, está en la facilidad con que se produce el edema pulmonar en los pacientes con presión sanguínea baja y sobre todo en los que presentan síntomas de colapso. Las soluciones de quinina muy concentradas son peligrosas cuando se administran por la vía intravenosa y no deben emplearse. El descenso de la presión sanguínea después de la inyección intravenosa de quinina, puede producirse en dos períodos; ó bien inmediatamente después de la inyección, ó bien pasado algún tiempo después de ella, cuando la quinina ha sido bien diluída en la circulación. En el primer caso puede ser rápidamente fatal y el segundo puede presentarse cualquiera que sea la dilución de quinina empleada. Para combatir á estos accidentes, siempre que se tenga que administrar quinina intravenosamente en enfermos con paludismo pernicioso, debe inyectarse al mismo tiempo pituitrina ó adrenalina. (*The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, núm. 13, 1.º de Julio de 1922).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. —Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. —Independencia y retribución de la función forense. —Dignificación profesional. —Unión y solidaridad de los médicos. —Fraternidad, mutuo auxilio. —Seguros, previsión y socorro.

Boletín de la semana.

Inauguraciones. — Los fondos del Congreso de Medicina.

—¿Qué dirán ahora los del fracaso?

La esperada actividad del otoño se manifiesta con brotes dignos de la primavera. En la pasada semana se han efectuado dos inauguraciones: la del Instituto del Cáncer (ya era tiempo), y la del curso académico en la Universidad.

De la primera hemos de hacer la debida mención descriptiva; por hoy nos limitaremos á decir que el acto fué serio, discreto y en cierto modo solemne, y que esperamos que los buenos propósitos que se manifestaron por las personas competentes y afamadas que al frente de la Institución se encuentran se realizarán, según los deseos y esperanzas de todos.

En la inauguración del curso, lo único digno de mención, aparte del sobrio y sensato discurso del ministro de Instrucción Pública, fué el muy documentado, pendencioso y avanzado del catedrático de Farmacia, Sr. Casares. En él, haciendo alusiones á lo emprendido por los Estados Unidos durante la pasada (?) guerra, estudió lo conseguido por los investigadores y los químicos en este gran país y señaló algunas importantes orientaciones, que tenemos motivos para creer que serán recogidas, y según las cuales, la Ciencia química aplicada, podría en nuestro país ofrecer frutos verdaderamente fecundos para la vida material y para la riqueza de la nación.

El Sr. Casares con su discurso ha dado muestras y aun una lección á los que suponen que en actos tales, sólo las vagas especulaciones teóricas deben dejarse oír. Por esto el público y el claustro durante su lectura y al finalizar ésta, le mostraron con inequívocas aprobaciones su complacencia; y lo que vale más, en los días sucesivos hemos escuchado con gusto comentarios muy laudatorios, acerca del trabajo de nuestro ilustre amigo.

Por un artículo que reproducimos de un estimado colega y porque seguramente muchos de nuestros lectores habrán recibido la circular á que en él se hace referencia, puede comprenderse que preocupa con razón á los médicos el empleo que ha de darse á los fondos *residuales* en cierto modo, y en cierto modo insuficientes, que existen en la Caja del pasado Congreso Nacional de Medicina.

Sin que, por motivos de delicadeza que nos re-

servamos demos nuestra opinión acerca del empleo que puede darse á tales cantidades, nos limitaremos á decir que no comprendemos la duda que se plantea. Ese dinero estaba destinado á completar la *función eficaz* que había de esperarse del aludido Congreso, dedicando aquel á la impresión de las actas de éste. Es decir, dedicándole á la importante labor de dejar una muestra de los trabajos y eficacia científica de tal Asamblea que, si para tales cosas no sirven las Asambleas, no sabemos para qué sirvan, como no sea para la pueril ostentación de las inauguraciones teatrales, de los discursos pomposos de ritual, de los banquetes y de las reuniones más ó menos formales.

Pues bien; como á nuestro juicio lo importante es que hoy y mañana pueda saberse qué labor científica han aportado los elementos médicos y sanitarios á una Asamblea celebrada en 1920 ó 1919, suponemos que de lo que no puede prescindirse es de la redacción y publicación de las actas, y como para esto no habrá nadie que nos convenza de que no pueden con eficacia utilizarse las 18 000 pesetas de que aproximadamente se trata, insistimos en decir que no vemos el problema. Con 18.000 pesetas, si no pueden imprimirse íntegras todas las comunicaciones, se imprimen las ponencias y las conclusiones de cada comunicación, y si ni aun para estos alcanza la citada cantidad, imprímense solamente las conclusiones; pero al fin y al cabo, quedará un libro en el cual se consigne lo que se pensaba al celebrarse el Congreso, acerca de los asuntos palpitantes que la ciencia presentaba á su estudio y consideración. Pero todo esto comprendemos que requiere un trabajo modesto y bien disciplinado, mientras que es mucho más efectista una ruidosa inauguración, unas cuantas fiestas, no pocos banquetes con discursos encomiásticos y exagerados y alguna que otra sesión de los verdaderamente interesados en el aspecto científico de la Asamblea.

Por nuestra parte, aunque no se nos haya preguntado nada (sin duda porque la prensa muy útil y aprovechada para los bombos previos y los aplausos á tiempo no significa nada como opinión del Cuerpo Médico en este género de cuestiones), creemos que debe aún intentarse la publicación de las actas; si los señores de la Comisión gestora por fatiga de sus anteriores tareas no quieren ocuparse de ello, encarguen á otro de tal cometido, y si la

cosa resultara imposible por el tiempo transcurrido ó por otras razones, envíense los fondos á alguna institución que se encuentre seriamente constituida, como el Colegio de Huérfanos ó la Protección Médica de Señoras.

