

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIV	Bilbao—Mayo—1908	Núm. 161
---------	------------------	----------

Comunicación dirigida á la Academia de Ciencias Médicas

*Sesión del 28 de Febrero de 1908.*

## Un caso de Equimosis Cérvico-Facial Traumático “DRUKSTAUNUNG”

Estas dos fotografías representan el individuo M. C. de 25 años, que trabajando en el mes de Mayo de 1901, fué envuelto por una avalancha de tierras de una mina, quedando sepultado entre ellas hasta la base del cuello. Extraído por sus compañeros y transportado al Hospital de Triano, se apreció como única lesión del esqueleto, la fractura sencilla del acromión izquierdo. Contrastaba esta carencia de traumatismos en el punto de aplicación de las fuerzas vulnerantes con el aspecto aterrador de la cara y cuello, sitios que no habían sido tocados por las tierras y piedras. Un color azul oscuro teñía toda la facies, propagándose por el cuello hasta el comienzo del tórax. La piel infiltrada, singularmente en los párpados, labios y sota-barba, contribuía á la desfiguración vultuosa del rostro. Los ojos parecían saltarse de las órbitas, rodeados de gran quemosis conjuntival, con los fondos de saco rellenos de sangre extravasada. También la córnea se encontraba ligeramente teñida de encarnado. El examen del fondo del ojo demostró una dilatación de la vena central y éxtasis papilar con edema poco pronunciado. (fig. 1.<sup>a</sup>)

Hubo gran disnea en los primeros momentos, que cedió por completo en las horas siguientes y se percibían á la auscultación estertores subcrepitantes en el vértice

del pulmón izquierdo. Los ruidos del corazón normales y algo disminuídos de intensidad.

Tal era el cuadro del enfermo á su entrada en el hospital y que desapareció totalmente á las dos semanas sin más tratamiento que el reposo en la cama.

La primera fotografía retrata al enfermo á las 24 horas de su accidente; la segunda á los 15 días. (fig. 2.<sup>a</sup>)

Este síndrome traumático ha sido bautizado por Perthes con el nombre de «Druckstauung», (éxtasis por presión) pretendiendo hacer con él una nueva especie morbosa. Sus dos primeros casos publicados en 1800, (1) interesaron á multitud de cirujanos y desde entonces han llovido sobre la prensa médica infinidad de trabajos para esclarecer el asunto bajo el punto de vista histórico, sintomático y anatómo patológico.

Históricamente ha sido fácil encontrar antecedentes al síndrome de Perthes. En un artículo bien documentado que vió la luz en 1905, los ha buscado V. Lejars, (2) como es natural, entre sus paisanos los franceses, hallándolo perfectamente descrito en enfermos médicos legales de Ollivier y Tardieu, (3) que datan de 1847 y 1855. Trata de casos de sofocación que ocurren cuando las multitudes se aplastan y estrujan huyendo de incendios, revoluciones, etcétera.

No sería muy penoso desenterrar observaciones análogas en la literatura médica de otros países.

Pero el documento más importante, anterior á los escritos de Perthes, es una memoria de Willers escrita en 1873, basada en enfermos de la clínica de Hueter en la Universidad de Greifswal y que se titula «de la dilatación de los vasos de la cabeza en las lesiones graves del abdómen» (4).

El interés que este traumatismo inspiró á dichos cirujanos, incitólos á buscar una explicación clara de su me-

(1) Perthes, «D. Z. f. C.» L.

(2) Lejars, «Semaine medicale» 1905.

(3) An. d'hygiene

(4) Inaug. Dissert.

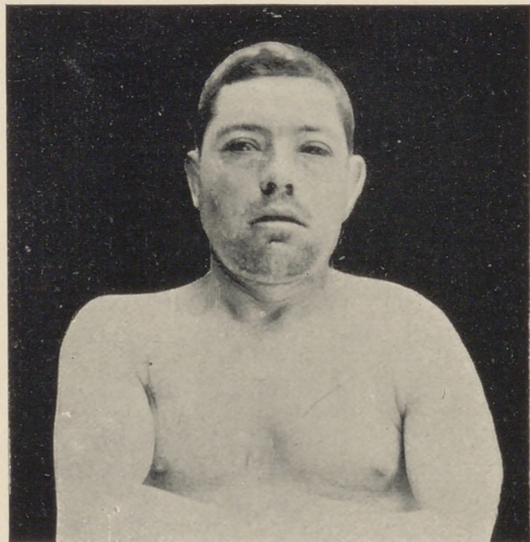


Figura 1.<sup>a</sup>

Equimosis cervico-facial traumática

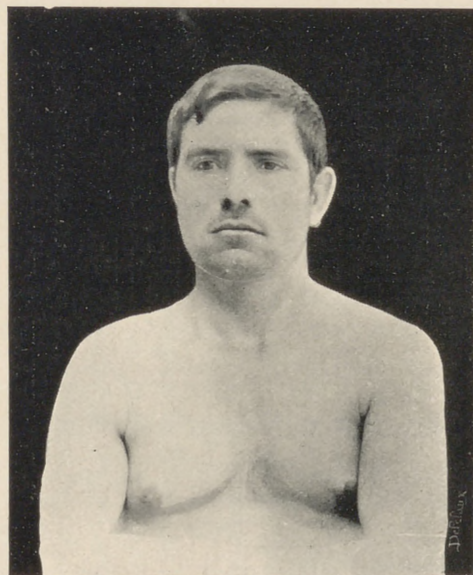


Figura 2.<sup>a</sup>

Equimosis cervico-facial traumática



canismo y á este fin hicieron, aunque infructuosamente, algunas experiencias de laboratorio en animales.

Como se ve por estos ligerísimos datos, la originalidad de Perthes es algo dudosa, sin que por eso carezca de mérito; puesto que ha hecho renacer el cuadro clínico con estudios más completos y exactos. Han tenido, por otro lado, sus escritos la indudable eficacia de promover nuevas investigaciones y de lanzar á la publicidad numerosas historias clínicas del accidente.

Lo primero que llama la atención en la sintomatología es que ejerciéndose la presión en el pecho y vientre se limiten las lesiones á un equimosis de las regiones facial y cervical. Es verdad que nuestro enfermo padeció una fractura del acromión, pero la regla es que no existan lesiones exteriores ó interiores en los sitios comprimidos. Muchos autores han llegado á establecer una relación inversa entre la magnitud de la infiltración facial y dichas lesiones, relación que á mi me parece algo hipotética y surgida de la teoría del esfuerzo, de que luego hablaremos.

También es curiosa la manera como termina el equimosis en su parte inferior. Si el individuo usa cuello planchado y que ajuste, la coloración se limita netamente, dibujando los' contornos de la tela; si por el contrario, tiene el pescuezo libre, descende hasta el mismo pecho. En las fotografías de Perths que pongo á la disposición de ustedes (1) se ven dos casos de la primera especie, en obreras de fábrica. En el nuestro, como minero que trabaja á pecho descubierto, el equimosis descende hasta la base del cuello. La explicación de la diferencia es sencilla: en aquéllas el cuello de tela opuso resistencia á la dilatación venosa, evitando así la sufusión hemática.

Esta afección es en sí benigna. Parece que los equimosis exteriores no se acompañan nunca de derrames cavitarios craneales como á primera vista pudiera suponerse. Si acontece la muerte débese á complicaciones concomitantes é independientes del fenómeno.

(1) D. Z. f Ch. L V.

La distribución uniforme del color violáceo en la cara y cuello, hace pensar en infiltraciones de materia colorante más que en verdaderas hemorragias. No quiere esto decir que falten en absoluto, puesto que son palpables las extravasaciones sanguíneas en los fondos de saco de la conjuntiva, por otra parte se ha demostrado por los análisis de Beach y Cobb, (1) que la lesión histológica fundamental consiste en una dilación brusca excesiva de capilares y venas con trasudaciones hemáticas. Corrobora esta idea el examen de las venas del fondo del ojo del enfermo verificado por el Sr. Somonte.

El punto más interesante de este síndrome pertenece á las teorías inventadas para explicarlo.

Willers emitió dos hipótesis sucesivas: En la primera, supuso que la presión violenta de los vasos del vientre y pecho, provocaba la repleción sanguínea de la aurícula derecha y el reflujo y la dilatación consiguiente en las venas yugulares, por su carencia de válvulas eficaces. En la segunda, siguiendo la moda de la época, apeló á la doctrina vaso-motora. El fenómeno era una parálisis vaso-motriz cervical causada por contusiones del simpático.

Pero el resultado negativo de sus experiencias de laboratorio le indujo á creer que ambas hipótesis eran puramente gratuitas. El tiempo, sin embargo, ha venido á sancionar su primera opinión como más adelante veremos.

Milner (2) en 1905 explicó los fracasos experimentales de Willers, porque este había juzgado el fenómeno como un hecho puramente pasivo de reflujo sanguíneo; siendo así que interviene además el acto fisiológico del esfuerzo, como elemento esencial y primordialísimo. El esfuerzo es para el lesionado acción de defensa orgánica. Por él, cierra la glotis, después de una inspiración profunda, y mediante contracciones torácico-abdominales; multiplica la dureza y resistencia de su coraza. Este esfuerzo lleva con-

(1) Ann of. Surg. 1904.

(2) D. Z. f. Ch. LXXVI

sigu la retropulsión sanguínea hacia el corazón derecho y las yugulares, que sumada á la de presión traumática dilata los capilares y venas de la cabeza. De los dos agentes que integran el fenómeno, no puede el traumatismo por sí solo llegar á producirlo, mientras que el esfuerzo activo consigue, en determinados casos, originarlo sin violencia exterior. Atestigua su aserto Milner, con observaciones de epilepsias y contracturas por terror, seguidas de «Druckstauung»; y lo refuerza con la consideración, no siempre comprobada, de que cuando el esfuerzo defensivo fracasa y resultan graves las lesiones del esqueleto ó de las vísceras, el fenómeno de Perthes no existe.

