

Revista Médica Salmantina

MAYO DE 1907.

SECCION DOCTRINAL

Cuánto tiempo deben guardar cama las paridas

por L. Bouchacourt

Antiguo Jefe de Clinica Obstétrica
en la Facultad de Medicina de Paris

La cuestión de levantar del lecho á las paridas ha preocupado á los médicos y se ha resuelto de diverso modo según las épocas, las costumbres, las ideas reinantes y también según las razas y los medios sociales. Su estudio comporta muchos capítulos, que vamos á desarrollar sucesivamente.

*
*
*

I.—*La estancia en el lecho ¿constituye para las paridas una necesidad absoluta?*—En los pueblos primitivos, casi inmediatamente después del parto, la mujer se dirige á pie hacia la fuente más próxima y toma un baño, después del cual se dedica á sus ocupaciones ordinarias.

Los exploradores y los médicos de las colonias han señalado muchas veces esta costumbre particularmente en las Indias de América, en el Senegal y en el centro del Africa.

En el libro de Cabanés sobre las "Curiosidades de la Medicina," se refiere la historia siguiente: (1) "En

(1) Cabanés.—«Les Curiosites de la medecine,» 170; (Maloin, editeur página 85.

el año 1852, Voisín, juez de paz de una aldea de la Guayana, recibió durante una noche hospitalidad en una cabaña de indios galibis, y al día siguiente supo con asombro que detrás del tabique de hojarasca que separaba su hamaca de la de sus patronos había nacido un niño. La madre... estaba desde el alba en el río ocupada en hacer su *toilette* y la del recién nacido.,,

En una carta dirigida á la Sociedad de Geografía, por el Sr. Crevaux, (1) este explorador afirma que en el Maroni "cuando un niño viene al mundo, el padre es quien se queda en la hamaca.,,

Según Witkowski, las senegalesas "vuelven á sus ocupaciones diarias algunas horas después del alumbramiento., (2). El mismo autor dice después: "En Guinea, como en la mayor parte de los pueblos salvajes, la mujer, inmediatamente después del alumbramiento, va á lavar á su hijo en el río.,,

A creer á Montaigne, esta costumbre pudo observarse en otro tiempo en Suiza, porque dice hablando de las mujeres de este país: "se las ve hoy llevar al pescuezo al hijo que ayer llevaban en su vientre.,,

En la *Práctica de los partos en los pueblos primitivos* de Engelmann (3) se encuentra mencionado que en el distrito de Bongo, "en cuanto el parto termina se lleva á la mujer y al hijo al baño escoltados por multitud de amigos que lanzan gritos y berridos de alegría., (4). Lo mismo sucede entre los Nyams-Nyams, en donde las mujeres siempre que es posible dan á luz cerca de un río: "en cuanto termina el parto la mujer se apresura á tomar un baño.

(1) Citado por Cabanés.—Loc.cit. Página 82.

(2) Witkowski.—«Histoire des accouchements chez les peuples», 1887 (Steinheil, editeur,) pág. 611 et 615.

(3) Engelmann.—«Pratique des accouchements chez les peuples primitifs.» traducción P. Rodet, 1885, 1 vol., in 8.º de 388 pages. (J. B. Bailliere,) editeur.

(4) Article de Paul Rodet.—In Revue obstetricale et gynecologique, Paris, 1886, Janvier, pág. 9.

Las lionesas se acuerdan todavía del caso de la negra que parió en su ciudad cuando la exposición del año 1894. Esta mujer se vió invadida durante una de sus salidas, por los dolores del parto, y parió en la vía pública procediendo por sí misma á su *toilette* y á la de su infante en las inmediaciones de una fuente, volviendo tranquilamente á su instalación con el niño sobre el brazo.

La literatura obstétrica antigua contiene numerosos casos de este género. Uno de los más típicos es la historia siguiente que cuenta Sacombe (1): "He asistido y ayudado con el forceps, en presencia de mis discípulos, en mi escuela, á una mujer de 42 á 44 años, y que venía á pie desde la calle de la Harpe á su casa calle de Santa Margarita, y que volvió á nuestra consulta bien sana el octavo día del parto.,,"

Es cierto que tales hechos nos parecen sueños, porque no corresponden á lo que vemos en las ciudades y particularmente en las Maternidades de París, donde se ven muchachas, criadas ú obreras, que han parido clandestinamente en su habitación de un sexto piso. Estas infelices hacen esfuerzos imposibles por no interrumpir sus quehaceres con la esperanza de evitar el escándalo, pero por lo que yo he observado, esta esperanza fracasa casi siempre por una hemorragia ó por un síncope reveladores, cuyas consecuencias son algunas veces extremadamente graves para las interesadas.

Puede concluirse, pues, que al presente la estancia en el lecho después del parto es de necesidad absoluta en las mujeres que presentan cierto grado de civilización.

