

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	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. SANCHIS SANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	E. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

Glennola 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 Clínicas 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 reacción de Fähræus en Ginecología, por el Dr. García Casal.—Contribución al estudio clínico de la endometritis puerperal, por el Dr. Luis G. Gret.—Sobre el tratamiento quirúrgico de las nefritis, por el Dr. Angel Pulido Martín.—Ideas actuales sobre el neurotropismo, discurso del Dr. S. F. Tello.—Periódicos médicos.

LA REACCIÓN DE FÄHRAEUS EN GINECOLOGÍA

POR EL

DR. GARCÍA CASAL

Tecólogo y ginecólogo del Real Hospital del Buen Suceso.

La velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos ha sido observada desde la antigüedad. Los médicos de aquellos tiempos, con la extensa práctica de la sangría, habían observado que cuando la sangre se coagulaba muy lentamente, como en las hemofílicas, que tarda varias horas, los glóbulos rojos se sedimentaban antes que se presentara la coagulación y el coágulo tomaba un aspecto bicolor, constituido de dos partes: una superior, plasmática más ó menos, completamente privada de glóbulos rojos, y otra inferior, rica en glóbulos y pobre en plasma. Este es el tipo de coagulación llamada plasmática por Gilbert y Weil. Pero en las enfermedades inflamatorias también habían observado este tipo de coagulación, en que el coágulo está recubierto en su parte superior de una capa blanquecina ó sonrosada, llamada por los antiguos «crusta floagística», y que no existiendo un retraso en la coagulación lo achacaban á una mayor aceleración de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos, verificándose la sedimentación antes que la coagulación.

En el año 1797, J. Hunter encontró que los glóbu-

los rojos de sangre inflamada, tanto en su propio suero como en suero de sangre sana, precipitaban más rápidamente que los glóbulos rojos de sangre sana en suero de sangre inflamada y en sangre propia.

Más tarde, á mediados del siglo pasado, aparecieron varios trabajos de Hermasen Nasse, Hohannes Muller, John Davy y otros, en los cuales se trataba ya de investigar las causas de la aceleración.

Pero la primera nota clínica importante la dió Fähræus el 1.º de Diciembre de 1917, en una comunicación á la Asamblea de Cirujanos y Ginecólogos, en Estocolmo, sobre la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos de la sangre como diagnóstico diferencial del embarazo; Fähræus había observado que los glóbulos rojos de la sangre de las embarazadas, hecha artificialmente incoagulable, precipitaban más rápidamente que los de las no embarazadas, y como esto se efectuaba de una manera constante, podía diagnosticar una gestación con sólo la observación de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos.

Este fenómeno lo puso en evidencia *in vivo* é *in vitro*; *in vivo*, elegía un trozo de 10 centímetros de vena superficial del brazo que no tuviera colaterales, y lo aislaba con dos ligaduras con tubo de goma en los extremos del trozo venoso elegido; dejando el brazo en posición vertical, después de haber pasado quince minutos puncionaba la porción superior del segmento venoso, no sacando más que plasma, y si aspiraba en

el extremo inferior sangre rica en glóbulos; si la vena era superficial y muy visible, después de dicho tiempo se veía decolorada la parte superior del trozo venoso, en tanto que la inferior quedaba azulada; todo esto no se podía observar en las mujeres no embarazadas. *In vitro*, observaba mejor la sedimentación; tomaba un tubo de ensayo de 17 centímetros de largo, que contenía 2 c. c. de solución de citrato sódico al 2 por 100, echando directamente la sangre por punción de una vena de la flexura del codo hasta llegar a los 10 c. c., ó sea 8 c. c. de sangre; mezclaba bien por agitación el contenido del tubo y lo dejaba en reposo, apuntando la hora; los glóbulos rojos al sedimentar dejaban una zona clara de plasma en la parte superior, y como la superficie de separación entre los glóbulos rojos y el plasma es casi siempre muy marcada, observaba muy bien macroscópicamente el descenso paulatino de dicha superficie hasta la sedimentación completa. Para Fähræus lo que le servía de término de comparación era la medida de la altura de la columna de plasma tomada a la hora de haber empezado la sedimentación.

Linzenmeier en el año 1920 publicó en *Zentralblatt f. G.* núm. 30, un artículo modificando y simplificando el método de Fähræus; utiliza un tubo de ensayo de más de 1 c. c. de capacidad y de 5 milímetros de diámetro interior, con cuatro señales: la superior indica el nivel de 1 c. c. de contenido, las otras tres están hechas a 6, 12 y 18 milímetros de distancia de la primera, es decir, distan 6 milímetros unas de otras. Con una jeringuilla de 1 c. c. aspira 0,2 de una solución de citrato sódico al 5 por 100 y a continuación extrae sangre de una vena de la enferma hasta llegar al centímetro cúbico; por lo tanto, contiene la jeringuilla 0,2 de solución de citrato, más 0,8 de sangre; se mezcla bien el citrato con la sangre, y se vierte en el tubo de ensayo, con lo que se llegará a la primera raya y se apunta la hora; cuando la superficie de separación entre los glóbulos rojos y el plasma pasa por las otras señales, se anota también la hora en cada una de ellas, y el tiempo que tarda dicha superficie en recorrer desde la primera a la cuarta señal, es la medida de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos.

En resumen, la medida de la velocidad requiere dos datos: el tiempo y el espacio recorrido; en el método de Fähræus el tiempo es constante, una hora, y el camino recorrido por los glóbulos rojos durante esta hora, ó sea la altura de la columna de plasma, variable; en cambio, en el método de Linzenmeier el recorrido es constante, desde la primera a la cuarta señal, ó sea 18 milímetros, y el tiempo que tardan los glóbulos rojos en hacer este recorrido, variable; de donde la velocidad en el primer método se expresa en milímetros y en el segundo en minutos.

El método de Linzenmeier tiene la ventaja de utilizar pequeña cantidad de sangre, 1 c. c., que se puede sacar a una enferma aún varias veces sin ningún peligro, pero tiene el inconveniente de tener que estar pendiente de la sedimentación, á veces, durante varias horas, cosa difícil de conseguir en la práctica, sobre todo por el mismo observador. Sería mejor utilizar los tubi-

tos mencionados y medir la altura del plasma á la hora de haber empezado la sedimentación, y la observación así sería más fácil, pero los resultados expresados en milímetros serían difíciles de comparar con los de los demás autores, que lo hacen en minutos, por lo que no he dudado en seguir el método de Linzenmeier para que vayamos todos á una y nos entendamos.

PARTE CLÍNICA

La sedimentación en los recién nacidos es mucho más lenta que en los adultos, y en los hombres, mucho más que en las mujeres. En la mujer normal existen grandes diferencias individuales, oscilando entre tres y seis horas. Durante la menstruación se acelera una á dos horas.

Reacción de Fähræus en embarazadas.—El embarazo acelera progresivamente la sedimentación, llegando á ser al final del mismo entre cincuenta y veinte minutos. Durante el parto y los primeros días del puerperio normal coincide el máximo de velocidad, y desde los ocho á diez días del puerperio normal comienza á retardarse. La sedimentación de los glóbulos rojos en los primeros meses de embarazo es inconstante, pero desde el cuarto mes existe siempre aceleración.

Para diagnosticar un embarazo es inútil la reacción por ser inconstante en los primeros meses, que es cuando más la necesitaríamos y, además, por no ser específica del embarazo, ya que existen otros procesos ginecológicos, de los que después hablaremos, que aceleran también la sedimentación.

En cambio, es útil para excluir la posibilidad de un embarazo, exceptuando en los primeros meses, si la enferma presenta una sedimentación normal, por ejemplo: tenemos un diagnóstico dudoso entre un quiste del ovario y un embarazo de cuatro meses en adelante, la sedimentación lenta de los glóbulos rojos nos hará desechar el diagnóstico del embarazo é inclinarnos en favor del quiste del ovario.

Reacción de Fähræus en el embarazo extrauterino.—En el embarazo extrauterino, la aceleración se acentúa más por la influencia de los accidentes cataclísmicos estando en razón directa de la intensidad y número de estos últimos. Cuando se repone la enferma, una vez desaparecido el accidente cataclísmico, vuelve la reacción á ser igual á la que tenía antes de presentársela el accidente. La cantidad de sedimento vista á las veinticuatro horas, para lo cual tengo graduada la parte inferior del tubo, está en razón inversa de la intensidad y número de accidentes cataclísmicos. La influencia de éstos ha llegado á acelerar la reacción hasta veinte minutos y á disminuir la cantidad de sedimento hasta 0,15 c. c. (en mujeres normales es de 0,50 aproximadamente). En estos casos, en los que se hace la reacción en pleno gran accidente cataclísmico, además de la aceleración y disminución de la cantidad de sedimento, se observa una difuminación de la reacción, es decir, que no se aprecia bien la superficie de separación entre los glóbulos rojos y el plasma.

La reacción de Fähræus es muy útil para el diagnóstico del embarazo extrauterino, siendo nosotros los

primeros que hemos demostrado esta utilidad en la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, núm. 74, mes de Febrero de 1922; posteriormente Linzenmeier en un artículo aparecido en el *Zentralblatt für Gynakologie* del día 8 de Abril de 1922, también se sirve de la reacción para el diagnóstico de embarazo extrauterino.

Nosotros en el trabajo citado dividimos los embarazos extrauterinos en dos grupos:

«A) Embarazo extrauterino sin accidentes cataclísmicos, y B) Embarazo extrauterino con accidentes cataclísmicos.»

«A) En el embarazo extrauterino sin accidentes cataclísmicos la reacción no es menor de ciento veinte minutos, por lo tanto, se pueden descartar procesos inflamatorios agudos y subagudos, cuyo F. es mucho más rápido. En cambio, puede confundirse con la reacción de una tumoración anexial crónica, pues en ésta como la aceleración no es tan marcada, se asemeja á la del embarazo extrauterino sin accidentes cataclísmicos; guardando la enferma reposo no se empeorará si es un proceso inflamatorio, pero si se trata de un embarazo extrauterino, como sigue la distensión de la trompa, aclarará el diagnóstico la presencia de síntomas de intolerancia de esta última y de posibles accidentes cataclísmicos, perteneciendo estos casos ya al grupo siguiente:»

«B) El embarazo extrauterino con accidentes cataclísmicos, clínicamente se puede confundir con una lesión inflamatoria aguda ó subaguda de los anejos, y esta confusión es relativamente fácil por tener muchas veces sintomatología semejante: dolor anexial, escalofrío, fiebre, frecuencia del pulso, tumoración anexial más ó menos pastosa y adherente, etc.; hemos visto no pocas veces enfermas con embarazo ectópico diagnosticadas por otros ginecólogos de piosalpinx, y no hace mucho tiempo llevaron á la casa de Maternidad en camilla á una enferma con el diagnóstico de pelviperitonitis. El síntoma fiebre que sirve de base de diagnóstico para algunos ginecólogos en realidad no sirve, pues su presencia no excluye el embarazo extrauterino, ya que en la mayoría de éstos con accidentes cataclísmicos existe fiebre por reabsorción de la sangre derramada en cavidad abdominal, y su ausencia no es suficiente para desechar el diagnóstico de piosalpinx; por ejemplo, recuerdo un caso de una enferma con un fibroma uterino del tamaño de una cabeza de feto á término; el aspecto general era bueno y no tenía ni escalofríos, ni dolores, y la temperatura máxima tomada los días anteriores á la operación, era de 36°5; en la operación al movilizar el fibroma, nos hallamos sorprendidos por la rotura de un piosalpinx izquierdo pequeño, de paredes gruesas y friables y de pus algo fétido que motivó la colocación del amplio desagüe vaginal; el curso postoperatorio fué inquietante y febril, con supuración grande de la herida de las paredes del vientre, dándose de alta á los cuarenta y cinco días. En este caso el F que hice antes de la operación era F. = 11 m. y C. s. = 0,30 c. c., pero como clínicamente no se podía sospechar ni remotamente la existencia del piosalpinx y la

reacción era una de las primeras que hice, estimé como un fracaso de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos, lo que resultó luego uno de los mayores éxitos de la reacción.»

«Anotada la posible confusión de embarazo extrauterino con accidentes cataclísmicos y procesos anexiales agudos ó subagudos, es importante tener un medio práctico de diagnóstico diferencial, pues la intervención que estaría indicada en el primero, estaría contraindicada en el segundo.»

«Este medio de diagnóstico puede ser la reacción de Fähræus; veámos cómo.»

«Hagamos primeramente un límite *muy artificial* de F. = 40 m.; en toda reacción cuya aceleración sea mayor que este límite, el diagnóstico debe inclinarse á un proceso inflamatorio agudo ó subagudo; y si la aceleración es menor, á embarazo extrauterino. Mientras más diste en un sentido ó en otro del límite fijado, más seguro es el diagnóstico. Ejemplo: En dos enfermas con sintomatología semejante, una con un piosalpinx y otra con un embarazo extrauterino, el F. en la primera es de 15 m., por ejemplo, y en la segunda de 95 m.»

«En las enfermas con grandes accidentes cataclísmicos el F no se detiene en el límite de los cuarenta minutos, sino que puede invadir el otro campo, pues ya hemos dicho anteriormente que la velocidad de sedimentación de los hematíes ha llegado en alguno de estos casos hasta veinte minutos; en estos casos como es de suponer no nos sirve aisladamente la medida de la velocidad, pero en cambio nos es útil la observación de la cantidad de sedimento y la difuminación de la superficie de separación del plasma y de los glóbulos rojos. La cantidad de sedimento en embarazos extrauterinos con F. rápido es menor de 0,25 c. c. y en procesos inflamatorios agudos siempre es superior á 0,30 c. c.; recuerdo un caso en que dos profesores de la Casa de Maternidad se inclinaban el uno á un proceso inflamatorio anexial y el otro á un embarazo extrauterino; nosotros, sin reconocer á la enferma, pudimos asegurar se trataba de esto último por tener F. = 25 m. y C. s. = 0,15 centímetros cúbico. Si á esto se añade la presencia en estos casos de la difuminación de la reacción, tendremos otro dato importante en favor del embarazo extrauterino, pues nunca los procesos inflamatorios de F. = 20 minutos presentan este fenómeno, de presentarlo son los de F. mucho más rápido. Cuando la cantidad de sedimento es superior á 0,25 c. c. hay que despreciar este dato por su inutilidad para el diagnóstico y solo servirnos de la difuminación de la reacción que como he dicho antes es casi constante en estos casos.»

Linzenmeier establece también que por encima de cuarenta minutos caen la mayoría de los embarazos extrauterinos y por debajo de treinta y cinco minutos los procesos anexiales inflamatorios agudos ó subagudos. En dos casos de fuerte hemorragia interna obtuvo una velocidad de veinticinco y treinta y cinco minutos, respectivamente, y en estos casos aislados de difícil diagnóstico diferencial entre hemorragia intraabdominal y peritonitis aguda, determina la cantidad de hemoglobina de la sangre para esclarecer el diagnóstico. «Sedi-

mentación rápida con disminución considerable de la hemoglobina indica siempre hemorragia intraabdominal.»

Sin necesidad de acudir al análisis de la hemoglobina, nosotros nos servimos de la observación en los mismos tubos de reacción, de la cantidad de sedimento que siendo inferior á 0,25 c. c. indica hemorragia intraperitoneal, y mientras menor sea la cantidad de sedimento, mayor es la anemia y por lo tanto menor será la cantidad de hemoglobina.

Dice Linzenmeier que *todas* las sedimentaciones que se acercaban á la media hora se podían explicar por una infección de la trompa ó por invasión de bacterias intestinales á la sangre del hematocele.

De mis 32 casos de embarazo extrauterino observados desde primero del año 1921, en ninguno existía infección, y sin embargo, gran parte de los F. eran inferiores á cuarenta minutos, *aunque la anemia no fuese grande*. Yo creo que esta aceleración observada y que llegó en algunas enfermas hasta veinte minutos, no es debida á la infección, pues la observación de F. repetidos en la misma enferma demostraba que la aceleración iba unida con el accidente cataclísmico aunque no presentase síntomas apreciables de anemia (palidez de las mucosas, gran frecuencia de pulso, hipotensión sanguínea, cantidad de sedimento inferior á 0,30 c. c., etcétera), y que una vez reaccionada del accidente cataclísmico, disminuye dicha aceleración excesiva en dos ó tres días. Esto ha sido observado en todas las enfermas de embarazo extrauterino con F. menor de cuarenta minutos, y por lo tanto, desecho la idea de que todas estas aceleraciones sean debidas á infección de la trompa ó de la sangre del hematocele, puesto que de existir infección no se retardaría otra vez el F. una vez repuesta del accidente cataclísmico. No siendo debida la aceleración en estos casos á la infección, cabía el relacionarla con la hipoglobulia, pero no sólo debe ser esta la causa, pues en algunas enfermas sin gran hipoglobulia me daban la velocidad de la sedimentación igual ó menor que en aquellos de anemia intensa.

Reacción de Fähræus en meno y metrorragias.—En las anemias consecutivas á meno y metrorragias muy abundantes la reacción es muy semejante á la de los embarazos extrauterinos con accidentes cataclísmicos.

Existen, sin embargo, algunas diferencias de cuyo estudio me ocupo en la actualidad.

Reacción de Fähræus en enfermedades inflamatorias del aparato genital.—En los procesos inflamatorios la aceleración de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos está en razón directa de la agudeza y extensión de la inflamación, es decir, que en procesos agudos resulta mucho más acelerada que en los crónicos; en aquellos la reacción puede llegar á diez, ocho y hasta siete minutos, como en un caso observado por nosotros de flemón del ligamento ancho; y en los muy crónicos, ó mejor dicho, en los de virulencia muy atenuada, la reacción debe estar cerca de lo normal; entre estos últimos y los muy agudos existen numerosos grados denunciados por la reacción. Se pueden considerar como agudos y subagudos los procesos inflamato-

rios con F. menor de treinta y cinco minutos, y como procesos inflamatorios de escasísima virulencia microbiana los de F. mayor de cien minutos.

De lo dicho anteriormente resulta, que la reacción que nos ocupa es utilísima para diagnosticar los procesos inflamatorios y los no inflamatorios, y, además, descubrir el grado de agudeza de la lesión. También es útil para la comprobación de la eficacia de un tratamiento, pues no hace falta más que volver á hacer la reacción cuando se crea oportuno y se verá que habrá mejorado más ó menos si existe más ó menos retraso de la aceleración; en cambio, habrá empeorado si existe mayor aumento en la velocidad, y esto último nos hará modificar el tratamiento. Otra de las aplicaciones interesantes, es el poder diferenciar los procesos inflamatorios susceptibles de operación, de los no operables por contener bacterias virulentas. Decíamos en nuestro trabajo, anteriormente citado, que «en términos generales, no se debe laparotomizar una enferma cuyo F. sea inferior á cien minutos, salvo que existan circunstancias que nos obliguen; cuando se trata de una enferma con F. muy acelerado, indicando un proceso agudo (píosalpinx), entonces no se debe, bajo ningún concepto, operar hasta que pase de cien minutos; de esta manera no nos encontraremos sorprendidos en la operación con esas adherencias inflamatorias purulentas que, en dichos casos, aun con ausencia de síntomas clínicos inflamatorios, tienen los anejos con los órganos vecinos (intestino, vejiga, etc.) y que son difícilísimos de disecar por no haber plano de deslizamiento, siendo fácil, por este motivo, abrir la cavidad purulenta ó penetrar en la luz intestinal ó vesical ayudado por la friabilidad de los tejidos en estas condiciones; en cambio, si se opera cuando la reacción pase de cien minutos, resulta la operación más inocua.

Reacción de Fähræus en los tumores.—La reacción en los tumores es también muy interesante. Los benignos no tienen influencia sobre la sedimentación; en cambio, los malignos la aceleran proporcionalmente a la disgregación y reabsorción de sus elementos, al tamaño del tumor y á la rapidez de su crecimiento; así, en el cáncer uterino de gran invasión existe gran aceleración que en un caso llegó á diez y nueve minutos.

Ya en la sesión de las dos sociedades unidas «Sociedad Ginecológica del Noroeste de Alemania» y «Sociedad Tocológica de Hamburgo», verificada en el día 2 de Octubre de 1920, Giesecke comunicó sus observaciones en el cáncer de cuello; en los casos avanzados muestra una distinta aceleración de la sedimentación; después de la operación de un caso operable se produce primeramente una sedimentación fuertemente acelerada, vuelve á hacerse más lenta á medida que mejora el estado general, llegando á ser normal, si el cáncer está efectivamente curado; pero si se produce una recidiva postoperatoria vuelve á acelerarse la sedimentación, pudiéndose apreciar antes la recidiva con la reacción que con la exploración bimanual.»

CONCLUSIONES

- 1.ª La reacción de Fähræus, que en un principio

se creyó que serviría para el diagnóstico de un embarazo normal, no tiene utilidad y solamente la tiene para excluir un embarazo desde el cuarto mes en adelante si la sedimentación es normal.

2.^a Ofrece gran servicio en el diagnóstico de embarazo extrauterino.

3.^a Sirve para diagnosticar procesos inflamatorios e investiga con exactitud el grado de agudeza.

4.^a Con reacción normal se excluyen todos los procesos inflamatorios.

5.^a Es útil para observar con precisión el resultado de un tratamiento antiflogístico.

6.^a Sirve para decidir la operabilidad de las anexitis.

7.^a Es aplicable también para afirmar la benignidad de tumores y diagnosticar prematuramente la recidiva de los malignos; y

8.^a No hay que olvidar que es una reacción general y no local, y por lo tanto tiene que ir asociada, en el caso de ser acelerada, a una exploración general para poderse inclinar a que sea responsable de dicha aceleración el aparato genital.

Madrid, 1922.

Contribución al estudio clínico de la endometritis puerperal ⁽¹⁾

POR EL

DR. LUIS G. GRET

De la Clínica de Julio Méndez (Hospital Ramos Mejía),
médico de la Clínica Obstétrica y Ginecológica
del profesor Enrique Zárate, y jefe de trabajo de la cátedra
de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Plata
(Buenos Aires).

Llevando un espíritu de comprobación de las interpretaciones vertidas respecto a la sintomatología clínica de la endometritis puerperal, suele encontrar el observador incongruencias entre los distintos signos entre sí (de acuerdo a su modo particular de interpretar) o entre la sintomatología que encuentra, y la encontrada por los clásicos respecto al mismo tema.

No haciéndolo así, pasan desapercibidas ciertas modalidades propias en cada enfermo y distintas para varios enfermos entre sí, hecho que motiva involucrar bajo la denominación de una enfermedad, que si bien tiene un marco constituido por el conjunto de síntomas que constituyen la unidad principal, también tiene caracteres propios individuales que es forzoso tener en cuenta.

Por eso, si todos llevásemos ese espíritu de observación en nuestros enfermos, se generalizaría menos y se repetiría menos también lo dicho en trabajos científicos anteriores, por autores clásicos o no, que han observado, aportando así su grano de arena. No sucede lo mismo con los que someten su acción médica a lo hecho por los demás, sin preocuparse de independizarse de las reglas clásicas hacia los nuevos rumbos sobre

los cuales está orientada la Medicina actual; son estos elementos sumamente retardatarios los que obstruyen la unión entre las viejas ideas y las nuevas sugeridas a expensas de las primeras.

Y en enfermedades infecciosas donde el campo experimental es tan amplio y tan necesarias son las observaciones diarias, es poco científico ceñirse pura y exclusivamente a lo hecho, y se hace muy poco bien, si no se agrega después del estudio de cada enfermo o después de un conjunto de ellos, una observación razonada que tienda a mejorar la suerte de los mismos.

Estas reflexiones nos han sido sugeridas por la oposición sistemática que han sufrido nuestras ideas, justamente por estos elementos retardatarios, que reconociendo la ineficacia manifiesta de algunas viejas prácticas, se aferran a ellas responsabilizando sus fracasos a ellas mismas y menospreciando cualquier tentativa de nuevo rumbo, por rutina simplemente y por el falso respeto a los viejos maestros, a quien elogiaremos elocuentemente, aportando nuevas observaciones, siguiendo su ejemplo.

Pero felizmente la elocuencia de los hechos es incontestable, y las modernas ideas se imponen siempre que sean asistidas por una justa interpretación y por un riguroso control, coronadas por éxitos terapéuticos.

El objeto de la presente comunicación es abordar un tema sobre el que existen grandes diferencias en la interpretación de los fenómenos observados y en las conclusiones a que llegan los numerosos investigadores, que de esto mismo se han ocupado; constituyendo este capítulo un complemento a lo ya publicado en EL SIGLO MEDICO, 3.594.

Vemos que se pregunta con relativa frecuencia: ¿No tendrá alguna influencia la nacionalidad de las enfermas en la endometritis puerperal?

Esto nos ha llevado a revistar un buen número de historias clínicas ¿y qué podemos contestar en resumen?... Sin generalizar, pues sólo nos concretamos a enunciar lo que vemos en el medio donde actuamos en el cual las enfermas son por parte casi iguales, argentinas, españolas e italianas, pero esto que a primera vista llamaría la atención, pierde su interés constatando que son de estas mismas nacionalidades la inmensa mayoría de embarazadas que ingresan a la clínica del profesor Zárate y no sería prudente, por consiguiente, que le asignáramos alguna influencia sobre la endometritis.

Como dato informativo de antecedente se toma la procedencia de la paciente, es decir, si procede de la ciudad o de la campiña.

Como en realidad no se juntan las puerperas, ni en la ciudad ni en la campiña a no ser en clínicas *ad hoc*, el contagio o las causas determinantes que pudieran existir son en extremo insignificantes.

A la profesión, considerándola tal vez por analogía con otras enfermedades bien conocidas, se le ha asignado alguna importancia. Nosotros no podemos hacer tal cosa por cuanto todos nuestros casos se dedicaban sólo a sus ocupaciones domésticas.

La edad varía; por épocas parece haber un predominio de infectadas en las personas jóvenes, siendo lo

(1) Véase núm. 3.594, pág. 415.

contrario en otras, y por lo general se alternan sin regularidad ninguna.

El estado de salud anterior al puerperio. — Por regla general bueno.

Antecedentes hereditarios. — Son sin importancia.

Antecedentes personales. — Casi siempre son buenos, siendo además los obstétricos y ginecológicos inmejorables.

Primiparidad, multiparidad. — Tampoco tiene esta circunstancia correlación alguna con la endometritis, no obstante el mayor número de atenciones obstétricas de que son objeto las primeras, con respecto á las segundas.

Abortos. — Hay enfermas que los han tenido; pero un número mayor no los cuentan en sus antecedentes, no asignándoles por tal causa influencia alguna al respecto.

El parto. — Es espontáneo y sin manoseos en un porcentaje casi igual al de las enfermas que han sufrido durante el mismo intervenciones más ó menos laboriosas. Demostrándonos esta observación que en manera alguna son las intervenciones efectuadas en la clínica las que predisponen más á la endometritis puerperal.

Alumbramiento. — Se ha efectuado, salvo raras excepciones, espontáneamente ó por simple expresión, y en forma más compleja en un pequeño número.

III

Puerperio. — Como á nada de lo anteriormente estudiado podemos imputarle fundadamente como causa determinante ó predisponente de la endometritis, estudiaremos el puerperio.

De inmediato nos preguntamos: ¿el estado de salud de la enferma es causa determinante? Esto, que á primera vista haría suponer una circunstancia importante analizando los hechos, pierde su interés si constatamos que justamente en el invierno próximo pasado hemos visto una verdadera epidemia, la cual toma justamente á las enfermas más fuertes, y por ilógica ironía respetaba un mayor porcentaje de las embarazadas débiles, taradas en todos sentidos y con otras causas coadyuvantes que hubiera predispuesto á la enfermedad.

Y agregaremos más aún: no sólo se enfermaban las embarazadas que venían del público simplemente á tener su parto, sino que lo hacían en el mayor número las embarazadas que provenían de la sección aséptica de la clínica.

En el examen clínico atento de estas enfermas sólo se constataba en todas ellas una pertinaz constipación, tenida desde el embarazo y descuidada por los médicos debido á su aparente eximia salud.

Esto nos llamó grandemente la atención y nos llevó á examinar sistemáticamente á todas las embarazadas de la sección aséptica, siguiéndolas luego á la sala de partos y su puerperio, observando un hecho curioso, además de digno de tenerse en cuenta, que es el siguiente:

Las embarazadas débiles, enfermas (taradas) que

eran atendidas médicamente con asiduidad, tenían por tal causa un vaciamiento intestinal perfecto, y éstas escapaban, aunque nada lo hiciera así presumir, á la endometritis puerperal; no pasando así con las embarazadas robustas, en las cuales la visita médica parecía inoficiosa desde todo punto de vista aparente.