Sick, en un trabajo (1) publicado poco después de los estudios de Milner, se opone á la teoría del esfuerzo y se funda en un caso de equimosis, visto por él en un niño, que permaneció con el pecho comprimido y laminado durante más de un cuarto de hora, entre un vagón y su rueda. No podía invocarse la instantaneidad del esfuerzo ni la contractura en tales circunstancias; y Sick substituyó la hipótesis de Milner con otra que pudiéramos llamar hipótesis cardíaca. La presión torácica del traumatismo exprime la sangre pulmonar, rechazándola hasta el ventrículo izquierdo; y este, al lanzar su exceso de carga al sistema arterial, la dirige especialmente á las regiones superiores, porque aquella misma compresión entorpece la circulación inferior. Las venas del cuello con sus peculiares condiciones anatómicas, han de ser por lo tanto dilatadas de preferencia, por ese exceso de vis á tergo.

Recientemente, Kredel de Hannover (2) ha dado á luz una historia clínica, resucitando la antigua teoría del reflujo pasivo. Realmente es un caso de sumo interés, porque se asemeja á una experiencia de fisiología verificada en un ser humano. Se refiere á un niño recién nacido, con una hernia umbilical, en cuyo interior se encuentra un paquete de intestinos y gran parte del hígado. Al ope-

(1) D. Z. f. Ch., LXXVII

(2) Z. f. Ch., Diciembre 1807.

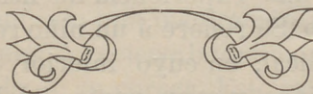
rarlo se reducen fácilmente las asas intestinales; mas aquél opone grandes dificultades, que no pueden vencerse con violencia en consideración á lo delicado y friable del tejido. El operador apela á la expresión suave del hígado y al cabo de cinco minutos, consigue disminuir su volumen y reintegrarlo en el abdomen. Terminado el acto quirúrgico vieron con sorpresa que el niño estaba afecto del equimosis cérico facial, con hemorragias conjuntivales y retinianas.

El enfermo apenas hizo esfuerzos durante la maniobra y claro es que no cabe aplicarle la teoría de Milner; y como por otra parte los pulmones no sufrieron compresión alguna, huelga también la suposición hipotética de Sick

Digamos á modo de resumen que el famoso «Druckstauung» no representa nueva unidad morbosa ni tampoco síndrome de unidad patogénica. La mayoría de las veces es secuela del reflujo yugular engendrado por la compresión de las vísceras del vientre, del pecho, ó de ambas á un tiempo, como en el enfermo, motivo de esta comunicación. Las experiencias de Willers no podían demostrarlo, porque la organización anatómica del sistema circulatorio, difieren por elasticidad y resistencia en los animales y en el hombre.

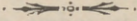
Pero junto á estos casos que constituyen la generalidad, es preciso admitir otros en que tiene exacta aplicación la ingeniosa teoría del esfuerzo de Milner.

DR. ENRIQUE DE AREILZA





# REVISTA EXTRANJERA



**El diagnóstico y tratamiento de los tumores renales por los Dres. Küster y Eiselsberg.** — Tres puntos importantes debe resolver un diagnóstico bien hecho en los neoplasmas del riñón.

- 1.º ¿Existe un tumor neoplásico?
- 2.º ¿En caso afirmativo, cuál es su forma y qué clase de relaciones tiene en su ambiente?
- 3.º ¿La neoformación es susceptible de una intervención quirúrgica?

Sábese que la presencia de un tumor se reconoce por tres signos: abultamiento, dolores y trastornos urinarios. Estos son verdaderamente típicos, si aparecen súbitamente, en gran número y si desaparecen rápidamente.

Cuatro tipos de neoplasmas suelen tener asiento en los riñones y cápsulas suprarrenales y cuya distinción es por demás importante. Bajo el punto de vista práctico, los tumores llamados epinefroides ó suprarrenales, representan casi las tres cuartas partes de todos los cánceres del riñón. Se distinguen de los sarcomas por su mayor frecuencia y las numerosas y abundantes hematurias. Tienen una forma cónica ó toman la de un hongo; su crecimiento es rápido, dan lugar á tumefacciones difusas y jamás constituyen tumores claramente perceptibles. Los de carácter maligno de células embrionarias no se desarrollan más que en los niños menores de diez años y tienen un desarrollo muy rápido.

La evolución de los epinefromas suele detenersé por la cápsula del riñón; pero una vez franqueada ésta, las metástasis aparecen pronto. Es muy esencial el hacer el diagnóstico á tiempo breve. Algunos síntomas, tales como el varicocele y las efélides son inconstantes. Por las metástasis fáciles, es preciso explorar los ganglios linfáticos de todo el cuerpo. La exploración radiográfica es útil, porque revela la forma del riñón. No debe palpase con frecuencia al paciente, á fin de evitar los daños consiguientes á una provocación hematórica.

Como métodos accesorios de exploración, pueden usarse la crioscopia y la prueba de la fluorizina y en determinados casos la operatoria.

Respecto á la conducta quirúrgica, debe recomendarse el no intervenir cuando el tumor es poco movable; pero si se opera, no se aceptará la nefrectomía parcial, pues no conduce á resultados positivos.

En los casos graves se empleará la anestesia lumbar con la novococaína en lugar de la clorofórmica. Los tumores movibles se los extirpará por la vía lumbar y los difíciles con adherencias por la transperitoneal.

A fin de evitar la infección del peritóneo en esta última vía, es necesario emplear el drenaje lumbar y las inyecciones intraperitoneales de ácido nucleínico con preferencia á las recomendadas por otros cirujanos, como son las de suero artificial, á pesar de su bondad reconocida.

**La fractura supra-condilea del húmero en el niño, por el Dr. Vivier.**—La frecuencia con que se observa esta lesión ósea en los niños, ocasionada las más de las veces por caída sobre el codo, y las dificultades técnicas que ofrecen sus diversas variedades para obtener el restablecimiento de la función del brazo, nos mueven á exponer el tratamiento más apropiado en forma gráfica, comprensiva de sus diferentes fases.

El estudio de ella domina la historia de las fracturas del codo y por tanto recordaremos brevemente sus síntomas antes de abordar el tratamiento.

El trayecto de la fractura es transversal, pasando generalmente por encima de la epitróclea y el epicóndilo, dirigiéndose oblicuamente hacia arriba y atrás. Efecto de esta oblicuidad, el fragmento inferior resbala hacia atrás y arriba, mientras que la extremidad inferior de la diáfisis humeral viene á producir un saliente por delante.

Bajo el punto de vista clínico, esta fractura tiene el aspecto típico de una dislocación del codo hacia atrás. Así es que ocurre muchas veces, que por no examinarla con detenimiento y evitar al niño sufrimientos, se suele proceder, previa cloroformización ó kelenización, á reducir la luxación, lo cual se hace fácilmente; pero al ejecutar las maniobras necesarias, se aprecia la crepitación ósea, reproduciéndose la deformidad del codo en el momento en que se deja libre el antebrazo.

De este modo es como en la práctica se llega á diagnosticar la fractura supra-condilea del húmero.

Fijando un poco la atención para no engañarse, se ve que la prominencia anterior que aumenta el diámetro antero-posterior del codo está situada por encima y no debajo del pliegue de flexión. Palpán-

dola, se aprecia que tiene menos anchura que la paleta ordinaria de la extremidad inferior del húmero. Hacia atrás, cualquiera que sea el abultamiento que exista, se llega á sentir, á los lados, la epitroclea y el epicóndilo y por debajo de ambos, el olécranon, que forma con ellos un triángulo normal de base superior.

Fijado el diagnóstico ¿qué es lo conveniente hacer? Si el médico es joven sabe que las fracturas en los niños se inmovilizan poco, y el que deben temerse las rigideces del foco. Hará, pues, el masaje, transcurridos que fueran los ocho ó quince días primeros de inmovilización, bajo una cura compresiva destinada á combatir la hinchazón. Si fuera de más edad, se atenderá al enyesamiento corriente en toda fractura: construirá una media caña con el vendaje solidificable, manteniendo el antebrazo en ángulo recto, posición clásica de las fracturas del miembro superior. Al cabo de un mes, empezará con el masaje y la movilización.

En ambos casos, ocurre un hecho curioso y es que el antebrazo se mueve poco y mal. La extensión suele hacerse algo bien, pero la flexión es imposible, en atención á que se produce delante un callo exuberante que detiene la punta de la apófisis coronoides en su carrera de atrás hacia adelante y se opone á dicho movimiento, tan necesario á los diversos usos de la mano. Este callo, que demuestra la sobreactividad osteogénica del niño, es simplemente la extremidad inferior de la diáfisis humeral, que no ha sido colocada en relación inmediata con el fragmento inferior remontado hacia arriba y atrás.

El niño, pues, queda medio inútil para toda su vida, por esa falta de reducción.

La adjunta radiografía es una muestra evidente de lo expuesto. (fig. 1.<sup>a</sup>)

Creo que es muy sencillo el obtener casi siempre buenos resultados en estas fracturas del codo, algunas de ellas muy largas en sus consecuencias y de pronóstico grave para el niño.

He aquí el procedimiento que me ha dado muchas curaciones. Es fácil de ejecutarlo y exige solamente un poco de cloroformo, yeso, algunos metros de tarlatana y una venda de tela vieja ó crespón de Vel-

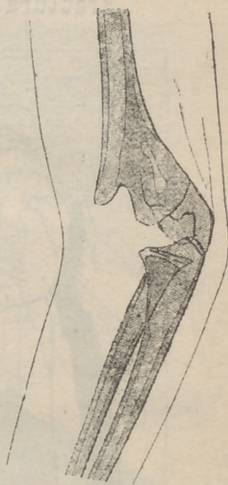


Figura 1.<sup>a</sup>

Radiografía de una deficiente reducción de la fractura.

peau, elementos que pueden tenerse en la mayor parte de localidades.

Anestesiado el niño, un ayudante mantiene el húmero pendiente á lo largo del cuerpo, y con las dos manos el médico, coje el antebrazo tirando de él en extensión. Después, lo flexiona progresivamente, pero siempre tirando fuertemente de la extremidad posterior del antebrazo. De este modo se produce la crepitación ósea al mismo tiempo que se corrige la deformación. Es preciso seguidamente llegar á la flexión completa, es decir, hasta que el antebrazo toque la cara anterior del brazo. Si hubiera dificultad en verificarla, porque el fragmento inferior viene mal á su sitio, retenido hacia atrás por la retracción del triceps ó por una adherencia perióstica, no debe dudarse un momento en llevar el antebrazo hacia atrás en hiperextensión, para completar la fractura y librar dicho fragmento, que debe seguir fácilmente el abrochamiento cubital.

