



## BOLETIN MENSUAL

### El comportamiento médico en el ejercicio profesional

Cuando leáis las reglas deontológicas adoptadas por el sindicato médico del distrito de Caen, seguramente que vuestro corazón se impregnará de un suave sentimentalismo y vuestro rostro expresará la amargura de tristeza infinita.

¿Por qué este doble fenómeno? preguntaréis

Es el uno consecuencia tan directa del otro, que más bien parecen el mismo. El bien y el mal se despiertan a un tiempo. La belleza gallarda de las diez y seis reglas se dibuja en la superficie de la maldad repugnante de nuestra vida.

Frente al bien estar, se establece el no puede ser y la reflexión, fría como la muerte, va borrando despiadadamente el cuadro de amor y ternura.

Los hombres no se aman, ni se odian siquiera, se aborrecen discretamente, de un modo solapado y mezquino.

Se adulan para envilecerse, y aguardan el momento oportuno para mascullar su presa. Es la venta lo que mantiene la ilusión de las gentes.

Vender a un amigo, satisface el amor propio o lo que sea, y no hay duda que con nuestro tráfico constante encontramos nuestra vida. Por ahora el mundo es así ¿cuando será de otra manera?

¿No es así, como entre los profesionales, hacemos alguna vez nuestra historia? ¡Ah! todo está bien. El doctor Pangloss lo encontraría admirablemente.

Compasión para nuestros semejantes, horadez en la lucha, sacrificio de nuestras pasiones, de nuestros egoísmos, de nuestra pequeñez

e insignificancia, de nuestra ignorancia, equivaldría para muchos renunciar a la vida, al ejercicio de una profesión, de una industria, de un arte... y esto, no puede ser.

Hay que vivir, doctor Pangloss; hay que vivir y es muy humano aprovecharse del descuido de los demás. Y cuando los demás no se descuidan, vive el arte, las malas artes y malas mañas, queremos decir, por las que el sentido moral se retuerce y estruja. hasta que salgan las pesetillas malditas, que lleven el pan a nuestros hogares honrados.

Sí, este es el mundo: por lo menos la práctica de la vida, y raro es quien no anda a gatas con la moral en las cuatro estaciones del año.

¿Como, pues, habrán dado en pensar esas reglas deontológicas, los médicos del distrito de Caen?

Es que para pensar así, sólo con ser inteligente basta, para cumplirlas, sí que se necesita además ser bueno. Y figúrate, lector querido, el bien que llevan en sí estas costumbres sanas. Todo estaría transformado, y de la tranquilidad nacería el placer y la afición al trabajo y a la honradez.

Seríamos más útiles para nuestros semejantes, y esto no cabe duda que proporciona el bienestar del deber cumplido. ¿Crees que habría muchos hombres, a quienes estimulara este premio?

Vete eligiendo, los que podrían formar esta sociedad de redención. Piensa en tí, y si no tienes fe, estamos perdidos.

Las reglas deontológicas adoptadas por el sindicato medico del distrito de Caen, serán los nuevos mandamientos de la Ley de Dios, que nos servirán para saber que pecamos.

### **Reglas deontológicas adoptadas por el sindicato médico del distrito de Caen (Francia).**

1.<sup>a</sup> El médico debe abstenerse de incurrir en falta a la dignidad médica y a la honorabilidad profesional, evitando particularmente el charlatanismo que bajo sus múltiples aspectos. constituye una explotación de la credulidad pública.

2.<sup>a</sup> El médico respetará la dignidad de su colega como la suya propia; no le desprestigiará, no le desprezará secretamente; hará por él lo que quisiera que se hiciese consigo mismo, a condición de que se trata de un colega digno.

3.<sup>a</sup> Un médico no ha de permitirse nunca quitar clientes a sus co-

legas. Pero como el enfermo tiene siempre el derecho de cambiar de médico, si lo juzga útil—con razón o sin ella—para su salud, resulta un conflicto de intereses que es preciso esforzarse en conciliar.

4.<sup>a</sup> Cuando un médico es llamado para asistir a un enfermo en tratamiento que afirma no recibir entonces cuidados regulares de otro médico, está perfectamente autorizado, a formal petición del enfermo, a aceptarle como cliente.