Mucho más elocuente que cuanto se ha dicho acertada ó desacertadamente en pro ó en contra del homenaje á Ramón y Cajal; más evidente que cuanto se pueda publicar con declaradas ú ocultas intenciones para el éxito ó el fracaso de la noble iniciativa, es el siguiente dato que particularmente nos suministra un distinguido médico argentino, que actualmente se encuentra entre nosotros: «En la República amiga llega la suscripción aproximadamente á la respetable suma de 3.000.000 de pesos (aproximadamente 7.000.000 de pesetas), y con ellos se tiene el propósito de dotar bolsas, becas ó pensiones para que alumnos y profesores de diferentes nacionalidades puedan venir al *Instituto Cajal* para recoger las enseñanzas del gran maestro y de sus continuadores.»

Según nuestras noticias, á este resultado brillante han contribuido, con su iniciativa, la Sociedad Cultural Española, y con su colaboración, todas las clases médicas, técnicas, mercantiles y sociales de aquel simpático país.

Comprenderán nuestros lectores cuál es nuestro regocijo al anticiparles estas noticias; sólo le enturbia la sospecha de que ella pueda producir algún dolor á los agoreros desinteresados del supuesto fracaso.

DECIO CARLÁN

El drama de un espíritu y la comedia de una vida ⁽¹⁾

POR

F. JAVIER CORTEZO

El asombro es ya una dicha;
¿Acaso no lo es también el ensueño?
E. POE.

Yo quiero suponer que Edison desprecia profundamente á sus compatriotas, y eso ahora, ahora que el diablo harto de carne quiere meterse fraile.

El problema de entonces hoy casi no existe ni en los Estados Unidos ni en parte alguna. La marcha ha asesinado el pensamiento en una pretendida competencia de velocidad y con un demostrado triunfo de utilidad.

Las impresiones ahogaron las sensaciones. Mr. Ford es el amo. Yo sé muy bien que entre nuestra juventud, con la que convivo íntima, muy íntimamente, se pasa innúmeras veces encanastado en un Ford á lo largo del

Museo del Prado sin que ni una vez ocurra detenerse y entrar. ¡Dicen que dentro hay cuadros!

Hoy, los Estados Unidos tienen una vida espiritual que entonces no tenían. Para llegar al estado actual de su significación fué precisa la formación de su sociedad en el ambiente de un esfuerzo egoísta y de incompreensión y hostilidad para toda creación inmaterial.

La ciudad de Baltimore contaba en 1813 muy pocos años de existencia. Su situación y condiciones la elevaban rápidamente en importancia, pero los formadores de su grandeza tuvieron algo que sostener que encendió más viva su intiansigencia espiritual. Baltimore fué y es la sede del catolicismo en Norteamérica. Imaginad una sociedad de colonos y comerciantes angloamericanos en estado de constitución y en lucha íntima de idealidades religiosas.

Al quedar Poe niño y huérfano, junto á la pena y el abandono halló por vez primera lo inexplicable y trastornador de su concepto de la vida. Se vió alzado de la miseria á la riqueza sin razón ni motivo, por el capricho y la bondad de una mujer estéril.

El matrimonio Allan le forman un colono de Virginia y una mujer de sentimentalidad á la inglesa que se entretiene en adoptar á Edgar. Pero la que no ha podido ser madre de sus hijos no lo sabrá ser de los ajenos. A poco de adoptado Poe, el matrimonio Allan dispónen un viaje á Europa y recorren Inglaterra y Escocia acompañados de Edgar. La señora Allan, que convenció á su esposo para la adopción de Edgar, se deja convencer por él de la utilidad de dejar al niño en un colegio cerca de Londres y volver solos á América. Esto á los dos años escasos de vivir en su compañía. ¿Está claro el carácter de los Allan? La necesidad del hijo pasó con la ficción de haberle unos meses.

El niño queda solo y á la merced de sus impresiones, no disimuladas por ningún afecto, en un magnífico colegio de Stoke-Newington.

La casa de educación del Dr. Bransby es un antiguo palacio con mucho de fortaleza y de prisión, construido para la intriga y la tragedia, que fué la vida, del tiempo truculento de la reina Isabel. Las sombrías galerías y anfractuosas estancias cobijan la sorpresa y el miedo, el frío desolado y los terrores nocturnos. Las almas infantiles vagan por sus estados agobiadas por algo que presienten, impresionadas por la voz del dómine que es para ellas como los muros húmedos del parque, como los sótanos cuencos y oscuros, como los ecos de la capilla, como los sombríos y amenazadores árboles que golpean las estrechas ojivas en las noches de tormenta.

Yo quisiera, como ante la mesa de autopsias, alzar á vuestros ojos el maravilloso cerebro de Edgar Poe. Rasgadas las meninges esclerosadas y equimóticas, limpia y pura la noble masa nerviosa, mostrarla como una vieja pieza de marfil sobre el que un artífice oriental hubiese labrado la loca historia mitológica de una religión ancestral en que los más absurdos jeroglíficos guardasen el sentido misterioso de una verdad suprema.

He aquí el cerebro. Antes de que le labre la educa-

(1) Véase el número 8.589.

ción y la cultura, recibe la pisada de un dolor angustioso. Sobre él pasa la muerte y la miseria y le enseñan, los que no debieran hacerlo, que la muerte de sus padres y la miseria de su casa es algo definitivo para su vida. Que es un miserable desventurado.

Luego apenas, aún no seco el llanto de su duelo, se ve rodeado de la riqueza y el mimo desmedido. Tiene padres, es rico, y puede ser caprichoso. ¿Por qué entonces le auguraban la desventura?

Sométense después sus impresiones á la sacudida de un gran viaje. Los amplios horizontes de los mares, las largas jornadas de los caminos, el aire sin fin, la sorpresa y asombro de las ciudades, los campos bellos y floridos, las agrestes serranías y los dulces prados de Escocia. ¡Qué grande, claro y libre es el mundo!

A poco llega un día en que con un adiós correcto le dejan sus afectos y sus mimos en medio de un salón inhóspito, de la mano de un seco gentleman de negra figura terminada por una cabeza blanca y luciente y dos manos más blancas aún, que al hablar y accionar en la sombra le dan aspecto de una magia compuesta sobre un vacío que espanta.

Por los largos pasillos del Colegio vagó con pensamiento, estremecido, y preguntó tanto á su soledad, que no tuvo más remedio que contestarse caprichosamente.