Por lo tanto, resumiendo, tenemos que la constipación la hemos encontrado en toda endometritis, ya sea en personas débiles ó fuertes, provenientes del público (por lo tanto, susceptible de contagios) ó de la clínica misma, constituyendo esto una disfunción que favorece el entorpecimiento del metabolismo general normal.

Por otra parte, tenemos esas falsas fiebres puerperales de origen intestinal (á pesar de su temperatura de 39° ó 40° y una alteración aparente de loquios), las cuales desaparecen como por encanto con la administración de simples laxantes.

Entonces es una circunstancia fisiológica que, si en realidad no determina la infección verdadera, es una *causa predisponente*; teniendo además en cuenta la multiplicidad de trastornos fisiológicos que pueden provocar una constipación, no es ilógico pensar en lo precedentemente dicho.

Junto á esto se observa que á toda puérpera se le mantiene en una dieta inútil, sin ningún objeto, por espacio de dos ó tres días, y si por cualquier eventualidad (muchas veces por su constipación misma) la temperatura les asciende en medio ó un grado, esa dieta se prolonga por rutina sin que nada lo indique (y tan compenetrado está el público de esta mala práctica que cuesta trabajo convencer á las enfermas mismas de lo contrario), y si se agrega á ésta la que suelen observar algunas personas antes y durante el parto, sumando á las fatigas que éste provoca, es fácil colegir que estas son condiciones fundamentales para hacer de un organismo fuerte, uno débil, circunstancias que el clínico debe tener en cuenta.

IV

Evolución diaria de la afección. — En la gran mayoría de las enfermas el primer síntoma es subjetivo, manifestándose por cefalalgia ligera, dolor en los huesos, sin localización precisa alguna y un ligero malestar que las intranquiliza sin causa aparente.

Seguido de este período prodrómico, se constata una elevación térmica, la cual puede ser por ascenso brusco, llegando hasta 40° ó por ascenso paulatino; ninguna de estas dos modalidades interpretamos como signo pronóstico.

Frecuentemente el ascenso térmico se constata al cuarto, quinto ó sexto día después del parto, no siendo para nosotros signo de gravedad, como lo es para muchos, el mayor ó menor lapso de tiempo transcurrido entre el parto y la elevación térmica.

El ascenso brusco de la temperatura suele acompañarse de escalofríos más ó menos intensos, no así cuando asciende paulatinamente, pero si durante el ascenso lento y paulatino se hace una brusca elevación aunque ésta sea sólo de un grado, se ve con relativa frecuencia que estas enfermas tienen escalofríos no tan

intensos como los que se observan cuando la temperatura llega á 40° en su iniciación.

Los escalofríos los interpretamos que son debidos al pasaje de gran cantidad de lisinas á la sangre.

La intensidad de los mismos está en razón directa á la cantidad de lisinas que invaden bruscamente al organismo.

Casi simultáneamente á lo dicho, á la inapetencia, á la saburra lingual y gástrica, el pulso toma caracteres propios de las enfermedades infecciosas agudas, aumentando su frecuencia, disminuyendo su tensión, acentuándose más estos caracteres á medida que se hace más grave el estado de la paciente, pudiendo aparecer una disociación entre pulso y temperatura cuando la gravedad es extrema (colapso).

Luego de lo enunciado, se constata una detención de la involución uterina (lo cual es relativamente fácil contralorear haciendo diariamente la palpación del globo uterino) siendo esto la consecuencia de la pérdida de la contractilidad normal del útero como lo demuestran los trazados histerográficos, los cuales nos ponen magníficamente de relieve la modificación de la forma de la contracción, la intensidad de la misma y el ritmo en que se produce, habiendo ya muchos autores que se han ocupado de este asunto, y sus conclusiones están acordes, las de unos con las de otros.

Determinada día á día la detención gradual de la involución por los trazados, podemos fácilmente aperebirnos de la detención total de la involución (que es la consecuencia de la marcha del proceso infeccioso) donde observamos que el útero es grande, de consistencia blanda, doloroso ó no, con su cuello entreabierto blando, á veces tumefacto, de coloración roja, caliente y dando paso á los loquios á la vagina.

Simultáneamente á la detención de la involución uterina, se pone de manifiesto la alteración purulenta de los loquios, pudiendo ser fétidos ó no, y es un error de observación tomar la fetidez loquial como signo precoz de diagnóstico en la endometritis, por cuanto hay casos que en realidad aparece precozmente, pero en otros en número casi igual no aparece, ó de lo contrario tarda mucho en hacerlo.

Por lo general, á la larga evolución de la enfermedad se le junta la fetidez, imputándole nosotros al tratamiento clásico gran parte de la causa que provoca este agregado.

También á nuestro juicio es errónea la observación que asigna mayor gravedad á las endometritis que producen loquios en más cantidad, ya sean éstos purulentos ó puriformes.

Nosotros hemos constatado siempre y sin excepción alguna justamente lo contrario, por cuanto la abundancia de loquios se acompaña siempre de una magnífica leucocitosis, índice de reacción orgánica á la infección, siendo, por el contrario, la escasez de loquios acompañada de una marcada leucopenia, persistente á veces á pesar de los estimulantes, propio de los casos gravísimos que son en los cuales el absceso de fijación no «prende»; «prendiendo» en los casos anteriores con gran cantidad de loquios y leucocitosis abundante.

Este solo hecho quita todo valor pronóstico al ya clásico absceso de fijación.

Luego la terapéutica que usamos nos confirma la veracidad de estos conceptos puramente biológicos.

La cantidad de loquios y la fetidez de los mismos no guarda correlación digna de tenerse en cuenta.

El dolor uterino es de lo más arbitrario en presentarse; en algunas enfermas, aparece conjuntamente con la temperatura; en otras, por el contrario, tardíamente, no existiendo como muchos sostienen correlación entre la gravedad de la endometritis y la intensidad del dolor.

La piel de estas enfermas presenta una marcada desecación, la que coincide con una sed viva casi desde los primeros días de la enfermedad.

El bazo nunca lo hemos visto hipertrofiado ni en clínicas ni en anatomía patológica, donde sólo encontramos esplenitis agudas.

El hígado siempre normal tanto en tamaño como en función, á pesar de hallarlo en las autopsias de estas enfermas con degeneraciones leves.

Los riñones, generalmente, funcionan bien, respondiendo perfectamente á las pruebas clínicas á que se sometan.

Las orinas claras y abundantes en un comienzo, se hacen posteriormente á medida que evoluciona la enfermedad más escasas, turbias y de mayor densidad, teniendo el resto de su constitución pequeñas variantes, como ser la diazorreacción de Ehrlich positiva en orinas recién emitidas por enfermas con gran temperatura.

Un síndrome de insuficiencia endocrino es tanto más frecuente encontrar cuanto más agudo sea el carácter de la infección, poniéndose de relieve por sus manifestaciones clínicas bien netas, el hiposuprarrenalismo bajo forma adinámica, pseudomiocárdica ó pseudoperitoneal.

En la forma adinámica estas enfermas toman un aspecto idéntico á las formas adinámicas de la fiebre tifoidea (son este tipo de enfermas en quienes hemos visto pretender levantarles esa astenia marcadísima, con poción Todd, en dosis masivas administradas en forma horaria).

En la forma pseudomiocárdica, la manifestación clínica predominante es la de una miocarditis aguda acompañándose en algunos casos de manchas pigmentadas y una marcadísima tendencia á la pigmentación de las resquebrajaduras abdominales producidas por el embarazo.

Y una tercera forma de hiposuprarrenalismo en la endometritis puerperal es la pseudoperitoneal.

Recordamos un caso (que por lo gráfico le narramos) cuyo síndrome hacía pensar en una gran peritonitis, con vómitos que no permitían ni la ingestión de una cucharada de agua, los cuales desaparecieron con la administración de 500 c. c. de suero fisiológico con 1 c. c. de solución de adrenalina al 1 por 1.000 por la mañana y 1 c. c. de adrenalina por la tarde, permitiéndonos por este medio suministrarle á la enferma en la mañana del día siguiente una cucharada de aceite de ricino y otros medicamentos y alimentos, reteniéndolos

perfectamente; junto á esto se observan manchas pigmentadas y el signo de Sergent positivo. La mención de este caso nos da gráficamente la descripción de este síndrome endocrino.

Los hemocultivos son, por regla general, negativos en toda endometritis, y podemos decir, que cuando se hacen positivos, es debido á que el germen que produce la infección localizada al aparato genital, invade el torrente circulatorio.

En estas circunstancias, es fácil encontrar el germen por los hemocultivos, pero una vez desaparecido el brote que provocó la bacteriemia, persisten negativos los intentos de encontrarle en la sangre.

Por lo tanto, el obtener hoy de una enferma un hemocultivo positivo, no nos autoriza á pensar que en lo sucesivo le obtendremos de igual manera.

Esto nos prueba, que el germen de la endometritis puerperal no vive en la sangre y que sólo se encuentra en ella de pasaje; tomando al torrente circulatorio como simple vía de diseminación al organismo.

La mejoría clínica (objetiva y subjetiva) de la enferma, coincide con la negatividad de los hemocultivos sucediendo lo contrario con el empeoramiento (en otros artículos hemos tratado este tópico (EL SIGLO MEDICO, núm. 3.594, pág. 415).

La citología sanguínea revela datos de fundamental importancia clínica frecuentemente descuidados.

Estudiaremos primero los glóbulos rojos y luego los glóbulos blancos.

Las variaciones respecto á los glóbulos rojos, nos hacen dividir á las endometritis en benignas y graves.

En las primeras, el número, la colocación y la forma de los glóbulos, son normales.

En las segundas se observan una marcada disminución de glóbulos, anisocitosis, poikilocitosis é hipocromía.

Respecto á glóbulos blancos, tenemos leucopenias en los casos graves ó en organismos debilitados, donde la infección va á revestir gravedad.

Las hiperleucocitosis en los casos benignos ó en infecciones graves, pero con grandes resistencias orgánicas.

Tanto en las leucopenias como en las hiperleucocitosis, son los polinucleares neutrófilos los que predominan.

En los casos que tienen una evolución larga y con tendencia á la curación se observa una linfocitosis marcada sin variar en nada los polinucleares.

Cuando la evolución es larga, y tendiendo á un desenlace fatal, la leucocitosis (pequeños linfocitos) predominan sobre los polinucleares neutrófilos.

Los polinucleares eosinófilos suelen encontrarse en porcentaje mayor en algunas convalecencias.

Las observaciones precedentes nos han servido á nosotros para hacer, mediante la fórmula de Arneth, un medio pronóstico de la evolución de la infección, como así también hacer de ella un guía de nuestro tratamiento y para proscribir en absoluto al inútil y mortificante absceso de fijación.

En un artículo próximo terminaremos esta síntesis

clínica con el estudio é interpretación de los loquios.

Como puede verse por lo que antecede, hemos analizado é interpretado la sintomatología á través de las ideas biológicas de nuestro maestro Méndez y nuestra observación, apuntándolos justamente debido á la divergencia entre lo clásico y lo nuestro que tendrá confirmación amplia más tarde en el tratamiento de las endometritis puerperales.

SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS NEFRITIS

FOR EL

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN (1)

El ilustre maestro D. Rafael Mollá ha tenido un acierto al llevar á la discusión de la Real Academia Nacional de Medicina el tema del tratamiento quirúrgico de las nefritis médicas. Es una nueva prueba de su exquisita percepción de la actualidad urológica, ya que el problema del tratamiento de las nefritis está de nuevo sobre el tapete después de haber dormitado durante algunos años...

Nada se puede leer más claro y didáctico, que el trabajo presentado por el Dr. Mollá, y si después de leído subsisten algunas dudas, no se deben á falta de tan eminente profesor, son sólo efecto de la complejidad de la humana naturaleza y de las deficiencias de nuestros conocimientos, deficiencias que nos parecen mayores á medida que penetramos, ó intentamos penetrar en el conocimiento de los fenómenos biológicos. De las nefritis es mucho más lo que se ignora que lo que se sabe y lo único que se sabe, si nos detenemos un instante en su contemplación, es... que ninguna de las cosas afirmadas sobre las nefritis puede satisfacer el sentido crítico más ligero. No sabemos lo que hay de renal en las nefritis. No sabemos la participación que otros órganos tienen en la sintomatología de las llamadas nefritis. No sabemos eso porque no sabemos las funciones de los diferentes órganos que sintetizan su eliminación en los componentes de la orina; por eso todavía estamos en el período de clasificaciones nacionales ó políticas de las nefritis y se dice: clasificaciones francesas y clasificaciones alemanas de las nefritis, y hay, también en las nefritis, germanófilos y aliadófilos y lo que suele ser más extraño, los germanófilos y los aliadófilos nefríticos adoptan las clasificaciones nefríticas correspondientes á su simpatía nacional... Demos gracias á la Providencia que están encalmadas las discusiones religiosas, porque si no, también tendríamos clasificaciones piadosas y clasificaciones avanzadas ó liberales de las nefritis, con lo cual si la ciencia no adelantaba gran cosa, las discusiones se caldearían y se pasaría el rato, que es lo importante.

De lo que no cabe duda alguna es, de que el riñón es un órgano que padece con una frecuencia extraordinaria y de que las autopsias nos ofrecen, con una abundancia abrumante, riñones alteradísimos en su textura,

(1) Trabajo presentado en la discusión de este tema en la Real Academia Nacional de Medicina, sesión del 20 de Enero de 1923.

lo que nada puede sorprender si recordamos que por el riñón han de eliminarse los venenos orgánicos y los ingeridos con los alimentos descompuestos, con los alimentos adulterados, con los tóxicos introducidos en nuestra economía por el sencillo deseo de intoxicarse, como es ahora de moda, ó por el deseo laudable de curar, y no lo digo refiriéndome á los ensayos de quimioterapia hoy tan en boga. Todas las infecciones repercuten en el riñón, como repercuten en otros parénquimas; el resultado suele ser en muchas, el establecimiento de síndromes en los cuales figuran manifestaciones del padecimiento de la glándula renal y á eso se le llama nefritis. Claro que en esas nefritis hay múltiples alteraciones y que tenemos que estudiar mucho antes de dar por agotados todos los tipos clínicos, si es que la vida en sus infinitas variaciones nos permite llegar alguna vez á esa diferenciación y división de enfermedades de tal glándula.

El Dr. Mollá nos recuerda que, en el estudio de la fisiología del riñón, se ha utilizado preferentemente la rana por la separación que en ella hay de las estructuras anatómicas que la integran, y yo recuerdo ahora, como en muchas otras ocasiones, la frase del genio de la Medicina española en el pasado siglo, el Dr. Letamendi, quien dijo que EN LA FISIOLÓGIA HUMANA HAY FALTA DE HOMBRE Y SOBRA DE RANA. Partiendo de las premisas que se pueden lograr en la *fisiología humana de la rana* (!), no cabe duda que las conclusiones serán... poco aprovechables en el hombre para una labor definitiva.

Los elementos del conocimiento de los enfermos llamados nefríticos, son insuficientes en la inmensa mayoría de los casos; el estudio de las eliminaciones es incompleto, parcelario, y por eso, cada uno de los cuerpos cuya eliminación se estudia, plantea problemas que no siempre resuelve, aunque demuestra lo alejados que nos hallamos de una solución medianamente duradera. El cloruro de sodio, la urea, el nitrógeno total, el nitrógeno orgánico, los distintos cuerpos nitrogenados, los diferentes derivados de la molécula albuminoidea, etcétera, etc., tienen índices de eliminación que varían en los distintos casos, y por si este mundo de la química era poco, he aquí que la moderna químico-física interviene con sus coloides, con sus tensiones superficiales, con sus iones, con sus cargas eléctricas, y vemos cómo se dilata ante nuestra vista el inmenso campo de estudio de la función renal y la repercusión que estos trabajos han de causar en la clínica.

Ciñéndonos al tratamiento de las nefritis médicas, he de decir que cuanto nos obligue á repasar nuestra terapéutica de las nefritis debe ser considerado como obra loable; por eso vuelvo á dar las gracias al doctor Mollá en nombre de los enfermos, pues no estará de más que alguna vez, entre médicos, se hable en nombre de los pacientes. Da la casualidad, que es en las nefritis donde la superstición médica moderna actúa con mayor libertad, con desenfreno mayor. Esa superstición actúa generalizando conceptos restringidos, elevando á la categoría de verdades de aplicación corriente, hechos de significación más limitada; así, basta que se

encuentre en un enfermo un indicio de albúmina, para que á ese enfermo se le suprima la sal en su alimentación, y hay que decirlo mucho, para que se oiga alguna vez, que la reducción de la sal tiene sus indicaciones que deben deducirse de otros análisis y no del dato de la albúmina. Suprimir el cloruro de sodio es suprimir un elemento indispensable para el organismo y contribuimos á la Jépauperación de éste con la prescripción de regímenes que no tienen sentido común, porque no lo tienen médico. Lo mismo que digo del cloruro de sodio, digo del régimen exclusivo de leche dispuesto á todos los nefríticos; son ya varios los que he visto resucitar dejándoles comer...

Y vamos al punto del tratamiento quirúrgico de las nefritis médicas. No dudo que la supresión de la cápsula inextensible del riñón puede aliviar en ocasiones la tensión intrarrenal, y por lo tanto, favorecer la función de la glándula; no dudo tampoco que las condiciones variadísimas de la clínica indicarán en muchas ocasiones la intervención quirúrgica. Recuerdo que, estudiando en la clínica del Dr. Zuckerkaudl, en Viena, le vi operar una decapsulación en una enferma con notable oliguria y que se restableció la diuresis en cantidad notable, pero confesaré mi prevención contra la decapsulación en las nefritis por la observación frecuente que hacemos en la clínica de los casos en los cuales nos vemos obligados á realizar varias intervenciones en un riñón; en la segunda operación nos encontramos el riñón envuelto en una atmósfera esclerosa, rodeado de un tejido fibroso denso, en el cual los vasos, si han existido, han desaparecido después y nuestras maniobras se encuentran dificultadas por las cicatrices, algunas veces tan densas como cartílagos, en las cuales solo decortizando el riñón podemos desprenderlo. No dudo que la decapsulación pueda ejercer una acción útil de momento, pero me parece que será menos frecuente el beneficio definitivo. Esta mi opinión, es la manifestada por Chevassú, según leo en las actas del primer Congreso de la Sociedad internacional de Cirugía llegadas ayer á Madrid. Dice este autor que no puede alabarse de sus intervenciones en las nefritis. La decapsulación parcial de una nefritis dolorosa solo mejoró su única operada de esta categoría durante una quincena. De las tres nefritis hematóricas decapsuladas por Chevassú, dos volvieron á sangrar al poco tiempo, y de la tercera, que tenía una constante de 0,104 con una azotemia de 42, á los veinte días de la intervención éstas cifras habían empeorado hasta la constante de 0,163 con una azotemia de 0,68. Como la operación es reciente, sólo puede expresar sus temores para un futuro inmediato. En cuanto á las operaciones en las nefritis puramente médicas, refiere con gran detalle dos casos en los cuales, á pesar de que la intervención fué hecha con anestesia local y con todos los cuidados imaginables, y á pesar de que la eliminación del riñón que había de quedar, parecía suficiente, en los dos casos á la intervención siguió el fallecimiento de los operados; en el primero se había encontrado en la decapsulación un riñón pequeño granuloso típico, con una cápsula tan adherente que no la pudo separar por completo. Al día

siguiente el enfermo se encontraba mejor, la concentración de las orinas había aumentado y sólo se hallaban indicios de albúmina. La presión arterial había bajado y desaparecido el ruido de galope. A pesar de esto, cuatro días después, el enfermo moría. La autopsia sólo permitió ver dos riñones bríhticos y nada más. El segundo caso, es repetición del primero. Se hace la decapsulación sin dolor, con anestesia local y sólo el polo superior guarda la cápsula. Una hora después, el enfermo lee tranquilamente el periódico. Los días siguientes se encuentra muy mejorado, pero al quinto se acentúan los síntomas de insuficiencia renal, por lo que Chevassú se decide á decorticar el riñón que no fué operado la primera vez; cuatro días después de esta segunda intervención, se evidencia el aumento de las lesiones de la azotemia y de la constante. Muere el paciente á la quincena de ser operado la primera vez. La autopsia mostró un voluminoso hematoma en torno del primer riñón decapsulado, fenómeno que ha visto ya en otro caso y que no cree el más á propósito para facilitar el restablecimiento de la función renal. En tres decapsulaciones por anuria sin obstáculo uretral, Chevassú ha visto tres muertes siguiendo rápidamente á la intervención.

Yo pido perdón á la Academia por haber distraído su atención aportando una casuística extraña; pero es que, por las razones dichas de la observación diaria en mi clínica con los enfermos operados en el riñón más de una vez y por las alteraciones descubiertas en torno de la glándula, no me he creído autorizado á intervenir en casos de las nefritis llamadas médicas. Sí podría referir alguna liberación renal en casos en los que antes había tenido que operar por lesiones quirúrgicas, como en uno que recuerdo perfectamente de dolores después de una nefrotomía por cálculo, en el cual una radiografía acusó una sombra en la zona de la pelvis del riñón; abierta la fosa renal, no encontré, á pesar de las exploraciones que hice, la piedra que esperaba hallar; pero deshice adherencias, rompí bridas y volví á colocar el riñón en su sitio, y el enfermo curó y no volvió á sentir dolores ni molestias. No puede citarse este caso como de intervención en nefritis médicas: es un caso que puede explicar la génesis del dolor en algunas formas de nefritis dolorosa, que serán siempre formas del sufrimiento sólo curables, hasta hoy, por la Cirugía. Igualmente serán ó deberán ser operados, los casos de nefritis hemorrágicas cuando la hemorragia es unilateral y entre otras razones, porque operando esos riñones en los cuales se ha hecho el diagnóstico de nefritis hematóricas, encontraremos en muchas ocasiones otras lesiones perfectamente quirúrgicas sólo extirpables por la operación...

Yo siento que la impaciencia de terminar su comunicación haya impelido al Dr. Mollá á abreviar de tal modo la descripción de sus casos clínicos personales que nos privara de las lecciones que en sí encierran; pero tal y como han sido expuestos, no nos revelan más que la pericia del ilustre operador que ha sabido devolver la salud á sus enfermos; pero sentimos que nos suprima los elementos de juicio que suelen ser

precisos en la cirugía renal, mucho más en estos casos, en los que, realizando una obra de proselitismo, es necesario aportar datos convincentes.

El primer caso, de una nefritis dolorosa típica, no ofrecía ningún síntoma urinario, y curó completamente de esta intervención, en la cual el riñón aparecía con todos los caracteres del normal. Se practicó una decapsulación, y la paciente no ha vuelto á sufrir del riñón desde el año 1912.

El segundo caso, de nefritis hematórica unilateral, en el que se vió precisado á realizar una nefrectomía de urgencia, es un caso clásico de cirugía renal clásica, y no creo que ningún médico hubiera disputado al Sr. Mollá la propiedad de la enferma.

El tercer caso también es de nefritis dolorosa: es un caso de la que pudiéramos llamar fibrosis renal, riñón pequeño, atrofiado, duro, sin cálculos. Hizo una nefrectomía porque seguramente estaba convencido por la exploración de que el riñón opuesto había asumido la función total. La enferma curó.

El cuarto caso lo califica de nefritis unilateral bacteriana de origen descendente. Dolores espontáneos en el riñón izquierdo y á la presión, con irradiaciones ureterovesicales, orina turbia y sedimentosa con leucocitos y bacterias comunes, es un caso de pielonefritis que curó el Dr. Mollá, como debía, practicando una nefrotomía con desagüe. Es también un riñón quirúrgico, tan quirúrgico como un riñón calculoso; si aquí los médicos no envían esos casos al cirujano no es porque los cirujanos no hayan demostrado hasta la saciedad que esos casos son suyos.

El caso quinto es también de lesión unilateral dolorosa, con irradiaciones á lo largo del uréter, riñón grueso en ptosis, orina turbia con leucocitos y bacterias vulgares. Se practica una nefrotomía buscando un cálculo y el enfermo se cura, cumpliendo con su obligación, porque esa pielonefritis es tan quirúrgica como un panadizo.

El caso sexto se marchó, y por consiguiente, á enemigo que huye, puente de plata.

El caso séptimo es también de supuesto cálculo renal; operado creyendo se va á encontrar una piedra, como á mí me sucedió en el caso antes dicho, por una sombra de la radiografía que se prestaba al error. Hecha la lumbotomía, se encontró un riñón aumentado de volumen, duro, turgente; congestionado, con una perinefritis que hizo difícil su liberación. La nefrotomía amplía y el desagüe, curaron el caso por primera intención. En este enfermo tal vez el proceso perinefrítico fuera la causa de los dolores y de las crisis de congestión que terminaban en hematurias; de todos modos es un caso perfectamente quirúrgico como todos los demás. Aun suponiendo á los médicos muy enemigos de la cirugía, no creo lo sean hasta el punto de desconocer la naturaleza perfectamente quirúrgica, clásicamente quirúrgica de los casos descritos por el doctor Mollá. Si en casos análogos los médicos no envían sus enfermos al cirujano, no es porque no deban enviarlos, sino porque la rutina y el prejuicio guían la conducta de los más.



Yo felicito al Dr. Mollá, porque se ha mantenido en los límites de la cirugía renal clásica. Nada de temeridades, ni de saltos en campos todavía poco sedimentados. Casos con lesiones unilaterales, perfectamente unilaterales, en los que la constante ureica y las pruebas de eliminación han sido los normales, cuando de ellas nada nos ha dicho, que si no, no hubiera dejado de señalar las variaciones ocurridas después de esos actos quirúrgicos. El Dr. Mollá continúa en las tradiciones de los buenos cirujanos españoles que aprecian al enfermo y no arriesgan su vida en ensayos intempestivos. Así se podrán hacer menos afirmaciones precipitadas, pero se tiene más tranquila la conciencia. Cuando en las nefritis médicas, es decir, en las nefritis con lesiones dobles, con alteraciones en la eliminación general total ó en alguno de los elementos de la orina de un modo general, conozcamos los factores que pueden favorecer ó empeorar el pronóstico, cuando sepamos evitar las retracciones cicatriciales pericapsulares y con ellas un empeoramiento después de un transitorio alivio en el cual hemos despertado en el enfermo esperanzas que muy pronto destruye la realidad, cuando los fracasos de los extraños aclaren este campo, hoy muy obscuro, intervendremos para salvar al enfermo, no para ver lo que le ocurre.

IDEAS ACTUALES SOBRE EL NEUROTROPISMO⁽¹⁾

DISCURSO LEÍDO EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, EN LA RECEPCIÓN DEL DR. S. J. TELLO Y CONTESTACIÓN DEL DR. RAMÓN Y CAJAL

En la regeneración de los nervios, el influjo de los obstáculos es mucho más manifiesto; persisten las fuerzas que orientan el crecimiento de las fibras hacia el lugar de su terminación normal; pero la causa determinante de la rotura ó degeneración del nervio introduce una porción de obstáculos á la marcha de los axones. En casos de perturbación mínima, es decir, cuando se hacen degenerar las fibras sin destruir la continuidad del nervio, por una simple compresión, por ejemplo, los axones continúan sencillamente su camino fácil hacia la periferia en el interior de las mismas vainas de Schwann; si la sección es completa, de manera que la separación de los cabos sea pequeña, y no existen cuerpos extraños ni exudados perjudiciales, aunque con mayores dificultades, también llegan las fibras con facilidad á la ruta propicia del cabo periférico; mas á medida que la distancia aumenta y se acumulan elementos anormales entre los pedazos de los nervios, antes de llegar al periférico las fibras del cabo central, se ven obligadas á salvar obstáculos contorneándolos ó dividiéndose, á cambiar de dirección repetidamente, á retroceder en ocasiones, resultando el camino largo y enrevesado y extraviándose definitivamente gran número de fibras que no llegan á establecer una conexión funcional útil y están condenadas á la atrofia.

Ranvier, Vanlair y Stroebe, que han tenido el mérito de señalar la importancia de las dificultades en el trazado del camino, cayeron en la exageración de considerar este factor como el predominante; en muchísimos casos, los axones cambian de rumbo en su crecimiento sin que haya un motivo mecánico que lo explique.

(1) Véase el número 3.606.