5.<sup>a</sup> Un médico llamado cerca de un enfermo en tratamiento, que padezca una complicación, sobrevenida en ausencia del médico de cabecera, se limitará a hacer lo que juzgue necesario en interés del enfermo, e informará a su colega de lo que haya observado y de la medicación empleada. No volverá a presentarse en casa del enfermo, a no ser que se le llame en consulta.

6.<sup>a</sup> Todo médico llamado para ver a un enfermo en curso de una afección aguda o crónica regularmente asistida por otro colega al que se ha despedido, se esforzará en procurar que vuelva llamarse al médico despedido, ofrecerá asociarse con él para la asistencia; pero si no consigue resultado, a pesar de estas exhortaciones, puede prestar sus cuidados al enfermo, a condición de que se despida dignamente a su antecesor.

7.<sup>a</sup> El médico que sustituye a un colega, a ruego de este último, está imposibilitado dignamente de continuar prestando su asistencia a clientes que él no ha conocido sino por la sustitución. Sólo podrá hacerlo cuando obtenga autorización para ello del colega interesado.

8.<sup>a</sup> El médico está en el deber de provocar una consulta, cuando tenga dudas sobre la naturaleza de la enfermedad o sobre el tratamiento que debe emplear, o cuando juzgue conveniente salvar su responsabilidad en un caso grave. Si se le deja la elección del consultante, designará al que más apto le parezca, para cada caso particular. La proposición, por la familia, de una consulta, no debe ser nunca rechazada.

9.<sup>a</sup> Es de buen compañerismo aceptar un médico consultor propuesto por la familia, cualesquiera que sea su edad y situación, siempre que su honorabilidad personal y profesional sean indiscutibles.

10 En la consulta, que siempre debe ser reservada hará cada médico las observaciones que el caso le sugiera, se acordará el tratamiento y se convendrá en lo que ha de decirse al enfermo y a la familia. La aplicación del tratamiento se hará por el médico de cabecera.

11 El médico debe negarse a continuar prestando sus cuidados a un enfermo que haya visto en consulta con un colega, sobre todo cuando

este compañero le haya honrado con su confianza. Cuando, por el contrario, se trata de un consultante impuesto por la familia; si ésta o el enfermo no quieren continuar, por ningún concepto con el médico de cabecera, podrá el otro ocupar su lugar.

12 El despacho de consulta es un terreno neutro en el que el médico puede dar sus consejos a todos los que se lo reclamen, sea quien fuere el médico de cabecera.

13 Cuando un médico opina que el enfermo necesita sufrir una operación quirúrgica está en el deber de indicárselo; pero dejará al enfermo en libertad absoluta para elegir al operador. Sólo ante los ruegos del enfermo podrá abandonar su reserva e indicar el cirujano a quién él se dirigiría. si en circunstancias análogas, se tratase de una persona de su familia.

14 Después de la operación, pasará el cirujano a la familia la cuenta global de sus honorarios propios, de los del médico de cabecera y de los ayudantes. Los honorarios del médico de cabecera no deberán exceder jamás de la cuarta parte de los honorarios quirúrgicos. En el caso de que el médico de cabecera encontrase insuficiente esta remuneración de sus servicios, pasará él directamente la cuenta al cliente o a la familia de éste, y en tal circunstancia el cirujano no reclamará más honorarios que los suyos y los de sus ayudantes.

15 Remunerándose casi siempre los servicios médicos a tanto por visita, se procurará, cualquiera que sea el modo de contabilidad, estar siempre en condiciones de justificar el número de visitas y las fechas en que fueron hechas.

16 El médico honorable se negará a entrar en tratos con farmacéuticos que le propongan una comisión sobre el producto de los medicamentos que receta. Esto constituye un lucro verdaderamente ilícito, como lo es también el aceptar un tanto por ciento del valor de especialidades farmacéuticas que se comprometa a prescribir.

( Del Boletín de la Clínica Castellana. — Año III. —  
Núm. 12. — Valladolid, noviembre 1912 ).

## CIRUGIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR:

### Estudio de los procedimientos directos

( Continuación )

para ensanchar el campo operatorio, y ello me dió la clave de la génesis del pus. que parecía producto de una pleuresia tuberculosa enquistada, y que en realidad no era tal, porque lo tuberculoso no era la pleura sola, sino el pulmón y la pequeña porción de pleura pulmonar subyacente, donde habia una zona superficial, caseificada. que limpié todo lo posible con la cucharilla, y dejé drenada convenientemente. despues de un buen raspado y de la extirpación de todo cuanto sospechoso habia encontrado en el camino.