### Fractura supra-condilea del húmero



Figura 2.<sup>a</sup>

Colocación sobre una manga de punto y una vaina de tarlatana encima, de una venda enyesada arrollada en espiral desde los dedos á la axila.

De esta suerte, se consigue una perfecta reducción y así cesan esas infundadas inculpaciones al hematoma é hinchazones.

En el caso actual la reducción no es completa más que cuando se puede flexionar el antebrazo sobre el brazo.

Obtenido este resultado, se cubre el antebrazo y el brazo con una especie de media de algodón ó de un estuche de tejido de punto y se aplica alrededor una vaina completa de tarlatana.

Se empieza por arrollar en torno del miembro, desde la axila hasta la extremidad de los dedos, una venda de tarlatana de diez centímetros de anchura y cinco metros de larga. Esta se hallará expolvoreada previamente de yeso seco para luego mojarla en agua fría antes de aplicarla. Se emplea poco más de la mitad de la venda en recubrir toda la longitud del miembro: después se aplica por detrás, desde el tercio superior del brazo á la base del dedo pequeño, una tablilla ó férula enyesada de veinte centímetros de ancha sobre la indicada longitud. Esta férula ó canal está formada por una pieza de tarlatana en tres dobles de espesor, que se ha mojado en un caldo blando hecho con tres vasos de yeso y uno de agua.

Aplicada en el brazo en su cara posterior, debe abrazar al codo, seguir el borde cubital del antebrazo y terminar en la eminencia hipotenar de la mano. (fig. 2.<sup>a</sup>)

Hecha su adaptación más íntima á la región, se la sostendrá por medio de una venda enyesada.

El tiempo necesario para la aplicación del aparato es de algunos minutos solamente y se procurará que aquél tenga una consistencia blanda, con el fin de mantener los fragmentos una vez hecha la reducción.

Para ejecutar esta maniobra, se coje con la mano izquierda la extremidad inferior del brazo y se tira fuertemente de ella, llevándola hacia atrás todo lo que sea posible, mientras que con la otra mano se hace la flexión del antebrazo sobre el brazo hasta que se toquen las

### Fractura supra-condílea del húmero



Figura 3.<sup>a</sup>

Posición del miembro mientras se coloca el aparato enyesado.

superficies de ambos. Este último detalle es fácil repetirlo, por cuanto ya se ha ejecutado varias veces momentos antes al colocar los fragmentos. Conviene que la vaina que envuelve el brazo no sea rígida ni sea cubierta por la tela clásica seca, por evitar el que á través de ella no se haga imposible la flexión y adaptaciones necesarias.

De este modo, se puede cojer con los dedos índice y medio de un lado y el pulgar del otro, la extremidad inferior del húmero que es suficientemente ancha, á pesar de hallarse privada de sus eminencias laterales que pertenecen al fragmento inferior, y dirigirla tirando hacia atrás, mientras se coloca el aparato enyesado (fig. 3.<sup>a</sup>)

Es preciso también hacer una flexión bien directa para reducir la dislocación del fragmento inferior sea hacia adentro ó afuera, por ser ella muy frecuente.

Puesto el vendaje enyesado, se deja despertar al niño anestesiado completamente hasta ese momento y se procede á la regularización del aparato. Se dejarán libres los dedos, pero de forma que la mano no pueda ejecutar movimientos de pronación y supinación.

En el pliegue del codo, se abrirá una ventana grande, cuyo objeto es evitar la compresión de los vasos en la posición de flexión exagerada en que hay que colocar al antebrazo, al mismo tiempo que nos servirá para completar una compresión local que obre empujando hacia atrás la extremidad de la diáfisis humeral. (fig. 4.<sup>a</sup>)

Por dicha abertura braquial, introduciremos pequeños cuadriláteros de uata hidrófila de 7 á 8 centímetros de lado (fig. 5.<sup>a</sup>), el uno tras el otro, haciéndolos resbalar sobre los bordes de aquélla por medio de unas pinzas cerradas. El primer día se colocan tres ó cuatro,

#### Fractura supra-condilea del húmero



Figura 4.<sup>a</sup>

Apertura de una ventana grande para la mejor circulación sanguínea y poder ejercer compresión sobre el fragmento inferior del húmero.

si la hinchazón lo permite, sujetándolos por medio de unas vueltas de venda en la forma que indica la (fig. 6.<sup>a</sup>)

El brazo, luego, se coloca en una charpa y se deja todo tranquilo por cinco ó seis días (fig. 7.<sup>a</sup>). Si la mano se hincha, se separan un poco los bordes de la ventana al nivel del pliegue del codo y se disminuye la compresión uatada sacando alguna de las piezas rectangulares; pero rara vez habrá necesidad de hacer esto, si se ha tenido cuidado de hacer una compresión metódica.

Esta nunca deberá tener lugar sobre la parte interna del brazo, donde pasan los vasos, sino delante y hacia afuera, sitio en que el húmero está cubierto solamente por el músculo braquial anterior y la extremidad delgada del biceps. Aplicando bien las piezas cuadradas de uata, y empezando por las más pequeñas, para luego usar las más grandes, se llega á localizar la compresión de una manera eficaz y tolerante.

### Fractura supra-condilea del húmero



Figura 5.<sup>a</sup>

Introducción de cuadrados de uata compresiva.

Al cabo de cinco ó seis días, es preciso examinar la cura. El brazo suele hallarse casi deshinchado y entonces deben añadirse tres ó cuatro cuadrados de uata para ejercer mayor compresión en el húmero.

Se deja así transcurrir ocho ó diez días y se vuelve de nuevo á inspeccionar la fractura. Ahora bien: como ya en este momento han transcurrido quince días desde el primero de la cura, la región está sin abultamiento y por tanto, el brazo y antebrazo están muy holgados dentro del apósito enyesado. Entonces se da cuenta de que si la compresión local no se ha verificado bien, el húmero resbala fácilmente de nuevo hacia adelante, dejando al fragmento inferior remontar hacia atrás.

Es bueno, en este caso, levantar el apósito y rehacerlo en la

misma sesión. Para ello no hay necesidad de dar cloroformo, pues la flexión se obtiene sin dificultad por haber desaparecido el abultamiento de la región.

Este segundo aparato se **Fractura supra-condilea del húmero**

dejará inmóvil quince días más. Pasados éstos, se dejará libre el miembro para comenzar con el masaje y la movilización. El masaje, como en toda fractura, se efectuará sobre los músculos periarticulares y principalmente el biceps y triceps, limitándose en el foco á simples pases superficiales. La movilización consistirá en practicar movimientos suaves y progresivos de flexión y extensión. El mejor procedimiento de flexión es el de la presión directa sobre el antebrazo cogido con toda la mano y colocando al niño apoyado contra una pared, que evite el que pueda recular.

Puede también añadirse la aplicación de una venda elástica apretada moderadamente, con el objeto de unir la extremidad superior del brazo con la inferior del antebrazo.

Para verificar la extensión, se hace que el niño estire su miembro con una cuerda de caotchouc atada á un muro como en el aparato de Sandow, alejándose y aproximándose á la pared alternativamente. Mas después se le hace andar llevando en la mano un peso gradualmente aumentado, y con el miembro extendido paralelamente al eje del cuerpo.

Todos estos mecanismos se ejecutarán con prudencia durante los primeros días, contentándose con pequeños adelantos; pero á medida que la lesión envejece, hay que emplear mayor energía en la movilización. Las rigideces del codo, que entorpecen los movimientos, suelen ser muy tenaces y por ello hay que trabajar largo tiempo para dar á la articulación la flexibilidad necesaria. Varios meses son muchas veces empleados en la consecución de ese resultado, como quiera que



Figura 6<sup>a</sup>

Sujeción de los cuadrados-almohadillas por medio de unas vueltas de venda.



hay que luchar con la mala disposición del niño y los elementos articulares á la vez.

La radiografía, aunque muy útil en toda fractura, no es indispensable, por cuanto teniendo el médico un poco de costumbre en apreciar de visu y con la palpación, las eminencias óseas llegan á conocer, si la reducción está bien ó mal hecha. Además, tiene á su disposición el otro miembro para poder hacer comparaciones sobre la forma y funcionamiento. Si la flexión es completa y fácil de ejecutar, no hay nada que temer.

Después de todo, al cabo de quince días desaparece la hinchazón y se comprueba con los dedos como ha quedado la fractura, modificando lo que haya de imperfecto. En una palabra, quien tenga buenas manos educadas, rara vez se equivocará.

Finalmente y á pesar de la confianza que inspire el procedimiento descrito, debemos recomendar á los prácticos el que sean prudentes en el pronóstico de una fractura de codo, aunque en apariencia sea benigna al enterarse de ella, por cuanto hay que luchar contra las rigideces terribles, el crecimiento irregular del hueso que puede al cúbito volver varus ó valgus y el tratarse de un niño con familia. Jamás se debe estar seguro sobre el funcionamiento regular futuro de la articulación.

**El forúneulo y el antrax ante el método Bier.**— La facilidad y bondad de su aplicación al tratamiento del divieso y el antrax le recomiendan eficazmente; abrevian su curación más que los demás procedimientos usados y puede encomendarse su técnica á los mismos pacientes ó personas de su familia por poco inteligentes que sean, viéndole una vez usarla al médico.

Para producir la hiperhemia, hay que servirse de ventosas de cris-

### Fractura supra-condilea del húmero



Figura 7.<sup>o</sup>

Apósito ya colocado y en falta de la charpa necesaria para descanso del miembro.

tal provistas de una pera de caoutchouc de un diámetro y altura proporcionales al sitio y dimensiones de la enfermedad, teniendo en cuenta que los bordes de la circunferencia de aquélla sobrepasen un poco los límites del mal.

La ventosa deberá ser esterilizada por ebullición, inmersión en una substancia antiséptica ó al calor de una llama de fuego.