Estereotropismo.—Con este nombre ha designado Loeb (1) el crecimiento de ciertos seres adosados á cuerpos firmes; existe un gran número de animales que, como si estuvieran dotados de un heliotropismo negativo, al igual que la raíces de los vegetales, crecen introduciéndose en hendiduras ó soterrándose; por medio de experiencias ingeniosísimas demostró su indiferencia á la luz, pues se adosaban á láminas de vidrio ó se introducían en tubos de la misma sustancia, estuvieran ó no en la obscuridad, haciéndose patente que sentían la necesidad de tener el cuerpo pegado á una superficie rígida. Loeb ha visto también el estereotropismo en las células de los tejidos; los cromatóforos que desde las mallas intercapilares del *Fundulus* emigran hasta formar una vaina en torno de los vasos de la bolsa vitelina, lo hacen en virtud de una sensación de contacto más bien que por un estímulo químico, como pensó primero, aunque ya advierte lo difícil que es distinguir un tropismo del otro.

Entre los experimentos de Forsmann de que nos ocuparemos después, realizados para demostrar las acciones quimiotácticas, hay algunos que prueban el estereotropismo *in vivo*; si entre los cabos central y periférico de un nervio seccionado, introducidos dentro del tubo de paja, se coloca un hilo de sutura, las fibras nerviosas crecen más fácilmente que cuando el hilo se saca por fuera del tubo ó no existe y los axones, en su mayor parte, marchan pegados al hilo; pero si falta el cabo periférico ó se coloca adosado al central de modo que las fibras para penetrar en él tengan que ir en sentido opuesto al hilo, ya no acompaña ninguna fibra á la seda, probando que las suturas pueden servir como puentes para los axones por su sensibilidad al contacto, que designó *tigmotropismo*, en tanto que favorecen el crecimiento determinado por otros estímulos.

Dustin (2) ha explicado también por la sensibilidad al contacto la marcha de las fibras nerviosas adosadas á las bandas de Büngner, capilares, fibras musculares y nódulos celulares que encuentran en su ruta durante la regeneración, dando al fenómeno el nombre de *haptotropismo*. Las fibras espirales en torno de los capilares y de las fibras musculares, los aparatos de Perroncito y los ovillos pericelulares á él serían debidos. Cajal confirmó y amplió estas observaciones de estereotropismo, llamando *atracción adhesiva* á la fuerza que hace resbalar las fibras por la superficie de membranas á lo largo de cordones. También nosotros hemos podido comprobar hechos análogos en nuestros injertos de ciático en el nervio óptico seccionado.

Harrison, que había visto en sus experiencias de cultivo de las fibras nerviosas cómo éstas crecían apoyándose en los filamentos de fibrina del plasma, repitió los experimentos (3) colocando el pedazo de tejido nervioso en gota pendiente con líquido de Ringer, de Locke ó con suero de rana desfibrinado, observando entonces que las fibras permanecían inactivas en la mayor parte de los casos, á menos que el pedazo no hubiera quedado adosado á la superficie inferior del cubreobjetos y las fibras se apoyaran en ella para crecer; después, usando los mismos líquidos colocó el trozo nervioso entre dos capas de tela de araña, y vió que todos los cultivos prosperaban, creciendo las fibras guiadas por los filamentos de la tela. Con estas experiencias ha demostrado Harrison, de la manera más brillante, la existencia del estereotropismo y ha llegado á pensar que el crecimiento de las fibras nerviosas adosadas á los plasmodios (no en el interior, como supone Held) sea una de sus manifes-

(1) J. LOEB: *Vorlesungen über die Dynamik der Lebenserscheinungen*.

(2) DUSTIN: *Loc. cit.*

(3) R. G. HARRISON: «On the stereotropism of embryonic cells.» *Science*, volumen XXXIV, 1919.

taciones. Admitiendo la generalidad con que el estereotropismo actúa en la regeneración de las fibras nerviosas, hay que reconocer que los casos de fibras que marchan por el interior de líquidos no son tan escasos como piensa Harrison, y quizá necesiten acciones muy estimulantes del crecimiento, presentes en la regeneración *in vivo* y en la embriogenia y no en los cultivos. Cajal ha señalado que el estereotropismo puede hasta contrariar la acción de las sustancias químicas orientadoras á distancia; pero cuando éstas son bien activas, las fibras dejan los soportes sólidos, y atravesando mallas conectivas rellenas de plasma, se dirigen decididamente hacia la fuente neurotrópica; nuestros experimentos de injertos de medula de saúco empapada en sustancias neurotrópicas en la corteza cerebral parecen demostrar que cuando se estimula intensamente la aptitud de crecer de las fibras de la sustancia blanca son capaces de progresar aun en el espesor de sustancias líquidas.

En la embriogenia resulta difícil en extremo distinguir el auténtico estereotropismo del quimiotropismo y de la simultaneidad del crecimiento de ciertos órganos. Ya hemos hecho observar que cuando las primeras conexiones se establecen no existen órganos resistentes que puedan servir de tutores como en la regeneración; más tarde nos encontramos formados á la par unos y otros, y es casi imposible por ahora deslindar su influencia recíproca en la evolución. En nuestro estudio de la formación de las placas motrices (1) hicimos observar coincidencia perfecta entre la aparición de los esbozos de nervios en la pata del pollo y la de los gruesos troncos vasculares, no sólo en el trayecto, sino en las divisiones; en nuestras actuales investigaciones sobre la evolución de las determinaciones cutáneas en el ratón blanco hemos visto cómo el tronco y las principales ramas del nervio maxilar superior se producen correspondiéndose con el ramo infraorbitario de la arteria estapedia, la rama ascendente del facial avanza hacia la cara acompañada de la arteria homóloga, los nerviecitos de la piel siguen á las todavía gruesas ramas cutáneas, formando sus plexos en el mismo sitio que aquéllas su red horizontal de anastomosis; en una palabra: por todas partes se percibe una correspondencia entre los sistemas vascular y nervioso periféricos, mucho más íntima que la ya conocida en el adulto, porque la evolución ulterior separa troncos que estuvieron en contacto durante los primeros tiempos del desarrollo. Cuando se ven formados los vasos y adosados á sus paredes los nervios, siempre un poco más retrasados en la evolución, pudiera creerse que aquéllos sirven de tutores estereotrópicos á éstos; mas, según hemos advertido, es muy discutible el que éstos posean ya la solidez precisa para ello, y en cambio se comprende fácilmente que á su alrededor se encontrará la mayor suma de materias nutritivas, resultando imposible dilucidar si se trata de una acción mecánica ó química. His (el joven) (2) señaló esta influencia nutricia en la proximidad de los elementos nerviosos simpáticos á los vasos. ¿No sería, sin embargo, más acertado suponer que la misma causa determina el crecimiento simultáneo de vasos y nervios y la emigración de los elementos musculares y mesenquimatosos? Sólo la experimentación, suprimiendo sucesivamente cada uno de los elementos, puede dar solución satisfactoria á esta cuestión.

(1) J. FR. TELLO: "Génesis de las terminaciones motrices y sensitivas. I. En el sistema locomotor de los vertebrados superiores. Histogénesis muscular.", *Trab. del Lab. de Invest. biol.* 7, XV, 1917.

(2) W. HIS (jun.): "Die Entwicklung des Herznervensystems bei Wirbeltieren.", *Abh. d. mathem. phys. Cl. d. Königl. Sachs. Gesells. der Wissenschaften*, 1891, Bd. XVIII.

Compresión. — Hemos indicado la influencia que los obstáculos tienen frecuentemente en la división de las fibras que en ellos chocan, y no hay duda de que en el estereotropismo no todo es pasivo; pero hay que confesar que, en general, los factores mecánicos hasta ahora examinados guían el crecimiento neuronal, pero no lo estimulan. En la regeneración, sobre todo el traumatismo que determina la rotura ó degeneración de un nervio debe estimular el crecimiento del cabo central al mismo tiempo que otros factores, desequilibrio entre la sección neuronal y los elementos circundantes, alteración funcional, proliferación y estímulos físico-químicos de las células de Schwann y del endoneuro, etcétera; mas en ciertos casos, la influencia de estos agentes puede ser notablemente mitigada, al mismo tiempo que se refuerza de un modo indudable la acción mecánica.

Ya Stroebe (1) queriendo evitar la infección y los fenómenos regenerativos de la herida que enmascaran frecuentemente las modificaciones ocurridas en los nervios seccionados, estudió la degeneración y regeneración de los nervios de la oreja del conejo, comprimidos al través de la piel durante dos horas y media mediante un ingenioso mecanismo; después examinó las alteraciones del ciático apretando poco tiempo con una ligadura de seda, observando que en los nervios comprimidos la neoformación de fibras es mucho más abundante que en los simplemente seccionados y que aparecen numerosos haces de fibras en las antiguas vainas, Cajal (2) ha estudiado con todo detenimiento las alteraciones de los nervios comprimidos entre los bocados de una pinza, señalando tres grados: si la compresión es débil, además de la degeneración de la mielina y la multiplicación de las células de Schwann, el axón experimenta un deshilachamiento, es decir, las neurofibrillas que le formaban se individualizan y se hacen periféricas, constituyendo una capa continua bajo la vaina de Schwann; si la compresión es más enérgica, además del deshilachamiento se producen colaterales helicoidales que dan lugar al fenómeno de Perroncito; y, por último, si la compresión es muy fuerte, el axón avanza desde la región metamórfica, terminando en una robusta maza, y al mismo tiempo adquiere gran relieve la formación de colaterales. Claro es que en todas estas experiencias resulta imposible regular la presión de tal manera que sea igual en todos los puntos, y al lado de axones moderadamente comprimidos, los hay brutalmente lesionados y en completa destrucción; pero siempre es posible encontrar algunos con las lesiones antes indicadas. Marinesco y Minea (3) han observado en la compresión de los ganglios fenómenos semejantes en los axones, pero en los casos de compresión enérgica han visto además que las células supervivientes entran en una fase formativa; emiten apéndices con masas subcapsuladas y la periferia del soma se deshilacha de la misma manera que los axones.

Todas estas observaciones demuestran que la compresión moderada tiene una indudable acción estimulante sobre el crecimiento neuronal y que en más ó menos proporción

(1) ST. STROEBE: "Experimentelle Untersuchungen über Degeneration und Regeneration peripherer Nervenverletzung.", *Ziegler's Beiträge*, Bd. XIII, 1899, pág. 160.

(2) S. RAMÓN Y CAJAL: "Les métamorphoses précoces des neurofibrilles dans la régénération des nerfs.", *Travaux du Laboratoire des recherches biologiques*, tomo V, 1907. — Las metamorfosis de las neurofibrillas en la regeneración y degeneración de los nervios., *Rev. de Med. y Cirugía de la Facultad de Madrid*, 1906.

(3) MARENESCO Y MINEA: "Recherches expérimentales et anatomopathologiques sur les lésions consécutives à la compression et à l'écrasement des ganglions sensitifs.", *Folia Neurobiologica*, Bd. I 1907.

debe contribuir á la regeneración en todos los casos de traumatismos.

ESTÍMULOS ORIENTADORES DEL NEUROTROPISMO Á DISTANCIA.—Por muy próximos que se encuentren el neuroblasto y el órgano que ha de ser inervado, un espacio mayor ó menor los separa; aun en el caso más favorable de contacto entre el tubo neural y el miotomo, la célula apolar se encuentra con gran frecuencia, en el momento de comenzar á formar la expansión, debajo de la limitante interna y separada, por consiguiente, del miotomo por todo el espesor de la lámina medular, y, sin embargo, el axón, no sólo en estos casos sencillos, sino en los más complicados, se dirige resueltamente hacia el órgano, núcleo ó tejido en que formará sus terminaciones. Esta indudable orientación del crecimiento de las neuronas hacia los elementos que deben relacionarse con ellas funcionalmente se verifica á distancia, como si vertieran en el medio sustancias quimiotácticas positivas ó irradiaran energías orientadoras, según los casos. Las fibras y células nerviosas se hallan perfectamente orientadas en su crecimiento, en la mayor parte de los casos, y encuentran el elemento productor de materias reclamos ó el centro irradiador, á pesar de los mayores obstáculos y después de describir las revueltas más complicadas. Numerosas disposiciones y cambios de estructura durante la ontogenia y la filogenia indican claramente la existencia de estas acciones orientadoras, y la experimentación ha demostrado de manera convincente su presencia en los fenómenos regenerativos.

Indicios ontogénicos.—Ya hemos hecho observar que la masa premuscular que ha de formar los motores oculares encuéntrase separada de los núcleos nerviosos, origen de los nervios correspondientes, por una distancia relativamente considerable; en el momento en que los axones asoman en la superficie del tubo neural, y desde puntos tan distintos, parte ventral del cerebro medio, decusación del velo y cara ventral del cerebro posterior, llegan en línea recta, como los rayos de una rueda, á la terminación común. Todos los nervios motores experimentan una acción orientadora que los dirige sin titubeos á la masa muscular primitiva, pero además esa misma fuerza hace que se mantenga el contacto entre la terminación de las fibras nerviosas y los elementos musculares durante todo el desarrollo, pues, según hemos demostrado en nuestro estudio sobre la formación de las terminaciones motrices, hasta muy tarde, ya cerca de la vida extrauterina ó extraovular, no se constituyen enlaces materialmente sólidos que expliquen la relación constante entre los elementos tan distintos, y sin embargo, en todas las numerosas y largas emigraciones de las fibras musculares son seguidas siempre por las fibras nerviosas.

Los nervios sensitivos ó sensoriales branquiales van rectamente hacia la masa de mesodermo que constituye el esbozo del arco branquial correspondiente y le acompañan en todas sus evoluciones, según demostraremos en nuestro trabajo sobre la formación de las terminaciones sensitivas de los pelos táctiles del ratón blanco; los sensitivos espinales son guiados por los axones motores, y solamente cuando éstos son atraídos por los músculos, continúan aquéllos su ruta hasta los campos periféricos cutáneos ó mucosos, en donde comienzan á constituir el área de distribución.

Tales acciones orientadoras no se establecen de una vez; al principio, las fibras se sienten vagamente dirigidas de manera que parecen marchar perezosamente por entre los intersticios que las células del mesénquima les ofrecen, como observó Cajal y nosotros hemos tenido ocasión de confirmar, en las raíces motrices espinales y nervios oculares; después, el estímulo es cada vez más intenso y las fibras rectifican su primitiva y tortuosa trayectoria, que siguen ya de una ma-

nera decidida, guiadas por las primitivas, las demás fibras que van sucesivamente saliendo del núcleo motor.

En los centros nerviosos, sobre todo en los que hay mayor complicación de relaciones neurales, los indicios que apoyan la existencia de agentes orientadores á distancia son todavía más claros. Los ganglios raquídeos y algunos craneales tienen al principio sus células bipolares entremezcladas con las fibras; pues bien: en un momento determinado, un poco distinto para cada especie animal, pero que en el embrión de pollo comienza á los catorce días de incubación, según demostró Cajal, las células se tornan monopolares y los cuerpos celulares emigran hacia la periferia, perpendicularmente á la dirección de las primitivas fibras, que quedan fijas en el centro constituyendo la sustancia blanca.

Las células de la medula muestran en sus primeros tiempos largas expansiones protoplásmicas que llegan á la superficie para conexas con las colaterales pequeñas y difusas de las fibras de la sustancia blanca; pero á medida que el desarrollo avanza, las células disminuyen de tamaño relativo, se confinan en la sustancia gris las expansiones protoplásmicas y las colaterales se alargan para estar siempre en contacto con las células correspondientes. Las colaterales sensitivomotrices atraviesan toda la medula de atrás adelante, para llegar á relacionarse con las células motoras por medio de sus expansiones protoplásmicas posteriores, siendo tanto más largas las colaterales cuanto aquellas expansiones se acortan.

La histogénesis del cerebelo, tan brillantemente esclarecida por los trabajos de nuestro maestro, está llena de desplazamientos y conexiones, persuasivos en extremo de la existencia de acciones orientadoras. Cajal, en 1892, llamó la atención, en este sentido, sobre la formación de los granos (fig. 5.^a); como es sabido, constituyen una neurona intermedia entre las fibras musgosas ramificadas en la capa de los granos internos, donde aquéllos se encuentran en el adulto y las arborizaciones protoplásmicas ascendentes de las células de Purkinje, mediante los axones que forman las fibras paralelas de la capa molecular; pues bien, estos granos se forman en los primeros tiempos del desarrollo extraovular ó extrauterino á expensas de los elementos germinales que quedan en la capa de granos externos de Obersteiner, haciéndose cada vez más profundas al mismo tiempo que cambian de forma; marchan, pues, desde los granos externos á los internos, atravesando toda la zona molecular y pasando por entre los cuerpos de las células de Purkinje; siendo bipolares y paralelas á las láminas cerebelosas en la parte más interna de los granos externos, su cuerpo celular se siente dirigido á la profundidad, abandona su situación embrionaria, donde deja las dos expansiones primitivas por una división en T, y adoptando una forma bipolar vertical, camina resueltamente hasta el otro lado de los cuerpos de las células de Purkinje, donde emite al principio dendritas múltiples y después quedan reducidas á las que poseen de ordinario los granos, con su conformación característica, para ponerse en conexión con las rosáceas de las fibras musgosas. La célula se desarrolló, por consiguiente, en el mismo sitio que la terminación axónica definitiva, emigrando después el cuerpo hacia la profundidad, en busca de fibras musgosas, aunque para ello tienen que atravesar casi todo el espesor de la lámina cerebelosa.

El cuerpo de las células de Purkinje crece hacia la superficie, originando una riquísima arborización ascendente en busca de las fibras paralelas; pero las arborizaciones son aplanadas y paralelas entre sí, de modo que están con aquéllas en la misma relación que los hilos del teléfono con los bastidores en que se apoyan. Las células de cestas se ori-

ginan también en la capa de granos externos, y desde el primer momento sus expansiones se orientan en dirección perpendicular á las láminas cerebelosas y á la fase bipolar horizontal de los granos, y, por consiguiente, á las posteriores fibras paralelas; además, sus axones, mientras caminan, van emitiendo colaterales productoras de cestas para cada una de las células de Purkinje que se encuentran. Las fibras trepadoras que penetran por la substancia blanca marchan resueltamente en busca de los cuerpos de las células de Purkinje, atravesando toda la capa de los granos internos, para formar primero á modo de nidos, después capuchones, y, por último, una arborización que se superpone á la dendrítica ascendente de las células de Purkinje.

Resultaría extraordinariamente fatigoso el exponer los centenares de crecimientos y enlaces que en los demás centros nerviosos demuestran la existencia de atracciones recíprocas entre determinadas neuronas; pero creemos interesante hacer una excepción del desarrollo de las células horizontales á la retina, ya que los estudios de Cajal (1) demuestran que, como en los granos del cerebelo y en otras muchas neuronas, los agentes orientadores del crecimiento de una célula nerviosa no son los mismos durante toda la evolución. Es bien sabido que las células horizontales de la retina constituyen un estrato en la parte más externa de la capa de los granos internos, inmediatamente por debajo de la plexiforme externa y que tanto las detritinas como el axón se extienden por la plexiforme para establecer una conexión transversal en la marcha del fluido nervioso; pues bien: en los días que preceden al nacimiento, en que sólo hay una diferenciación neurofibrilar de las células ganglionares y los espongioblastos, aparecen en la unión del cuarto externo con los tres cuartos internos de la retina las primeras células horizontales provistas de armazón neurofibrilar; pero no forman un estrato, sino que están á diferentes alturas y además de un modo discontinuo; al mismo tiempo, son bipolares ó están dotadas de un capuchón de neurofibrillas con varias expansiones protoplásmicas en la parte externa, pero todas estas dendritas se dirigen radialmente con relación al ojo; después van colocándose todas las células al mismo nivel, las expansiones del capuchón externo se extienden progresivamente en el mismo plano, desaparecen todas las expansiones ascendentes ó descendentes y se constituye el plan definitivo. Cuando ya las células horizontales y sus expansiones acaban de formar una capa, todavía se sorprenden en los primeros tiempos algunos axones que llegan hasta la plexiforme interna ó hasta los conos y bastones, para volver de nuevo al estrato de las células horizontales, donde se terminan, como reliquia de la primitiva desorientación. Indudablemente, aquí como en los granos del cerebelo, y quizás como en la mayor parte de las células de los centros nerviosos, se marca durante la evolución la influencia de agentes orientadores sucesivos que actúan en direcciones perpendiculares.

(Se continuará.)

Excipiente inerte.

Las más de las veces, un diplomático de carrera no es más que un tonto con mandril; y sin embargo, su tiesura profesional y artificiosa impone cierto respecto y da valor y realce á sus palabras y á sus actos, por lo que creemos adivinar que llevan dentro, por el mandril que lo sostiene y presta consistencia.

(Ich.)

(1) S. RAMÓN Y CAJAL: "La desorientación inicial de las neuronas retinianas de axón corto. (Algunos hechos favorables á la concepción neurotrópica.).", *Trab. del Lab. de Invest. biol.*, tomo XVII, 1919.

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las nefritis: breve revisión histórica, y estudio de un caso clínico, por el profesor Chauffard.**—Con sólo echar una simple ojeada á la historia de las enfermedades de los riñones, en el transcurso de un siglo, echaremos de ver que pocos capítulos de la patología han sufrido una transformación tan profunda, siendo el lenguaje en que se expresan las obras de hace veinticinco años, sin ir más lejos, completamente distinto del que empleamos hoy.

Richard Bright, estudiando las ascitis, tuvo el acierto de señalar el papel del hígado y de los riñones en la patogenia de las mismas, haciendo recaer sobre sí el honor de haber descrito las lesiones de las nefritis á las que en su memoria de 1827 clasificó en tres tipos diferentes: riñón grande blanco, riñón pequeño rojo, granuloso, contraído y riñón jaspeado.

En 1845, Johnson, teniendo en cuenta los descubrimientos histológicos, dividió á su vez las nefritis en parenquimatosas ó epiteliales y en intersticiales ó esclerosas.

Más tarde, al advenimiento de la bacteriología, Bouchard substituyó estas bases anatomo-histológicas por el concepto infeccioso, el cual, aun cuando aparece bien manifiesto en algunas nefritis (escarlatínica, sífilítica, tuberculosa, palúdica) no siempre sirve para explicar la patogenia de muchas de ellas que permanece problemática, dando lugar á sospechar un origen discrásico ó humoral. Una nueva etapa del estudio de las nefritis es inaugurada por Brault, quien da á la noción del tiempo una importancia capital, demostrando que la reacción renal es función de dos cosas: la intensidad de la acción causal y la duración de esta acción.

Más recientemente, con el desarrollo de los exámenes histológicos, ha sido puesta de relieve la importancia de las lesiones glomerulares y de las nefritis *parcelarias*.

Nosotros decimos hoy: glomerulonefritis, y añadimos: *parcelarias*. Con lo que queremos expresar que la unidad patológica no es el riñón, sino el glomérulo, pudiendo coexistir en la misma glándula elementos normales al lado de otros alterados en diversos grados de funcionamiento. La nefritis, pues, no es siempre una afección difusa, siendo capaces las zonas glomerulotubulares sanas, de sufrir una hipertrofia suficiente para producir la compensación de la enfermedad renal, al menos al principio y durante un lapso de tiempo más ó menos largo.

A todas estas nociones sucesivas hay que añadir las ideas contemporáneas, que han dado lugar en los últimos años á dos clasificaciones distintas, la una clínica, que no le satisface al autor, y la otra fisiológica, que le parece fundamental. La primera divide á las nefritis en uremígenas é hidropígenas, y la segunda admite con Vidal, tres tipos, correspondientes á tres trastornos funcionales diferentes: nefritis azotémica, nefritis clorurémica, y nefritis hipertensiva. Esta última clasificación nos obliga al estudio de las funciones renales, de las eliminaciones, de la azotemia, etc.

Y ahora, vamos ya con la observación clínica, punto de partida de esta revisión general.

Se trata de una mujer de cuarenta y nueve años con nefritis que data de larga fecha y que ella atribuye al abuso del sulfonal y de los bromuros, aun cuando el autor se inclina á creerla consecutiva á una angina que tuvo la enfermedad en 1914. En 1915 observó la paciente edemas maleolares, y en 1916 trastornos más importantes, con albuminuria. Hace mes y medio se vió acometida de un síndrome abdo-

minal (dolores irradiados á la paletilla derecha, vómitos, sensibilidad de la región vesicular) que el autor refiere á un cólico hepático y que fué lo que la llevó al hospital. En este momento llama la atención, la enferma, á primera vista, por su palidez. Tiene fuerte albuminuria, ruido de galope, tensión de 17,7 en el Pachón y un ligero edema maleolar. Además, el autor descubre una adenopatía submaxilar y un soplo interescapular, índice de hipertrofia de los ganglios traqueobronquiales, confirmada por radioscopia. Esto ofrece cierto interés por cuanto sabemos que las nefritis del antiguo tipo parenquimatosos son frecuentes en los bacilares. De modo que en la nefritis de nuestra enferma pueden haber tenido intervención patogénica dos cosas: la angina y la bacilosis.

No obstante la antigüedad de la enfermedad, no hay hipertensión, al menos permanente. El examen de la orina pone de manifiesto 3 y 4 gramos de albúmina por litro; las cifras de urea, de cloruros y de fosfatos son bajas, haciendo formar idea de un proceso de retención.

El examen de la sangre ha revelado muchas cosas.

Cuando se recoge sangre, en una solución de citrato de sosa para evitar la coagulación, y se la centrifuga, se obtiene un segmento de glóbulos rojos y una parte líquida. Normalmente hay un 50 por 100 de glóbulos y otro 50 por 100 de plasma. Pues bien; en esta enferma la relación glóbulo-plasmática en vez de ser de 1 es á 1, es de 1 á 4, lo que indica una gran dilución globular, que puede interpretarse, bien por una desglobulización ó por una retención hídrica, sin que sea fácil señalar la parte que corresponde á cada una.

La noción de la hidremia no debe ser perdida de vista, pues cuando la azotemia se asocia á la hidremia, la azotemia real es más grande que la azotemia aparente, ya que la dilución es mayor.

Del examen sérico resulta, en primer término, una fuerte azotemia de 2,79 gramos á 3,45. La clasificación pronóstica de Widai no concede una vida mayor de unos pocos meses á los azotémicos crónicos que pasan de los 3 gramos. El ázoe residual es de 0,19. Sabida es la gran importancia que un gran número de autores atribuyen al ázoe residual en la patogenia, para algunos casi exclusiva, de la uremia. En nuestra enferma está poco aumentado aun cuando no hay que olvidar la dilución hidrémica. La colesterinemia es de 2,22 gramos, lo que confirma la regla formulada por el autor con Guy Laroche y Grigaut: «á medida que el estado tóxico aumenta, la colesterinemia disminuye». Esta colesterinemia es aquí tanto más interesante cuanto que la enferma ha tenido una crisis de cólicos hepáticos. ¿Ha sido una coincidencia fortuita? Los cólicos hepáticos son muy comunes en la mujer, aunque su primer ataque suele ser más precoz y guardar cierta relación con la evolución genital. Pero nuestra enferma tiene cuarenta y nueve años.

Por otra parte, ciertos descubrimientos hechos en Inglaterra han señalado la frecuencia de la litiasis biliar en las nefritis. El autor añade que la dosificación de la colesteroína en los brighticos ha revelado una cantidad exagerada de esta substancia en la bilis y la sangre, condiciones favorables á la colelitiasis.

Lo que no se ha encontrado en esta enferma es manifestaciones de uremia nerviosa, ni cefalea, ni aturdimiento, ni somnolencia, ni Cheyne-Stokes. Esto parece ser debido á que la uremia ha buscado una vía de desagüe haciéndose digestiva, en cuya forma elimina la enferma con los vómitos y la diarrea, que ofician de válvula de seguridad, una cantidad apreciable de urea y de otros venenos.

La uremia digestiva constituye, pues, en cierto modo, un procedimiento de liberación, al contrario de la uremia

nerviosa que concentra más bien los venenos sobre el sistema, que ataca.

La terapéutica de las nefritis es pobre, y, ante todo, dietética. Su utilidad es mayor en la fase inicial. El autor, apoyándose sobre la noción parcelaria de las lesiones, durante los primeros tiempos, opina que el tratamiento, cura láctea en particular, obra principalmente ahorrando trabajo á los elementos sanos, siendo, por lo tanto, más bien una medicación preventiva. La opoterapia por el polvo de riñón interviene también, últimamente, obrando de la misma manera (*Le Concours Médical*, núm. 28, 9 de Julio de 1922).—T. R. Y.