Con todo, no quedé satisfecho, y sentí, por el momento, de veras, esas temeridades que a veces nos deja cometer la inexperiencia a los médicos jóvenes. Consulté el caso, y leí ansioso todo lo referente al capítulo de los abscesos fríos de las paredes torácicas: una tuberculosis pulmonar, quizás un ganglio o una pequeña caverna, se habia abierto en una pleura, que, puesta ya a la defensiva con las adherencias contraídas, representaba una barrera infranqueable al proceso inflamatorio, el cual abriéndose paso al través de los tejidos y atravesando la pared del tórax por los agujeros perforantes anteriores, habia dado lugar a un absceso tuberculoso, representación genuina de una pleuritis tuberculosa enquistada, procedente del foco fungo-caseoso encontrado.

Y recordé la clasificación que hace un libro muy corriente de estos abscesos crónicos de las paredestorácicas, según sus distintas modalidades etiológicas en abscesos de las partes blandas, abscesos osteopáticos de origen costal o esternal, y abscesos consecutivos a lesiones pleurales y pleuropulmonares; y aun los diversos procedimientos de esta última modalidad, por medio de una pleuresia purulenta enquistada, o por un proceso de peripleuritis o por un proceso de linfangitis o de linfadenitis tuberculosa. Reconocida con eso la filiación del caso de mi enferma, com-

pleté un algo lo poco que sabia de cirugía de los pulmones, cuya negra estadística me hizo desconfiar del propio milagro, máxime cuando a los pocos días presentóse aquella fiebre de las tardes y noches que tan significativa es en todos los procesos tuberculosos; entonces fué cuando creí debía intervenir enérgicamente el tratamiento médico mas intensivo, y con la aplicación mas rigorista de los principios de la higioterapia, el uso de algunos fármacos, y las curas cotidianas del pequeño trayecto fistuloso, que muy en breve fué constituido, llegué a obtener a los cuatro meses y medio la cura casi definitiva; y digo casi, porque aunque el estado de la enferma sea excelente, no ha dejado por esto de seguir abriéndose de vez en cuando el trayecto fistuloso, que deja salir dos o tres gotas de pus. y se cierra muy pronto de nuevo.

Desapareció todo, la tós, la fiebre, la anorexia, etc. Su peso, que al comenzar el Diciembre de 1910 era de 56 kilogramos, al finalizar el año habia ascendido a 60, y siguió subiendo luego mas paulatinamente hasta la última vez que la he visto, hace tres o cuatro semanas, que pesaba 71 kilogramos, faltando advertir, además, que desde el 15 de Abril de 1911, trabaja, aunque moderadamente, y aun se alejó de la bondad de nuestro clima, habiéndolo trabajado por espacio de tres meses en Barcelona.

Tengo la pretensión de no dejarme influir demasiado por entusiasmos hijos de un optimismo exagerado, y eso me obliga a reservar el programa del pronóstico que yo hago a esta enferma, que no obstante bien podría ser relativamente halagüeño, atendidas la incipiencia y superficialidad de las lesiones tuberculosas que tan facilmente pudieron abrirse al exterior, y la, por ahora, no probable existencia de otras lesiones tuberculosas, que bien podrían no obstante estar atravesando un período de engañadora latencia.

Impugnaciones? Tantas cuantas se quieran. Que no sería tuberculosa, que no habia tenido hemoptisis, que no habian grandes síntomas pulmonares, que faltan analisis microscópicos? El contestarlas es sencillo: si hubiere sido una tuberculosis muy adelantada no la hubiera operado; las hemoptisis no son imprescindibles para diagnosticar una tuberculosis pulmonar; el exámen de esputos puede ser negativo hasta en tuberculosos de segundo y tercer período, y su resultado negativo no disminuye ni mucho menos las posibilidades diagnósticas; y en el pus tuberculoso pocas veces se encuentra el bacilo. Estas razones me permiten ratificar cuanto digo respecto al caso, cuyo diagnóstico hasta viene comprobado por vía de los consejos terapéuticos que habían formulado los compañeros que la habian asistido, lo que en mi concepto me permite defender es

ta pequeña pretensión a que antes he hecho referencia (1), y escusa el atrevimiento de describir el caso en esta memoria.