El sitio de su aplicación se lavará con alcohol ó bencina, y luego cubierto con un cuerpo graso estéril (vaselina ó lanolina), á fin de impedir que los líquidos sépticos que afluyan á la superficie por la aspiración, no infecten las glándulas y folículos pilosos inmediatos, á la vez que sirve para asegurar la adherencia firme de la ventosa á los tegumentos.

Se deprime la bola de caoutchouc y así mantenida, se aplica la ventosa; cuando sus bordes periféricos sean adaptados bien contra la piel, se cesa en la compresión de la goma y se produce el vacío en el interior del aparato.

Esto debe hacerse con moderación, sin que el enfermo acuse sufrimiento alguno, en atención á que en las enfermedades agudas la aspiración débil facilita la curación y se la contraria con una hiperhemia fuerte ó demasiado frecuente. Para ello en la práctica debe procurarse que la bola no conserve una depresión en su superficie mayor de su tercera parte.

Toda la región comprendida bajo la ventosa, se hincha y pasa del color rojo al violáceo; se ve luego en la superficie del forúnculo resurgir, según los casos, pus, sangre ó serosidad. La ventosa estará aplicada durante cinco minutos y se la desprende durante dos minutos, para volverla á poner por otros cinco y así sucesivamente durante tres cuartos de hora, duración máxima de la aplicación en el día. Esta manipulación se repite diariamente hasta que el forúnculo cure por sí sólo ó sea necesaria una pequeña incisión de bisturí para ayudarla.

Después de haber quitado por medio de la bencina la grasa de la piel, se cubre el forúnculo con gasa esterilizada, y si se juzga necesaria una cura húmeda, ésta se hallará exenta de toda substancia antiséptica por ser completamente inútil.

Desde las primeras aplicaciones, los forúnculos y antrax se hacen menos dolorosos, se limpian y los clavos son eliminados fácilmente, dejando una herida llena de botones carnosos que no supura y se cicatriza pronto.

**La tos, por el Dr. Lemoine.**—Este síntoma, mientras no moleste por su frecuencia ó dolor y vaya acompañado de una expectoración moderada, sin que los bronquios ó pulmones se encuentren so-

brecargados de productos secretorios, en manera alguna debe empeñarse en calmarlo, como quiera que es saludable permitiendo la evacuación bronquial necesaria á la curación de la dolencia que lo motiva.

Si la tos es, por el contrario, frecuente, quintosa, impidiendo todo descanso, hay que intervenir contra ella. En caso de laringitis se hará la revulsión alrededor del cuello por medio de aplicaciones calientes ó de un envoltorio ó corbata húmeda, al mismo tiempo que en el cuarto del enfermo calentado á 20° C. se harán fumigaciones aromáticas y antisépticas. En una cacerola colocada al fuego, se hará hervir una selución como la que sigue:

Dpe. Acido tímico. . . . .	} a. a.	1 gramo.
Mentol. . . . .		
Acido fénico. . . . .		2 »
Tintura eucaliptus. . . . .		15 »
Agua aromática. . . . .		100 »

Me.

Una cucharada grande de esta fórmula se pondrá en dos litros del agua hirviente.

Se practicarán inhalaciones ó pulverizaciones antisépticas ó calmantes; se ordenarán gargarismos á base de ácido bórico salicílico, etcétera, según los casos é individuos.

Pueden utilizarse también embrocaciones por medio de un pincel con soluciones de cocaína ó láudano, prescribiendo bebidas calientes, al mismo tiempo que una poción calmante á la tintura de belladona, acónito ú opio, formulando á este efecto:

Dpe. Jarabe de diascordio . . . . .	20 gramos.
Agua de tilo . . . . .	100 »
Tintura de belladona . . . . .	30 gotas.

Me. para tomar una cucharada grande cada dos horas, ó más amenudo, según el caso.

Dpe. Cocaína en polvo . . . . .	50 centigramos
Goma arábica . . . . .	2 gramos.
Azúcar de leche . . . . .	5 »

Me. en insuflaciones.

Si se trata de la tuberculosis laríngea, se elegirán estas insuflaciones ó pulverizaciones que calman el dolor y la tos.

O también con un lanza-polvos se colocarán en la laringe la mezcla siguiente:

Dpe. Cocaína . . . . .	15 centigramos.
Borato sódido . . . . .	6 gramos.

Acido Bórico . . . . .	10 gramos.
- Glicerina neutra . . . . .	50 »
Aguada destilada y hervida. . . . .	200 »

Estas pulverizaciones é insuflaciones se harán cuatro ó cinco veces al día.

Antes de recurrir á los opiáceos que pueden causar la muerte en los tísicos débiles, será prudente emplear el jarabe de éter, de bromuro sódico, laurel, cerezo, etc. Como recurso supremo pueden ensayarse las inyecciones intra-traqueales con el aceite mentolado ó la resorcina al 1 por 100.

**¿Los rayos de Roentgen producen el cáncer?**—Desde que se emplean los rayos X en medicina como medio diagnóstico ó de tratamiento, existen casos de aparición de epitelomas en médicos radioterapeutas, físicos y enfermos sometidos á ellos.

Algunas de las observaciones han sido publicadas y particularmente para demostrar sus efectos dañosos en el lupus. Se los ha inculpadó de ser agentes transformadores de las ulceraciones lúpicas en epiteliomatosas.

En la literatura médica se encuentran gran número de casos demostrativos de que el epiteloma se ha desarrollado sobre un lupus, antes del uso de los rayos X. Así como también en las cicatrices consecutivas á quemaduras y heridas causadas por cáusticos.

Y esto no tiene nada de particular, por cuanto sabemos que todas las irritaciones crónicas del tegumento concluyen por trastornar la nutrición, favoreciendo en los predispuestos, el desarrollo del epiteloma. La dermatitis especial provocada por los rayos X no puede ser una excepción á las de otro origen y esto es todo lo que puede decirse.

Pero de eso á sacar la consecuencia de no emplearlos en la terapéutica cutánea, hay una gran diferencia. La prueba es que el Doctor Béclere en su informe dirigido á la Asociación francesa de Cirugía, abogando por su aplicación á esos casos por ellos originados, cita el de un ingeniero tratado por la radioterapia en un epiteloma que sufrió á consecuencia de una radiodermatitis profesional y curó sin ulteriores consecuencias.

Se conoce pues que los rayos X son una arma de dos filos, según el grado de irritación dérmica que produzcan y la forma con otras condiciones de aplicación empleadas.

DR. IGNUUS

## De qué manera se debe enseñar y se debe aprender la Obstetricia

por el Dr. Carmelo Gil é Ibarguengoitia

Publicado en la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas.

(Conclusión.)

Lecciones

36. { Aborto de tres meses.  
 Aborto.—Extracción de la placenta retenida.  
 Quiste dermoide.—Demostración de un preparado.  
 Quiste tuboovárico.—Laparotomía.
37. Prolapso del útero.—Presentación de tres casos, de los cuales opera uno, y demostración de preparados.
38. { Embarazo de seis meses.—Tuberculosis pulmonar.—Operación cesárea vaginal.  
 Aplicación alta de forceps.—Episiotomía.—Indicación *pro-cursus*.
39. { Expulsión completa de un huevo.  
 Epilepsia en embarazada.  
 Placenta previa, seis meses.—Operación cesárea vaginal.  
 Pelvis generalmente estrechada.  
 Extirpación de un mioma.
40. Extirpación de un mioma por vagina
41. { Vientre flácido en una embarazada múltipara.  
 Presentación de una pubiotomizada.  
 Mujer en trabajo de parto; timpania uterina, tétano uterino, punción exploradora y diagnóstico de mioma calcificado, imposibilitando el parto.—Enucleación por vagina del mioma, intrapartum, intento de extracción del mismo con el forceps y el cefalotribo, imposibilidad de ello y extracción, por último, seccionándolo en trozos, extracción del feto y manual de la placenta.
42. { Infantilismo.  
 Acranius.—Versión, habiendo creído se trataba de una presentación de nalgas, por haber confundido la cabeza monstruo con una nalga, suponiendo se trataba de un feto normal.

## Lecciones

43. } Embarazo tubario derecho.—Laparotomía. Esta enferma  
fué operada de un embarazo tubario izquierdo, hacía  
siete meses.  
Anexitis consecutiva á un aborto.
44. } Intento de versión fuera de la clínica.—Presentación de  
frente.—Transformarla en presentación de vértice, y  
forceps.
45. } Tumor ovárico carcinomatoso.—Operación.  
Aborto con fiebre de dos y medio meses.—Intervención.
46. } Riñón grávido, prolapso del cordón, niño muerto hace doce  
horas, pelvis generalmente estrechada.—Perforación.  
Mioma.—Histerectomía vaginal.
47. } Niño gigante.  
Embolia pulmonar.
48. } Eclampsia.—Psicosis tóxica aguda.
49. } Bartolinitis.—Operación.—Incisión.  
Quiste ovárico con fiebre.
50. } Eclampsia puerperal.  
Múltipara, asinclitismo anterior, prolongación anormal del  
parto  
Aplicación del forceps, indicación *pro-cursus*.—Grandes difi-  
cultades; dejar que termine espontáneamente.
51. } Pubiotomía sin extracción del feto.  
Punción exploradora al través del fondo de saco posterior,  
para hacer diagnóstico diferencial entre útero grávido en  
retroversión, tercer mes, y embarazo extrauterino.
52. } Bartolinitis.—Extirpación de la glándula.  
Carcinoma útero.
53. } Condro-distrofia fetal.  
Eclampsia.—Parto gemelar.  
Eclampsia.—Dilitación con Bossi.—Terminar con Champe-  
tier *pro-cursus*.—Extracción.  
Prolapso con hipertrofia de útero.
54. } Hiperemis gravidarum, tercer mes.—Provocación del aborto.  
Absceso retro-uterino.—Operación.

## Lecciones

55. { Blenorragia uretral y uterina.—Artritis blenorragica rodilla izquierda.  
 { Demostración de una preparación de glándula de Bartolino extirpada.—Aborto.—Intervención.
56. { *Missed labour*.  
 { Molusco contagioso.
57. { *Missed labour*.—Preparación.  
 { Demostrar en un caso la manera de extraer una placenta retenida.  
 { Cifo-escoliosis.