2. Ensayo de profilaxis escolar. Algunos pequeños signos clínicos frecuentemente observados en los niños predispuestos á la tuberculización progresiva, por el Dr. Bourguignon, con la colaboración de Mlle. Canivez.

—En la hora presente todas las naciones parecen haberse dado cuenta de la necesidad vital de ocuparse de la higiene y de la profilaxis. En Bélgica comienza á aplicarse la ley sobre la inspección escolar y con este motivo el autor examina y agrupa un cierto número de pequeños signos clínicos, que reunidos ó aislados, completando las indicaciones de las tuberculinorreacciones hechas en serie, tienen un real valor profiláctico y pronóstico en la tuberculosis. Tales pequeños signos, solo se manifiestan hacia la edad escolar, aumentando de frecuencia con la edad para alcanzar su máximo entre los seis y quince años. Estos signos son: 1.º *Signos de los pelos*: a) una cabellera muy larga, muy abundante; b) pestañas muy largas; c) un vello abundante sobre el cuerpo y sobre todo, el vello de la parte inferior de la espalda; d) un color rojizo ó amarillo de la cabellera, sobre todo el rojo no familiar (rojo esporádico), ó también un reflejo rojizo ó amarillo de la cabellera. 2.º *Signos de los órganos de la visión*: a) enrojecimiento fácil y tenaz del borde palpebral; b) blefaritis escamosa tenaz; c) conjuntivitis y queratitis flictenular. 3.º *Signos del esqueleto*: a) alargamiento anormal del diámetro vertical del tórax; b) alargamiento aparente ó real del cuello (aspecto girafoides); c) hipotrofia de la musculatura general, pero sobre todo del cinturón escapular; d) artropatía tuberculosa. Localizaciones óseas de la tuberculosis; fístulas, abscesos fríos. 4.º *Signos deducidos del examen de las vías respiratorias*: a) hipertrofia florida del tejido linfóide amigdalofaríngeo; b) adenopatía tráqueobronquial (tos coqueluchoide prolongada); c) catarro rinofaríngeobronquial habitual y sobre todo con una frecuencia insólita; d) niño que haya presentado manifestaciones agudas (congestión ó hepatización) localizadas sobre todo hacia el vértice ó al espacio interescapular y teniendo como caracter general el presentar habitualmente una benignidad, una fugacidad de evolución notable; e) niño que haya presentado largo tiempo secuelas del aparato respiratorio después de una enfermedad intercurrente; f) niño que haya tenido una pleuresía seca ó serofibrinosa. 5.º *Signos del color*: a) palidez persistente en un niño no parasitado, con piel seca (niños verdes). 6.º *Signos de la sofocación, niños demasiado fatigables*: En general todos los niños más ó menos fuertemente tuberculizados, a) corren mal (carrera poco enérgica); b) se sofocan rápidamente; c) tienen un dinamismo débil y de corta duración. 7.º *Signos deducidos del examen de los ganglios linfáticos*: a) adenopatías ó cicatrices de adenopatías en rosario de la región del cuello; b) micropoliadenia; c) adenopatía mediastínica; d) adenopatías, hiperplasia inflamatoria de marcha insidiosa, abscesos fríos, fístulas. 8.º *Signos que proporcione el abdomen*: niño que haya tenido ascitis. 9.º *Signos de las ramificaciones venosas*: jóvenes que hayan engordado muy rápidamente y presenten ramificaciones venosas

muy marcadas en los muslos, regiones renales y hombros. La reunión de varios de estos signos y á veces la presencia de uno solo, puede tener una importancia grande, cuando se dan en sujetos con una cutirreacción positiva, indicando que están predispuestos á ser enfermos bacilares con invasión progresiva. La apreciación de los mismos por las enfermeras escolares, tendrá un gran interés y servirá de base para establecer la vigilancia del ambiente en que viven los escolares y las reglas de profilaxia adecuadas. (*Bruxelles Medical*, núm. 24, 15 de Octubre de 1922).—LUENGO.

3. La putrefacción intestinal en la tuberculosis, por V. Cassini.—Para conocer la intensidad de los procesos intestinales, es necesario determinar siempre el ácido sulfúrico conjugado y por lo menos una de las sustancias aromáticas más características, derivadas de la descomposición de la albúmina. El aumento del ácido sulfúrico combinado, ó bien la fuerte indicanuria con eliminación ligeramente aumentada ó aún normal de ácido sulfúrico conjugado, en enfermos que presenten trastornos del aparato digestivo, debe considerarse siempre como indicio de putrefacción intestinal superior á la normal. Para sentar deducciones fundadas en el comportamiento de los procesos pútridos intestinales en una categoría dada de enfermos, es necesario examinar siempre un número suficiente ó bien practicar más determinaciones con oportunas modificaciones de la dieta. Las investigaciones del autor confirman que no existe siempre relación directa entre la cantidad de éteres sulfúricos y de indican. En los tuberculosos febriles ó no, pero con trastornos gastro-entéricos aunque leves, se tiene constante é intenso aumento de las putrefacciones intestinales. En los enfermos de esta última categoría y especialmente en los febriles sin trastornos gastro-entéricos, débese admitir fundadamente que al aumento de la eliminación de éteres sulfúricos y de indican, contribuyen los procesos pútridos pulmonares y una mayor descomposición de las albúminas de los tejidos del organismo provocada por las toxinas tuberculosas. En los tuberculosos que se encuentran en un estado avanzado de la enfermedad se observan siempre putrefacciones intestinales mayores de lo normal; en las formas iniciales y que siguen un curso benigno pueden quedar dentro de los límites normales. La dieta cárnea hace aumentar las putrefacciones intestinales. El ácido sulfúrico total y el azufre total en los tuberculosos que se encuentran en un período avanzado de la enfermedad, están la mayor parte de las veces apreciablemente aumentados. El aumento de los éteres sulfúricos es en general proporcionalmente superior al del ácido sulfúrico total y del azufre total. Los valores del azufre neutro en la misma categoría de enfermos varían sensiblemente y no autorizan, al menos por ahora, á alguna conclusión. (*La Riforma Medica*, núm. 1, 1.º de Enero de 1923).—LUENGO.

OTORRINOLARINGOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Trastornos fonéticos consecutivos á la adenoidectomía. (A propósito de un caso de parálisis histérica del velo), por R. Rendu.—Los trastornos fonéticos consecutivos á la extirpación de las vegetaciones adenoideas, han sido relativamente poco estudiados y pueden derivar de causas muy diversas que el autor clasifica del modo siguiente: 1.º *Heridas operatorias del velo del paladar*, á consecuencia de las cuales se produce una voz nasal; entre estas heridas se han referido rupturas del pilar posterior, desgarrros ó hendiduras del velo, cortes de la úvula, etc.; 2.º *Equimosis velo palatino*, resultado de una tracción demasiado

violenta, que ocasionan parálisis del velo con voz nasal; 3.º *Adherencias velofaríngeas postoperatorias*, accidentes cicatriciales; 4.º *Parálisis inflamatorias del velo*; 5.º *Defecto de adaptación postoperatoria del velo*; la paresia por defecto de acomodación del velo es la causa más frecuente de los caracteres nasales que presenta la voz durante poco tiempo después de las intervenciones, lo cual es tal vez más frecuente de lo que harían suponer los raros casos publicados 6.º *Coexistencia de vegetaciones adenoideas y de pequeñez congénita de la bóveda del paladar*. A todas estas diferentes causas invocadas hasta la fecha para explicar los trastornos fonéticos observados por la adenoidectomía, cree el autor poder añadir otra, la historia. En apoyo de ella publica una observación de una niña de doce años, que presentó la misma tarde, de una adenoidectomía, una parálisis fonética del velo, curada espontánea y bruscamente al cabo de once días. El autor elimina razonadamente las causas antes enumeradas á que ordinariamente se atribuyen los trastornos fonéticos consecutivos á la adenoidectomía. Hace notar, sobre todo, dos caracteres principales de la parálisis del caso por él observado, que son: la sistematización y la brusquedad de su curación. Estos caracteres hacen pensar en su naturaleza histérica y probablemente es éste un mecanismo tal vez excepcional, pero cuya posibilidad es indudable. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhynologie*, núm. 15, 15 de Agosto de 1922).—E. LUENGO.

ELECTROLOGIA Y RADIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Diatermia y secuelas epiploicas de la apendicitis crónica operada, por G. Durand y S. Nemours-Auguste.

—Solamente la radioscopía permite afirmar la existencia y la localización de estas secuelas. No obstante, el examen de la sangre ha suministrado elementos de diagnóstico á M. Enriquez (ligera hiperleucocitosis, eosinofilia más ó menos acentuada, aumento de los mononucleares, signos de reacción inflamatoria del epiploon). En caso de diagnóstico positivo se impone una nueva intervención quirúrgica. Si el enfermo rehúsa, ¿de qué medio terapéutico se puede disponer? El método termo-terápico encuentra aquí su aplicación. Los autores han tratado por este método dos categorías de enfermos; unos, operados de apendicitis crónica que continúan padeciendo de la fosa ilíaca derecha, ó que presentan trastornos gastrointestinales; otros, afectados de apendicitis crónica en evolución. En los operados, los dolores locales y los trastornos gástricos han sido completamente suprimidos ó muy mejorados. Por el contrario, en los no operados, los resultados han sido menos claros. En los dos casos, el examen de la fórmula sanguínea ha revelado una tendencia innegable á la vuelta á lo normal, pero sin embargo, sin una constancia tal que se pueda ver en ello una prueba indiscutible de una sedación, á nivel del epiploon, de una reacción inflamatoria. Como quiera que sea, la termo-penetración parece capaz de dar resultados terapéuticos felices, sobre todo desde el punto de vista de la sedación de los fenómenos dolorosos, en los casos de apendicitis crónica operada. (*Bulletin General de Therapeutique*, núm. 6, Junio, 1921).—LUENGO.

Excipiente inerte.

La mayor perfección pierde por cotidiana, y los hartazgos de ella enfadan la estimación, empalagan el aprecio.

(Gracián.)

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.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La casa de Esculapio, por Angel Pulido.—La verdad del abolicionismo, por el Dr. César Juarros.—Paseos de un solitario, por Carlos María Cortezo.—Colegio del Príncipe de Asturias, para huérfanos de médicos.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Sobre el abolicionismo de la reglamentación policíaco-administrativa de la prostitución.

No siempre hemos de ocuparnos en este **BOLETÍN** en cuestiones profesionales y en disquisiciones de interés material interno para nuestra clase: esta semana, no por falta, quizás por sobra, de materia de aquella índole, la evitamos intencionalmente, á la par que atraídos por asunto de más agradable entretenimiento.

La propaganda abolicionista de la prostitución oficial (¡qué epíteto tan confuso y dado á interpretaciones nos ha salido!) continúa con actividad, teniendo por convencidos y resueltos verbos á algunos jóvenes, de los de nuestra particular preferencia, por sus impecables antecedentes.

Pero es el caso que estos simpáticos paladines en su entusiasmo irreflexivo, suponen *áspero ataque* á todo razonamiento que no ajusta á los argumentos que á ellos les inspira la supuesta novedad de su intento, sin tener en cuenta que el asunto al que generosamente dedican sus esfuerzos, al no ser tan nuevo como ellos suponen, tiene que inspirar en los viejos argumentos nacidos de la experiencia, nada improvisada, aunque ellos supongan gratuitamente otra cosa.

Contestamos con esto á observaciones públicas y aun á quejas particulares que hasta nosotros han llegado, por lo que en nuestro número anterior dijimos; y al contestarlo lamentamos bien de veras, primeramente, el no habernos hecho comprender, á pesar de hablar tan claro, y en segundo lugar, el no poder rectificar nuestros convencimientos, apenas allí bosquejados.

El asunto bien merece ser tratado con relativa extensión y con absoluta seriedad, y á ello invitamos á los que se han considerado *ásperamente* tratados por nosotros. Para esto empezaremos por consignar bien claro, repitiéndolo casi textualmente, lo que ayer dijimos, que es lo que desde hace mucho tiempo venimos pensando y que hoy seguimos creyendo, por no ser para nosotros tan nuevo el asunto, según documentalmente podremos demostrar.

Nosotros dijimos y decimos: Que una cosa es

ser abolicionista del reconocimiento oficial de la prostitución como institución social de su reglamentación administrativa, que suele ser sinónimo de su explotación económica, y otra cosa es la tutela profiláctica y la defensa técnico-administrativa contra la propagación de las enfermedades venéreas. Confundir una con otra cosa es proceder muy de ligero, como lo hizo el ministro autor de la famosa Real orden, quien creyendo honradamente que extirpaba la vergüenza de una explotación indebida, se la dejó íntegra á la policía, y en cambio, anuló en los efectos la vigilancia y la tutela de una higiene que ninguna administración niega, ni siquiera á las carnes y á los pescados que se venden en la vía pública.

Lo que nos asombra, aparte de divertirnos, es que se muestre tendencia por abolir la reglamentación de la venta de lo averiado, á reglamentar y vigilar inverosímilmente al comprador, que es el primer paciente; en otros términos, á declarar libre á la prostituta para propagar la sífilis, y poner vetos, impedimentos y sanciones al desgraciado que la contrae. Divídanse las responsabilidades; muy bien nos parece, y así lo hemos dicho en nuestro número anterior, con tan dudosa bondad interpretado; pero no se olviden las dificultades que en la práctica y en la vida ofrece la vigilancia y la responsabilidad del comprador, comparativamente con las de igual índole en la vendedora, y sobre todo, no se olvide que lo que más debe interesarnos es que el *delito sanitario* no se efectúe, ni por la una ni por la otra parte, en lo que sea posible... y lo más posible es lo que indicamos... digan lo que quieran... los termómetros.

Lo que nosotros no queremos, y bien claramente lo hemos expresado, es que so pretexto de evitar un abuso policíaco se ampare un libertinaje anti-higiénico. Lo que no queremos es que se anule la gestión profiláctica organizada por un Gutiérrez, un Azúa, ó un Sampelayo, por la férula reglamentista respetable, pero absolutamente indopta, de un Méndez Alanís, un Torres Almunia ó de un Millán de Priego.

Lo que no queremos tampoco es que compañeros nuestros que han ganado por oposición plazas de

inspectores del servicio antivenéreo, lleven dos años sin tomar posesión de ellas, mientras que no sabemos de ningún empleado policíaco-administrativo que haya dejado de ejercer sus funciones reglamentistas, vejatorias y financieras.

¿Está claro? Pues si no lo estuviera, dispuestos nos encontramos á dar todo linaje de aclaraciones en asunto que, como éste, interesa hondamente á la salud pública y al porvenir de la raza.

Y nada más por hoy.

DECIO CARLÁN

LA CASA DE ESCULAPIO

Sr. D. Ramón Luis Yagüe.

Mi siempre muy querido amigo:

He leído el artículo sobre «La Casa de Esculapio» que usted ha tenido la atención de mandarme, encareciéndome el deseo de que me ocupe algo en este asunto.

Había tenido ya ocasión de conocer su pensamiento porque recibo la revista *Vida Médica*, y yo no hallo más que frases para elogiarle, porque me parece de excelente naturaleza, así en lo que se refiere al fundamento de su inspiración, como á los medios sencillos que usted propone para llevarlo á cabo.

Es evidente que en nuestra clase hay muchísimos compañeros que, por sus enfermedades, su edad y su social infortunio, se encuentran sufriendo el mayor desamparo y constituyen un grupo considerable de desventurados colegas, cuyas quejas y tristísimos cuadros desgarran nuestros oídos, impresionan nuestra mirada y producen en nuestro espíritu un sentimiento profundo de conmiseración, y hasta cierta justificada protesta del abandono en que todos les tenemos. De esto yo me vengo enterando bien hace muchísimos años, desde antes de que presidiera el Colegio de Médicos de Madrid, al cual llegaban y seguirán llegando numerosas demandas de socorro; desde que pertenezco á la Academia de Medicina, de esto hace ya cerca de cuarenta años, porque á ella llegan con mucha frecuencia, y sobre todo en Nochebuena, solicitudes innumerables en demanda de los auxilios que, por motivo de algunas fundaciones benéficas, pueden entonces recibirse.

La idea de usted, por consiguiente, acude al remedio de una grande y notoria necesidad de la clase, y corresponde á estos tiempos en los que menudean las organizaciones de asistencia pública para acudir á los problemas sociales, muy atendidos en otros sectores de la grey humana, sobre todo la obrera, y muy descuidados en nuestra grey profesional, donde hemos incurrido los médicos en censurables torpezas y descuidos, porque con solamente dirigir la mirada á la vida que lleva ese meritísimo y admirablemente organizado Montepío Facultativo que hace años yo presido, se da uno cumplida cuenta de la lamentable desidia con que los médicos hemos atendido á las desventuras de los compañeros y hemos desatendido las, más que probables, posibles desventuras y necesidades nuestras, es decir, de los mismos individuos, á quienes pueden cual-

quier día agobiar y llevar á trágica situación. Esta circunstancia y modo de ser nuestro realza, más y más cada día, la hermosa fundación del Dr. Cortezo, creando ese Colegio de Huérfanos donde hoy se hallan recogidos, educados y puestos en condiciones de poder adquirir una vida decorosa, 110 hijos de desventurados compañeros, muertos sin dejar á sus viudas y sus hijos recursos con los cuales soportar su vida y prepararse para las contingencias de la concurrencia social.

Encuentro ingenioso, sencillo, eficaz, y hasta de suficiente rendimiento, el medio que usted señala para arbitrar recursos con qué sostener La Casa de Esculapio. Renunciar á los propios beneficios un día de consulta los médicos que las tienen; suministrar una cantidad voluntaria los que, no teniendo consulta, viven con buenos ó regulares ingresos; comprometer á todas las ramas de la vida médica haciendo que en un día determinado, que usted llama de *Pro clase médica*, giren ó manden á Protección Médica su correspondiente donativo, es una buena ocurrencia, que parece debe ser acogida con aplauso por todo el mundo, y que seguramente podría recaudar un presupuesto de caridad bastante para crear y desenvolver, aunque sea por el momento en pequeño y modesto ensayo, la fundación que usted ha concebido. La iniciativa de usted, por consiguiente, y la invitación que hace, tienen mi más cariñoso aplauso, y si yo dispusiera de facultades bastantes para hacer un ordenamiento, habría de decir «hágase».

Pero cincuenta años de vida médica, casi todos ellos dedicados al estudio de estos problemas y otros semejantes, habiendo sido el médico que se ha sumado á más empresas, que ha rendido su apoyo á mayores esfuerzos y que ha puesto bien notorios empeños en desenvolver de propia iniciativa creaciones semejantes, me autorizan á mirar con algún recelo toda epopeya noblemente concebida en este orden de organizaciones, porque veo que, desgraciadamente, nuestra clase no las siente, no las escucha y no las sirve.

Presidente yo de la conocida Sociedad Filantrópica de profesores de Ciencias médicas, que contaba largos años de existencia, hube de verme en la triste necesidad de reunir á los pocos socios que habíamos quedado, y acordar su disolución, repartiendo un menudado depósito de algunos centenares de pesetas que constituía todo nuestro capital. El célebre Montepío Facultativo que organizara el gran financiero D. Laureano Figuerola, y que importaba por igual á los médicos y á los abogados, presenta hoy el lamentable espectáculo de que venimos sosteniéndole, en condiciones dramáticas, unos pocos médicos, con cuyos recursos y el capital que se ha podido conservar y algún auxilio que yo he conseguido llevar á los presupuestos del Estado, viene prestando modesto auxilio á centenares de viudas, huérfanos y médicos ancianos y achacosos, habiendo sido totalmente inútiles cuantas excitaciones hemos dirigido á la clase médica para que atienda y reconstituya esa fundación que no tenía semejante y que había merecido el aplauso de las personas entendidas.

Ante semejante indiferencia y falta de previsión, ¿qué acogida puede tener la proposición de usted? ¿Encontraremos muchos médicos que se presten á mandar las cantidades que recauden en un día determinado? ¿Vamos á creer que esas figuras ilustres de la Medicina que, en sus concurridos consultorios, recogen 40, 50, 80 ó más duros al día, van á mostrar la generosidad de mandarlos á Protección Médica, en estos tiempos en los que, como nunca, rige el principio de la famosa expresión de Virgilio, en su «Eneida», *¡Auri sacra fames!*: sed insaciable de riqueza y de oro que lleva á muchos compañeros á la práctica de procedimientos, y á la prosecución de una conducta, motivo de conversaciones, fuente de comentarios, en los casinos y en los cafés; y que á los individuos que nos hemos formado en una ética profesional de generosidad y de respeto sublevan fuertemente nuestras conciencias y nos comprometen en sentimientos de indignación?

Querido Yagüe, mi noble y generoso amigo cuya desinteresada conducta y nobles procedimientos conozco yo desde hace muchos años, y han provocado siempre mi aplauso y mi gratitud, reciba usted el homenaje de mi alabanza á su idea, y crea usted que cuenta sinceramente con mi palabra y con mi pluma en lo que puedan servirle estos medios de propaganda. No sirvan mis reflexiones para desalentarle; sean solamente una llamada al conocimiento de la realidad, y para que no se desaliente en sus primeros pasos. No nos forjemos grandes ilusiones, pero no nos rindamos tampoco á radicales desesperanzas. La clase médica es numerosa, y si usted llega al corazón de ella, podrá encontrar adhesiones suficientes para esbozar los primeros engendros de esta fundación. Lo que esto dé de sí, pronto podrá ponernos en conocimiento del grado de capacidad benéfica y de convivencia social con la desgracia que ofrece nuestra clase en la actualidad. Cumpla usted, por consiguiente, con el deber que usted mismo se crea, trabajando ya por realizar lo que propone, y no contrayéndose solamente á formular una proposición, porque esto es sumamente fácil y los iniciadores de ideas abundan. De lo que andamos necesitados es de personas que tengan alientos bastantes, y fe suficientemente fuerte y tenaz para abordar y seguir una campaña como la que requiere el hermoso pensamiento que usted ha formulado. El Colegio de huérfanos fué concebido muchas veces y aun llevado á disposiciones oficiales; pero nada sirvió hasta que un hombre de fe, de entusiasmo y de carácter perseverante le cogió por su cuenta y lo realizó. ¡Ímitale usted! Le ayudaremos. Yo no dudo en decirle que EL SIGLO MEDICO, con su director, su historia y el ejemplo que ha venido dando desde que nació, será un auxiliar generoso que ha de seguirle cuanto pueda.

Reconocido á la invitación suya para que le ayude, me repito siempre suyo afectísimo agradecido amigo, que le quiere tanto como le admira,

ANGEL PULIDO.

LA VERDAD DEL ABOLICIONISMO

En el último número de EL SIGLO MEDICO «Decio Carlán» dedica á la campaña abolicionista ásperos comentarios. Por lo imprecisos y oscuros justifican sobradamente que aprovechando la proverbial hidalga hospitalidad del decano de nuestra prensa profesional, intentemos poner las cosas en su punto, con palabras diáfanas, breves, leales y desapasionadas.

Después de un siglo de hallarse reglamentado el oficio femenino de vender amor, ha sido tan claro, tan notorio el fracaso de estos procedimientos, que en su última reunión internacional vióse obligada la Cruz Roja á declarar como de urgencia la necesidad de emprender nuevos derroteros en la lucha antivenérea.

No podía ocurrir de otro modo; la reglamentación sólo se aplica á las ramera pobres, y, por tanto, á una *ínfima minoría*, olvida á las otras y da de lado á los varones, contaminados unas veces, contaminadores, otras.

La ejemplaridad de las estadísticas de Suiza, Inglaterra, Checoslovaquia, Holanda y las naciones escandinavas, representa argumento decisivo. La abolición hace bajar enormemente la frecuencia de las enfermedades venéreas. En treinta y siete años de vida abolicionista han disminuído en Inglaterra en un 40 por 100 y por contera la Gran Bretaña ha tenido el orgullo de ser el único pueblo beligerante que no necesitó, durante la guerra mundial, modificar sus leyes para combatir el aumento de las enfermedades genitales.

Ante tales hechos, ningún hombre de corazón puede contemplar impasible la existencia de esa ley de excepción, letrina de concupiscencias burocráticas, en nombre de la cual se degrada y persigue, envilece y tortura á unas pobres víctimas de la rijosidad masculina.

La supresión de tales vergüenzas no implica abandono de la profilaxis; en todos los actos que hemos celebrado toma parte algún sifiliógrafo de fuste, con la misión de predicar la creación de dispensarios públicos discretos y humanitarios y la conveniencia de lograr la instrucción de las gentes en estas cuestiones y en todos los actos también, habló alguien del delito sanitario: Francos Rodríguez, Alvarez Arranz, doctora Soriano, señorita Clara Campoamor, doctor Ortega Morejón, D. Juan La Cierva, etc.

Entregar su cuerpo puede constituir en la mujer delito, por significar adulterio, escándalo, contagio de enfermedades ó medio de vivir sin trabajar. Para su sanción deben existir y existen, en la mayoría de los países, leyes que combatan al vagabundaje, el delito sanitario, el adulterio, etc., sin necesidad de técnicas que tengan por base dar carácter de profesión á lo que ni social ni éticamente puede considerarse como tal.

Trátase de un movimiento internacional altruista, intenso, del que España no podía estar ausente, con una raigambre moral y técnica á prueba de enemigos por falta de información.

Y quedan ya solo dos puntos por abordar: la no invitación á EL SIGLO MEDICO y la intervención de los políticos. Ciertamente que no incitamos á asistir ni al periódico ni á Decio Carlán; pero exacto también que el Dr. Sampelayo y yo tuvimos el honor de invitar al mitin de Eslava, al Dr. D. Carlos Cortezo, por nosotros tan querido y respetado y que seguramente no comparte, del todo, la infundada opinión de su cronista.

Los políticos que nos acompañan no hacen sino ir á dar fe de su adhesión á la campaña. *El abolicionismo es apolítico.*

Respecto á los aciertos ó desaciertos anteriores y futuros del Sr. Cierva, no somos los abolicionistas quienes tenemos obligación de enjuiciar. Nos oyó, *se enteró* y nos prestó el apoyo y el estímulo de su significación *como parlamentario*, y esto, *desde nuestro punto de vista*, es ya tanto, que hemos de guardarle gratitud eterna, sin creernos obligados á matricularnos en ciervismo. Los abolicionistas procuramos no confundir y entremezclar los problemas.

DR. CÉSAR JUARROS.

Presidente de la Sociedad Española de Abolicionismo.

N. de la R. Como muestra de nuestra absoluta imparcialidad publicamos estas cuartillas que nos envía nuestro ilustre y querido amigo el Dr. Juarros; por más que insistamos en que nada tienen que ver con lo por nosotros dicho en el número anterior.

PASEOS DE UN SOLITARIO

POR

CARLOS MARÍA CORTEZO

HOSPITAL DE LA PRINCESA (1)

Volviendo al caso, diré que al día siguiente por la mañana vino el niño á mi alcoba preparado ya para ir á su colegio, y su madre hubo de decirme que había pasado la noche agitado y con escaso sueño por la impresión que le había producido la desgracia del albañilito.

Al venir á darme el acostumbrado beso de cotidiana despedida, díjome el niño: «Papá, yo quiero ir á ver al albañilito; dicen que está en el hospital de la Princesa, llévame á verle». Yo quedé perplejo y confundido: aquella era una lección del Cielo, salida de la boca de un ángel. Bajé con él al coche, le llevé hasta la puerta del hospital, hice que bajara la Superiora de las Hermanas, que era todavía aquella Sor Francisca que luego ha celebrado la Prensa y ha condecorado el Gobierno, y entregándola el niño y la limosna que me fué dable, la rogué que llevase á mi hijo á la sala en que estaba el herido. Rogóme la buena Madre que bajase yo y le llevara á cumplir aquella Obra de Misericordia, y fuí tan miserable, que permanecí en el coche hasta que el niño volvió lleno de júbilo, diciéndome que el albañil le había agradecido mucho su donativo, y más aún su visita.

Mal obré entonces dejando que el rencor ahogase los buenos movimientos de mi corazón: pero con él perdoné desde aquel momento la ofensa recibida, y cuando en mí trata de renovarse, me parece que desde el Cielo me reprende aquel ángel que luego perdí para siempre.

Cuando más tarde en mis viajes por el extranjero he visitado clínicas, laboratorios, asilos y sanatorios, he pensado en lo mal que hice dejándome llevar por un movimiento del amor propio al abandonar mi hospital por un motivo tan fútil, y en España de tan escasa significación como la arbitrariedad de un ministro. El núcleo que allí formábamos los jóvenes animo-

sos que antes he enumerado, pudo influir mucho en el adelanto de la enseñanza clínica en España, y aunque allí quedaba lo de más valer efectivo, es lo cierto, que conmigo, salió de allí la cohesión, la magma neutral y sin valor aparente, que une y da consistencia á los bloques, siquiera ella sea lo menos valioso del mineral.