Y entremos de lleno en materia:

Los distintos procedimientos de que ha hechado mano la cirugía de la tuberculosis pulmonar, pueden dividirse en directos é indirectos. Son directos tan solo la pneumectomia y la pneumotomia; son indirectos todos los demás.

La pneumectomia, es la extirpación parcial del pulmón; la pneumotomia, no es mas que la abertura, en general, de una o varias cavernas pulmonares.

Algunos autores hacen dos grupos aparte de la pneumectomia y la pneumotomia, fundandose principalmente en que la primera es un procedimiento esencialmente directo, mientras que la segunda, buscando el desague de las cavernas, haciéndolas accesibles a los tratamientos tópicos y demás, no hace mas que facilitar la curación sin ser por si sola un proceso curativo genuino; pero a mi modo de ver, la pneumotomia hace mas, puesto que siempre con el cáustico, o con la cucharilla, destruye cuanto de tuberculoso se le hace accesible, lo que representa evidentemente un medio activo, potencial y dirigido directamente a obrar contra lo tuberculoso.

Eso no quiere decir que le llame procedimiento directo tan solo por ejercer su acción en el mismo órgano enfermo, puesto que entonces tambien las inyecciones intrapulmonares figurarían entre los procedimientos directos, puesto que llevan su acción dentro del tegido pulmonar; lo que no es así, porque habida cuenta de la manera de obtener la curación, por estas inyecciones, provocando la esclerosis de los tejidos que envuelven las cavernas, bien evidente es la categoría a que debe pertenecer este procedimiento. No siempre las inyecciones hánse usado como esclerógenas: Fernet las usaba en el periodo incipiente de la tuberculosis pulmonar, y tal hacía, por suponer que los diferentes medicamentos administrados no se eliminaban mas que por el pulmón sano, y por tanto no hacían mas que sus efectos locales preventivos; pero aun así, esas inyecciones que suplían defectos de la medicación interna, no eran mas que procedimientos indirectos, como llevamos dicho.

DR. JOAQUIN DANÉS Y TORRAS

(Continuará)

(1) En el prólogo.

## TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA EN EL PARTO

( Conclusión )

Al depurar, tanto como se ha aportado, en pro y en contra de la intervención obstétrica y mayormente si se prescinde de cuando no se presenta una gravedad ostensible y manifiesta, cuya ausencia, nos permita esperar fundadamente, la realización en poco tiempo del parto espontáneo, parece que puede buenamente sentarse que toda maniobra encaminada a provocarlo no representará más que un auxiliar, al esfuerzo orgánico que tiende a lo mismo. En este sentido, pues, podrán o no rechazarse cierto medios, pero a lo menos en principio, es fuerza aceptar la intervención.

Aun cuando la eclámpsia no sea la resultante del embarazo solamente, lo es sin ningún género de duda, del *complexus* creado bajo su influencia y para los efectos prácticos que la interrupción o parto obre directa, que indirectamente, lo mismo importa.

Es verdad, que no solo, a veces, no cesan los accesos, después de realizado el parto, sino que hasta existe la eclámpsia puerperal, propiamente dicha o sea en el puerperio, pero prescindiendo de que esta, en sí, acostumbra a ser más leve, los casos de uno y otro son relativamente raros y la *restitutio ad integrum* de las lesiones viscerales puede seguir diversos cursos cuya diversidad podría servir de explicación a tales fenómenos.

A más de que lo mismo en la evacuación uterina, que en la muerte del feto retenido en el seno materno, no es posible esperar una influencia más rápida e inmediata de la que se observa comunmente a deducir de los efectos de la supresión y eliminación de sustancias tóxicas.

Sentado pues el principio de la intervención, es del mayor interés precisar, la oportunidad de la misma y los medios aceptables para realizarla.

En los casos de eclámpsia, en los cuales, el parto se ha iniciado ya espontáneamente, casi todos los autores están de acuerdo en terminarlo, lo más aprisa posible tanto en interés de la madre como del niño mismo, valiéndose del fórceps, versión podálica etc. en cuanto lo permita la dilatación del cuello uterino.

Cuando no se ha iniciado el parto y el cuadro de la eclámptica va acentuándose podrá tantearse la dilatación del cuello por la introducción uno y varios dedos sucesivamente y rompiendo enseguida la bolsa de las aguas. Es evidente que la deplección parcial que representa la salida de líquido amniótico ha de obrar favorablemente reduciendo el volúmen del útero y desahogando el aparato urinario, lo mismo si hay compresión de ureteres que congestión excesiva del riñon.