¿Sólo y triste antes? ¿Luego? ¿Ahora?

La sociedad colegial no es cómoda. Edgar es un americano, sus compañeros son ingleses. Si esto hoy es mucho, ¿qué no sería en 1816? El espíritu conservador de la aristocracia y burguesía inglesas no se pudo domar ni aun con el verbo liberal y exaltado del primer Pitt, á quien hicieron lord y noble para no confesarse convencidos por un advenedizo.

Y Edgar se vió obligado á imponerse. Un cerebro de niño que en tal momento se ve forzado á trabajar en tensión de superioridad, entra en la vía de un desequilibrio que no podrá detener más tarde.

Poe era un tipo fácil de imponerse, y se impuso á su costa.

La belleza física de Edgar fué su primer atractivo. Su cabeza pálida era un vivo juego de luz y sombras; sus cabellos oscuros coronaban una anchísima y blanca frente despejada, serena y altiva; sus hermosos ojos, sombríos y tristes, velaban la viva llama de su mirar con los iris casi violeta, por los que distraída y dulce escapaba su atención, de fácil asimilar y como impregnada de un deseo de cambiar lo visto al sabor de lo imaginado, como esa luz que cambia en oro el polvo, atravesando la obscuridad en las naves de una Catedral solitarias; la nariz noble y recta de un patricio; la boca fina y pronta á la sonrisa; el cuerpo bien ponderado y ágil; la mano y el pie nobles y chicos; mediada la estatura; desenfadada y natural la marcha; el ademán y las maneras distinguidas; la voz dulce; el concepto fácil; enérgica y digna la actitud; sencillas y elegantes las costumbres.

Así era Poe al salir del colegio de Inglaterra para dirigirse nuevamente á casa de sus padres adoptivos en Richmond (Virginia).

Anda por ahí, en pluma de ganso, cuando no en pe-

zuña de asno, que Poe demostró en el colegio de Stoke-Newington ser un espíritu lleno de violentas pasiones y depravadas costumbres.

Quienes tal dicen, y dicen también que entró en él en 1815 (¡á los dos años!) leyeron, sin digerirle, su admirable relato *Williams Wilson*.

Conociendo esta aventura maravillosa y sabiendo que Edgar tenía al salir del Colegio inglés diez años, basta para deshacer tamaña impostura.

¿Supone alguien á un niño de menos de diez años, borracho, pervertido y fullero en el juego, ganando y derrochando gruesas sumas de libras esterlinas?

Poe se impuso en el Colegio por su claro talento, por su fácil asimilación de los conocimientos á él ofrecidos, por su destreza en los deportes, por su simpatía y atractivo. Poe se *pervirtió* en el colegio porque llenó su alma de sombras y se *emborrachó* de quimeras y adivinó los tigres y las hienas en las heladas palabras de aquellos gentlemens en agraz y en las garras aceradas de sus manitas ávidas y crueles.

Ya en Virginia, desde 1822 á 1825 vive el ambiente de riqueza y tranquilidad de la casa de los Allan.

Durante estos tres años se ponen los cimientos á su exquisita educación; pero lo selecto de los maestros y pródigo del apoyo que los Allan le prestan, están horros de afecto, y Edgar desenvuelve su infancia en una inexplicable condición que le hace indómito por su facilidad, apasionado y vehemente por su temperamento nervioso, terreno fácil á toda sugestión, imaginativo y soñador por lo que no sabe explicarse, caviloso y sombrío por lo que comprende.

La incubación del genio, en cualquier manifestación, es obra del ambiente, por cuanto son determinaciones espirituales que marchaban rectas y se han refractado como la luz en el agua ó un espejo. El valor de un talento es como un número en lo absoluto y en su valor relativo también. Cronwel, Cervantes, Wagner, Rubens, Teresa de Avila, Leopardi, Pasteur, Cajal, Marconi y tantos y tantos que fueron la unidad á que amontonó ceros y ceros al infinito el ambiente con que se produjeron.

Las saturnales del Imperio hacen cantar á Ovidio, y la locura revolucionaria aupa al corso hasta las gradas de los tronos, sobre los que pasa ya él como Lenin sobre la tiranía zarista, ó como Wilson sobre el crimen sanglante de la guerra.

Es siempre el genio, dejando tras su paso la hirviente estela de sus coletazos de monstruo, en cuya espuma se ahogarán las torpes inquisitorias de su razón de haber sido.

A los trece años ingresa Edgar en la Universidad de Charlottesville y allí sufre su primer choque con la realidad su alma soñadora.

Nuevamente abandonado á sí mismo, aquel ambiente no es el de Stoke-Newington. Una Universidad americana en 1826 acoge al descendiente de los generales de la Independencia, al adoptado del rico colono, con una halagadora tolerancia y distinción.

Poe es rico y gasta. Su pensión es fuerte y esto le rodea de amistades tórpidas.

Edgar brilla por sus aptitudes para las ciencias físicas y matemáticas. No es nuevo ni único el caso.

El misterio de las leyes físicas atrae y cautiva la imaginación. Un teorema es una bella balada bien compuesta á la fatalidad. Los números tienen una espiritualidad que encanta, sólo el alma materialista puede envilecer su sentido como envilecería la Iliada, si de algo le sirviera.

El ejemplo y el impulso de su temprana naturaleza le llevan á una vida alocada, que la facilidad de sus medios hace escandalosa.

Es vida de estudiante. Señor, quien tirase aquí la primera piedra, no sería un justo, sería un imbécil.

Diffícil para admitir la corrección, alcanza al fin el honor de que le expulsen.

Richmond le ahoga con su ambiente campesino en aquellos momentos en que estalla toda su juvenil naturaleza, y dá en la pasión del juego como quien pela un mimbre, por hacer algo.

Por causa de una deuda regaña con Mr. Allan y esto le decide á marchar.

Poe á estas alturas ha pillado menos borracheras que cualquiera de los hombres que en el mundo han sido.

Tiene sed, mucha sed de ideal, de aventura, de vida, porque su vida ha sido la mejor fomentadora de ese afán, y á los quince años se escapa á Grecia para luchar por ella contra el infiel turco.