La actuación perseverante de D. Federico Rubio en el sector que él dirigía, es buena prueba de mi aserto; pues él consiguió formar una escuela, unas veces improvisando y ungiendo maestros, otras veces aprovechando capacidades indiscutibles, como las de Gutiérrez y Cervera, á quienes la gente apellida discípulos suyos, pero á quienes yo califico de maestros, de los cuales él aprendió lo más interesante de la Cirugía moderna, como son los procedimientos de la asepsia y la desinfección.

Mencionar á Eugenio Gutiérrez, en un trabajo que tiene por título: «Hombres y mujeres de mi tiempo», y no detenerme ante su interesante figura, sería delito de grande injusticia, pues él ha sido el verdadero fomentador y constructor de la especialidad Ginecológica en España. Antecedentes había de ella, sería injusto negarlo; pero su verdadero prestigio, el efecto de confianza producido en la opinión general por los procedimientos, las destrezas y los que entonces se tenían por atrevimientos de esta Sección de la Cirugía, á Eugenio Gutiérrez se deben, y así han de reconocerlo los que después de su actuación prestigiosa cultivan hoy con provecho tan lucida especialidad.

Mi conocimiento con Eugenio Gutiérrez fué debido á mi intervención como médico en el tratamiento de una larga enfermedad que le aquejó á poco de su llegada á Madrid, procedente del extranjero adonde le había llevado su fino instinto para perfeccionarse en los estudios á que ya con inverosímil celo se había dedicado siendo médico de partido en la provincia de Santander. Recuerdo como si fuera hoy el primer día que salió á la calle, llevándole yo en mi coche para que viese la procesión cívica conmemorativa del centenario de Calderón de la Barca, 1881. Desde aquella época nuestra amistad fué firme y nunca empañada por rozamiento alguno. Procurábamos uno y otro guardar prudente silencio cuando por incidencia de Federico Rubio se trataba; pues Gutiérrez se mostraba entusiasta por él, tanto más cuanto que por él fué llamado para ponerle al frente de la famosa clínica en la sección de Ginecología.

Miento al decir que los dos callábamos, callaba Eugenio como hombre bien educado y agradecido hacia el que se hacía pasar por su maestro; pero yo no desperdiciaba ocasión en que decirle: «El maestro es usted, pues de usted ha aprendido ese señor á lavarse las manos, llevar limpios los instrumentos, y emplear los métodos de asepsia.»

Gutiérrez conquistó en Madrid un rápido renombre. Además de su inteligencia, su golpe de vista clínico, su habilidad operatoria, y el constante cultivo del estudio que jamás abandonó hasta su muerte, tenía Gutiérrez una gran condición para ser médico, y es que amaba positiva y verdaderamente el ejercicio profesional, lo

(1) Véase el número anterior.

mismo en la clínica que en la práctica de la clientela, que pronto llegó á ser verdaderamente abrumadora y á llevarle hasta la Cámara Regia. Durante muchos años no hubo en Madrid caso difícil de Tocología ó de Ginecología, que no viniese á manos de Gutiérrez, ó para el que él no fuese llamado en consulta. Asiduo, afable y cortés con todos, jamás abusó de aquella preponderancia, por él no solicitada, y por el público concedida, para aumentar el lucro de sus emolumentos. Algunos han pretendido calumniosamente suponerle capaz de abusos semejantes; no yo solamente, sino muchas otras personas que aún viven, pueden atestiguar lo falso de semejante imputación.

Mucho de lo que he dicho de Gutiérrez, últimamente conde de San Diego, pudiera decir de Eulogio Cervera, á quien también se ha querido hacer pasar por discípulo de Rubio. Como Cervera cultivó principalmente la Cirugía general, no alcanzó un renombre tan exclusivo como el del conde de San Diego en la especialidad por él enaltecida; pero ninguno de sus contemporáneos ignora todo lo que representaba Cervera como operador hábil, sereno y bien informado de los avances de la Ciencia y del Arte. Lo que era como compañero, nadie puede decirlo mejor que yo: por circunstancias naturales de la vida, Cervera y yo nos conocíamos, nos estimábamos, pero nos tratábamos muy poco. En el verano de 1898 me encontraba yo en la Granja en uno de los momentos de mayor aflicción porque nunca he pasado: había mi mujer dado á luz la que es hoy última de nuestras hijas, y desde los primeros días del puerperio se presentó una infección que, con encadenadas recaídas, la tuvo entre la vida y la muerte durante más de dos meses.

En aquellos momentos de angustia llamé á Cervera, que se encontraba de paso en Segovia, y él no se limitó á prestarme el servicio de una visita, ó de una consulta, sino que se instaló en mi casa, trajo á ella á su santa mujer, y los dos se desvivieron en acompañarme; él en hacer diariamente las curas penosas y frecuentes que el caso requería, y ella en acudir con sus consuelos y sus cuidados á sostener mi ánimo afligido, ante el espectáculo de mis nueve hijos y la amenaza de que se quedaran sin madre.

¿Cómo podré yo olvidar jamás este acto de sacrificio, hecho por un compañero en favor de otro, á quien apenas trataba como amigo?

Esto será cosa muy personal; pero me parece que bien merezco la indulgencia de ser perdonado en mis desahogos, lo mismo en los airados que en los de agradecimiento y ternura.

Para dejar de hablar de estos asuntos de la Princesa, que para mí son por una parte agradables y por otra enojosos, contaré un episodio que, según me han dicho pasado algún tiempo, no dejó de tener influencia en el rompimiento definitivo que originó mi salida de aquel hospital.

Por los años del 78 ó 79, cuatro amigos, jóvenes de buen humor, médicos y escritores, tuvimos la ocurrencia de redactar un periódico satírico, encaminado á motejar y criticar, siempre dentro de los límites de la

urbanidad más exquisita, los defectos y debilidades de las figuras más salientes de nuestra profesión. Convino-se en el secreto más absoluto y en costear del propio peculio los gastos de la modesta publicación.

La reserva se llevó y se sostuvo por manera inverosímil, á tal punto, que aún hoy nadie sabe lo que hoy no hay inconveniente en que se sepa, esto es: que los redactores de *El Revulsivo*, que así se llamaba el festivo periodiquito, éramos Ustáriz, Pulido (autor también de los grabados), Ovilo y yo.

Poco medió entre el proyecto y su realización. Vió la luz el primer número y prodújose gran revuelo, celebrando los chistes de que nadie se dió por ofendido y despertándose gran curiosidad, de la cual fingíamos nosotros participar, por saber quiénes eran los autores.

Encomendáronme, por tener cierta reputación de poetaastro, que hiciese una serie de semblanzas, en forma de sonetos, para que apareciese una en cada número de *El Revulsivo*. Dediqué la primera á D. Federico Rubio, que era por entonces una de las figuras más salientes de la Medicina madrileña, y decía así el soneto que compuse:

«Es alto, corpulento, cachazudo,
Su origen andaluz le da gracejo,
Y hay en su continente cierto dejo,
Que siendo Embajador, adquirir pudo;
Es, como cirujano, pistonudo,
Ama lo nuevo, sin odiar lo viejo,
Y cambia á un individuo de pellejo,
Lo mismo que á la aorta le echa un nudo.
Cuando opera, impasible tararea,
Mientras el pobre caso llora y grita:
Habla con una calma que marea;
Su noble porte á simpatía incita,
Y cuando por la calle se pasea,
Parece el Padre Eterno con levita.»

Muy celebrado fué el soneto, y no creo yo que mereciese tanto; pero como de lo que la mayor parte de la gente trataba era de inquirir quién su autor fuese, empleábase el procedimiento del zorro con el cuervo, para ver si el incauto autor, envanecido con la adulación, soltaba el queso de su nombre.

No para todo el mundo fué esto un enigma: el retratado sospechó al momento quién pudiera ser el retratista, y á lo que parece, no le hizo la menor gracia el retrato. Sobre todo, por haberle quedado el remoque de Padre Eterno, que hacía gráfico su larga y poblada barba canosa, que casi á la cintura le llegaba.

Como se ve, los versitos eran inocentes y aun laudatorios y cariñosos; pero hay que contar con la susceptibilidad de la persona á quien se dirigían, cuyo amor propio y presuntuoso engreimiento no consentían distingos, y para quien aun la chanza constituía insolencia y desacato.

Contáronme después que, enojado el aludido, procuraba tomar cierta revancha, y ya que no podía con versos ni en *El Revulsivo*, me contestó con un Decreto en un periódico no menos satírico..., en la *Gaceta*.

Otro episodio sobre el mismo punto: en los días

que siguieron á la publicación del primer número de *El Revulsivo*, casi todos los médicos de Madrid hablaban del periódico (que leído hoy resulta de una insulsez lastimosa). Bajaba yo una mañana al Hospital General, y frente al de San Juan de Dios encontré á un mi amigo, joven de gran talento é hijo de notable personaje, el cual, con razón, gozaba fama entre nosotros de literato. Hablamos algunos momentos de la cuestión del día, y como yo le llevara mañosamente á dar su opinión acerca de mi soneto, fué grande mi asombro al oírle: «Mira, no lo digas á nadie; pero el soneto es mío. Le escribí hace tiempo, y no sé por qué caminos habrá llegado á manos de esos señores.»

Conteniendo á duras penas la risa, me despedí de mi amigo y continué pensando: «Ya que no el cuervo auténtico, hay un cuervo figurado, dispuesto á soltar otro queso no menos figurado.»

Colegio del Príncipe de Asturias, para huérfanos de médicos.

Cantidades remitidas á cuenta de sellos, por los Colegios de Médicos de provincias, en el año 1922.

Pesetas.	Pesetas.
De Madrid..... 13.725	De Lérida..... 1.350
De Bilbao..... 10.972	De Pamplona.... 1.300
De La Coruña.... 10.400	De Alava..... 1.264
De Oviedo..... 8.000	De Palencia..... 1.225
De Valencia..... 6.000	De Soria..... 1.200
De Málaga..... 5.500	De Logroño..... 1.150
De Cáceres..... 4.500	De Zaragoza.... 1.150
De Badajoz..... 4.250	De Avila..... 1.125
De Jaén..... 4.225	De Zamora..... 1.075
De Barcelona.... 4.000	De Córdoba..... 1.000
De Santander.... 3.650	De Pontevedra... 1.000
De Granada..... 3.000	De Canarias..... 950
De Ciudad Real.. 2.800	De Almería..... 875
De Baleares..... 2.550	De Cuenca..... 850
De Alicante..... 2.500	De Toledo..... 800
De San Sebastián. 2.150	De Sevilla..... 733
De Tarragona.... 2.050	De Segovia..... 650
De Murcia..... 2.000	De Castellón.... 500
De Burgos..... 1.900	De Huelva..... 500
De Cádiz..... 1.850	De Gerona..... 400
De Orense..... 1.800	De Teruel..... 300
De León..... 1.700	De Huesca..... 000
De Albacete..... 1.600	De Salamanca... 000
De Valladolid.... 1.550	
De Guadalajara.. 1.500	
De Lugo..... 1.500	
	TOTAL..... 125.069

Madrid, á 1.º de Enero de 1923.

EL TESORERO,
Dr. Isla.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Sanidad.

Reglamento para las oposiciones á oficiales del Cuerpo médico de Sanidad exterior (1).

37

Epidemiología y profilaxis de la fiebre amarilla.

38

Viruela.—Estudios etiológicos.—Patogenia.—Sintomatología.—Anatomía patológica.—Diagnóstico clínico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.

(1) Véase el número anterior.

39

Epidemiología de la viruela.—Profilaxis.—Vacunación antivariólica: su estudio.—Preparación de la vacuna.

40

Sarampión.—Etiología.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

41

Escarlatina.—Etiología.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

42

Varicela.—Roséola.—Sudor miliar.—Etiología, sintomatología, diagnóstico diferencial, tratamiento, epidemiología y profilaxis.

43

Pneumococo.—Su estudio.—Vacunación y suero-terapia en las pneumococias.—Epidemiología y profilaxis.

44

Enfermedades producidas por el pneumococo.—Clasificación y estudio clínico.

45

Meningitis cerebroespinal epidémica.—Etiología.—Estudio de los meningococos.—Diagnóstico bacteriológico.

46

Meningitis cerebroespinal epidémica.—Patogenia.—Sintomatología, diagnóstico clínico.—Formas clínicas diversas producidas por los meningococos.—Tratamiento de las meningococias.—Vacunas y sueros.—Epidemiología.—Profilaxis.

47

Fiebre de Malta.—Etiología.—Estudio del Micrococcus Melitenses.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico y bacteriológico.—Epidemiología.—Profilaxis.

48

Chanero blando.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Estudio clínico diferencial entre el chanero blando y el sifilítico.—Diagnóstico bacteriológico.—Tratamiento.—Profilaxis.

49

Blenorragia.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico.—Complicaciones.—Tratamiento.—Profilaxis.—Uretritis no gonocócicas.

50

Gonococos: su estudio.—Diagnóstico bacteriológico de la blenorragia.—Estudio diferencial de los gérmenes confundibles analíticamente con el gonococo.

51

Streptococias.—Bacteriología.—Estudio clínico.—Vacunoterapia y seroterapia.—Profilaxis.

52

Stafilococias.—Bacteriología.—Estudio clínico.—Vacunoterapia y seroterapia.—Profilaxis.

53

Enterococo.—Tetrageno.—Pneumobacilo.—Coco-bacilo de Pfeiffer.—Proteus.—Piocianico. Estudio bacteriológico y clínico.

54

Gripe.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología de sus diversas formas clínicas.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.—Dengue.

55

Difteria.—Etiología.—Estudio del agente causal.—Diagnóstico bacteriológico de la difteria.

56

Difteria.—Patogenia.—Anatomía patológica, sintomatología, pronóstico y tratamiento.—Epidemiología, profilaxis.—Las anginas pseudo diftericas.

57

Fiebre tifoidea.—Etiología.—Estudio del bacilo tífico.—Diagnóstico bacteriológico de la fiebre tifoidea.—Aislamiento del germen fuera del organismo humano.

58

Fiebre tifoidea.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico.—Tratamiento.

- 59
Epidemiología y profilaxis de la fiebre tifoidea.
- 60
Paratífus.—Estudio de los gérmenes paratíficos.—Diagnóstico clínico y bacteriológico de las enfermedades paratíficas.
- 61
Colibacilo.—Su estudio.—Diagnóstico bacteriológico diferencial con los demás gérmenes patógenos de la serie intestinal.—Estudio clínico de las colibacilosis.
- 62
Las disenterías.—Concepto general.—Síndrome disentérico.—Clasificación.—Disentería amebiana.—Estudio de su agente causal. Sintomatología.—Anatomía patológica.—Diagnóstico diferencial clínico y microbiológico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.
- (Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 698,4; ídem mínima 695,2; temperatura máxima, 19°,3; ídem mínima, 0°,6; vientos dominantes, NNO. O.

Pocas variaciones encontramos en los datos que se nos suministra respecto al estado de la salud pública en Madrid durante la última semana. Es digno de tenerse en cuenta el escaso aumento que las afecciones agudas de pecho de diversas índoles han tenido, dado lo que en otros años se observaba.

Los reumatismos musculares, las congestiones de los centros nerviosos y los catarros generalizados siguen siendo numerosos.

Crónicas.

Concesión de la Cruz de Beneficencia.—Una de las veces que con sobrada razón ha sido concedida la más preciada distinción, á que los médicos nos hacemos acreedores en el peligroso é ingrato ejercicio de nuestro elevado sacerdocio, ha sido para premiar la prolongada é ininterrumpida labor profesional, científica, humanitaria y caritativa del médico meritísimo, decano jubilado de la Beneficencia Municipal de Almería, D. Francisco Pelegrín Rodríguez Díaz, que durante una larga é intachable existencia expuso su vida en epidemias de cólera, viruelas, fiebre tifoidea, gripe y tifus exantemático, prodigando no sólo su valiosa asistencia profesional, sino también levantando el espíritu y confortando el ánimo con el cariño, consuelo y caridad de su alma generosa.

EL SIGLO MEDICO, siempre defensor de los intereses de la clase médica, ve con satisfacción tan merecida y justa recompensa y felicita muy cordialmente á tan digno compañero.

El Dr. Muñoz Urra.—Ha fallecido el día 2 de los corrientes, en Talavera de la Reina, el conocido oculista señor Muñoz Urra, que repetidas veces honró con sus escritos nuestras columnas y que recientemente había sido premiado por la Academia de Medicina. Tenía treinta y un años de edad, y la enfermedad que tan rápidamente le ha producido la muerte ha sido una meningitis.

Poco tiempo antes de caer enfermo había sido objeto de un homenaje de sus compañeros de Talavera.

Nuestro sincero pésame.

Higiene infantil.—Durante el año último el Comité Femenino de Higiene Popular, en su primera casa de higiene benéfica infantil, establecida en la calle de la Esgrima, número 2, ha prestado á los niños de ambos sexos, de dos á doce años, que allí han acudido, los servicios que se detallan:

Cortes de pelo, 2.231; lavados de cabeza, 1.695; higiene de la boca, 110; baños generales, 2.251; lavados de pies, 2.019. En total, 8.306 servicios.

Merece todo género de elogios la labor de este infatigable Comité.

Sociedad Española de Higiene.—Programa de premios para el año 1923: Premio del ministro de la Gobernación.—Tema: «Epítome de higiene privada y pública elementales, escrito en forma tan clara, sencilla y sustanciosa, que pueda servir de texto para la enseñanza de los niños en las escuelas oficiales».

Habrà para este tema un premio de 1.000 pesetas con diploma de socio corresponsal, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

Premio del Sr. D. Nemesio Fernández Cuesta, secretario general de la Sociedad.—Tema: «Higiene del obrero electricista en los distintos ramos de esta industria».

Habrà para este tema un premio de 250 pesetas con diploma de socio corresponsal, un accésit y menciones honoríficas.

Premios Roel.—Tema 1.º: «El seguro social contra la enfermedad, la vejez, la incapacidad para el trabajo, etc. Su estado actual en diversos países de Europa. Consideraciones sobre su significación y alcance».

Tema 2.º: «Escuelas del hogar. Cuál debe ser su organización y qué materias de enseñanza deben comprender para la educación «útil» de jóvenes de clases modestas».

Habrà para cada uno de estos temas un premio de 500 pesetas con diploma de socio corresponsal, accésit y menciones honoríficas.

Las Memorias que aspiren á recompensa en estos temas Roel «no deberán exceder de tres pliegos de impresión, ni tener menos de dos.» El tipo y condiciones de impresión son los de las publicadas hasta aquí. Deberán estar escritas precisamente en español, en atención á que su principal objeto es la divulgación de estos conocimientos entre las clases populares.

Colegio de Médicos de Albacete. Junta de gobierno.

—En las recientes elecciones celebradas para la designación de Junta directiva, ésta ha quedado constituida en la siguiente forma:

Presidente, D. Antonio Villena García; *vicepresidente*, don Tomás Pérez Brú; *tesorero*, D. Luis Rubira Proupín; *contador*, D. Ezequiel Cuellar Mínguez; *vocales*: por la capital, don Pedro Romero Bernabé, D. Buenaventura Serna Herraiz, D. José Alonso Vidal y D. Julio Montesinos Navarro (Barrax); por el distrito de Hellín, D. José Tomás Precioso; por el distrito de Almansa, D. Juan Cuesta Salamanca; por el distrito de Chinchilla, D. Francisco Palacios Espinos; por el distrito de Alcaraz, D. Salvador García Romero; por el distrito de Yeste, D. Gonzalo Martínez Pinedo; por el distrito de la Roda, D. José Sánchez Sevilla; por el distrito de Casas-Ibáñez, D. José Sánchez Carell; *secretario*, D. Carlos Duseac Sánchez.

Índice.—Al presente número acompañamos el índice del segundo trimestre del año último.

Excursión cultural.—Como habrán visto nuestros suscriptores en el número del 13 de Diciembre último, con la Lotería Nacional cuyo sorteo ha de celebrarse el día 11 de Mayo próximo, sorteamos un billete de ferrocarril de 1.ª clase, el cual da derecho á viajar por las poblaciones de Burdeos, París, Bruselas, Lieja, Berlín, Frankfurt, Ginebra, Basilea, Lyon, Montpellier, Barcelona, Zaragoza á Madrid.

Todo suscriptor que tenga abonada su anualidad del corriente año, tiene derecho á reclamar los diez números que le corresponden para tomar parte en dicho sorteo, así como los que la abonen antes de fin del corriente mes de Febrero.

Los que quieran conservar los números en su poder, al reclamarlos, le rogamos incluyan el franqueo correspondiente para poderse los remitir. Los que así no lo hagan se le comunicarán sus números por medio de la sección de correspondencia, los cuales reservaremos en esta administración á disposición siempre de los interesados.

Después del nombre de cada suscriptor que reclame sus números irá, entre paréntesis, otro, que corresponderá al de su suscripción, el cual deben hacer constar, siempre que nos escriban.

Curso práctico de Oftalmología.—El día 20 de Febrero, el Dr. Jenaro González dará un curso gratuito de enfermedades de los ojos en el Instituto de Patología Ocular. Podrán asistir cuantos médicos quieran ampliar los estudios de la especialidad oftalmológica.

Los temas principales se sujetarán al siguiente programa:

Tema 1.º «Astigmatismo», medios de diagnóstico y prácticas de oftalmometría.

Tema 2.º «Procedimientos operatorios de las cataratas seniles y complicadas».

Tema 3.º «Estudios sobre el glaucoma».

Tema 4.º «Tratamiento ortóptico y quirúrgico del estrabismo».

Tema 5.º «Lesiones y trastornos funcionales del nervio óptico por enfermedades del cerebro y médula».

Para que las conferencias dadas por el Dr. Jenaro González puedan ir seguidas de ejercicios prácticos, el número de matrículas será limitado, pudiendo inscribirse hasta el día 15 de Febrero en el Instituto de Patología Ocular, calle Mayor, 4, de tres á cinco.

Colegio de Médicos de Cáceres. Junta de gobierno.—El día 7 de Enero quedó constituida la Junta de gobierno de este Colegio, en la siguiente forma:

Presidente, D. Carlos Míguez Barcia; *Vicepresidente*, don Daniel Román Sánchez; *Contador*, D. Francisco Arozarena Reyes; *Depositario*, D. Leocadio Durán Cantos; *Vocales*: don Fernando Rubio Marcos, D. Fernando Quirós Beltrán, don Joaquín Floriano Cumbreño, D. Saturnino Sánchez, D. Sixto Ruiz Expósito, D. Casimiro Iñigo Gómez, D. Emeterio Paniagua Martín, D. Eduardo Povedano, D. Teodoro Forta Gárate, D. Blas López Díaz, D. José Carrasco Flores, D. Francisco García Barroco, D. Juan Romero Gómez, D. Joaquín Quintanilla Rodríguez y D. Julio Laguna Jiménez, *Secretario*, D. S. Julián Murillo Iglesias.

Campaña contra la tuberculosis.—El día 22 por la tarde se reunió en el despacho del ministro de la Gobernación la Junta de Sanidad, á la que el Dr. D. Antonio Espina leyó un interesante informe en el que se estudian los procedimientos á seguir para combatir la tuberculosis.

Como ese interesante tema era el objeto de la reunión, se acordó nombrar una ponencia formada por el ministro y los Dres. Verdes Montenegro, Salazar y Espina, la cual hará un detenido estudio de los medios más pertinentes y de mayor eficacia encaminados á que decrezca la estadística de mortalidad por tuberculosis.

Curso de Dermatología.—El Dr. Carlos García Casal dará un curso teórico-práctico de Dermatología y Sifiliografía en sus consultas del Real Hospital del Buen Suceso y del Instituto Dermo-Sifiliográfico.

La matrícula es gratuita. El número máximo de alumnos, 10.

La inscripción podrá hacerse hasta el 25 del corriente, cualquier día laborable, de seis á ocho, en el local del Instituto, calle de Mesonero Romanos, núm. 12.

La Exposición Internacional de material sanitario.—Una Comisión del Congreso de Reorganización Sanitaria visitó el día 13 al ministro de Instrucción Pública, con el fin de darle cuenta de los trabajos que se realizan para la Exposición internacional de material sanitario que se ha de celebrar en Madrid coincidiendo con el Congreso.

El ministro se manifestó dispuesto á dar toda clase de facilidades á la Comisión para que esta Exposición tenga el desarrollo que su importancia requiere.

«Le Progrés Medical» celebra su cincuentenario.—Hemos recibido un magnífico ejemplar del periódico de París *Le Progrés Medical*, dedicado al cincuentenario de su fundación.

Le Progrés Medical, creado por el Dr. Desio-Magloire Bourneville, é inspirado por Charcot, tuvo siempre, como dice Charles Richet, un ideal: «La fe en la Ciencia»; en la colección de ese periódico se encuentran las lecciones de Terrier sobre las funciones del cerebro, y de Semnola sobre los tumores de la mama; los estudios de Ranvier sobre el aparato linfático y los de Vulpian sobre la fisiología de los nervios... Los cincuenta años de *Le Progrés Medical* son los cincuenta años de la ciencia médica francesa. Saludamos con cariño y admiración á nuestro colega de allende el Pirineo y le deseamos celebre su centenario con el mismo esplendor.

En este número aparecen las firmas de las mayores capacidades médicas francesas: Achard, Arloing, Bar, Comby, Loeper, Marie, Moure, Mourignard, Pinard, Richet, Sergeant, etc., etc.

Ultimo retrato de Cajal.—Se encuentra de venta en la Administración de EL SIGLO MEDICO el último retrato del profesor Cajal, con un autógrafo altamente patriótico.

Los beneficios que se obtengan, cedidos graciosamente por el fotógrafo Sr. Padró, con la venta de los ejemplares, ingresarán en la lista de donativos para el Instituto Cajal.

El precio de cada ejemplar es el de 5 pesetas adquiriéndolo en las oficinas de esta Revista, Serrano 58, aumentando 50 céntimos por gastos de envío para provincias.

Las dimensiones del retrato son de 46 de ancho por 65 de alto.

Sanidad de la Armada.—Convocadas estas oposiciones en la *Gaceta* del 27 de Diciembre último, con plazo de instancias de noventa días y con nuevo programa; la Editorial Campos, Princesa, 14, ha dado comienzo á la publicación de las Contestaciones al mismo, que se adquieren por suscripción y estarán terminadas antes de los ejercicios.

Sedol.—Al presente número acompañamos una tarjeta del producto *Sedol* de les Etablissements Buisson, de París (157, Rue de Sèvres), cuya lectura recomendamos.

Caseal Cálcico.—Al presente número acompañamos un prospecto sobre el *Caseal* del Laboratorio Baldacci, de Piga (Italia), representante en España D. Mario Viale (Torres Amat, 1, Barcelona), cuya lectura recomendamos.

Excipiente Inerte.—Quien se detiene ante cada piedra, no llega nunca.

(Proverbio francés.)

Cera y acero ha de ser
aquel que quiera triunfar,
pues nadie logró vencer
á quien se sabe doblar
y no se sabe romper.

(M. del Palacio.)

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estafío coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P. para EL SIGLO MEDICO.

Suscriptor de Enrique Teodoro — Glorieta de Sta. M.ª de la Guberna, 1

ENDOMETRITIS PUERPERAL

ESTUDIO ETIOLÓGICO, CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO CLÍNICO,
EL EXUDADO UTERINO (LOQUIOS), TRATAMIENTO Y CASUÍSTICA

POR EL

DR. LUIS G. GRET

De la Clínica de Julio Méndez (Hospital Ramos Mejía),
médico de la Clínica Obstétrica y Ginecológica del profesor Enrique Zárate, y
jefe de trabajo de la cátedra de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Plata (Buenos Aires).

HISTORIAS CLÍNICAS ⁽¹⁾

Observación I.

HISTORIA NÚM. 1.633, AÑO 1922.—E. C. de M., argentina, veinticuatro años.

Ocupación: Quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Padres están vivos y son sanos, la madre ha tenido 13 partos espontáneamente con fetos vivos y a término, uno de ellos fué gemelar. no tuvo abortos; lactancia materna á todos sus hijos,

Antecedentes personales.—Comenzó á caminar á los diez meses normalmente. Regló á los doce años indoloras, continuando periódicamente con una duración de tres días. Ha tenido cuatro partos espontáneos, feto vivo á término; dos de sus hijos viven y son sanos y sus otros dos, el tercero y el cuarto, han fallecido, uno á los siete días y el otro á los cuatro días, respectivamente. Hijos del mismo padre.