Cuando habiéndose empezado el parto quiérase ganar tiempo, activando la dilatación del cuello del útero podrán utilizarse, partiendo siempre del concepto de que se trata de casos apurados, en los que hay motivo suficiente para desconfiar de la feliz realización del parto espontáneo, los diversos dilatadores, desde las vejigas de caucho o globos de goma extensibles o inextensibles hasta los dilatadores metálicos de diferente número de ramas,

Las incisiones alrededor del cuello uterino encomiadas particularmente por Dhürsen y aconsejadas también por Depaul, podrían admitirse, cuando además de ser muy lenta la marcha del parto, se presentará una excesiva rigidez de los bordes del orificio uterino y mayormente si se percibieran los latidos fetales en cuyo caso la maniobra de intervenir con lo que se ha llamado «operación cesárea vaginal» queda doblemente justificada, en interés de la madre y del feto.

Estas incisiones del método de Dhürsen tienen la gran ventaja de permitir, la rápida realización del parto, pues cualquier otro proceder de dilatación necesita algunas horas para producir sus efectos, tiempo suficiente para perder a la enferma, pero al lado de esta ventaja presenta también sus peligros. Por un lado si bien la hemorragia que las incisiones producen no es abundante, habrá ocasiones en que sumada a la fisiológica del alumbramiento podrá ser causa de posteriores y graves anemias.

Además el peligro del período expulsivo, de que una contracción uterina enérgica coincida con el paso de la cabeza fetal por un cuello de tal manera seccionado puede ser causa de que alguna de las incisiones, se prolongue al extremo de ir más allá del fondo de saco vaginal y venga la consiguiente abertura peritoneal.

De lo que se deduce que todo proceder activo tiene sus inconveniente y serios peligros e inconvenientes que será preciso arrostrar, cuando sean mayores los que de un modo perentorio amenacen la vida de la enferma; lo difícil ha de ser precisar exactamente la situación de y como desgraciadamente, para señalar líneas de conducta, hay que

convenir en las ciencias médicas no pertenecen al dominio de las ciencias exactas de aquí que la apreciación individual y para cada caso ha de ser la que falle en último recurso. De mi he de decir que siempre que me encuentro en una grave duda para intervenir recuerdo, la observación que se nos hacía en clase de obstetricia de «no resolver pronto» y paladinamente he de confesar que hasta el presente, me he convencido cada vez más de la bondad de tal precepto,

### OBSERVACIONES

N. N. labradora, de 26 años de edad, primeriza, temperamento linfático, á partir del sexto al séptimo mes del embarazo, reclamó la asistencia facultativa a consecuencia de unos edemas que fueron generalizándose y aumentándose de tal manera que le era imposible guardar cómodamente ninguna posición; ni la dieta láctea mantenida con todo rigor durante muchos días ni las repetidas punciones que se le practicaron, lograron aminorar la gravedad de su estado general, ni hacer disminuir sensiblemente la albúmina de la orina, por lo que se empezó a plantearse la cuestión de interrumpir el embarazo, pero no hubo lugar a decidir, por haberse declarado espontáneamente aunque no había transcurrido el tiempo normal como lo demostró el feto que nació perfectamente viable y en buenas condiciones relativamente.

R. S. de unos 30 años de edad, multipara, constitución enclenque poco despues del tercer parto, empezaron a presentarse como un principio de bocio, tos laringea, edemas palpebrales y maleolares, por lo que practicando el examen de los orines se encontraron albuminosas; despues de un prolongado tratamiento dietético y farmacológico variadísimo vino por consejo de su médico de cabecera para que se la tratase por las corrientes de alta frecuencia. Así se hizo sometiéndola dos veces por semana á sesiones de 20 minutos de corrientes inducidas por el solenoide de Arsonval y si bien al principio parecia mejorar algo el síndrome general, luego se abandonó el procedimiento por ineficaz.