Decid si no es este un razgo que pinta un temperamento y una vida.

* * *

Existen en el curso del desarrollo normal de todos los normales seres, momentos de desequilibrio producido por el mismo progresivo perfeccionamiento de sus funcionalidades múltiples, que al sumarse en la única resultante de la vida, la impresionan é infinidad de veces la influencian en una tonalidad que no llega á ser definitiva, pero que momentáneamente acusa lo que pudiéramos llamar perturbaciones normales.

Es más escandalosa esta normal anormalidad en las funciones de relación que en las vegetativas, y de aquéllas es en el intelecto do mayor fuente de juicios errados proporciona á los enjuiciadores.

¿A qué recordar, por limitado que sea, no se ofrecerán miles de ejemplos de esta vulgar aseveración?

Pero ocurre que el juicio ni perdura ni se aquilata en lo que es vulgar y, por contra, sutilizase hasta el disparate en los casos que importa el lucimiento de mostrarle ó la maldad de ejercerle.

Edgar Poe, como cualquiera otro ser, más que otros muchos por lo selecto de su intelectualidad, estuvo sujeto á estas normales perturbaciones, y de ellas se pretendió extraer la madre de una obra total, sin separar debidamente las causas de sus efectos. Desde luego que hoy ningún muchacho de quince años enciende su idealismo cientos de leguas lejos de su patria y pone en hacer causa ni con griegos ni con turcos su bienestar y su vida en jugada tan maravillosa.

Cuántas empresas dieron al mundo una bella razón

de su existencia, si tildadas no fueron de locura, fuéronlo como menos de insensatas.

La época y el momento de su vida en que tal hizo Poe, poniéndose á un lado en fecha y tiempo, no puede por menos de hermanarnos con el espíritu de su aventura.

¿Qué logró en ella; qué hizo; dónde marcó las huellas de sus pasos?

¡Aventuras, aventuras, aventuras!

Una juventud gallardamente paseada por el mundo romántico de Europa, hasta dar mísero y perseguido en el amparo de Mr. Middleton, ministro norteamericano en San Petersburgo, que sacándole por los pelos de las garras de la policía zarista, le envió á su país natal, doctorado en la universidad de la vida, con el cerebro pletórico de fantásticas impresiones y de rudos desengaños y amarguras.

En 1829, á los diez y seis años, está ya de vuelta de algo, este ser excepcional en velocidad de asimilación y de apetencia, por el ideal confuso que su infancia y su juventud le han sugerido.

¡Cuánto no ha variado él y cuán poco cambió el ambiente que le acoge de nuevo en Norteamérica!

La carrera militar le llama con galante espejismo y misterioso impulso de abolengo. Entra en la Escuela Militar de West-Point y se impone por su inteligencia y se indispone por su rebeldía. ¿Puede nadie suponer un espíritu, de tales antecedentes, capaz de la subordinación marcial ni aun de la dulce de una disciplina democrática?

Vuelve á Richmond y ve morir á la señora Allan y ve casarse nuevamente al viejo viudo con una mujer joven y hermosa.

La segunda mujer de un viejo rico, que es joven y bella y encuentra en su nuevo hogar un hijo adoptivo que es una amenaza para sus ambiciones y para su probable descendencia, es fuerza que siembre la discordia, que es su mejor arma, y aún más, si este intruso es notablemente hermoso, y atractivo y la vida es monótona en el campo y se sospecha la ironía en quien juzga menos que nosotros las acciones, que crean su propio conflicto.

El peligro, cuando no se ama, debe sernos indiferente para que nuestros actos sean libres y dignos; si le odiamos, nuestras acciones serán siempre viles y cobardes.

Si Edgar Poe hubiera demostrado ser en su vida y reflejado en su extensa obra literaria, un hombre sensual, débil á los deseos de la carne, forjador de amoríos y burlador de mujeres, la farsa extendida de su profanación del honor de Mr. Allan como motivo de su definitivo abandono de esta familia, tendría probabilidades de realidad.

Pero Edgar es un idealista, un perfecto caballero en todos sus actos, un hombre para quien fueron los más exquisitos defensores las mujeres que frecuentaron su amistad. En su obra literaria no hay un relato amoroso, no ya crudo, ni acaso sentimental; el plano de sus disquisiciones amoratorias es más alto, es de una idealidad ultra-irrealista, simbolista, mejor dicho. Su

esposa, sus amigas y, caso peregrino, su suegra adoraron en él al delicadísimo hombre de correcto trato y maneras.

Poe tenía diez y siete ó diez y ocho años, cuando su padre adoptivo casó nuevamente.

Era extraordinariamente hermoso, era de esos hombres que hacen volver la vista á ellos á su paso, con un indecible encanto de melancolía y de ensueño en su mirada y en su conversación.

Poe era terriblemente peligroso para tratado íntimamente por una mujer. Bien pudo ser la señora Allan, que por su actitud nos hace sospechar, quien sintiese la lanzada del deseo y el despecho de una acogida fría desatase su malquerencia á Edgar.

¡Es esto tan humano!

Mr. Allan siguió por mucho tiempo proporcionando una pensión á Poe, y esto es un dato.

Al dejar Richmond, marchó Edgar á Baltimore y vivió con la familia Clemm.

La señora Clemm, hermana del padre de Edgar, era viuda y pobre, tenía una hija, Virginia, que más tarde casó con el poeta y vivían ambas de su trabajo.

Edgar llegó á aquel hogar y comenzó su vida de hombre por darse cuenta de ser una carga y necesitar ayudar á quienes le ayudaban.

El árbol ya está arraigado y pletórico de savia; semilla de estudiante, de soldado, de aventurero, cernida en el desamparo, en la riqueza luego y más luego en nueva miseria; todo un arbitrario conjunto de acontecimientos, de sentimientos y de pasiones, actitudes y estudios han formado el lecho de sus raíces; una melancólica primavera de desencanto y juventud perdida va á presidir el brote de sus ramas. ¿Qué cosa podrá dar antes que flores? Flores de extrañísimo color y perfume de selva y de palacio, flores que no van al sol ni á los mercados, flores que caen al húmedo cuenco en que funda su planta, deshechas en suave y callada lluvia como un llanto de amor ideal, y sólo son para los que luego gusten el fruto que anunciaron. Edgar nada tenía, nada era, nada podía hacer, y hacía poemas mientras culpaba al destino de su miserable impotencia.