Ingresa á la clínica puerpera, habiendo tenido un parto normal.

Proviene de la ciudad.

Estado actual.—9 de Diciembre de 1921: Buen estado de conservación. Piel blanca. Buen pánicula adiposo. Sistema piloso normalmente desarrollado. Aspecto tifoideo, temperatura, 40°.

Tórax: Simétrico, diámetros normales, tipo respiratorio costo-abdominal, disnea objetiva.

Pulmones normales.

Corazón: Límites normales. Tonos en todos los focos, ritmo taquicárdico.

Pulso: Regular, igual, pequeño, hipotenso, frecuencia 130 por minuto.

Hígado: Normal.

Bazo: No se palpa. Límites normales.

Abdomen: Globuloso, timpanismo exagerado, gorgoteo cecal.

Utero: Grande, llega hasta el ombligo, y de una anchura de ocho traveses de dedo, de consistencia blanda.

Exudado uterino y vaginal: De color marrón verdoso, muy ligado y sumamente fétido.

Vagina: Roja, tumefacta, caliente.

Cuello uterino: Rojo, entreabierto, caliente, tumefacto.

Anejos: Libres.

Fondos de saco: Idem.

Lengua: Ancha, seca, saburral, saburra blanca espesa en el centro.

Dientes: Bien implantados y conservados.

Encías: Rosadas.

Conjuntivas: Rosadas.

Pupilas: Simétricas, abertura mediana, reacción á la luz y á la acomodación.

Diagnóstico semiológico.—Estado tifoideo, temperatura febril. Taquicardia é hipotensión. Disnea tóxica. Timpanismo abdominal. Detención de la involución uterina. Alteración del exudado uterino. Saburra lingual. Extasis intestinal.

Diagnóstico clínico.—Infección puerperal. Endometritis.

Tratamiento.—Durante dos días se le hace a la enferma la parte previa del tratamiento aconsejado.

En vista de su insuficiencia y la marcha evolutiva grave de la enfermedad, aplicamos la segunda parte del tratamiento ó curativa en la siguiente forma: (véase el cuadro térmico).

Día 11.—El estado de la paciente es alarmante, gran disnea, hipo, vómitos. Pulso frecuente hipotenso, tonos sordos, ligera área cardíaca, gran fiebre, sed intensa, lengua seca saburral.

Abdomen: Sonoridad ligeramente aumentada.

Utero: Doloroso á la palpación externa, algo disminuido el tamaño, un poco mayor su consistencia.

Exudado uterino: Escasísimo, bien purulento, ligado, grumoso, menos fétido.

(1) Corresponden á los artículos publicados en EL SIGLO MÉDICO, en sus números 3.594, 3.609 y siguientes.

Orina: Turbia, muy densa y escasa.

En estas circunstancias se le administra un haptinógeno Neumo, una dermocclisis de suero fisiológico, 500 c. c., con XX gotas de adrenalina al 1 por 1.000, aceite alcanforado, hielo al vientre, etc.

Día 12.—Estado, como el día anterior. Examen de la sangre revela anemia y leucopenia. Se le administra otro haptinógeno Neumo Méndez, dermocclisis, adrenalina y cafeína.

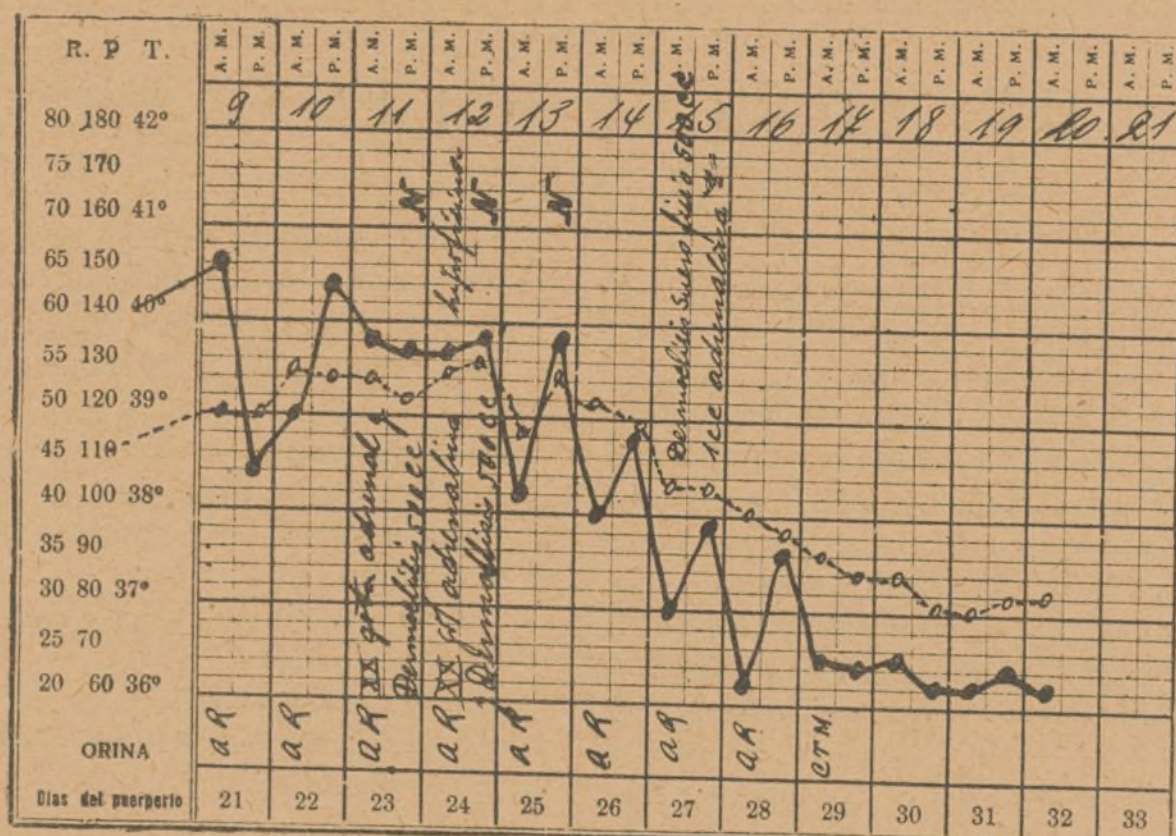
Día 13.—La temperatura ha descendido; estado general, mejorado; el pulso acompaña a la temperatura; tonos cardíacos bien timbrados; saburra lingual persistente; no hay vómitos ni hipo; útero algo más pe-

Observación II.

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE: HISTORIA NÚMERO 1.723.—M. A., argentina, de diez y siete años. Ocupación: quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Los padres viven y son sanos. Su madre ha tenido cuatro hijos, embarazos a término, partos espontáneos; no hubo abortos ni gemelares.

Antecedentes personales.—No recuerda cuándo comenzó a caminar; regló desde los catorce años, periódicamente abundante, durándole tres ó cuatro días, siendo indoloras. Ha tenido fiebre tifoidea y gripe. Es pri-



queño y consistente, menos doloroso; exudado uterino más flúido, purulento; no hay fetidez.

Examen de la sangre revela ligera leucocitosis.

Se le administra otro haptinógeno Neumo.

Día 14.—La temperatura ha descendido en más de un grado. Estado general, mejorado. Tonos cardíacos bien timbrados. Pulso frecuente, buena tensión. Abdomen: Timpanismo normal. Útero más pequeño, indoloro a la presión; abundante cantidad de exudado uterino, flúido, puriforme; no hay fetidez.

Día 15.—Estado subjetivo inmejorable; objetivo ídem; leucocitosis manifiesta.

Día 16.—Se acentúa la mejoría; en vez de aceite ricino (por desagrado de la enferma), damos tres cucharaditas, en las veinticuatro horas, de polvos de creta, talco y magnesia, fórmula de Méndez:

Rp.

Creta
Talco
Magnesia cálcica..... } aa 50 gramos.

después de cada comida. Los alimentos los tolera bien. El restablecimiento sigue su curso rápidamente, y el día 20 damos de alta a la enferma.

mípara; tuvo vómitos, mareos y flujo amarillo durante su embarazo. Ingresó en la clínica después de dos horas de haber expulsado un feto en su domicilio espontáneamente, sin asistencia alguna.

Está semiinconsciente; conjuntivas pálidas, pulso pequeño, poca tensión; frecuencia, 130 por minuto; temperatura, 36°. Facies pálidas y cubiertas de sudor. Hay membranas que salen fuera de vulva. Al tacto intrauterino se constata la placenta completamente adherida, haciéndose alumbramiento artificial por cuanto han fracasado las maniobras de expresión uterina. Se le da suero endovenoso y subcutáneo, aceite alcanforado, cafeína, ergotina, hipofisina; se sutura el periné con catgut y crin. Placenta irregular, de 500 gramos; faltan membranas. Está en la sección de observación hasta el día 31 de Diciembre, pasando en esa fecha a la sección séptica por temperatura, loquios alterados (endometritis).

Estado actual.—Día 2 de Enero de 1922: Mujer bien desarrollada; esqueleto bien conformado; piel oscura, seca. Panículo adiposo, disminuido; sistema muscular, bien; reflejos normales.

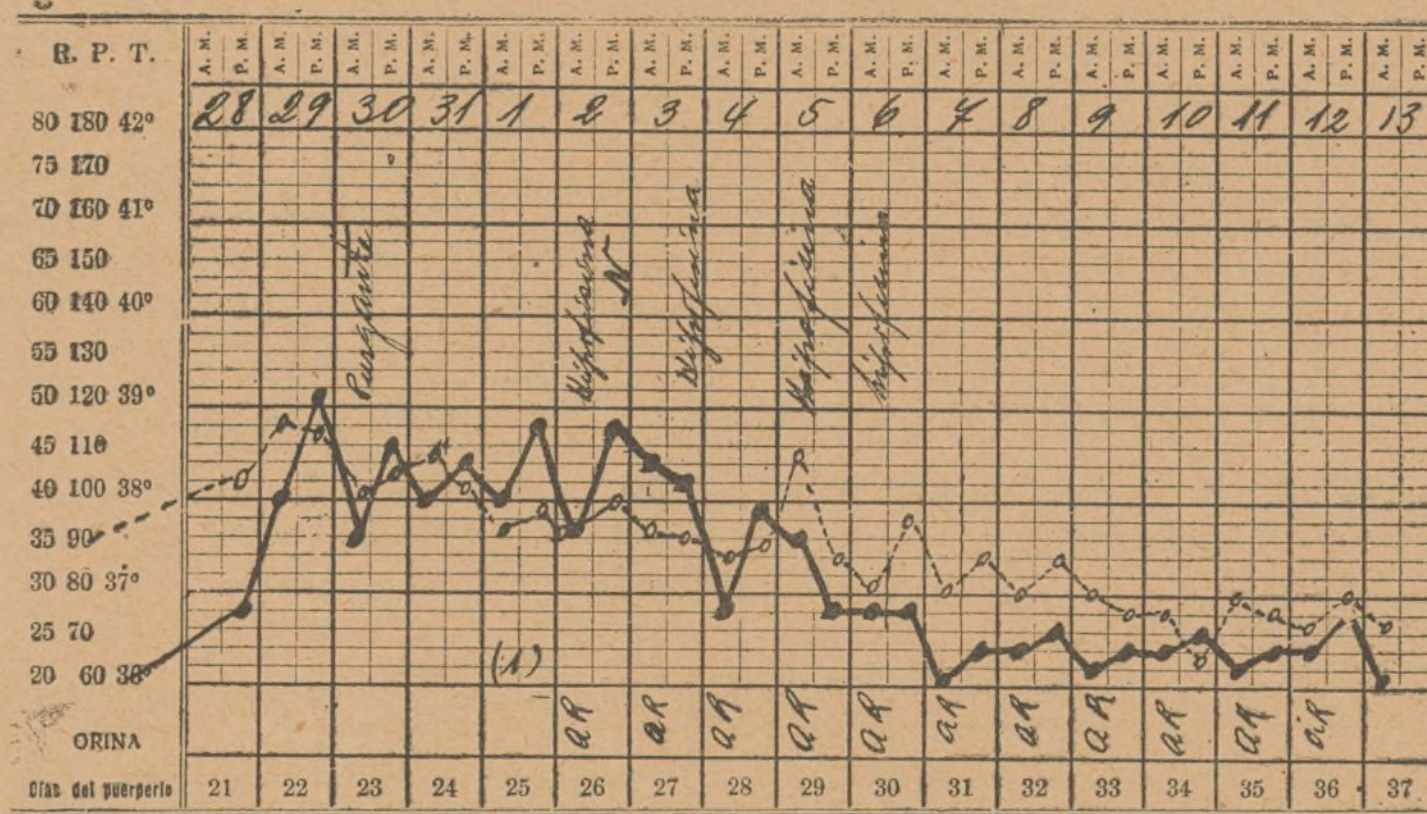
Tórax: Simétrico, diámetros normales. Tipos respiratorio, costo abdominal, predominio costal superior, no hay disnea objetiva.

Pulmones: Sonoridad normal, bases movibles, Traube libre, vibraciones existentes, respiración vesicular, resonancia normal de la voz, no hay ruidos agregados.

Corazón: Punta, no se ve ni se siente, tonos en todos los focos un poco sordos, ritmo frecuente.

alargada de forma oval cuyo diámetro mayor está dirigido de arriba hacia abajo, del centro á la periferia, de consistencia dura, dolorosa á la palpación.

No se palpa el ciego. Se palpa el colon descendente retraído.

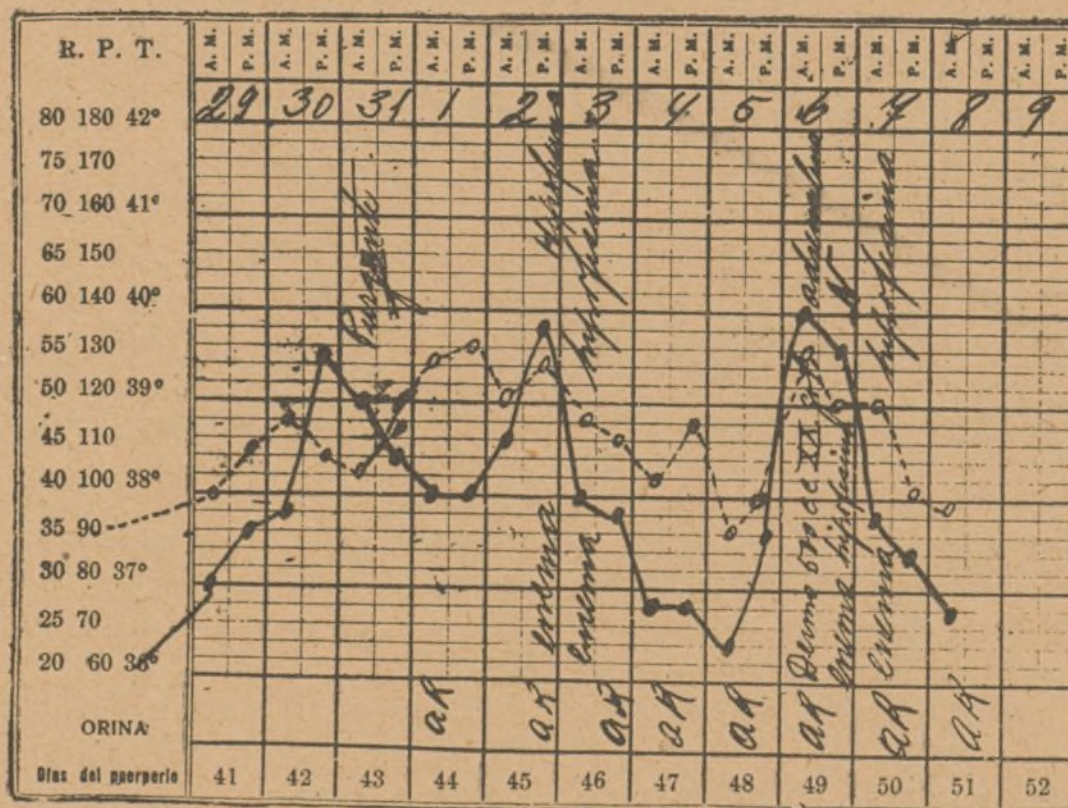


(1) Pasa á la sección séptica.

Pulso: Igual, regular, hipotenso, frecuencia 100 por minuto.

Higado: Límites normales, no doloroso, se palpa á nivel de las falsas.

Tacto vaginal.—Vulva: De color rojo vinoso, vagina roja clara, caliente, fondos de saco libres. Cuello desgarrado, blando, permeable á un dedo. Utero grande móvil. Anejos: derecho no se palpa, izquierdo se palpa.



Bazo: No se palpa, límites normales.

Abdomen: Globuloso, sonoridad exagerada, se palpa el útero á un centímetro debajo del ombligo, disminuido de consistencia, desviado hacia la izquierda, doloroso.

A su costado izquierdo se palpa una tumoración

Exudado uterino, amarillo verdoso, oscuro, fétido, abundante.

Evolución clínica (véase cuadro térmico).—Se le administra á la enferma un haptinógeno Neumo. El examen citológico de la sangre constata una gran leucocitosis.

Día 3.—Ligero descenso térmico, aumento de la cantidad de exudado uterino no fétido y muy seroso. El dolor uterino y anexial no ha variado.

Día 4.—Apirexia, exudado uterino abundante, sin fetidez, el dolor uterino y anexial es menor, el tumorcito es de menor volumen que el día anterior.

En franca convalecencia fueron desapareciendo en cuatro días más los fenómenos de dolor y de tumorción lateral.

Observación III

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE: HISTORIA NÚM. 1.720, AÑO 1921

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Idem, idem. Primípara. Parto normal, desgarró perineal, que se sutura con dos puntos de crin.

Estado actual.—Primero de Enero de 1922: Mujer bien conformada, piel blanca, seca.

Reflejos: Normales.

Pulmones: Normales.

Corazón: Idem.

Pulso: Normal.

térmico, desaparición de la fetidez del exudado uterino, sin modificar en nada el estado general hasta el día 6 de Enero en el que hallamos a la enferma sumamente postrada con gran temperatura, sin exudado uterino y con gran dolor en el útero.

Suministramos un haptinógeno Neumo, una dermocclisis de suero fisiológico 500 c. c. con XX gotas de adrenalina al 1 por 1.000.

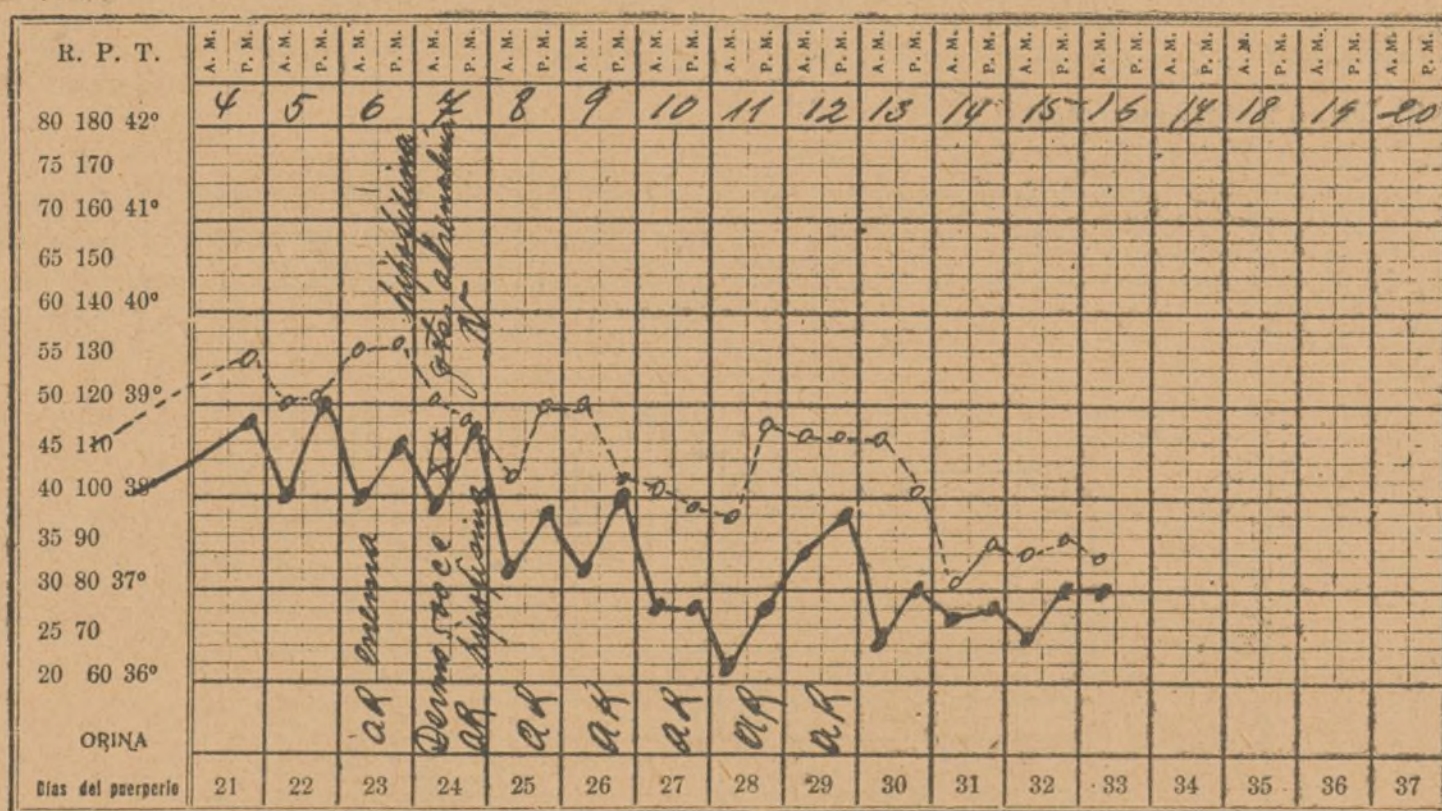
Al día siguiente el cuadro había cambiado fundamentalmente, notándose, sobre todo, el descenso térmico en crisis, gran aumento de exudado uterino, sin fetidez, no hay dolor uterino, etc. Un día después, sintiéndose perfectamente bien, la enferma solicita su alta; vista la enferma por nosotros cinco días después, confirmamos su excelente estado de salud.

Observación IV.

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE. HISTORIA NÚM. 12, AÑO DE 1922.—M. B. D., argentina. Ocupación: Quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Buenos. Primípara. Ingre-
sa después de veinticinco horas de trabajo, terminando



Bazo é hígado: Normales.

Abdomen: Gran meteorismo.

Ciego: Gorgoteante. Cuerda cólica retraída dolorosa.

Utero: Grande, llega hasta el ombligo, doloroso.

Vulva y vagina: Rojos, tumefactos, calientes.

Exudado uterino: Amarillo verdoso achocolatado, fétido, escaso.

Ojos: Conjuntiva rosada, pupilas simétricas, abertura mediana, reaccionan a la luz y a la acomodación.

Lengua: Saburral.

Dientes: Bien implantados y conservados.

Encías: Rosadas.

Grietas en ambos pezones.

Evolución clínica.—Se le somete al tratamiento previo con el cual conseguimos un apreciable descenso

su parto mediante una aplicación de fórceps, previas incisiones de Dührsen para dilatar el cuello; ha habido un desgarró del periné. Tiene un puerperio febril, y el día 6 de Enero su estado actual era el siguiente:

Ligera disnea objetiva, sed intensa, lengua seca saburral, temperatura que oscila entre 38 y 39°, pulso frecuente, hipotenso, pequeño.

Pulmones, corazón, hígado y bazo: Normales.

Abdomen: Gran meteorismo, retención urinaria (hay que sondar a la enferma para que evacue su vejiga).

Utero: Grande, doloroso espontáneamente; se exagera en la palpación.

Vulva: Edematosa, suturas perineales.

Vagina: Roja, caliente, fondo de saco libre, cuello uterino entreabierto, con resquebrajaduras.

Exudado uterino: Amarillo verdoso, abundante y fétido.

Evolución clínica.—Se le somete al tratamiento previo hasta el día 7 de Enero, que su estado es grave y nada se ha modificado; en esta circunstancia se le administra un haptinógeno Neumo, una dermoclisis de suero fisiológico con XX gotas de adrenalina al 1 por 1.000, posición de ligero Trendelenburg.

Se sonda a la enferma, pues no consigue orinar espontáneamente.

Día 8.—Estado general mejorado, visiblemente ligero descenso térmico, útero no doloroso, exudado uterino amarillo verdoso, flúido, abundante. Leucocitosis marcada, gran retención de orina (debe sondarse nuevamente a la enferma).

Continúa perfectamente hasta el día 12, que por los sondajes respectivos se ha hecho una cistitis que cura con un solo lavado.

Observación V.

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE: HISTORIA NÚMERO 158, AÑO 1922.—C. R. de G., treinta y tres años, argentina. Ocupación: Quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia. Múltipa-

Lengua: Saburral y seca.

Dientes, pupilas y conjuntivas: Bien.

Al undécimo día del puerperio tiene un escalofrío.

Evolución clínica.—Después de un día de tratamiento previo, en vista de la gravedad, se recurre de inmediato al tratamiento curativo.

Día 10.—Se le administra un haptinógeno Neumo.

Día 11.—Un haptinógeno Neumo y una dermoclisis (hace dos días que está con delirio y pérdida de conocimiento absoluto).

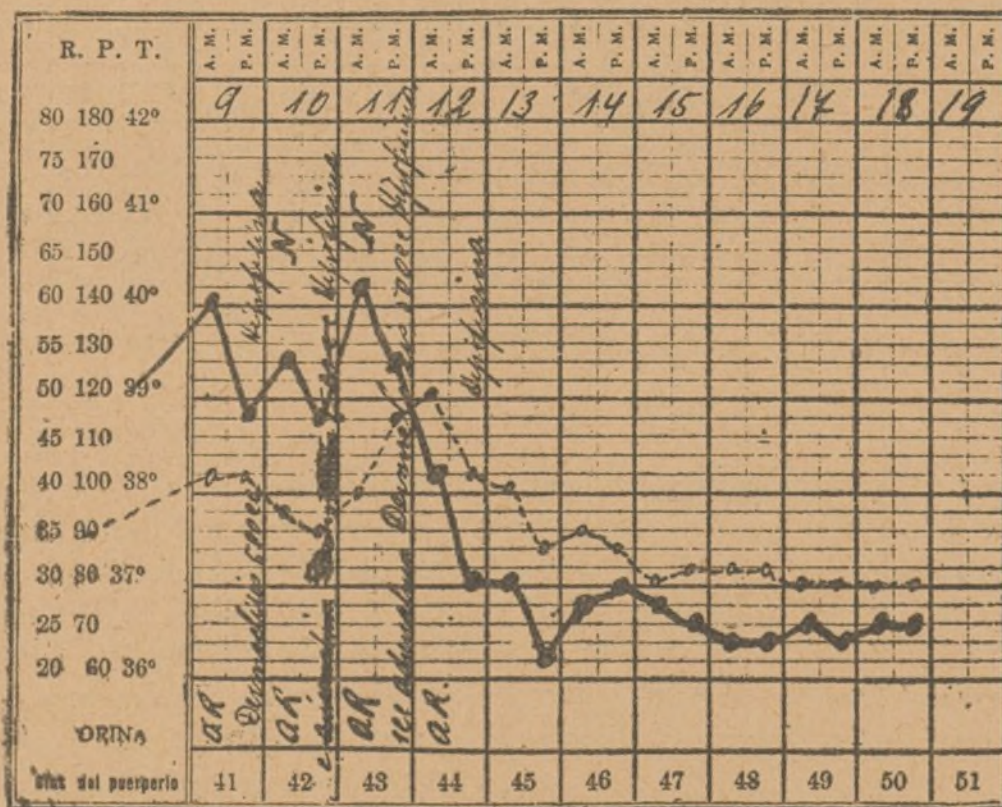
Observación VI.

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE: HISTORIA NÚMERO 477.—M. L. de P. Ingresó en la clínica el 9 de Abril de 1922.

Antecedentes hereditarios.—Padres españoles, viven y son sanos; la madre tuvo cuatro partos normales; tres de los hijos viven y son sanos; uno falleció en la infancia; lactancia materna. No recuerda la edad en que empezó a caminar; regló a los trece años; ha tenido cinco embarazos a término, partos espontáneos; los hijos viven y son sanos; lactancia materna; no ha tenido abortos; proviene del campo la enferma.