Al cabo de unos cuantos meses falleció a consecuencia de la lesión renal

R. P. obrera de fábrica, de 28 años de edad, secundípara, robusta y bien constituída; del primer parto no puede ponerse en claro otra

cosa, que tuvo que intervenir, teniendo lugar a término pero con feto muerto:

Llamado a su cabecera, la encontré con estupor, semi-comatosa y al tratar de inquirir algún detalle sufrió un ataque, semejante o igual a otro anterior, según dijeron, que no dejaba lugar a dudas respecto a su naturaleza ecláptica; era típico, los espasmos de los músculos de la cara y enseguida la fijeza de los globos oculares con las pupilas atraídas hacia arriba, las oscilaciones de la cabeza para ponerse inmediatamente rígida hacia atrás, proyección de la lengua, las convulsiones tónicas y clónicas, espuma en la boca, etc.

Eché mano de lo que había mas cerca, que fué una cuchara de madera, para interponerla en las mandíbulas, al objeto de prevenir las mordeduras de la lengua, atento a seguirla en lo posible en sus desordenados movimientos y cuidando las compresiones exajeradas de los presentes, aguardé la terminación del acceso.

Cerciorado entonces de que se creía llegada la época del parto y de que no había principiado previamente á los accesos; traté de reconocerla en uno de los intervalos, lo que no me fué difícil, y permitió asegurarme de que, ni por señal alguna apreciable al tacto, ni por la palpación abdominal, podia colegirse que hubieran empezado las contracciones.

Prescribí un enema con hidrato de cloral (4 o 5 gramos) y bromuro potásico (2 o 3 gramos) en solución gomosa y yema de huevo y en los sucesivos ataques le hice inhalar cloroformo, pero únicamente durante el periodo convulsivo.

En vista de que ni cesaban los ataques ni se prevenia el comienzo del parto, hice que llamarán a un compañero para tratar de la oportunidad de intentar algún medio, por sencillo que fuera, para provocar las contracciones uterinas. Expuesto someramente el caso al recién llegado, manifestó que consideraba intempestiva toda maniobra en el sentido indicado, fundándose en que si bien el coma era profundo, no obstante la evidente robustéz de la enferma, permitían esperar que podria ir resistiendo, dando tiempo a que, provocado el parto por la enfermedad misma, se verificara espontáneamente; en vista de este parecer, decidimos de común acuerdo someter la enferma en un baño tibio, lo que tampoco obró de una manera manifiesta en la marcha y frecuencia de los accesos.

En tal situación pasaron unas cuantas horas, 12 o 14 por lo menos, durante las cuales cediendo a instancias de la familia, todavía fué

llamado, en nueva junta, otro compañero, el que también persistió en no querer autorizar ninguna manipulación encaminada a acelerar o iniciar el trabajo del parto, pretextando, sin fundamento, que se percibían latidos fetales, lo que de ninguna manera pude comprobar y que siendo éste vivo en ningún caso podía procederse a evacuar artificialmente el útero.

No cabía más recurso, que la expectación, que aguardar el desenlace natural, si bien continuando el tratamiento médico estatuido y así se hizo hasta que sobrevinieron las contracciones que en poquísimo tiempo lograron la suficiente dilatación para permitir hasta fácilmente, una versión podálica, cesando inmediatamente las convulsiones. A pesar de haberse procedido con la mayor rapidéz, el feto estaba no solo muerto si que un principio de maceración de la piel indicaba que su fallecimiento databa de unas cuantas horas, probablemente habia tenido lugar en los primeros accesos.

M. C. criada de servicio, de 25 años de edad, campesina de nacimiento, primeriza, respecto a anamnesis no ha sabido posteriormente, dar razón de otra cosa que de padecer ya de antiguo, ligeras cefalalgias, que se acentuaron durante la segunda mitad del embarazo, pequeños edemas unilaterales; anorexia. etc.,

Llamado para asistirle me enteré de que sin que se anunciara por largés y manifiestos prodromos se habían presentado aquellos ataques al parecer eclámpticos; presunción que confirmé plenamente luego. Inmediatamente se le aplicó una vegiga de hielo en la cabeza y procuróse por medios caseros la mayor diaforesis posible; me abstuve de administrar el cloroformo, porque en los intervalos ¡de los accesos se pronunció enseguida muy marcadamente un estado comatoso de pésimo efecto pronóstico: por este motivo se le propinaron dos enemas con una mayor dosis de cloral y bromuro que las usuales que fueron retenidas bastante tiempo. Con todo, fueron repitiéndose los ataques y acentuándose el estado comotoso, lo que hizo pensar en la sangría que no llegó a practicarse dada la constitución endible de la enferma; obtuse por las sanguijuelas en las mastoides que se iban renovando a medias que se caían replefas de sangre.