Lo que más sorprende en el cuadro anterior es la abundancia de material clínico, sobre todo tocológico. Un servicio de policlínica bien organizado y adjunto á la clínica será el que proporcione este hermoso material para la demostración. Y si á esto se añade un espíritu algo amplio en el que enseña, capaz de establecer las indicaciones *pro-cursus*, prescindiendo de humanitarismos falsos y mal interpretados, ese seguro, sobre todo en los grandes núcleos de población, que se dispondrá de medios suficientes para que el alumno vea y haga más de lo que hoy, por desgracia, hace y ve.

El complemento de la enseñanza está en las guardias que se establecen en las clínicas, en la asistencia á los partos en la policlínica y en los ejercicios prácticos de exploración de embarazadas.

Las reglas siguientes son aquellas á las cuales debe sujetarse el alumno matriculado como practicante en la clínica del profesor Bumm:

1.<sup>a</sup> Los alumnos matriculados tienen derecho á asistir á las elecciones clínicas y tomar parte en los siguientes ejercicios prácticos:

a) Lecciones clínicas: lunes y viernes, de doce á una.

b) Ejercicios de exploración de embarazadas: martes y jueves, de cinco á seis.

c) Guardias en las salas de partos.

d) Asistencia á los partos en la policlínica.

2.<sup>a</sup> Los alumnos matriculados como *practicantes* deben colocar una P detrás de su nombre en el libro de inscripción, y los matriculados como *oyentes* (auskuntanten) una A. A los oyentes no les es obligatoria la guardia en la sala de partos.

3.<sup>a</sup> Al alumno practicante le es obligatoria la asistencia á las elec-

ciones clínicas y el tomar parte en los ejercicios prácticos. Para poder presentarse á sufrir exámen, le es necesario á todo el alumno haber asistido como mínimum 4 partos.

4.<sup>a</sup> Todo alumno, practicante ú oyente, que haya estado en contacto con productos sépticos-infecciosos (pus, flemones, absesos, forúnculo, erisipela, difteria, fiebre puerperal, cadáveres, etc.) deberá abstenerse durante cuarenta y ocho horas de practicar exploraciones.

5.<sup>a</sup> Para hacer guardia en la sala de partos serán llamados diariamente 5 alumnos. El servicio comienza á las ocho de la mañana y dura hasta las ocho de la noche; durante ese tiempo podrán observar y explorar las parturientes que se hallan en la sala; de ordinario, 3 á 5.

6.<sup>a</sup> Los nombres de los alumnos que en determinado día harán guardia aparecerán escritos en un cuadro colocado á la entrada del auditorio unos días antes.

7.<sup>a</sup> El alumno que por una razón cualquiera no pueda prestar servicio el día fijado, deberá enviar una nota escrita al asistente que se encuentre de servicio. Alumno que no lo haga, perderá el derecho de prestar guardia, hasta que en nuevo turno le corresponda.

8.<sup>a</sup> Los que presten servicio no podrán abandonar la guardia antes de las ocho de la noche sin permiso especial del profesor clínico.

9.<sup>a</sup> Deben seguirse con todo detalle las instrucciones escritas para la desinfección, tanto en la sala de partos como en el auditorio de la clínica. Exploraciones no se llevarán á cabo, sin antes ponerlo en conocimiento del profesor que se encuentre de servicio. Intervenciones manuales ó instrumentales sólo podrán practicarse cuando sean ordenadas por el profesor clínico.

10. El que siga la observación y marcha de un parto deberá llevar una hoja (historia clínica) con todo lo observado, y tenerla preparada por si es necesario la presentación del caso en la lección clínica.

11. Sólo podrán prestar servicio en la policlínica los alumnos que hayan estado durante un semestre matriculados en una clínica como practicantes, y hayan dado un curso de operaciones tocológicas en manaquí.

Los que puedan y deseen tomar parte en la asistencia á la policlínica, anotarán su nombre en una lista colocada á la entrada del auditorio, y quedan obligados á asistir á las discusiones de los casos observados en la policlínica, que tienen lugar los sábados, de once á doce.

12. Para prestar servicio en la policlínica de partos, procurará



tener el alumno una lista donde consten las instrucciones que deben seguirse en esta asistencia.

Esta lista la facilita el profesor clínico encargado de la policlínica.

13. Para los ejercicios de exploración de embarazadas se dividirá la clase en dos grupos. Los ejercicios se practican, de cinco á seis, los martes y jueves. Queda á voluntad del alumno el elegir uno ú otro de los días.

*Ejercicios de seminario.*—Este procedimiento de enseñanza (llamado por Leopold *Seminaristische Ubungen*) lo considero de extraordinario valor didáctico, no sólo porque coloca el alumno en condiciones especiales para pensar, sino también porque generaliza el trabajo á toda la clase, interesando por completo la atención de los alumnos.

La mejor forma de poner en práctica este ejercicio es, á mi juicio, la seguida por Leopold en su clínica de Dresden.

Para ello se vale de historias clínicas de casos observados en la misma Maternidad ó recogidos en la policlínica, y que coleccionados forman un hermoso material de enseñanza.

Después de dar lectura á lo más interesante de la historia clínica, formula una serie de preguntas, á las que cada alumno deberá contestar por escrito en el espacio de tiempo de veinte á treinta minutos.

Las respuestas son leídas, lo mismo que la solución que á ellas habrá dado el profesor encargado de resolver la distocia, siendo esto materia para discurrir y dar una lección clínica sobre el asunto.

Pondré un ejemplo:

El 22 de Octubre de 1892, á las tres de la tarde, llaman á la policlínica para prestar auxilio á una primeriza de veinticinco años, cuya última regla la tuvo el 7 de Febrero de 1892.

La medición pélvica da 18, 20, 28  $\frac{1}{2}$ , 18  $\frac{1}{4}$ .

El sacro no es bien palpable, por estar la cabeza encajada. Raquitis. Arco supúbico estrecho. Ramas horizontales del pubis acodadas hacia dentro. Presentación primera de vértice. Feto pequeño. Huesos del cráneo duros. Cabeza encajada é inmóvil en medio de la excavación. Contracciones uterinas enérgicas desde hoy, á las siete de la mañana. Bolsa de las aguas rota desde las diez de la mañana. Tamaño de la dilatación del cuello, dos pesetas.

La partera solicita auxilio por estrechez pélvica.

Al llegar á la casa de la parturiente, los dolores son frecuentes y

de mediana intensidad; la temperatura, 37,2; el número de pulsaciones, 108. El corazón funciona bien.

Preguntas:

- 1.<sup>a</sup> ¿De qué clase de pélvis se trata?
- 2.<sup>a</sup> Dada la forma y dimensiones, ¿en qué grupo la incluiremos?
- 3.<sup>a</sup> ¿Cómo puede comprometer la vida de la madre la marcha natural de este parto (desgarros, etc.)?
- 4.<sup>a</sup> ¿Cuál ha de ser la conducta nuestra en este caso? ¿Esperar, y por qué? ¿Operar? ¿Indicaciones? ¿Contraindicaciones?
- 5.<sup>a</sup> Si se presenta un peligro para la madre y la necesidad de intervenir, ¿qué procedimiento será el mejor y cuál presenta al mismo tiempo más probabilidades de poder conseguir un feto vivo? ¿Peligros? ¿Manera de evitarlos?

*Maniqués.*—Uno de los medios auxiliares de más importancia para el estudio y práctica de las maniobras tocológicas son los llamados maniqués obstétricos. Como dice Bumm en su obra (*Grundris zum Studium der Geburtshülfe*), «es imposible aprender en los libros la técnica operatoria». Ni aun la descripción más detallada puede sustituir al ejercicio práctico ó á la vista de las operaciones. Las operaciones quirúrgicas pueden ser practicadas en el cadáver. Para las operaciones tocológicas no es utilizable este medio, puesto que los órganos genitales, no dilatados ni modificados del cadáver, no permiten el paso del cuerpo de un feto. Por este motivo se utilizan los maniqués que representan el canal genital de una parturiente.

La historia de ellas es bastante antigua. El médico Van Horn fué el primero que utilizó este medio auxiliar en la escuela de parteras en que era profesor allá por el año 1697, valiéndose del esqueleto de una pelvis de mujer y de un muñeco de cuero.

Ya en el siglo XVIII el inglés Smellie, discípulo de Grégoire, se valía de un maniquí construido con paja (basket-Work), forrado de lienzo, y Henkel, de Berlín, de un útero de vidrio, en donde demostraba la técnica valiéndose del cadáver de un feto.

En 1770 presentó en la Academia de París la partera Bieron un aparato con el nombre de «Fantome» y que representaba de un modo perfecto todos los órganos de la cavidad pelviana.

Después que al final del siglo XVIII y comienzos del XIX A.E. v. Siebold utilizaba para la demostración de la técnica cadáveres de mujeres, y Starke (1788) y Osiander, maniqués formados por un útero

de cuero con muñeco, placenta y cordón de la misma substancia, intentó Froriep (1804) construirlos de papel, con objeto de facilitar su adquisición y generalizar su empleo.

Igualmente son interesantes los ideados por Ozenne y por Ed. Martín, y de entre los nuevos, uno de los más completos es el modelo construido por Mathieu é ideado por Budin y Pinard, *nouveau mannequin obstétrical*, en el cual se puede ensayar lo mismo la versión por maniobras externas que las demás operaciones tocológicas internas, ya en pelvis normal ya en pelvis estrechada, y lo mismo en posición supina que en decúbito lateral.

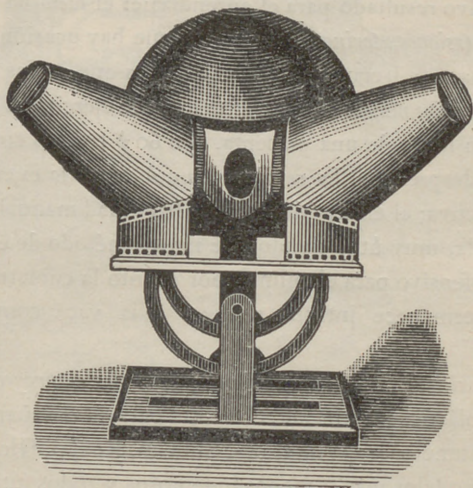


Figura 1.<sup>a</sup>

El empleado casi exclusivamente en Alemania, y en el que en mis tiempos ensayé la técnica operatoria tocológica, es el ideado por B. S. Schulze (fig. 1.<sup>a</sup>). Este modelo modificó Winkel, añadiéndole un útero y vagina de goma.