¡Edgar ya era poeta!

Pretende una vieja farsa escandinava, que como donara un día el Hacedor de Todo, á cada cual, la parte de su obra más obligada á su concepto, tocóle al ladrón afanes por lo ajeno que nunca le permitiesen el contento de lo poseído; al sacerdote, poco que poder dar para que mayor fuese el peso de lo dado y tanta fe que la diese por poco; al minero, el oro largo, y corto su disfrute; al árbol, tierra que le diese ramas y aire que las asolara con sus besos; las aguas, al mar que las amargara; á las fieras, la selva solitaria; abejas á las flores, y nieve á la cabeza de las viejas montañas altivas, y rumores y aromas á los vientos, y tal á tal su bien y su castigo, cosa á cosa, hasta quedar sin nada en el reparto. Sólo el polvo de las pasiones quedó al final cubriendo su regazo amparador de tanto don donado, y soplando sobre él por quedar limpio, lanzólo al es-

pacio azul que se cubrió de chispas luminosas. Llegóse en esto el Poeta y dolido exclamó: ¿Y á mí, Señor, me habéis olvidado, que nada me disteis?

Y el Hacedor, mirándole con dulzura, le respondió: ¿Qué puedo darte á ti, si todo es tuyo?

(Se continuará.)

LA SANIDAD Y LOS SEGUROS SOCIALES

La beneficencia particular tuvo su principal origen en las ideas del Cristianismo, y por eso durante muchos siglos tuvo un carácter esencialmente eclesiástico. Hoy mismo, en nuestro país, la mayor parte de las instituciones benéficas tienen un sello piadoso y obedecen singularmente al sentimiento religioso. En esta clase de beneficencia particular hay un lado moral, altamente simpático, nacido del movimiento espontáneo y generoso de la voluntad del donante en favor de los pobres, merced, las más de las veces, al sentimiento cristiano que le inspira; pero sus fines son puramente sentimentales, y no entran para nada en el estudio de las causas del pauperismo y de los medios de prevenirlo. Por esa razón, no obstante la cantidad de sentimiento caritativo derrochado en el mundo desde los principios del Cristianismo acá, el resultado útil para precaver las causas de la pobreza y de la indigencia ha sido relativamente escaso, aunque la obra de caridad en sí, de amor verdadero al prójimo, desarrollada por el sentimiento cristiano en el transcurso de los siglos, haya sido verdaderamente enorme.

Es cierto que con el progreso de los tiempos ha disminuido el número proporcional de pobres é indigentes; pero eso obedece á otras causas relacionadas con el desarrollo de la riqueza general, de la agricultura, de las artes, de las industrias, del comercio, etc., y con la creación y desenvolvimiento simultáneo de ciertas instituciones sociales de previsión.

Al lado de las instituciones benéficas de carácter particular, y pretendiendo hasta cierto punto sustituirlas, apareció y se organizó en los pueblos la Beneficencia llamada oficial. Este movimiento de la asistencia pública con carácter oficial se presentó potente, singularmente á fines del siglo XVIII en Europa, y obedeció á la influencia de las ideas de los enciclopedistas y de la Revolución francesa acerca de los derechos del hombre. Hasta entonces el pobre había recibido el amparo de los demás por un acto de generosidad de los individuos ó de la sociedad; los cuales, movidos por un sentimiento filantrópico espontáneo y libre, realizaban la caridad, ya obedeciendo á un mandato de carácter religioso, ó ya solamente por la satisfacción íntima moral de realizar el bien, pero sin que pudiesen los desvalidos ostentar ningún derecho á ser socorridos y amparados por la sociedad en que vivían. Al cambiar las ideas jurídicas y filosóficas respecto á las relaciones del hombre con la sociedad, y realizarse en el mundo el cambio radical que en la organización política de los pueblos trajo consigo la Revolución, se proclamó y

(1) Véase el número anterior.

aceptó por todos que la sociedad tiene deberes con el ciudadano, y el ciudadano derechos indiscutibles é inalienables con relación á la sociedad, entre los cuales se encuentran como principales el derecho al trabajo y el derecho de ser asistido por la colectividad en caso de indigencia y de enfermedad. La Convención en Francia declaró que la asistencia pública de los pobres era una deuda sagrada; y la Constitución del 93 afirmó que era un deber de la sociedad asegurar la subsistencia de los individuos necesitados.

Estas ideas filosóficas, que al principio parecían meras abstracciones imaginativas de los apóstoles de la Revolución, fueron poco á poco cristalizando en leyes positivas, en virtud de las que se creó en los distintos países la regulación de la Beneficencia oficial dirigida á combatir y remediar el pauperismo. Nada más interesante que conocer la historia de la Beneficencia oficial en los distintos pueblos de Europa y América. El país que quizás haya cuidado más de su Beneficencia pública ha sido Inglaterra, la cual, con su ley de pobres, sus workhouses ó asilos-talleres, donde se obliga á trabajar á todos los indigentes que pueden hacer algo, sus hospitales de mendigos, sus hospicios de ancianos é inválidos, los de niños huérfanos y abandonados, y sobre todo, el socorro á domicilio administrado por la célebre Oficina de los Tutores de los pobres (Board of guardians of the poor), constituye la más perfecta organización oficial que de la asistencia pública se ha podido concebir. Así y todo, las censuras y críticas de este complejo sistema de la Beneficencia en Inglaterra han conducido estos últimos años á los políticos ingleses á buscar algo mejor que ese paliativo de la asistencia de los indigentes, procurando hacer desaparecer las causas mismas que determinan la indigencia por medio de diversas leyes sociales, y singularmente con la ley del seguro obligatorio contra la enfermedad, la invalidez y el paro forzoso establecida por Lloyd George en 1911.