No se intentó ningún medio para provocar el parto; éste se inició espontáneamente a las pocas horas; y habido cuenta de ello, se repitieron con frecuencia los tactos vaginales aprovechándolos; para favorecer con los dedos la dilatación que se obtuvo con rapidez, dado el

carácter primerizo de la enferma permitiendo una aplicación de forceps seguida de extracción manual de la placenta con los que cesaron los accesos.

Fué siguiendo su evolución regular, aunque con un atontamiento marcadísimo y más tarde pudo apreciarse una hemiplegia del lado derecho debido probablemente a puntos hemorrágicos cerebrales.

## CONCLUSIONES

### I

En la actualidad, para los efectos terapéuticos, debe considerarse a la eclámpsia como una toxemia generalizada, debido principalmente a las alteraciones del funcionalismo renal y a un acumulo de residuos de desasimilación creados y retenidos a favor del embarazo.

### II

Deberán ser motivo de un conveniente exámen, las orinas de toda mujer en gestación a partir del sexto mes del embarazo; este análisis o exámen debera repetirse con más o menos frecuencia, según sea el curso del embarazo y resultado analítico. Cuando la presencia de albúmina sea manifiesta se instituirá el régimen lácteo absoluto hasta su desaparición.

### III

Si a pesar del régimen lácteo se acentúan los síntomas premonitorios de la invasión eclámpica podrá cambiarse transitoriamente la dieta de leche por la hídrica, tantee la revulsión intestinal, con algún purgante salino, lo mismo que la cutánea, baños calientes y demás medios encaminados a combatir la albuminúria.

### IV

Desconociéndose la patogénia de la eclámpsia no cabe otro tratamiento que el sintomático, debiéndose aceptar, en principio, todos los extremos del mismo, aplicándose únicamente los más decisivos solo cuando se crea cumplir una indicación vital.

### V

En los casos menos graves se utilizará solamente el método anestésico y la terminación rápida del parto una vez se haya declarado espontáneamente.

DR. J. GASSIOT

# ELENCO

de los periódicos y revistas que por durante el presente año de 1912,  
nos han honrado con el cambio

Alava: *Boletín del Colegio de Médicos.* (Vitoria) — Alicante: *La Oculística Práctica.* — Baleares: *Revista Balear de Ciencias médicas* — Id. *Revista de Mahón.* — Barcelona: *Anals de Medicina.* — Id. *Anales de Oftalmología Hispano-americanos.* — Id. *Archivos Medicina y especialidades.* — Id. *Archivos de Rino-Oto-Laringología.* — Id. *Archivos de enfermedades nerviosas.* — Id. *Boletín de la Casa de Salud* (Sarrià). — Id. *Credo Naturalista.* — Id. *Ciencias médicas* (criterio católico) — Id. *Contra la Tisis.* — Id. *Medicina científica.* — Id. *Medicina de los niños.* — Id. *Medicina Pura.* — Id. *Medicina Social.* — Id. *Meriatria.* — Id. *Oftalmología* — Id. *Oto-Rino-Laringología.* — Id. *Revista de Ciencias médicas.* — Id. *Revista de Medicina y Cirugía.* — Id. *Revista frenopática española.* — Id. *Revista frenopática barcelonesa.* — Id. *Revista Homeopática.* — Id. *Revista vegeteriana* — Id. *Therapia.* — Id. *Tribuna Médica.* — Cáceres *Boletín del Colegio de médicos.* — Cádiz: *Medicina Práctica.* (San Fernando). — Granada *Gaceta: médica del Sur de España.* — Id. *Actualidad Médica* — Huesca: *Boletín del Colegio de médicos.* — Jaen: *Revista Sanitaria.* — La Coruña *Boletín del Colegio de Médicos de El Ferrol* (El Ferrol). — Lérida: *Boletín Médico.* — Madrid: *Anales de la Sociedad Española de Hidrología* — Id. *Anales de la Academia de Ginecología* — Id. *Boletín Colegio de Practicantes.* — Id. *Boletín de Laringología.* — Id. *España Médica.* — Id. *Pediatría española.* — Madrid: *Revista Dermatología y sifiliografía.* — Id. *Revista de Especialidades Médicas.* — Id. *Revista médica española.* — Id. *Revista de Medicina contemporánea.* — Id. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* — Id. *Revista de Sanidad Civil.* — Id. *Revista de Sanidad Militar.* — Id. *Sanidad Civil* (La) — Id. *Siglo Médico.* — Murcia: *Revista de Medicina y farmacia.* — Id. *Gaceta médica.* — Palencia: *Boletín del Colegio de Médicos.* — Santander: *Boletín de Cirugía.* — Sevilla: *Revista Médica.* — Tarragona *Boletín del Colegio de médicos.* — Id. *Boletín Colegio de Médicos* (Reus). — Teruel: *El Protocolo Médico forense.* — Valladolid: *El Eco Médico Quirúrgico.* — Idem *Clínica castellana.* — Valencia: *Revista valenciana de ciencias médicas.* — Idem *Anales del Inst. Méd. Valenciano.* — Vizcaya: *Gaceta Médica del Norte.* (Bilbao). — Zaragoza: *Clínica Moderna.* — Id. *Clínica y Laboratorio.*