El maniquí de Schulze me parece el más práctico, tanto porque su coste no es muy elevado (125 M K.), cuanto porque en él pueden demostrarse y ensayarse las operaciones tocológicas más importantes y utilizarse en caso necesario para cursos de operaciones ginecológicas.

Fetos conservados en alcohol y glicerina reúnen las condiciones necesarias y sustituyen ventajosamente á los contruidos con sustancias artificiales (son más económicos y sirven para ensayar embriotomías y perforaciones).

Sólo mencionaré que nada como curiosidad, los maniqués de cartón (el de Kleinwacter es un ejemplo), algunos de ellos acompañando á manuales, en que se describen las presentaciones, posiciones, etc., como el del japonés Schivota.

Últimamente Sellheim, de Düsseldorf, presentó una comunicación en el XII Congreso de ginecólogos alemanes celebrado en Dresden en Mayo de este año.—«Die Einübung der Nachgeburtsoperationen»,—en la cual recomienda como muy útiles las manipulaciones que pueden ensayarse en animales. La vaca presenta como el animal más á propósito, y dice que pueden ejercitarse en ella una porción de intervenciones con positivo resultado para el aprendizaje: el *tacto* la *protección del periné*, las *inversiones uterinas post-partum*, que hay ocasión de observarlas con mucha más frecuencia en los establos que en las salas de partos. La *desinserción manual de la placenta* puede ejercitarse con positivos resultados; en lugar de una placenta, son 60 ó 100 los cotiledones que es necesario desprender. La *revisión de un útero vacío* es extraordinariamente instructiva; el ensayo de adquirir habilidad manual con una mano enguantada, muy útil, siendo este nuevo método de enseñanza por completo inofensivo para el animal, por cuanto la cubierta epitelial del útero, que permanece intacta, protege á la vaca contra las infecciones. (1)

*Medios auxiliares plásticos.*—*Dibujos, aparatos de proyecciones, etc.*—Los medios plásticos empleados hoy día para la enseñanza de la obstetricia son numerosos: Winternitz, Sellheim, Knapp, Glockner y otros han ideado modelos más ó menos ingeniosos y todos útiles. (2)

Los atlas con hermosos grabados son de mucha utilidad para la enseñanza, y las demostraciones con aparatos de proyección (cinematógrafos, aparatos de proyección simples, epidiascopios) de extraordinario valor pedagógico.

De entre estos últimos hago recomendación especial del aparato construido por la casa Zeiss, de Jena, y que no falta en ninguno de los modernos auditorios alemanes. Este aparato (fig. 2.<sup>a</sup>), de construcción complicada, pero de fácil manejo, es utilizable para proyectar no sólo

(1) Mi amigo el distinguido veterinario Sr. Guerra, me ha proporcionado la ocasión de ensayar en una vaca las manipulaciones aconsejadas por Sellheim. Creo, como este autor, que puede ser muy útil para la enseñanza el empleo de este animal como maniquí vivo.

(2) La firma *Medicinisches Wadrenhaus*, Berlín, Friedrichstz, 108, I, suministra Catálogos y puede proporcionar toda clase de modelos.

diapositivas fotográficas ó preparaciones microscópicas, como los corrientes aparatos de proyección, sino que proyecta igualmente láminas de un libro, grabados de un atlas, preparados anatómicos de toda especie. Con la misma limpieza demuestra los infartos blancos de una placenta albuminúrica ó la estructura macroscópica de un fibroma

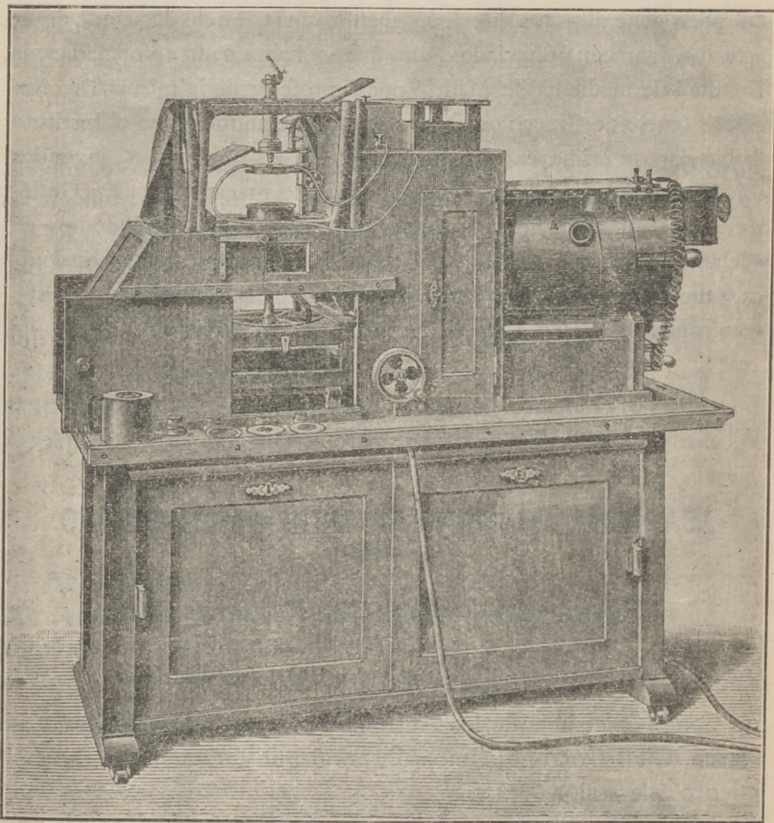


Figura 2.<sup>a</sup>

uterino que deja ver los detalles más pequeños de la estructura histológica de un quistoma ó las células gigantes de un proceso tuberculoso anexial.

Con lo dicho creo haber dado una ligera idea de los procedimientos que para la enseñanza de la obstetricia emplean en el extranjero, algunos de los cuales son utilizados ya en nuestras Universidades.

No hago mención de los que se siguen para la enseñanza de médicos ya formados y que acuden á las clínicas para especializarse, entre otras razones porque, aunque algo distintos, son en lo esencial muy parecidos.

Respecto á estos cursos para médicos prácticos, que hasta ahora no existían en España (1), ó si existían eran tan poco conocidos y estaban tan poco generalizados que ignoraban los más, he de decir que desde este año aparecen anunciados, uno que ya habrá dado comienzo en la Facultad de medicina de Madrid por el profesor de la misma Dr. Recasens (curso de Ginecología), y otros que se anuncian en el Instituto Rubio para la primavera próxima, merced á las potentes y juveniles iniciativas del hoy insigne director y querido maestro Dr. E. Gutiérrez. A él, que debe tanto la ginecología española, deberá de hoy en adelante la Patria y la Ciencia el elevar la cultura médica ginecológica y tocológica del número de médicos prácticos, que espero y deseo sean muchos, acudan á recibir las lecciones del maestro.

---

## ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

---

*Sesión celebrada el día 14 de Febrero de 1908*

Preside el Sr. Bolivar

Con la asistencia de los Académicos Sres. Entrecanales, Carrasco, Gil y Gorroño, Unibaso, Saralegui y Otaola, se dió comienzo á la sesión.

### CASOS PRÁCTICOS

**Sr. Entrecanales.**—Presentó un enfermo de «Polineuritis» cuya historia es como sigue:

Individuo de 33 años de edad, sin antecedentes y con buena

---

(1) Hace años que el Dr. Gutiérrez, primero en el Hospital de la Princesa y después en el Instituto Rubio, á petición de varios compañeros, dió dos cursos prácticos de operaciones obstétricas, valiéndose de un maniqui Mathieu-Budin, de su propiedad, y de fetos naturales conservados, que le proporcionó el entonces Director de la Maternidad de Madrid,

salud habitual. Contrajo la sífilis hace unos 10 años, y según él, fué tratado convenientemente.

Hace unos dos años fué notando cierta impotencia funcional en la mano izquierda, impotencia que ha ido acentuándose cada vez más, y observándose al mismo tiempo que las regiones tenar á hipotenar de la misma disminuían de volumen, no pudiéndose oponer el pulgar á los demás dedos, sustituyéndose el relieve normal de la mano por un aplanamiento y dando á la misma el aspecto de la *mano de mono*.

La atrofia ha ido alcanzando paulatinamente al antebrazo, hallándose interesado el flexor superficial, al pié del mismo lado, cuya punta no puede levantar al andar y la impotencia funcional ha llegado hasta la mano derecha, que ahora comienza á hallarse interesada.

Pasa revista á todas las atrofas musculares de tipo Aran-Duchenne y viene á expresar su convencimiento de que quizá se trate de una «Polineuritis» cuya causa sea la sífilis, por más que el tratamiento de esta afección, empleado hasta ahora, no ha respondido á las esperanzas que fundadamente se tenían en él.

### RESECCIÓN INTER-ESCÁPULO-TORÁCICA

**Sr. Carrasco.**—Muy conforme con lo expuesto por el Señor Areilza en la sesión anterior, dice que la operación y sus resultados, difieren si se practica por traumatismo, ó no. La mortalidad en la resección por causa traumática es mayor que la realizada sin traumatismo anterior, y si en aquellos casos existe una mortalidad elevada, no se debe á la operación en sí, sino al traumatismo.

No ha tenido ocasión él de practicar una operación de esta índole por traumatismo, pues aunque ha visto traumatismos enormes, jamás se ha visto en el caso de extirpar la escápula.

Reconoce, no obstante, que esto puede suceder, pero en los casos que él ha intervenido, se ha visto forzosamente obligado á regularizar el traumatismo y afirma que la piel de la región escapular, crece tanto y tan rápidamente, que la cicatrización se efectúa con notable facilidad.

La cuestión de la ligadura previa de los vasos subclavios, es

de suma importancia. Berger lo cree así también y en un caso hubo de practicar la desarticulación de la clavícula por su mitad, pues le permitía alcanzar los vasos, tan grande era el tumor.