En Alemania la Beneficencia oficial se rige por la ley llamada del domicilio de socorro (Unterstützungswohnsitzgesetz), sancionada por la Confederación alemana del Norte á mediados del siglo XIX y extendida en 1870 á todo el Imperio. Esta ley tiene por objeto la asistencia gratuita á los pobres, con carácter laico y obligatorio por medio de asilos, hospicios, hospitales, asistencia médica gratuita y socorros á domicilio. En caso necesario, los Municipios se unen entre sí, como también los distritos y provincias, para atender á la asistencia de los pobres en su territorio correspondiente; y es de notar la estrecha colaboración que existe en Alemania entre las autoridades y los particulares en la obra filantrópica de la Beneficencia oficial, si bien no llegaron los alemanes nunca al grado de organización que sobre este punto alcanzaran los ingleses.

(Continuará.)

DE MUCHO INTERÉS PARA TODOS

Hay más de 17 000 pesetas pendientes de un plebiscito. ¿Qué se debería hacer con ese dinero?

Hemos recibido una circular que la Comisión organizadora del I Congreso Nacional de Medicina, celebrado en

Madrid en Abril de 1919, ha dirigido á los que fueron miembros de aquel Congreso.

En esa circular queda probado, con cifras, cómo les fué imposible, por motivos de índole económica, publicar las ACTAS de aquella Asamblea, cuyo coste total de impresión hubiera ascendido á unas 63.000 pesetas. Aun cuando ello sea muy lamentable, no hay más que resignarse ante la realidad de los números.

Otra de las finalidades, acaso la principal, que se ha perseguido con la publicación de la circular á que aludimos, es la de rendir cuentas, haciendo el balance de las de Tesorería, cosa que no se había realizado hasta ahora esperando, sin duda, á hacerlo conjuntamente con las «actas».

Nada tenemos que decir del resumen presentado de ingresos y de gastos por todos conceptos, y cuyo detalle, con los justificantes de *todas las partidas*, estarán durante un año en la secretaría del Congreso (Fernando VI, 4, Madrid), á disposición de toda persona que desee examinarlo... Pudieron, quizás, haberse desmenuzado algo más las partidas, ser más extensos los comentarios que en esas hojas figuran..., pero todo ello hubiera requerido un gasto mayor de coste de la circular, sin finalidad práctica alguna. Así, pues, elogiamos la actuación de los firmantes de ese impreso, en cuanto se refiere á los dos extremos apuntados.

Y llegamos al último punto tratado en la circular, que es, á nuestro juicio, el que merece alguna discusión. Nos referimos á la APLICACIÓN QUE HA DE DARSE Á LAS 17.712,03 PESETAS que como fondos remanentes de aquel Congreso, existen depositadas en el Banco Español del Río de la Plata.

Esto, creemos que merece una detenida atención, no sólo de los que fueron congresistas, sino de la clase médica en general.

En la circular á que nos venimos refiriendo, se expone la petición hecha á los firmantes, por los señores de la Comisión organizadora del futuro Congreso de Reorganización Sanitaria, del remanente, es decir, de esas 17.000 pesetas, que habrían de servir para auxiliar los trabajos conducentes á la realización del Congreso Sanitario.

Antes de seguir adelante, nos conviene salir al paso de toda suspicacia, declarando: 1.º, que desde sus primeras actuaciones, los organizadores del Congreso de Reorganización Sanitaria nos honraron con el inmerecido título de Individuo de dicha Comisión (1), cargo que hemos ostentado orgulloso hasta el momento presente, en que con motivo de la circular que inspiró este artículo, hemos recabado nuestra libertad de acción, presentando nuestra dimisión al señor presidente de la Junta organizadora del Congreso de Reorganización Sanitaria; 2.º, esto aparte, fuimos y seguimos siendo entusiastas de la idea que preside y de las altas finalidades patrióticas que persiguen los organizadores del Congreso de Reorganización Sanitaria, á muchas de cuyas Juntas asistimos, siendo testigos del entusiasmo que ponen todos en su árdua tarea.

Ahora bien, nuestro convencimiento de la gran labor que va á acometer el futuro Congreso, no tiene nada que ver, es cosa aparte, para que, con arreglo á nuestro criterio, censuremos la petición de esa suma para auxiliar á los gastos que origine la organización del Congreso de Reorganización Sanitaria, que nada tiene que ver con el pasado I Congreso Nacional de Medicina, al que pertenece el saldo de las pesetas 17.712.

Pero aún hay más, y es la premura de días con que los

(1) Se nos nombró para esa Junta, mucho antes de la publicación de *Vida Médica*.

firmantes de la circular solicitan las contestaciones de aquellos congresistas, para dar aplicación á ese fondo. Creemos que después de haber pasado tres años desde que aquella cantidad está depositada en un Banco, sin haberla dado utilización, no está justificado el solicitar la contestación de los numerosos congresistas del I Congreso Nacional de Medicina, dando para ello sólo el plazo de unos días (1). Consideramos que el plazo de este plebiscito debería ser ampliado, á fin de que pudieran enviar sus respuestas todos los que fueron congresistas, ó, lo que sería mejor, todos los médicos, pues que á intereses que ya pueden considerarse como del *pro-común* se refiere. *Vida Médica* se honraría con la publicación de las opiniones de todos, fueran ó no consideradas como válidas para la votación, pero que á nuestro entender representarían un más alto valor: ser la opinión de la clase, la conciencia colectiva.

MI VOTO

En la postal que acompaña á la circular, y dirigida á la JUNTA DE ORGANIZACIÓN DEL I CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA se lee lo siguiente:

(Para remitir antes del 30 de Septiembre)

«Contestando á la pregunta formulada en la circular de la Junta del I Congreso Nacional de Medicina, voto porque los fondos remanentes que existen en poder de esa Junta sean aplicados...»

En las líneas de puntos que siguen, hemos escrito nuestra contestación, que es:

«LA MITAD DE ESA CANTIDAD, PARA EL COLEGIO DE HUERFANOS (condicionada, á ser posible, para el aumento del número de acogidos); LA OTRA MITAD, PARA DONATIVOS DE 500 PESETAS A LOS MEDICOS ANCIANOS Y DESVALIDOS.»