Comienza el parto a las trece horas del día 4 de Mayo; termina a los once minutos del día 5 de Mayo.

Mayo 7.—A los cincuenta minutos la enferma tiene un gran escalofrío, que le dura veinte minutos; se que-



ra; pelvis infundibuliforme generalmente estrecha. Inercia uterina en el parto. Lavaje caliente yodado, por pérdida sanguínea después del alumbramiento. Pasa a la sección séptica el día 9 de Enero de 1922, donde se constata su estado actual: Esqueleto, normal; piel, mucosa y reflejos, ídem. Tórax, simétrico. Pulmones, corazón, hígado y bazo: Normales. Pulso: Igual, regular, pequeño, hipotenso y taquicárdico.

Abdomen: Gran meteorismo.

Útero: Grande, doloroso, blando.

Exudado uterino: Purulento, abundante y fétido,

ja de un fuerte dolor en el hipogastrio y en la fosa iliaca izquierda, que luego le calma; a las cinco horas, fuertes dolores en la región hipogástrica, fosa iliaca izquierda y región lumbar; se le pone un enema evacuante y se le suministran XV gotas de láudano.

Día 13 de Mayo de 1922.—Sección séptica.

Estado actual.—Piel blanca, cicatriz acrómica del lado derecho e izquierdo, paralelas horizontales.

Reflejos: Plantar, aquiliano, patelar y abdominales existentes.

Tórax: Simétrico, diámetros normales, tipo respira-

torio, costo abdominal, predominio costal superior, ligera disnea objetiva.

Pulmones, por detrás, derecho é izquierdo: Sonoridad normal hasta la base, ésta movable á nivel de la undécima vértebra dorsal; vibraciones existen; respiración vesicular en todo el pulmón, resonancia normal de la voz; no hay ruidos agregados.

Pulmones, por delante: Sonoridad normal, Traube libre, base derecha móvil en el borde superior de la sexta costilla, respiración vesicular en ambos.

Corazón: Límites, borde superior de la tercera dos dedos delante de la línea axilar anterior, borde derecho esternal, tonos en todos los focos normales, ritmo ídem.

Pulso: Frecuencia, 70 por minuto; regular, igual, mediano, buena tensión.

tura mediana; reaccionan á la luz y á la acomodación, Boca: Lengua ancha, rosada, húmeda, saburral en el centro.

Dientes: Bien conservados é implantados.

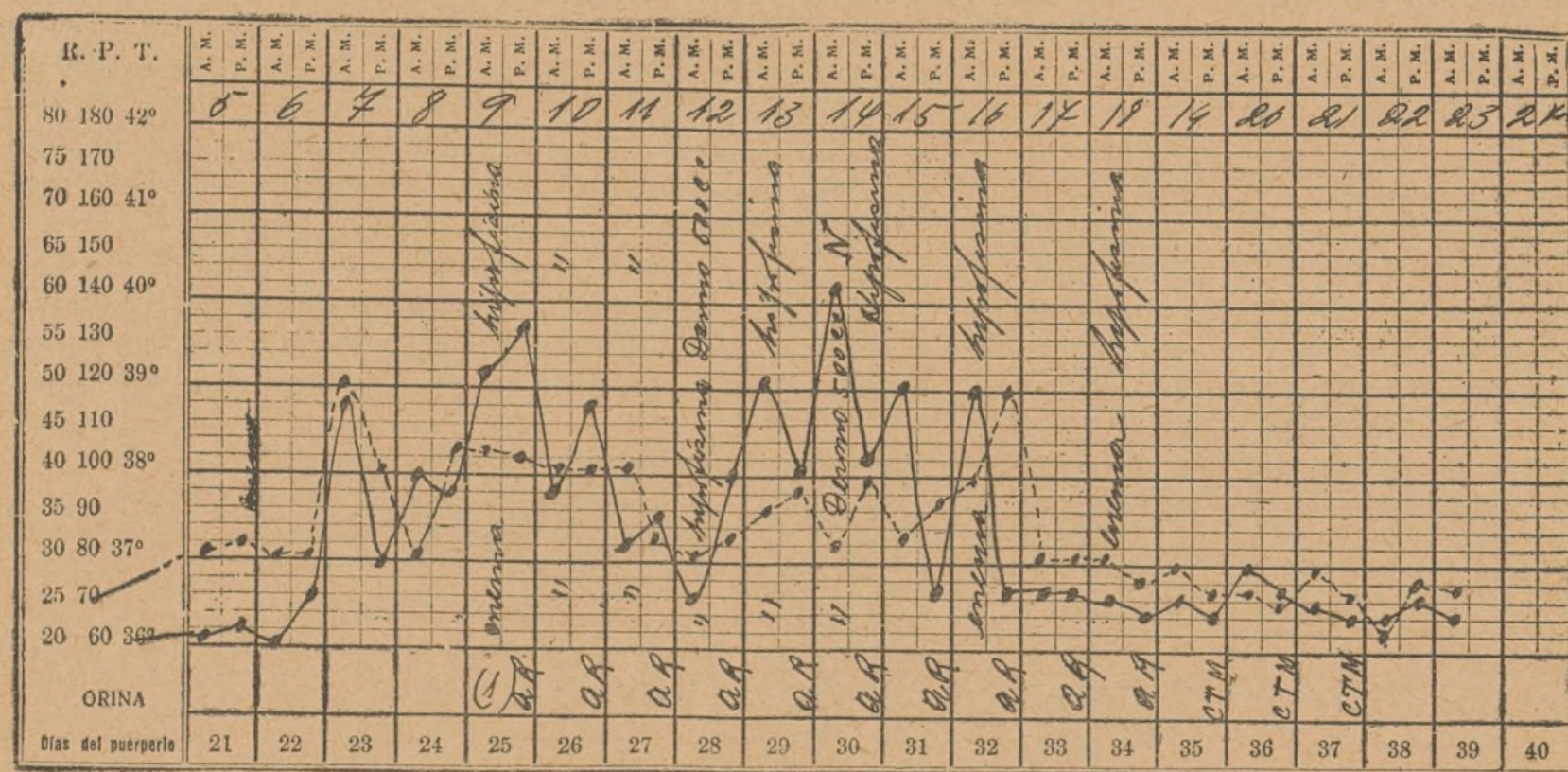
Encías: Rosadas, orla de Frederick-Thompson.

Loquios: Amarillos verdosos, ligeramente achocolatados, fétidos.

Vulva: Entreabierta, coloración roja.

Vagina: Amplia, caliente, tumefacta; fondos de sacos, libres, menos el izquierdo, que se presenta tumefacto; se hace desplazar con movimientos combinados (externos é internos) una tumoración lateralizada á la izquierda, renitente, dolorosa, que hace cuerpo con el útero; no se puede identificar su forma.

Cuello: Tumefacto, con resquebrajadura posterior é izquierda.



(1) Pasa á la sección séptica.

Higado: Límites, borde superior de la sexta, reborde costal línea mamilar; se palpa el borde liso, romo, no doloroso.

Bazo: Se percute en los límites normales; no se palpa.

Abdomen: Ligeramente globuloso; sonoridad normal exagerada, desigualmente repartida; ciego distendido, gorgoteante.

Se palpa la tumoración uterina media central, que asciende desde el pubis cinco traveses de dedo por arriba; no se puede precisar la anchura, pero sobrepasa más de dos traveses de dedo á cada lado de la línea media, de consistencia dura, dolorosa, continuándose hacia la izquierda, hacia abajo y hacia afuera, mediante un istmo de unión con un tumor lateral izquierdo de forma ovoidea, cuyo diámetro mayor está orientado de arriba abajo, de dentro afuera y, al parecer, de delante hacia atrás; es de consistencia dura, no renitente ni fluctuante, sumamente doloroso.

Ojos: Conjuntivas rosadas, pupilas simétricas, aber-

Diagnóstico clínico.—Metroanexitis.

Esta enferma nos llega de otra sección de la clínica, en donde ha sido tratada como consta en líneas anteriores; á pesar de esto, la alta temperatura, los dolores uteroanexiales (que hacían llorar á la paciente), los loquios purulentos y fetidísimos, instituímos como siempre el tratamiento tal cual lo aconsejamos (esta observación debe seguirse con el cuadro térmico).

Día 9.—Se indica un enema de 60 gramos de aceite común con XX gotas de láudano, seis horas después una cucharada de aceite ricino, un enema y una inyección de hipofisina.

Día 10.—El dolor uterino se ha atenuado grandemente, los loquios como el día anterior, estado general lo mismo, se administra un enema, una cucharada de aceite de ricino é hipofisina.

Días 11 y 12.—Enemas é hipofisina; á pesar del descenso térmico, el dolor uterino y anexial se hace sumamente intenso, por tal motivo se le coloca una bolsa de hielo al vientre, un enema, hipofisina, una

cucharada de aceite ricino, una dermoclisis de suero fisiológico, 500 c. c.; por cuanto un examen de sangre revela leucopenia.

Día 13.—Estado general y local como en el día anterior, la temperatura ha descendido.

Día 14.—Gran temperatura, intenso dolor anexial (a pesar del hielo), loquios purulentos, no tan fétidos, escasos, mueve su vientre perfectamente bien, estado subjetivo pésimo, ligera leucocitosis; se le suministra a la enferma un haptinógeno Neumo, una dermoclisis, 500 c. c. con XX gotas de adrenalina 1 por 1.000, hipofisina, enema; una cucharada de aceite ricino, alimentos cada tres horas como hasta ahora, toilette vulvar, ligero Trendelenburg.

Día 15.—La temperatura se mantiene menos elevada, loquios más serosos, leucocitosis relativa, dolor uterino y anexial espontáneo desapareciendo, persiste a la palpación, estado subjetivo bueno, se le retira hielo y sólo se le da aceite de ricino una cucharada.

Día 16.—La temperatura vuelve a mantenerse como el día anterior, sólo existe dolor anexial a la palpación, el tumorcito lateral disminuye palpablemente de volumen, se le hace a la enferma un enema, una hipofisina y una cucharada de aceite ricino. Subjetivo y objetivo buenos, loquios serosos, purulentos, abundantes, no fétidos.

Día 17.—Apirexia, el tumorcito lateral más pequeño ligeramente doloroso, estado general inmejorable.

Siguiendo en este tren hasta la curación; dándosele de alta el día 22 de Mayo.

En este caso el empleo de la parte previa de nuestro tratamiento dió evidentemente un fuerte empuje contra la infección, luego la vacunación y los estímulos leucocitarios produjeron admirablemente la sedación inmediata del dolor ante todo, terminando con la enfermedad en cuanto la ecuación biológica fué llenada, retardando en este caso la crisis habitual su proceso anexial, que hacía más reservado su pronóstico.

Observación VII.

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE. HISTORIA NÚM. 400, AÑO 1922.—H. R., argentina. Ocupación: Quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Su padre falleció no sabe de qué; su madre vive enferma de los riñones, tuvo cinco partos. Alguno distócico. Todos sus hijos viven y son sanos. Lactancia materna.

Antecedentes personales.—No recuerda a qué edad comenzó a caminar. Su locomoción fué normal. Regló a los diez y seis años. Sus reglas fueron regulares y periódicas. No recuerda enfermedad alguna. Primípara. Procede de General Alvear.

Durante su embarazo no ha tenido trastornos de importancia. Wassermann negativo; parto normal el 26 de Mayo de 1922. Alumbramiento; a las dos horas del parto a pesar de la maniobra de Credee, y una ampolla de hipofisina, no se consigue el desprendimiento placentario, se hace alumbramiento artificial constatándose que la placenta estaba engastada en el cuerno derecho. Durante este tiempo la puerpera pierde san-

gre, por cuya causa se hace una inyección de suero normal, de caballo, aceite alcanforado y cafeína respectivamente, conjuntamente con un lavado intrauterino iodado. La puerpera queda en buenas condiciones.

Anexos: Forma irregular, de 400 gramos de peso con cotiledones friables y ligeras degeneraciones calcáreas. Membranas completas.

Puerperio: Sin mayores novedades hasta el 1.º de Junio que pasa a la sección séptica y cuyo estado actual era el siguiente:

Buena conformación esquelética. Pulmones normales, corazón normal, pulso igual, regular, frecuente, hipotenso.

Hígado: No se pulpa.

Bazo: Idem, por el timpanismo abdominal.

Abdomen: Timpanismo exagerado. Ciego gorgoteante.

Utero: Grande, llega hasta el ombligo, sumamente doloroso, espontáneamente y a la palpación.

Vulva: Tumefacta, suturas perineales.

Al tacto: Vagina amplia, tumefacta, rubicunda, con sutura en sus paredes que se continúan con las suturas perineales.

Cuello: Entreabierto, permeable a más de un dedo, con resquebrajaduras. Fondos de saco libres.

Excreción uterina, amarilla verdosa, fétida.

Diagnóstico clínico.—Endometritis.

Evolución clínica y terapéutica.—Ante el estado de sequedad de la piel, la gran temperatura y la poca tensión sanguínea se indica una dermoclisis de suero fisiológico, adjuntando la terapia que denominamos previa; la que mantenemos hasta el día 6; hasta ese día, habíamos mejorado visiblemente el estado general de la enferma, aumentando la secreción uterina y hecho desaparecer su fetidez.

El día 6 administramos (ver cuadro térmico adjunto) una dermoclisis de suero fisiológico 500 c. c. con XX gotas de adrenalina al 1 por 1.000. Un haptinógeno Neumo. Su tratamiento intestinal y dietético no ha variado en esta enferma al inicial.

Día 7.—Buen estado general; no hay dolor espontáneo uterino (lo que ha permitido a la enferma conciliar su sueño tranquilo, que no lo conseguía desde días antes); a la palpación, aún persiste el dolor del útero, que llega hasta tres traveses de dedo por debajo del ombligo.

Véase examen de sangre.

Día 8.—Ante el nuevo ascenso térmico, el dolor en puntada en la fosa ilíaca izquierda. Un nuevo estado actual con tacto, constata (1) una vulva normal, vagina amplia, fondos de saco; libre el derecho y parte derecha de los fondos de saco anterior y posterior.

Fondos de saco izquierdo y parte izquierda del anterior y posterior, tumefactos y dolorosos.

(1) Estado general, bueno; fuerte dolor en la fosa ilíaca izquierda, inmovilidad respiratoria a ese nivel; palpación superficial, dolorosa. Signo de Gueneau de Mussy, ligeramente positivo; a la palpación profunda se exagera mucho el dolor a la paciente, y se constata una tumefacción que se extiende desde el útero (con el que forma cuerpo) hasta la pelvis; el dolor no permite identificar forma.

La tumefacción ocupa todo el fondo de saco izquierdo, formando un núcleo con el cuerpo del útero, que llega desde éste hasta la pared pelviana, sin que se pueda identificar nada en toda su extensión.

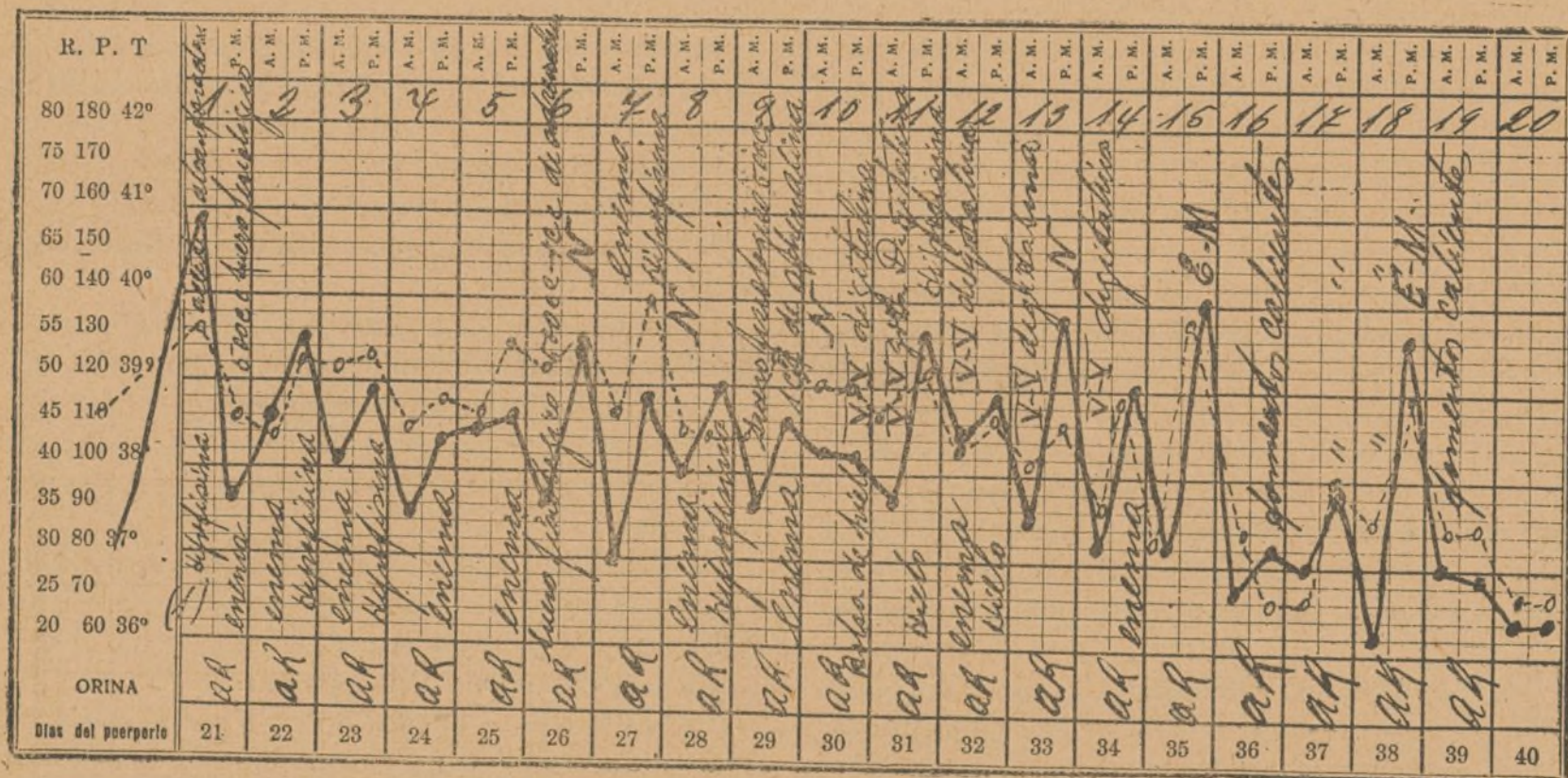
La tumefacción es sumamente dolorosa; la palpación bimanual no consigue diferenciar ningún órgano á ese nivel.

Diagnóstico clínico.—Pelvimetritis izquierdo.

nuestra enferma un haptinógeno Estáfilo y fomentos húmedos en ambas piernas.

Día 16.—El dolor espontáneo ha desaparecido, á la palpación bastante atenuado; no han aparecido nuevos nódulos. Estado general muy bueno.

Como el día 18 tuviera una nueva subida de temperatura le administramos otro haptinógeno Estáfilo, con lo que terminamos con esta nueva enfermedad.



(1) Pasa á la sección séptica.

Evolución clínica y tratamiento.—Como las anexitis son generalmente en estos casos consecuencia de la endometritis en la evolución, les asignamos idéntica etiología, por lo cual no hemos variado en nada nuestro plan inicial vacunoterápico, etc., coadyuvado por medicaciones de emergencia, como gotas de digitalina, etcétera (véase cuadro térmico.)

Así continuamos notando día á día la evolución lenta, pero favorable, de su gran anexitis y endometritis; de la primera el dolor y la tumefacción fueron desapareciendo simultáneamente.

Día 14.—La enferma acusa dolores agudos en ambos muslos, región anterior é interna, presentando pequeños nódulos rojos dolorosos, ascenso térmico, buen estado general.

Día 15.—Los nódulos rojos de los muslos se han hecho mayores y se han extendido hasta los pies; en ambas piernas se queja de dolores espontáneos.

La palpación es dolorosa, principalmente á nivel de los nódulos.

Diagnóstico clínico.—Eritema nudoso polimorfo.

Tratamiento.—Aunque no conseguimos, por razones diversas, identificar la etiología del eritema, procedimos con él, de acuerdo á nuestro proceder en casos anteriormente estudiados y tratados.

Así que, considerando que estos eritemas son producidos generalmente por estafilococos, le aplicamos á

Consiguiendo levantarla pocos días después, repuesta.

Al hacer un nuevo comentario sobre este interesante caso clínico, queremos recalcar: 1.º, que á pesar de la gravedad inicial de la endometritis, el mantenimiento del estado general fisiológicamente, dió tiempo más que sobrado para la aplicación reposada y meditada de la vacuna; 2.º, que en este proceso anexial, como en todos los que hemos tenido ocasión de observar, tratados con vacunas, se nota la lentitud con que actúan éstas; lo que interpretamos como debido á que los anticuerpos inmunizantes no llegan al foco de infección, debido á la disposición anatómica de los sistemas linfático y circulatorio de la región anexial; 3.º, insinuamos la eficacia terapéutica del haptinógeno Estáfilo en el eritema nudoso polimorfo.

EXAMEN DE LA SANGRE

Recuento glotular y fórmula leucocitaria:

Hemoglobina.....	64 por 100
Glóbulos rojos.....	3.390.000
Glóbulos blancos.....	38.900

Polinucleares, 89 por 100:

Neutrófilos....	89 por 100	1 lobulación..	1,50 por 100
Eosinófilos....	0 —	2 — ..	2 —
Basófilos.....	0 —	3 — ..	6 —
		4 — ..	36 —
		5 — ..	55 —

Linfocitos, 9,50 por 100.....	Pequeños.....	5 por 100
	Medianos.....	4 —
	Grandes.....	0 —
Mononucleares grandes.....		0,50 por 100
Rieder.....		1,00 —
Lisis.....		0,50 —

Regular cantidad de plaquetas sanguíneas de tipo normal, glóbulos rojos normales.

Observación VIII.

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE: HISTORIA NÚM. 736, AÑO 1922.—M. P., veinticuatro años, argentina. Ocupación: Quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Padre falleció de un ataque al corazón, su madre vive y es sana. Tuvo trece hijos, embarazos a término, partos espontáneos; tres de sus hermanos viven y son sanos, los demás fallecieron de pequeños, ignora la causa; no tuvo abortos ni partos gemelares; lactancia materna.

Antecedentes personales.—Ignora cuándo comenzó su

Puerperio, el día 22 de Junio, ascenso térmico, alteración del exudado uterino.

Pasa a la sección séptica, día 24.

Estado actual.—Esqueleto bien conformado. Piel trigueña.

Pulmones y corazón: Normales.

Pulso: Igual, regular, pequeño, frecuente, hipotenso.

Higado y bazo: Normales.

Abdomen: Globuloso, meteorismo exagerado, doloroso a la palpación.

Utero: Grande, doloroso.

Tacto vulvar: Normal.

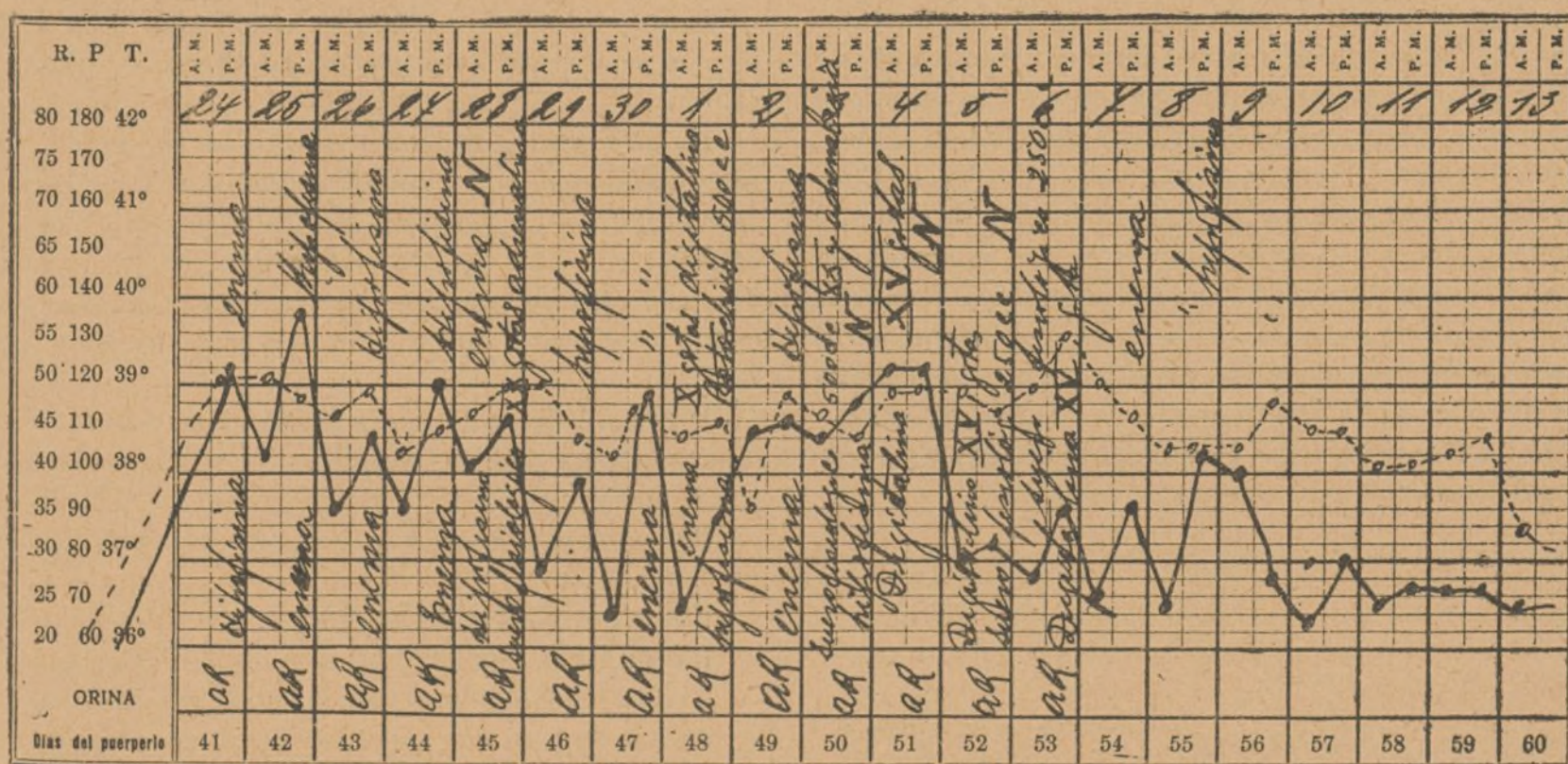
Vagina: Amplia, fondos saco libres.

Cuello: Entreabierto, permeable a dos dedos, con resquebraaduras.

Exudado uterino, abundante, amarillo, achocolatado, fétido.

Diagnóstico clínico.—Endometritis.

Evolución clínica.—Tratamiento: Se le mantiene a la enferma varios días a base de tratamiento general, lue-



locomoción, ésta fué normal; menstruó a los once años, éstas eran indoloras, escasas, durándole tres días. Ha tenido sarampión y viruela. Tuvo cuatro hijos, en partos espontáneos con fetos: el primero, sexo masculino, que falleció el primer mes, ignora causa; el segundo, de sexo femenino, nació muerta; el tercero, sexo masculino, falleció al año y dos meses, de infección intestinal; el cuarto, un aborto de tres meses, y el quinto, de sexo masculino, que vive y es sano. Todos los hijos del mismo padre que el del actual embarazo.

Lactancia mercenaria.

Procede de la ciudad, y durante su embarazo ha tenido vómitos, mareos y flujo amarillo.

Embarazo a término. Examen obstétrico, normal el día 2 de Junio 1922, a las veintiuna horas, después de diez y seis horas de iniciado el trabajo.

Alumbramiento por simple expresión.

Anexos, normales.

go se recurre al vacunoterápico como siempre, con hap-
tinógeno Neumo. Su eficaz acción se pone de manifies-
to, no sólo por el estado subjetivo y objetivo de la en-
ferma, sino por su cuadro térmico adjunto.

Días después, la enferma se queja de una fuerte
puntada que persiste en la fosa ilíaca izquierda, con
una tumefacción anexial a ese nivel.