---

Habana: *La Prensa médica.* — Montivideo: *Natura.* — París: *Médecine Scientifique.*

A todos damos las gracias y la seguridad que la colección de sus números figura en la Biblioteca de nuestro Colegio. — *La Redacción.*

# INDICE

---

PÁGINAS

---

## Deontología

Una sentencia del Supremo . . . . .	64
Lo que es la Colegiación por <i>R. Fernández</i> . . . . .	65
Los médicos contra el Gobierno (en Inglaterra). . . . .	81
El comportamiento médico en el ejercicio profesional . . . . .	165
Datos para una información. — XVI pág. — Suplemento. . . . .	
La crisis de la profesión por <i>J. Pascual</i> . — Suplemento al número de agosto. — 12 páginas . . . . .	

## Sección Oficial

Cuenta general de 1911 . . . . .	16
La XV Asamblea anual del Colegio por <i>P. Roca y Planas</i> . . . . .	141
III Congreso especial de la Tuberculosis. . . . .	14-97
Asociación especial de Cirugía . . . . .	31
Convocatoria, Programa y Cuestionario para las oposiciones a la plaza de Médico Director del Manicomio de Salt. . . . .	159

## Científica

Mucocele por <i>F. Bordas</i> . . . . .	104
Un caso de Blepharoplastia por <i>M. Burch</i> . . . . .	8
Un caso de intoxicación por la « <i>Armillaria mellea</i> » por <i>J. Codina y Viñas</i> . . . . .	129

Bocio quístico unilateral derecho, tiroidectomía por <i>F. Coll.</i> . . . . .	52
Cirugía de la tuberculosis pulmonar por <i>J. Danés y Torras</i> . . . . .	153-169
Tratamiento de la Eclampsia en el parto por <i>J. Gassiot</i> . . . . .	117-131-148-172
El Manicomio Moderno por <i>J. Mas Casamada</i> . . . . .	1-23-43-57-75-91
	108 y 123
Sobre la anuria calculosa por <i>J. Mas de Xaxás</i> . . . . .	19
El código y la locura por <i>P. Roca y Planas</i> . . . . .	9
Placenta prévia . . . . .	33
Inflamaciones pelvianas . . . . .	} por <i>J. Sau.</i>
Meningitis agudas no tuberculosas . . . . .	
Cuerpo extraño en el oído. . . . .	83.
Hematoma subgluteo supurado por <i>V. Teixidor</i> . . . . .	50
La Descancerización por <i>X.</i> . . . . .	17
La «Font de l' aram» por <i>J. Poch</i> . . . . .	41
	49

### Necrologia

Salvio Rusalleda por <i>J. Alemany y J. Mons.</i> . . . . .	47
Luis de Trinchera por <i>F. Suarez</i> . . . . .	100
Agustín Vilaret por <i>J. Albareda.</i> . . . . .	139

### Variedades

Un rasgo por <i>J. P.</i> . . . . .	101
Recortes. . . . .	116
Jira-Conferencia por <i>R. Vidal</i> . . . . .	145
Boletín bibliográfico . . . . .	32-48-100

### Grabados

en las páginas 8 - 9 - 54 - 56 - 104 - 105 y 106 . . . . .

Retratos de los Sres. Mascaró y Massa repartidos con el número de julio.