¿Es qué cabe dar mejor empleo á esas 17.000 pesetas, que dedicarlas á hacer menos sombrío el porvenir de unas cuantas criaturas y á dulcificar un tanto la triste situación de los compañeros más necesitados?...

E. MESONERO ROMANOS.

(De nuestro estimado colega *Vida Médica*.)

VIAJE DE ESTUDIO A CALDAS DE OVIEDO

El día 8 de Septiembre se celebró en el Balneario de Caldas de Oviedo un acto de confraternidad médica al mismo tiempo que de estudio hidrológico, que fuera de desear se repitiera frecuentemente en otros Balnearios para difundir el conocimiento de nuestras aguas minerales.

A instancias del profesor auxiliar de Hidrología médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, se reunieron unos treinta médicos de Asturias y Madrid en dicho Balneario, donde fueron entusiastamente recibidos por el gerente de la Sociedad de las Caldas Sr. Builla y espléndidamente agasajados con un banquete.

Acompañados de dicho señor y del médico director doctor Manzaneque, recorrieron todas las dependencias del Balneario, teniendo para todas palabras de elogio y fijando una especial atención en el caudaloso manantial de aguas hipotermiales, azoadas y radiactivas que iluminado con luz eléctrica ofrecía fantástico aspecto en la gruta natural donde emerge.

Después el Dr. Viñals leyó unas bien escritas cuartillas sobre motivos de Hidrología general, que fueron premiadas con aplausos y el Dr. Manzaneque, director del Balneario, hizo una breve pero razonada exposición de la Clínica de las Caldas con fácil palabra y perfecto conocimiento del asunto. También escuchó nutridos aplausos este viejo médico hidrólogo que aún conserva para estos casos los arrestos de la juventud.

El insigne rector de la Universidad Central Dr. José Carracedo cerró esta brillante sesión manifestándose como

(1) Recibimos la circular hacia el 20 del mes pasado.

ejemplo vivo de las virtudes medicinales de estas aguas, á las cuales acude por agradecimiento de haberle curado unos rebeldes y pertinaces. Cautivó al auditorio con su palabra suave y persuasiva.

MONTEPIÓ FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

Dña Carmen Fernández y Alvarez, viuda de D. Alberto Martín y Muñoz, solicita pensión de viudedad.

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

Madrid, 15 de Septiembre de 1922.—El secretario general, *Marín*.

1

Dña María Teresa Sánchez y Salas, huérfana de don Faustino Sánchez, solicita pensión de orfandad.

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

Madrid, 18 de Septiembre de 1922.—El secretario general, *Marín*.

1

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,1; ídem mínima 701,4; temperatura máxima, 30°,6; ídem mínima, 7°,8; vientos dominantes, NE. E.

Pocas variaciones se han observado en el estado de la salud pública en Madrid: siguen todos los afectos causados por el descenso de la temperatura manifestándose en sus formas agudas ó en las complicaciones de las enfermedades crónicas. Las infecciones de localización intestinal son menos frecuentes que otros años en igual época, y en los niños no se observa ninguna enfermedad con carácter epidémico.

Crónicas.

El caso de las Hurdes por toda España.—En números anteriores hemos dado cuenta de casos lamentabilísimos de incultura sanitarioadministrativa.

Para aumentar la estadística que puede ir formando la opinión, y si quieren tomarse la molestia también los gobernantes, reproducimos los dos siguientes telegramas publicados en la prensa diaria:

«León, 21 (12 m.).—En el pueblo de Vega del Condado, el día 17 del corriente la esposa del vecino Nicolas Viejo puso en conocimiento del alcalde que su marido se encontraba bastante mal, y que por tanto le rogaba la asistencia médica municipal. El alcalde la contestó que el Ayuntamiento no tenía médico titular, y debido al caciquismo que allí reina, los médicos que había en el pueblo se negaron á prestarla asistencia, dejando morir á Nicolás. Este hecho tan poco humanitario está siendo muy censurado.»

«Málaga, 26.—El gobernador civil habló á los periodistas del peligro en que se halla el vecindario de Igualaja.

En aquel pueblo no existían médico ni farmacia y se padecían fiebres que diezaban al vecindario. Hace tiempo hizo una visita el inspector provincial de Sanidad, quien ordenó la desecación de unas charcas pestilentes que inundaban el pueblo, y para conseguirlo tuvo que luchar con la pasividad del Municipio.

Posteriormente se envió un médico; pero éste se ve ahora obligado á dimitir el cargo porque el Ayuntamiento no tiene recursos para pagarle, ni encuentra albergue, ni medios de vida, ni ayuda por parte de nadie.

El gobernador ha dicho que pedirá á la Comisión provincial que atienda á este servicio con cargo al capítulo de calamidades, y arbitre medios para que Igualaja tenga médico y medicinas.»

Curso libre en el Hospital de la Princesa.—El día 1.º de Octubre dió comienzo el Dr. Banc y Fortacin á un curso libre de Clínica Quirúrgica y Ginecológica en su servicio del Hospital de la Princesa. Para detalles é inscripciones dirigirse á dicho doctor (Victor Hugo, 1), los días laborables de tres á cinco de la tarde, hasta el 15 de Octubre próximo.

Apertura de curso. Distribución de premios.—En la lista de premios leída por el secretario de la Universidad Central en el acto solemne de la inauguración del curso celebrado el día 1.º de Octubre figuraban los siguientes alumnos:

FACULTAD DE MEDICINA.—Premios extraordinarios en el grado de licenciado:

D. Juan Planelles Ripoll, D. Vicente Sanchiz Perpigná, D. Angel Jorro Azcune y D. Santiago Pérez Vázquez.

Premios extraordinarios en el grado de doctor:

D. Manuel Bermejillo Martínez y D. Joaquín Caldevilla Carnicero.

Premios especiales de fundaciones docentes particulares a favor de la Facultad:

Premio del Dr. Martínez Molina (500 pesetas en metálico).—D. Ricardo Bueno é Ituarte.