Su examen clínico es el siguiente: Día 3 de Julio.
Dolor a la palpación superficial, fosa ilíaca izquierda,
se acentúa con la presión; se palpa una tumefacción
que tiene el tamaño de una mandarina, muy dolo-
rosa a la presión suave; no se puede precisar sus lí-
mites.

Tacto vaginal: Fondos de sacos libres, menos el iz-
quierdo que se encuentra ocupado por una tumefacción
dolorosa consistente y que no permite identificar con la
palpación bimanual nada de la región.

Utero: Cuello consistente no permite la introduc-

ción del dedo, no doloroso y por la palpación bimanual se consigue movimientos.

Exudado uterino: Amarillo, seroso, abundante, no fétido.

Pulmones: Normales.

Corazón: Tonos alejados en todos los focos, ritmo taquicárdico.

Pulso: Igual, regular, pequeño, frecuente, hipotenso.

Hígado: Normal.

Bazo: No se palpa.

Diagnóstico clínico.—Anexitis izquierda.

Tratamiento.—Aplicamos á la paciente un haptinógeno Neumo (pues nosotros asignamos á estas anexitis consecutivas ó endometritis, idéntica etiología á la de éstas). Dermoclis de suero fisiológico de 500 c. c. con XX gotas de adrenalina al milésimo.

Día 4.—La enferma se encuentra como el día anterior. Repetimos la dosis de haptinógeno y damos XX gotas de digitalina al 1 por 1.000.

Día 5.—El dolor espontáneo desapareció á la presión, persiste gran descenso térmico, inmejorable estado general. A pesar de todo, repetimos la dosis de haptinógeno Neumo, por cuanto en materia de anexitis la llegada de anticuerpos curativos al foco de infección se hace con dificultad. Luego la evolución de la afección es rápida, como se constata siguiendo su cuadro térmico (1). Conclusiones: 1.^a La evolución rápida obtenida de acuerdo á nuestros principios y la terapéutica que, aplicando en la endometritis grave que tenía la enferma, objeto de la presente historia, 2.^a, la acción de la vacunoterapia y el proceder aconsejado en la anexitis, cuya evolución es favorable cuando interviene rápida y enérgicamente.

5 de Julio de 1922.—Fórmula leucocitaria y recuento globular:

Hemoglobina.....	68 por 100
Góbulos rojos.....	4.500.000
Globulos blancos.....	32.600

Polinucleares, 80 por 100:

Neutrófilos . 79,50 por 100	1 lobulación	1 por 100
Eosinófilos . 0 —	2 —	4 —
Basófilos... 0 —	3 —	65 —
	4 —	9 —
	5 —	6 —

Linfocitos, 14 por 100	Pequeños.....	0 por 100
	Medianos.....	14 —
	Grandes.....	0 —

Mononucleares grandes.....	3,50 por 100
Plasmecelen.....	2 —
Eritoblastos basófilos.....	3 —
Idem policrematófilos.....	1 —

Regular cantidad de plaquetas sanguíneas tipo normal

Observación IX.

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE: HISTORIA, NÚM. 901, AÑO 1922.—M. A. de B., veinticuatro años, argentina. Ocupación: Quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Sus padres viven y son

(1) Sangre.

sanos. Su madre tuvo nueve hijos en partos normales, que viven y son sanos. Lactancia materna.

Antecedentes personales.—No recuerda á qué edad comenzó su locomoción, ésta fué normal. Regló á los catorce años, irregulares. Primípara. Procede de la ciudad, no tuvo complicaciones durante su embarazo.

Examen obstétrico.—Normal; inicia su parto á las veinte horas del día 25 de Junio de 1922 terminando 29^a 15' después.

Observaciones durante el parto.—Ingresa en pleno trabajo á la clínica después de haber sido atendida en su domicilio por partera y médico. Las contracciones siendo frecuentes é ineficaces, se le administra 0,01 gramos de morfina que calma la excitación de la parturiente. Por fin por diversas maniobras y episiotomía tiene su parto.

Alumbramiento: Fué efectuado por simple expresión.

Anexos: Membranas desgarradas.

Puerperio: Se inicia febril con intermitencias que varían según la terapéutica.

Hasta el día 2 de Julio, que la enferma pasa á la sección séptica por exudado loquial alterado y temperatura.

En esta sección tratamos solamente su estado general fisiológico para comprobar que sólo llenando este requisito y sin ninguna terapéutica especial contra la afección, se puede no sólo esperar para obtener los medicamentos, sino que hasta se puede mejorar á la paciente (este aserto puede verificarse con el cuadro térmico).

Día 8.—A pesar del descenso térmico el estado de la enferma era malo; se quejaba y su estado actual era el siguiente:

Piel trigueña, esqueleto bien conformado, escaso panículo adiposo.

Pulmones y corazón: Normales.

Pulso: Igual, regular, buena tensión, frecuente.

Abdomen: Globuloso, timpanismo exagerado (la enferma mueve bien dos veces por día el vientre).

Utero: Dos traveses de dedo por debajo del ombligo; doloroso, se desplaza con dificultad por cuanto exagera grandemente el dolor.

Tacto: Periné con suturas perineales.

Vagina: Amplia, rubicunda, fondos de sacos libres. Cuello entreabierto permeable á más de un dedo, doloroso, con resquebrajaduras; con movimientos bimanuales se consigue desplazar el útero á expensas de gran dolor.

Exudado uterino: En gran cantidad; amarillo, seroso, sin fetidez.

Lengua: Saburral, saburra espesa, adherente.

Diagnóstico clínico.—Endometritis: Se le administra á la enferma hipofisina y enemas.

SANGRE

Día 10.—Recuento globular, fórmula leucocitaria:

Hemoglobina.....	66 por 100 (Shali.)
Globulos rojos.....	3.510.000
Globulos blancos.....	9.300

Polinucleares, 78,50 por 100:

Neutrófilos .	78,50 por 100	{ 1 lobulación....	2 por 100
Eosinófilos .	0 —	{ 2 —	1 —
Basófilos...	0 —	{ 3 —	15 —
		{ 4 —	30 —
		{ 5 —	52 —
Linfocitos, 18 por 100		{ Pequeños.....	10 por 100
		{ Medianos.....	5 —
		{ Grandes.....	3 —
Mononucleares.....	2	por 100	
Rieder.....	1	—	
Türk.....	0,50	—	
Lisis.....	1,50	—	de neutrófilos.

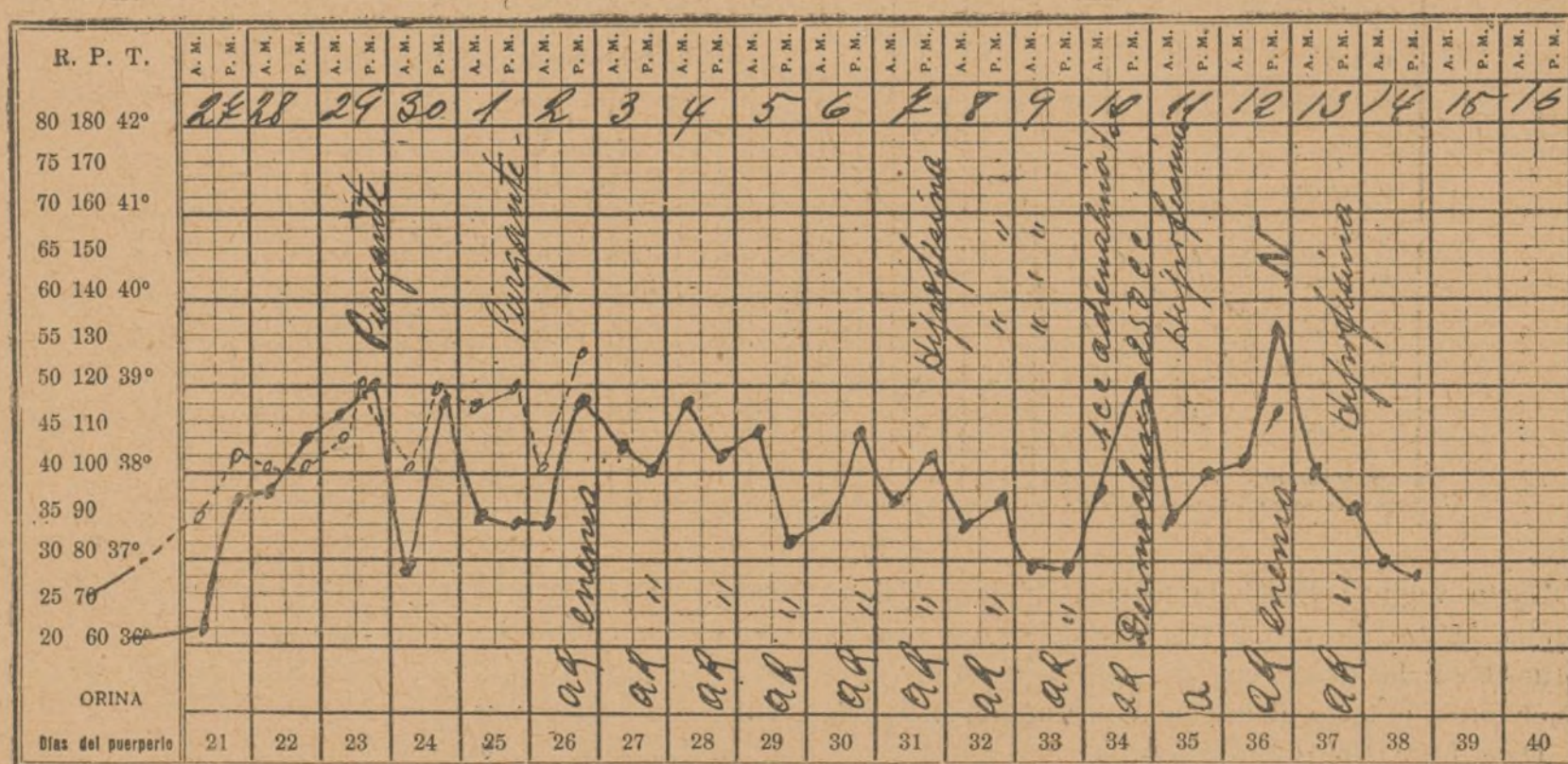
Hay gran cantidad de plaquetas sanguíneas de tipo normal, 10/7/22.

Observación X.

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE. HISTORIA NÚM. 674, AÑO 1922.—J. de P., de cuarenta años, argentina. Ocupación: Quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Su padre vive y es sano, su madre ha fallecido, ignora la causa, tuvo cuatro embarazos de término, partos espontáneos, dos hijos le viven y dos fallecieron ignorando, a su vez, la causa; lactancia materna.

Antecedentes personales.—No recuerda cuándo comenzó a caminar. Menstruó a los once años, con menstruaciones indoloras, regulares durante tres días, lac-



Día 11.—Se le administra 1 c. c. de adrenalina al 1 por 1.000 y 250 c. c. de suero fisiológico.

Día 12.—Se le aplica un haptinógeno Neumo. Su fórmula leucocitaria en este día es la siguiente:

Hemoglobina.....	59 por 100 (Shali)
Glóbulos rojos.....	3.700.000
Glóbulos blancos.....	12.000

Polinucleares, 83 por 100:

Neutrófilos..	83 por 100	{ 1 lobulación....	2 por 100
Eosinófilos..	0,50 —	{ 2 —	2 —
Basófilos...	0 —	{ 3 —	25 —
		{ 4 —	35 —
		{ 5 —	36 —
Linfocitos, 14 por 100		{ Pequeños.....	0 por 100
		{ Medianos.....	11 —
		{ Grandes.....	3 —
Mononucleares grandes.....	2	por 100	
Rieder.....	0,50	—	

Glóbulos rojos normales.

Plaquetas tipo normal, 12/7/22.

Día 15.—Caída de la temperatura; buen subjetivo y objetivo, dolor uterino, sólo persiste á la presión, útero pequeño y consistente. Buen apetito y sueño.

La paciente solicita su alta continuando con nuestra asistencia, por lo que comprobamos su sanación.

tancia mixta. Tuvo seis hijos: el primero, del sexo femenino de siete meses, parto prematuro; segundo, sexo femenino, de término; tercero, del sexo masculino, de siete meses, falleció dos horas después de nacer; el cuarto, del sexo femenino, nació muerta, embarazo á término; el quinto, del sexo femenino, embarazo á término, falleció á los ocho días de nacer por infección umbilical; el sexto, del sexo masculino, de siete meses, vive sano. Todos sus partos han sido espontáneos. Hijos de distinto padre que el del actual embarazo. Lactancia materna. Procede de la ciudad, y durante sus embarazos ha tenido vómitos, mareos y escalofríos.

Parto: Normal, espontáneo.

Alumbramiento: Normal.

Puerperio: Al tercer día de puerperio la enferma tiene fuertes escalofríos y grandes ascensos térmicos.

Estado actual.—Piel morena y seca, escaso pánicula adiposo, cicatrices acrómicas. Esqueleto bien conformado. Tórax, diámetro normales. Tipo respiratorio, costo-abdominal, ligera disnea objetiva.

Pulmones: Normales.

Corazón: Límites y tonos normales.

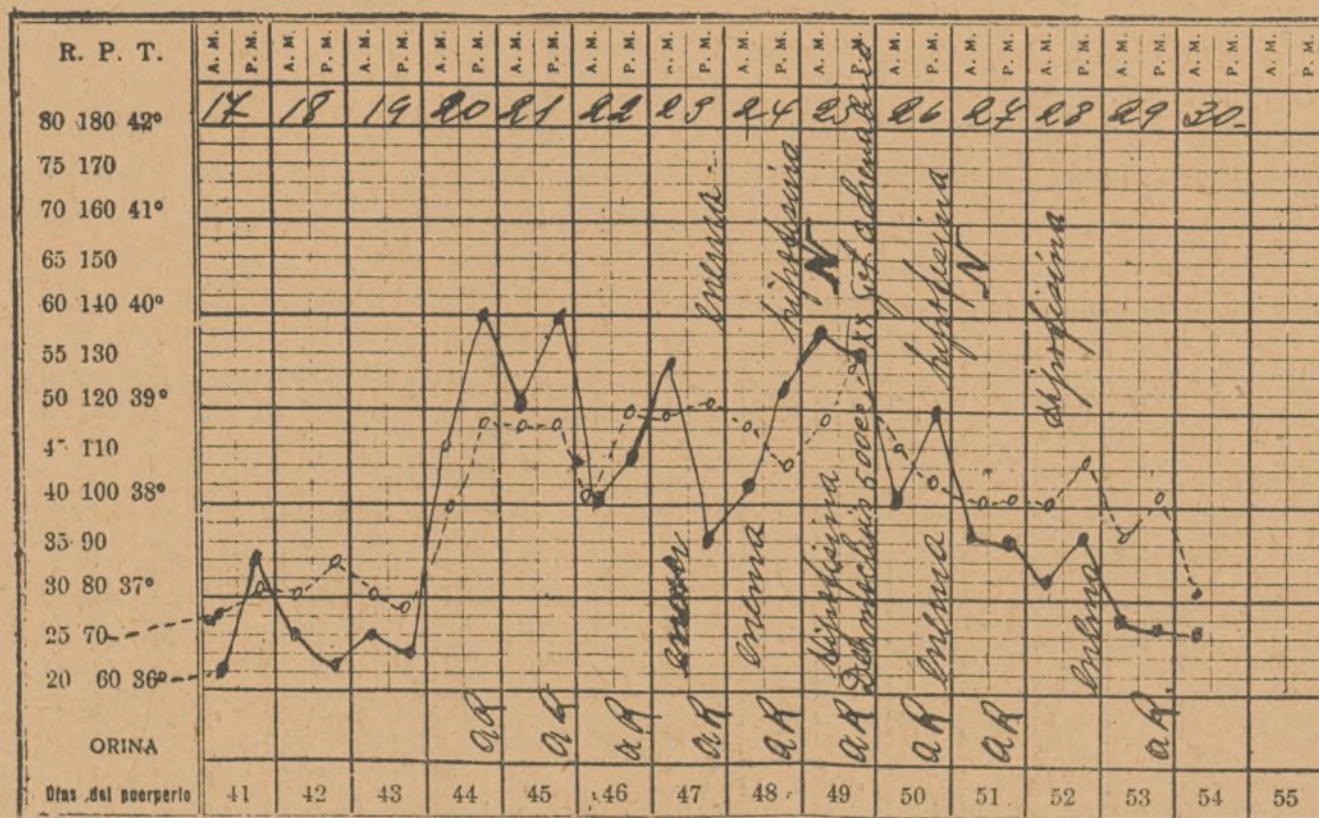
Pulso: Igual, regular, pequeño, frecuente, hipotenso.

Hígado y bazo: Normales.

Abdomen: Globuloso, timpanismo exagerado.
 Utero: Grande, llega hasta el ombligo, muy doloroso.
 Boca: Lengua saburral; dientes mal conservados.
 Ojos: Conjuntivas rosadas. Pupilas: Simétricas: abertura mediana, reaccionan a la luz y a la acomodación.

Observación XI.

CLÍNICA DEL PROFESOR ZÁRATE: HISTORIA NÚMERO 1.332, AÑO 1922.—M. A. I. de R., italiana, diez y nueve años. Ocupación: Quehaceres domésticos.
 Antecedentes hereditarios.—Sus padres viven y son



Tacto vaginal: Exudado uterino no hay. Vagina amplia, fondos de saco libres. Cuello uterino, blando, permeable a dos dedos, con resquebrajaduras posteriores, doloroso el tacto. Reacción Wassermann: Negativa.
 Diagnóstico clínico. Endometritis.

SANGRE

Recuento globular y fórmula leucocitaria:

Hemoglobina..... 61 por 100 (Shali.)
 Glóbulos rojos..... 3.960.000
 Glóbulos blancos..... 4.700

Polinucleares, 69 por 100:

Neutrófilos.... 69 por 100 { 1 lobulaci6n.... 4 por 100
 Eosin6filos.... 0 — { 2 — 5 —
 Bas6filos 0 — { 3 — 61 —
 { 4 — 24 —
 { 5 — 6 —

Linfocitos, 26,50 por 100..... { Pequeños..... 4 por 100
 { Medianos..... 19 —
 { Grandes..... 3,50 —

Mononucleares..... 4,50 por 100
 Lisos..... 1,50 —

Regular cantidad de plaquetas, gl6bulos rojos, normales.

Evoluci6n cl6nica.—Se somete a la enferma, por espacio de varios d6as, solamente al tratamiento de su estado general; pero como la gravedad de la afecci6n le iba en aumento, se interviene con el tratamiento espec6fico, con el cual cede la infecci6n r6pidamente, como puede constatarse en el cuadro t6rmico adjunto, cuyo examen evita todo comentario al respecto.

sanos; su madre tuvo cinco hijos, embarazos a t6rmino, partos normales; cuatro de sus hijos, sanos; uno falleci6; ignora la causa. Tuvo dos abortos: uno de cinco meses, y el otro ignora. Lactancia materna.

Antecedentes personales.—Ignora a qu6 edad comenz6 a caminar. Menstru6 a los diez y seis a6os, escasas, dolorosas y de cinco d6as de duraci6n.

Es prim6para. Durante su embarazo ha tenido v6mitos, mareos, cefaleas y flujos amarillos. Procede de la ciudad.

Ingresa en la cl6nica el 10 de Septiembre de 1922, con cincuenta y seis horas de trabajos de parto, terminando 6ste mediante una basiotripsia y una episiotom6a posterior y lateral previa, extray6ndose un feto con ascitis. El alumbramiento se hizo a la media hora despu6s por simple expresi6n.

Se le hizo un lavado intrauterino con agua iodada.

Estado actual.—D6a 12 de Septiembre de 1922.—Piel rubicunda en la regi6n dorsal, de color moreno, con resquebrajaduras abdominales. Sistema piloso, normalmente desarrollado. Esqueleto, bien conformado. Reflejos, plantar, patelar y abdominales, existen exagerados.

T6rax: Sim6trico; di6metros normales; tipo respiratorio costoabdominal, predominio abdominal, ligera disnea objetiva.

Pulmones, por detr6s: Sonoridad normal hasta la base, al nivel de la duod6cima v6rtebra dorsal; vibraciones existen; respiraci6n vesicular; no hay ruidos agregados.

Pulmones, por delante: Sonoridad normal hasta el

quinto espacio intercostal derecho; sonoridad izquierda; Traube libre. Derecho: Respiración vesicular; no hay ruidos agregados. Izquierdo: Idem.

Corazón: Límites, borde superior de la tercera, un dedo por delante de la línea axilar anterior. Borde derecho esternal. Tonos en todos los focos; ritmo taquicárdico; tonos alejados.

Pulso: Irregular, pequeño, sumamente depresible.

Hígado: Límites quinto espacio, reborde de las falsas, línea mamilar; no se palpa debido al dolor del abdomen.

Bazo: Límites normales, no se palpa.

Abdomen: Globuloso, sonoridad exagerada; á la palpación, el útero llega hasta el ombligo, doloroso, ligeramente desviado á la izquierda de la línea media. Signo de Gueneau de Mussy positivo en las fosas ilíacas.

SANGRE

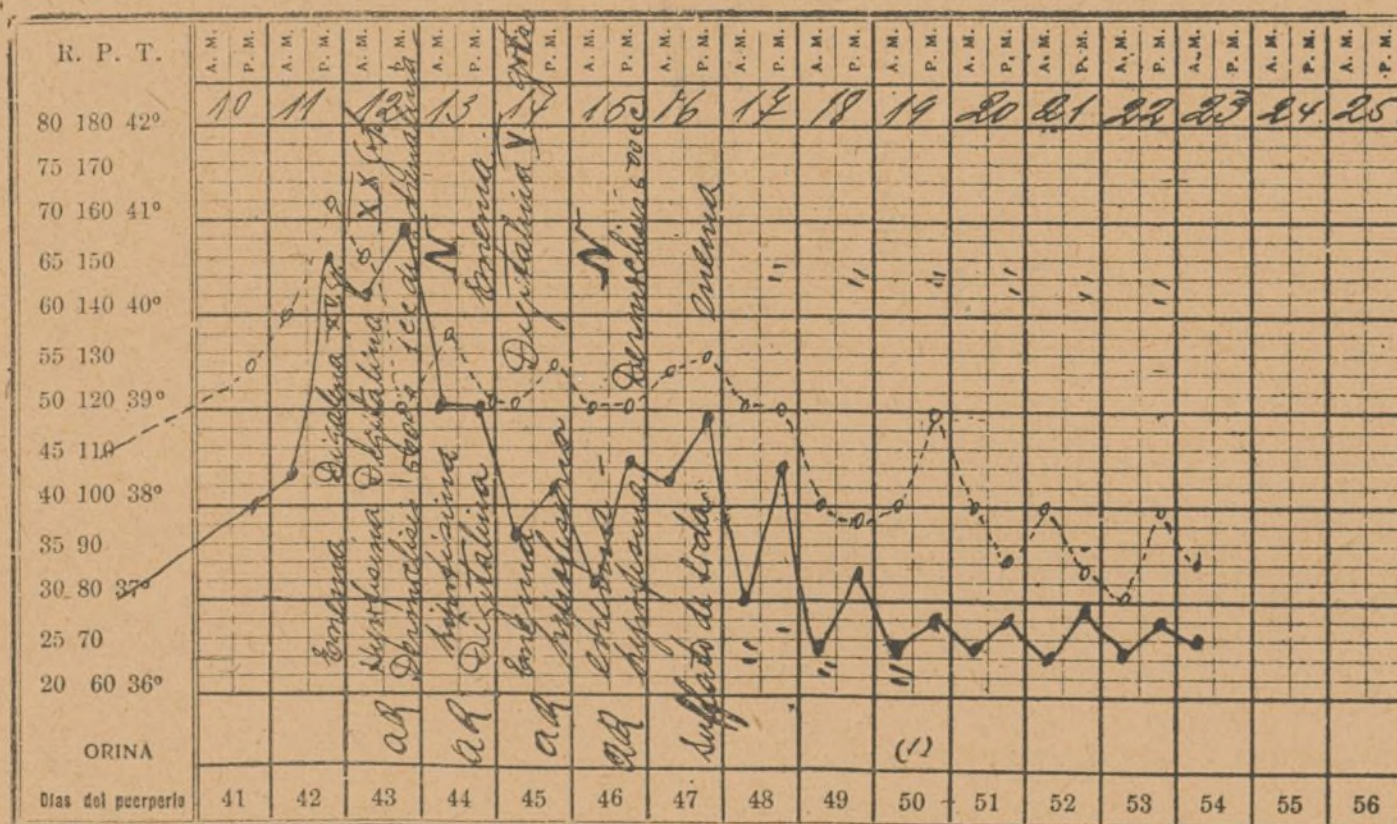
Hemoglobina.....	60 por 100
Globulos rojos.....	4.370.000
Globulos blancos.....	7.300

Polinucleares, 81,50 por 100:

Neutrófilos.	79,50 por 100	{ 1 lobulación....	2 por 100
Basófilos...	0 —	{ 2 —	10 —
Eosinófilos.	2 —	{ 3 —	53 —
		{ 4 —	35 —
		{ 5 —	0 —
		{ Pequeños.....	0 por 100
Linfocitos, 16,50 por 100.....		{ Medianos.....	10 —
		{ Grandes.....	6,50 —
Mononucleares grandes			2 por 100
Lisis neutrófilas.....			12 —

Glóbulos rojos normales, regular cantidad de plaquetas
sanguíneas de tipo normal.

Evolución clínica.—12 de Septiembre: Suministra-



Labios: Secos, foliagiaginosos.

Boca: Encías rosadas, orla de Frederick-Tompson.

Dientes: Bien conservados é implantados.

Paladar ojival: Lengua rosada, guarda la impresión de los dientes en los bordes. Saburral: saburra blanca, espesa en toda su extensión.

Ojos: Conjuntivas rosadas, pálidas, pupilas simétricas, reaccionan á la luz y á la acomodación.

Orina: Amarillo rojizo con reflejos verdosos. Wassermann positiva.

Vulva: Edematosa con incisiones quirúrgicas en la parte posterior izquierda; suturadas.

Fondos de sacos: Dolorosos á la palpación, edematoso, no se consigue palpar bien debido al dolor.

Secreción vaginal: Saniosa mucopurulenta, escasa, no fétida.

Cuello: Blanco, edematoso, permeable á dos dedos; doloroso.

Diagnóstico clínico.—Miocarditis, endometritis, pelviperitonitis, sudamina discreta.

mos á la enferma una dermoclisis de 500 c. c. de suero fisiológico con XX gotas de adrenalina al 1 por 1.000. Una hipofisina, XX gotas de digitalina al milésimo. Una cucharada de aceite de ricino. Una enema y alimentación cada tres horas.

Día 13.—Corazón: Tonos bien timbrados, ritmo igual; taquicárdico.

Pulso: Igual; regular, buena tensión.

Abdomen: El timpanismo ha disminuído; el dolor persiste, peritonismo; útero lo mismo.

Vómitos: Saburra lingual.

Exudado uterino: Escaso; seromucopurulento.

Aplicamos á la paciente un haptinógeno Neumo. Una hipofisina y V gotas de digitalina al 1 por 1.000.

Día 15.—Descenso térmico.

Abdomen: Ligeramente globuloso, sonoridad desigualmente repartida; dolor á la palpación en las fosas ilíacas y en la región sub-umbilical.

Utero: Desviado hacia la derecha, á un dedo por debajo del ombligo. La piel presenta un tinte icterico,

acentuado, la conjuntiva ídem, la piel es pruriginosa.

Pulmones: Normales.

Corazón: Ídem.

Hígado: Borde superior de la quinta, reborde de las falsas, línea mamilar, se palpa dos dedos por debajo de la matidez, doloroso, superficie lisa.

Exudado uterino: Amarillo, rojizo, seroso, abundante sin fetidez.

Diagnóstico clínico.—Hepatitis catarral.

Ante esta emergencia, reinyectamos otro haptinógeno Neumo, conjuntamente con una dermocclisis de 500 centímetros cúbicos de suero fisiológico.

Día 16.—La enferma tiene la subida de la leche, por lo que se le administra purgante salino y continúa normalmente su notable convalecencia, como puede observarse en el cuadro térmico adjunto.



Los interesantes trabajos publicados en nuestra Revista sobre *Endometritis puerperal* por el Dr. Luis G. Gret, se han ajustado á un folleto encuadernado que se facilita **gratuitamente** á todos los señores Médicos que lo soliciten de don M. Martín Yáñez, Apartado 384, ó de la Administración de nuestra Revista.

Imp. del Sucesor de E. Teodoro.
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1, Madrid.