Pero este procedimiento, bueno en aquella ocasión, quiso Berger erigirlo en sistema, y cree el Sr. Carrasco que no es procedimiento que se deba recomendar.

El Sr. Carrasco, en el caso suyo, practicó también la resección de la clavícula por su tercio medio y no siéndole fácil alcanzar los vasos de la región, incindió la axila por delante, cortando los dos pectorales, echando el brazo atrás y dejando completamente al descubierto la región, pudiéndose ligar los vasos sin inconveniente alguno.

Además desarticulada la clavícula por su extremidad interna y ligados los vasos, puede ocurrir que la lesión patológica sea distinta á la diagnosticada al principio, y ya no queda más recurso que practicar la resección en totalidad, mientras que, con el procedimiento recomendado por el Sr. Carrasco, seccionada la axila, reconocida la lesión y no habiendo necesidad de recurrir á la resección, puede rehacerse la axila sin otro inconveniente.

Por último: no acepta el procedimiento de Berger, y le parece que no debe comenzarse por la ligadura previa de la subclavia, sino por la abertura de la axila que le permite reconocer la lesión y si hay necesidad, practicar la ligadura.

#### UTILIDAD É IMPORTANCIA HIGIÉNICA DE LAS COLONIAS ESCOLARES

**Sr. Otaola.**—Los buenos resultados y el desarrollo cada año más considerable, tomado por las obras de beneficencia que tienen por objeto el envío á la aldea ó á las playas durante algunas semanas de vacaciones, á los niños pobres de las poblaciones, han hecho de estas colonias escolares uno de los rodages más preciosos de la higiene social y una arma para la lucha contra la tuberculosis, enfermedad social, más todavía que individual.

El papel del médico en la obra de las colonias tiene una importancia capital y su colaboración constante se impone si se



quiere sacar el máximun de efecto útil á los esfuerzos emprendidos.

El consejo médico determinará á los administradores de la Junta, la elección de los niños inscritos para las colonias de verano, les guiará para señalarles la residencia que mejor les convenga y hasta el alojamiento; en una palabra, será el principal elemento de selección y repartición de los niños que deben ser enviados al campo.

El médico deberá eliminar, sin que nadie se oponga á su decisión, los niños manifiestamente *tuberculosos*, porque las colonias de verano son un medio de preservación y no de tratamiento; los *cardíacos* que volverían más enfermos que á la ida; niños atacados de *afecciones contagiosas* diversas, *afecciones parasitarias de la piel y del cuero cabelludo*, *incontinencia de orina*; niños *epilépticos y degenerados de todas categorías*; por que sería una causa permanente de disgustos, á veces muy graves; siendo tales sujetos inaptos para la vida en común, la sociedad tiene el deber de preservar los sujetos normales de su contacto.

El médico tendrá todavía el cuidado de fijar la duración del tiempo que deban estar en el campo, de apreciar la influencia de las colonias de verano, sobre el desarrollo del organismo, sobre la salud de los niños y de agrupar todos los elementos que se pueden utilizar en vista de los trabajos de conjunto, médicos, estadísticos, científicos.

Ha sido objeto de preocupaciones en una gran mayoría de estas obras de beneficencia que desean estar á la altura de la misión que se han impuesto, la redacción de la *ficha médica* que coordina y resume los diversos resultados de la intervención del médico.

He tenido ocasión de examinar varios modelos de fichas médicas, para las colonias de verano, presentadas por los Doctores Bamard, Calvet, Mayet, siendo á mi parecer la más simple y práctica la presentada por el Dr. Mayet y adoptada en varias poblaciones importantes.

Voy á detenerme, mejor dicho, á citar un punto interesante de la ficha médica presentada por el Dr. Mayet; me refiero al *coeficiente de robustez*, noción nueva, susceptible de tener una

real importancia, á propósito de la elección de los niños que se deben enviar á las colonias de verano.

No trato de hacer un estudio del coeficiente de robustez, de su valor intrínseco ó relativo, de su utilización probable, de las condiciones de variabilidad de sus diferentes elementos, etc., sino simplemente de su determinación media y de su significación en los niños de siete á trece años, es decir, de aquellos que son susceptibles de ser enviados á estas colonias.

Tengo la convicción—dice el Dr. Mayet—que el coeficiente de robustez, noción artificial, ilógica casi, pues este método ha sido objeto de discusiones y críticas, puede prestar grandes servicios en la elección de los niños que pueden aprovechar mejor para su salud la estancia en el campo.

El examen médico elimina los niños cuya marcha es imposible, pero el número de aquellos que medicalmente pueden ir, suele ser generalmente mucho mayor de lo que permiten los recursos de la obra.

Se debe escoger y escoger según este principio:

*El aire libre á los que no estén enfermos, pero á los más desdichados y á los más débiles entre los más miserables, los que viven hacinados en las poblaciones y en habitaciones exiguas y con demasiadas personas.*

El coeficiente de robustez es un elemento susceptible de corregir lo que pueda haber de arbitrario en esta elección.

Los elementos de que se compone son:

Peso: Pesados en una báscula precisa y suficientemente sensible, en las mismas condiciones de ropa y en un momento dado, la mañana por ejemplo.

Talla. Medidos en la talla sin botas, mirada horizontal, talones juntos, los brazos caídos naturalmente á lo largo del cuerpo.

Circunferencia torácica: medida al nivel de los pezones, por delante y por detrás, debajo de los homóplatos con un centímetro inestensible.

El interés que se debe tener por conocer la amplitud torácica por una parte y la dificultad de obtener la dimensión del perímetro torácico medio, en los niños, por una sola medida, han hecho adoptar el medio de tomar dos medidas, una en ins-

piración forzada y otra en espiración forzada, dejando los brazos caídos sin flexión á lo largo del cuerpo.

La fórmula del coeficiente de robustez se expresa así.

$$\text{Talla} - \left( \text{Peso} + \frac{\text{C. T. insp.} + \text{C. T. exp.}}{2} \right) = \text{C. R.}$$

La cifra obtenida por la sustracción de la suma de kilogramos de peso y de centímetros que nos da el perímetro torácico, del número de centímetros que indica la talla, nos da el valor numérico del coeficiente de robustez.

Para los niños de siete á doce años, la gran mayoría de los coeficientes de robustez se encuentra entre los números 36 y 41; para los niños de doce á trece años este límite se extiende hasta el número 44.

Para las niñas el conjunto del valor numérico del coeficiente de robustez es más elevado; se inscribe entre 40 y 46.

*El coeficiente de robustez medio de los niños de siete á trece años es de 40-41 con un margen de tres ó cuatro unidades de más ó de menos.*

Más abajo de estos límites indica una constitución fuerte (35, 32, 30, 28), más arriba constitución débil (45, 48, 50) y mala (más de 50).

Sin duda alguna hay muchas excepciones, pero se encuentra fácilmente la explicación de la excepción por el examen del niño. De una manera casi constante el examen médico confirma la indicación del coeficiente de robustez, no calculado por otra parte en el momento de la visita médica y por consiguiente no influye en nada para el médico examinador.

De lo dicho se desprenden las dos conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> En los niños de siete á trece años el coeficiente de robustez medio es de (40 á 41) para las niñas un poco más elevado (40 á 46).

Fuera de este promedio, constitución tanto más débil, cuanto más elevada sea la cifra obtenida.

Constitución mejor cuanto la cifra obtenida sea más baja.

2.<sup>a</sup> El coeficiente de robustez puede dar grandes servicios á los administradores y médicos de las colonias de verano en la elección que se debe hacer de los niños que necesitan ir al aire libre.

# FICHA MÈDICA DEL DOCTOR LUCIEN MAYET

1905

PARA LAS COLONIAS ESCOLARES

## EXAMEN MÈDICO

Se recomienda á los Sres médicos encargados de la visita mèdica de no recibir *verbalmente* ninguna apreciación sobre el estado de los niños sometidos á su examen ni sobre sus achaques ó enfermedades que puedan presentar.

SEÑAS ANTROPOMÈTRICAS	Ida	Vuelta	Diferencia	DOLENCIAS Ó ENFERMEDADES
Edad.....				
Peso. . . . .				
Talla . . . . .				
Circunferencia torácica (medida al nivel de los pezones)				Indicar claramente y en la medida de lo posible, los vicios de conformación, el estado patológico de los ojos, orejas, nariz, faringe, dientes, la existencia de ganglios, de vegetaciones adenóideas, etcétera. Los niños manifiestamente tuberculosos, epilépticos, cardíacos, etc., aquellos que sufren de incontinencia nocturna de orina ó de afectos contagiosos diversos, deben ser <i>excluidos</i> de las colonias escolares. A estos niños se les indica atribuyéndoles el coeficiente 0.
En expiración forzada. . . . . En inspiración forzada. . . . .				
Coeficiente de robustez . . . . .				
Talla—(Peso ÷ perimetro torácico) $\text{Perimetro} = \frac{\text{insp.} + \text{exp.}}{2}$				
<i>Cuidados especiales:</i> (Dónde vive, habitación, padres, alimentación, etcétera )				
Anotaciones diversas y notas hechas.				
En resumen, bajo el punto de vista mèdico, el envío á las colonias escolares es: Muy útil, 3.—Útil, 2.—Poco ó nada útil, 1.—Imposible, 0. (Tachar con un lápiz de color la cifra que se le atribuye) <b>El Médico,</b>				
Ficha mèdica del Dr. Lucien Mayet, 1905.				

**Sr. Unibaso.**—En la lucha contra la tuberculosis, se presta mucha atención á la higiene escolar, y es por esta razón, aparte de otras varias, por la que se ha instituído lo que se donominan «Colonias Escolares».

Hace una historia de la distribución de las mismas.

---

*Sesión celebrada el día 21 de Febrero de 1908*

Preside el Sr. Saralegui

---

Asisten los Académicos Sres. Entrecanales, Gil y Gorroño, Unibaso, Somonte, Castiella y Otaola.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Habla acerca del caso de «Polineuritis» presentado en la sesión anterior por el Sr. Entrecanales.

A su juicio, la etiología del caso expuesto cree que es la sífilis, á pesar de que en concepto del Sr. Entrecanales no existía manifestación sifilítica ostensible en la actualidad.