Premio del Dr. Ribera (500 pesetas en metálico).—Don Santiago Pérez Vázquez.

FACULTAD DE FARMACIA.—Premios extraordinarios en el grado de licenciado:

D. José Esteve Monasterio y D. Felipe Gracia Dorado.

Los alumnos premiados fueron llegando a la mesa presidencial para recibir los correspondientes diplomas de manos del ministro de Instrucción Pública.

Todos ellos fueron muy aplaudidos.

Después el Sr. Montejó declaró abierto el curso de 1922 a 1923.

Curso de enfermedades del aparato digestivo del niño.—Organizado por la Sociedad de Pediatría de Madrid, se dará el siguiente curso del 16 al 31 de Octubre:

Día 16.—Enfermedades del esófago: Dr. Hinojar.

Día 17.—Vómitos, diarrea y estreñimiento: Dr. García del Real.

Día 18.—Dietética de las enfermedades gastrointestinales en la infancia: Dr. Bravo Frías.

Día 19.—Etiología de los trastornos gastrointestinales en los niños: Dr. García Martínez.

Día 20.—Estenosis congénita del píloro: Dr. Suñer.

Día 21.—Dispepsia gastrointestinal: Dr. Romeo.

Día 23.—Gastroenteritis: Dr. Cavenget.

Día 24.—Tuberculosis del aparato digestivo de los niños: Dr. Martín González-Alvarez.

Día 25.—Heces fecales y flora intestinal en los niños: Dr. Zappino.

Día 26.—Dermatosis de origen gastrointestinal: Dr. Velasco Pajares.

Día 27.—Tratamiento hidromineral de las enfermedades del aparato digestivo del niño: Dr. Vázquez-Lefort.

Día 28.—Invaginación intestinal en la infancia: doctor Olivares.

Día 30.—Apendicitis en los niños: Dr. Garrido-Lestache.

Día 31.—Deformidades congénitas del intestino: doctor Arquellada.

Las inscripciones gratuitas se harán en la Secretaría de la Sociedad, Gran Vía, 8 y 18 (Colegio de Médicos).

Las lecciones se darán en el domicilio de la Sociedad a las siete de la tarde.

Mientras dure el curso, todos los profesores que dan las lecciones teóricas darán cursos prácticos gratuitos en sus respectivas clínicas.

En el Instituto Rubio. Inauguración de curso.—El lunes, día 2, se celebró en el Instituto Rubio el solemne acto de apertura de curso.

Una hora antes se dijo en la capilla del Instituto una misa por el alma de su fundador el Dr. D. Federico Rubio y Galí, a cuyo monumento, situado en el Parque del Oeste, fué toda la concurrencia a depositar una corona de flores.

El acto resultó brillantísimo.

Forensías.—Se hallan vacantes, según la *Gaceta* del día 4 del actual, las siguientes plazas de médicos forenses y de la Prisiones preventivas:

Con categoría de término y para proveerse por traslación, la del Juzgado del distrito de San Miguel de la Frontera; y por concurso, las del distrito del Instituto, de la Coruña, y del distrito del Hospital de Bilbao, de nueva creación.

Los solicitantes dirigirán sus instancias a los presidentes de las Audiencias territoriales correspondientes, por conducto del juez del partido, dentro del plazo de treinta días naturales, a contar de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Instituto Medicoquirúrgico de la Encarnación.—El 1.º de Octubre se reanudaron en este Instituto, Ayala, 59,

las consultas gratuitas para pobres, en los días y horas que se indican y a cargo de los profesores que se señalan:

Dr. Castillo y Ruiz: Oftalmología, martes, jueves y sábados, once mañana.

Dr. Herrero y García: Cirugía general, martes, jueves y sábados, cinco tarde.

Dr. Botín: Ginecología, lunes, miércoles y viernes, nueve mañana.

Dr. Blanc: Cirugía de los niños, lunes, miércoles y viernes, once mañana.

Dr. López Durán: Medicina general, lunes, miércoles y viernes, seis y media tarde.

Dr. Sousa: Pulmón y corazón, jueves, cinco tarde.

Dr. Miraved: Vías urinarias, martes, jueves y sábados, diez mañana.

Dr. Nonell: Piel y sífilis, martes y sábados, nueve y media mañana.

Dr. Jiménez Encina: Otorrinolaringología, martes, jueves y sábados, diez mañana.

Dr. Casadesús: Otorrinolaringología, lunes, miércoles y viernes, diez mañana.

Dr. Palacios y Olmedo: Huesos y articulaciones, martes y sábados, doce mañana.

Dr. Tena y Sicilia: Enfermedades de los niños, cinco tarde.

Dr. González Campo: Aparato digestivo, lunes y viernes, nueve mañana.

Dr. Villaverde: Neurología, martes y viernes, nueve mañana.

Dr. D. Carmona: Embarazo, martes, jueves y sábados, nueve y media mañana.

Dr. Rodrigo: Odontología, todos los días, nueve mañana.

Los profesores citados darán enseñanza de sus especialidades, sin retribución alguna, a los médicos y estudiantes de Medicina que deseen recibirla.

Se organizan diversos cursos prácticos, comenzando a primeros de Noviembre los de enfermedades del aparato digestivo, Otorrinolaringología y Oftalmología por los doctores G. Campo, J. Encina y Castillo, respectivamente.

Excipiente inerte.—Los grandes hombres son a ratos genios, a ratos niños, y siempre incompletos.

Aprender las cosas en los libros equivale a aprender a pintar copiando cuadros, siquiera sean obras maestras. Aprender las cosas en sí, es copiar del natural. No niego que un buen copista, es decir, un bibliófilo, pueda hacer obra útil y estimable; pero lo que sí niego es que llegue a ser nunca un gran maestro

(Ich.)

Quinarfer.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana, de Madrid (Carrera de San Gerónimo, 1), cuya lectura recomendamos.

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



Orostelle Raimost
vino sin alcohol

Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus gástricos*. A. J. S. y ESCOFET. Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caquexias, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.ª de la Cabeza, 1