Con este motivo cita tres casos vistos por él, en que, sin existir sintomatología de infección sifilítica, en el fondo la afección era de esta naturaleza.

Uno de ellos, que sufrió hacía tiempo una afección venérea, casado no logró tener familia, pues su esposa abortaba con suma facilidad. Sometida ésta á un tratamiento mercurial dió á luz un niño vivo, con estigmas sifilíticos.

Su esposo no presentaba señal alguna de padecer sífilis, pero falleció de un guma cerebral, algún tiempo después.

Otro, se refiere á un sujeto que vino de América, donde había adquirido toda suerte de males venéreos Sin manifestación ostensible alguna, en la península fué presentando trastornos paralíticos y atróficos, idénticos á los del enfermo que presentó el Sr. Entrecanales, y el médico que lo vió, supuso se trataba de un caso de siringomielia; pero transportado el enfermo á París, un especialista creyó que la afección era de naturaleza sifilítica, sometiéndole á un tratamiento mercurial, con tan felices resultados que hoy se halla el enfermo curado por completo.

Y por fin, el tercero es el de un individuo que de Madrid vino á Bilbao con toda suerte de parálisis y atrofas y á pesar de no existir manifestaciones sifilíticas, fué aquí tratado como si hubiera padecido aquella infección, logrando alcanzar gran mejoría.

Expresa por último su convencimiento de la posibilidad de que sometido el enfermo de que se trata, á un tratamiento mercurial en una forma ó en otra, puesto que las inyecciones de aceite gris le son sumamente dolorosas, pueda lograr algún beneficio.

**Sr. Entrecanales.**—Agradece al Sr. Gil y Gorroño su intervención en este asunto, y puesto en el terreno de la discusión expresa sus dudas de que la afección sea de naturaleza sifilítica.

Las inyecciones de aceite gris que se han empleado en este individuo han producido enormes dolores, quizás por irritación nerviosa, en un sujeto cuyos nervios se hallan padeciendo, pero eso no obsta para que otro tratamiento mercurial cualquiera pueda sustituirse.

**Sr. Somonte.**—Deplora no haber visto al enfermo en la sesión anterior, y cree que un examen pupilar dilucidaría mucho el diagnóstico.

No encuentra nada de particular que el enfermo no tenga manifestación sifilítica alguna, pues las lesiones nerviosas cerebrales ó medulares, suelen ser tardías y en enfermos cuyos estigmas sifilíticos primitivos eran muy leves.

A él le ha dado poco resultado el tratamiento específico, en las afecciones sifilíticas nerviosas, bien diagnosticadas y bien establecidas.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Puesto que el examen pupilar aclararía el diagnóstico, suplica á los Sres. Académicos oculistas, examinen los ojos de este enfermo.

**Sr. Entrecanales.**—El enfermo acomoda perfectamente su vista á la luz.

Cree que es también muy importante la reacción de degeneración que la daba este enfermo al comienzo y que ahora no la da.

No duda pueda hallarse alterada la médula, pues cuando un nervio padece, padece también la célula ganglionar medular y

en la atrofia Aran-Duchenne, padece así mismo la neurona centrípeta, pudiendo enfermar de un modo funcional ó de un modo orgánico.

**Sr. Somonte.**—No obstante esto, entiende que, aun enfermando orgánicamente el ganglio central, por su parte el nervio enferma solo en su magma conjuntiva.

Utilidad é importancia higiénica de las colonias escolares de verano.

**Sr. Unibaso.**—Los locales destinados á escuelas reúnen por lo general tan malas condiciones higiénicas, que los niños que á ellas acuden adquieren con facilidad la escrófula y el linfatismo y se hacen por consiguiente candidatos á la tuberculosis.

Con objeto de evitar esto en lo posible y á fin de que los niños puedan respirar el aire puro del campo y reciban el estímulo enérgico de la luz solar, robusteciendo sus débiles cuerpos; el pastor Bián fué quien primero instituyó las Colonias escolares, adquiriendo esta institución en la actualidad, en el extranjero, una gran importancia.

En España existen así mismo instituciones análogas, en Madrid, Barcelona, Zaragoza, Valencia y Bilbao.

Tienden en la actualidad al objeto de robustecer al niño diversas leyes, tales como las de protección á las embarazadas, á los niños, la ley de reglamentación del trabajo de los niños, los sanatorios marítimos, las curas de altitud, etc., etc.

Para él es indiscutible la utilidad de las «Colonias escolares». A primera vista se nota la diferencia que existe entre los niños que acuden á las Colonias de los que no van, y aparte de estas diferencias ostensibles á primera vista, se observan una porción de detalles concernientes al peso, á la estatura y al desarrollo del perímetro torácico.

Se extiende en consideraciones sobre estos detalles, y afirma que las Colonias escolares acarrearán beneficios de índole físico, instructivo y moral.

*Sesión celebrada el día 28 de Febrero de 1908*

Con la asistencia de los Académicos Sres. Gil y Gorroño, Areilza, Unibaso, Somonte y Otaola se dió comienzo á la sesión.

Aprobada el acta de la sesión anterior, el Sr. Presidente dió cuenta del fallecimiento del Académico y querido compañero Don Juan San Vicente, acordándose constara en acta el sentimiento de la Academia, y procederse á enviar un oficio á su familia en aquel sentido.

Así mismo fué presentado por los Sres. Saralegui y Mendaza el Sr. D. Alfredo Delgado, que solicita su ingreso en la Academia.

**Sr. Areilza.**—*Egimosis cèrvico-facial y dilatación venosa, por compresión del torax y del abdomen.* (Este caso va expuesto en el artículo de fondo del actual número de esta revista).

**Sr. Entrecañales.**—*Polineuritis.*—En el enfermo en cuestión, existe una excitabilidad eléctrica.

En cuanto al diagnóstico, va sospechando que se trata de una amiotrofia de origen espinal.

El pronóstico cree que es sombrío.

**Sr. Somonte**—No ha encontrado nada en el ojo.

**Sr. Areilza**—Para completar el diagnóstico cree que debía hacerse la punción medular.

**Sr. Entrecañales.**—Supone que el enfermo no ha de dejarse practicar la punción lumbar.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

I. **Seifert y Müller.**—Manual de Exploración clínica y de Diagnóstico médico.

II. **Dr. Carlos Negrete.**—Artículos y notas clínicas de «Urología.»

III. **Dr. López y Pérez.**—Diagnóstico bacteriológico de la Fiebre Tifoidea.—Tesis del Doctorado.



## I

Este nuevo tratado de Diagnóstico, que nos parece sumamente útil, se halla destinado, como dice su autor en el prefacio de la primera edición, á satisfacer la necesidad de tener al alcance de la mano, una explicación en forma concisa de los métodos de reconocimiento.

No es uno de tantos manuales como existen, en los que va detallándose de una manera más ó menos suscita, la sintomatología en general y los medios de exploración á la cabecera del enfermo, sino que además, echa mano cuando lo estima necesario, de los procedimientos de laboratorio que describe en su lugar. Tiene además un capítulo, lo bastante extenso, destinado al examen de los enfermos por los rayos Roentgen.

## II

Verdadero sabor clínico se puede apreciar en estas «Notas» de Urología, del Dr. Negrete, del Instituto Rubio.

Producto de algunos años de labor y estudio en esta especialidad, el médico que las consulte hallará en ellas una porción de ideas curiosas y una serie de detalles de importancia, realmente útiles en la práctica de tan difícil y complicada rama de la Medicina.

El capítulo que trata de las cistitis, aunque algo compendiado, está tratado de mano maestra, como ocurre en el que habla de la pielonefritis y pionefrosis, en cuyo capítulo puede estudiarse el empleo de los modernos métodos de investigación del estado funcional de los riñones, asunto que como se sabe, es de importancia de primer orden.

En suma: útil este opúsculo para los especialistas, lo es mucho más para el médico general que, la mayoría de las veces apenas tiene tiempo para consultar grandes volúmenes.

## III

La cuestión del diagnóstico clínico de la Fiebre Tifoidea, muchas veces no es posible, razón por la que, desde hace tiempo se ha pedido al laboratorio el diagnóstico exacto.

El descubrimiento del bacilo de Eberth, que al principio dilucidó la cuestión, ha ido poco á poco complicándola, pues el hallazgo de diferentes bacterias en el organismo de individuos afectos de enfermedades diagnosticadas clínicamente de «Fiebre Tifoidea», tales como el *coli bacilo* y los distintos bacilos *paratíficos* han embrollado el pro-

blema, de tal manera, que la mayoría de las veces resulta punto menos que imposible diagnosticar clínicamente aquella dolencia. La curva térmica de Wunderlich, hasta hace poco clásica, cuando puede observarse, que es muy pocas veces, tampoco resuelve el asunto, porque según parece existen fiebres intestinales sin ser tifoideas, (en la acepción bacteriológica de la palabra) que presenta aquella ó parecida curva; más larga ó más corta, de mayor ó menor duración. Tampoco existe un conjunto de síntomas verdaderamente patognomónico de dicha afección, y por lo que respecta á esta villa, sabido es con cuanta frecuencia pueden observarse infecciones intestinales absolutamente imposibles de diagnosticar *clínicamente* de Fiebre Tifoidea.

Es por todas estas razones por las que el médico práctico, que es el que después de todo carga con la responsabilidad del diagnóstico, pide al laboratorio que le saque del apuro.

La cuestión no parece del todo resuelta, porque aun cuando sea el bacilo de Eberth el verdadero agente casual de la Fiebre Tifoidea, (y esto todavía se halla en litigio para algunos eminentes bacteriólogos) resulta por lo que se ve bastante difícil diferenciarlo en los cultivos.

Pero dejando el asunto donde está, y ciñéndonos á nuestro objeto, hemos de decir que hemos leído con verdadera fruición al opúsculo del Dr. López y Pérez y no dudamos en recomendarlo á quien desee enterarse del estado en que actualmente se halla la cuestión del diagnóstico bacteriológico de la Fiebre Tifoidea.

Muy útil para el que se dedique á investigaciones de laboratorio, lo es también para el médico general, que quiera estudiar de una manera rápida, reunidos en un folleto bien escrito, cuantos datos desee acerca de este particular.