II.—*Imposibilidad de establecer una fórmula general para la duración de la estancia en el lecho de las paridas.*

Es de noción vulgar, que cuantomás nos alejamos de vivir según la naturaleza, más tiende el acto del par-

(1) Sacombe.—«Elements de le sciences des accouchements» á Paris (chez Courcier,) Germinal au X, pág. 297.

to á separarse de su natural, no solamente en sí mismo, sino en sus consecuencias.

Así, en esto de lo concerniente al puerperio, puede afirmarse que en todos los países, y en todas las épocas, las costumbres de la clase pobre y de la clase media, en las gentes del campo y de la ciudad, son muy diferentes.

¿Cuáles son las causas de estas variaciones? ¿Se trata en unos casos del temor de ciertas mujeres, y en otros del lujo de precauciones que autoriza su situación financiera y que explican sus costumbres de sedentariedad? Evidentemente no; hay aquí una cuestión de necesidad física. En la mujer muy civilizada, no hay solo disminución de la fuerza muscular, sino debilidad de la voluntad y de la energía; el trabajo es más largo; el parto se convierte en verdadero traumatismo, después del cual la convalecencia es lenta, su repercusión sobre todos los órganos es mucho más marcada.

III.—*Opiniones diversas que han sido emitidas sobre la cuestión de la permanencia en el lecho, de las paridas.*—Con el fin de simplificar, tomaremos como unidad la semana, y dividiremos este capítulo en tres párrafos.

1.º *Descanso igual ó superior á una semana.*—En los campos (en Francia) se pica el amor propio de la mujer en levantarse cuanto antes. Algunas veces, dos horas después del parto se la encuentra de pie ante la cocina, preparando una comida abundante para la familia y amigos. Con frecuencia al día siguiente ó los dos días, no admite otra posición de reposo durante el día que sentarse en una silla. En fin, es de regla que la parida lave por sí misma, al cabo de cuatro ó cinco días los paños que manchó durante el parto.

En ciertos países, cuando una mujer acaba de parir, es costumbre que se levante desde el primero ó segundo día para dejar el sitio al padre en la cama ó la hamaca, como dice Crevaux.

Este uso raro, que se llama "la covada," ha existido desde la más remota antigüedad, como lo atesti-

MEDIANA

DE

ARRAGON

Exposición Universal
PARIS. — 1900

MEDALLAS
DE "ORO"

Exposición Aguas Minerales
GÉNOVA. — 1906

AGUAS Y SALES NATURALES

PURGANTES, DIURÉTICAS, DEPURATIVAS

recomendadas por la Real Academia de Medicina de Barcelona, por la Academia de Higiene de Cataluña y por los más eminentes médicos españoles y extranjeros.

Autorizada su venta por R. O. de 12 de Noviembre de 1902.

Unico manantial

del cual se extraen por evaporación espontánea, al pie del mismo,

SALES NATURALES

SULFATADO-SÓDICAS-LITÍNICAS-MAGNESIANAS

que por su eficacísima acción medicinal tienen *múltiples aplicaciones internas y externas.*

Declaradas de uso reglamentario en los buques y establecimientos de la Armada por R. O. de 3 de Enero de 1905.

De venta en las buenas farmacias y droguerías.

Oficinas: BARCELONA. Cortés, 457

LABORATORIOS CLIN

F. COMAR & FILS & C.^{ie} — PARIS

PRINCIPALES PREPARACIONES

Adrenalina Clin

Solución—Colirio—Tubos esterilizados. Gránulos. Supositorios.

Cacodilato de sosa Clin

Gotas—Glóbulos—Tubos esterilizados.

Metharsiate Clin.

Gotas—Glóbulos—Tubos esterilizados.

Marsyle Clin

Cacodilato de Protóxido de hierro) Gotas—Glóbulos—Tubos esterilizados.

Lecitina Clin

Granulado—Tubos esterilizados

Solución de antipirina del Dr. Clin.

Solución del Dr. Clin al Salicilato de Sosa.

Cápsulas y grajeas del Dr. Clin al Bromuro de alcanfor

Glicogeno Clin

Cápsulas—Granulado.—Tubos esterilizados.

Enesol

Ampollas de 2 c.c. dosadas á 0 gr. 02

Solurol

Comprimidos dosados á 0 gr. 25.

Tubos esterilizados Clin

para inyecciones hipodérmicas. Con medicamentos de todo género. Véase Precio corriente especial.

Hierro del Dr. Rabuteau

Grajeas—Elixir—Jarabe.

Pildoras del Dr. Moussette antineurálgicas.

Quina-Laroche

Jarabe de Aubergier al Lactucario.

Vino y jarabe Nourry

elixir Deret bi yodado.

Licor y Pildoras del Dr. Laville; antigotosas

Representantes: **MM. Bascans y G. Salinas**—111, Claris, Barcelona

Nos complaceremos en enviar á cuantos señores Médicos lo soliciten los *Anales de los Laboratorios Clin.*

Biblioteca de la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas,"

TRATADO DE TERAPÉUTICA

comprendiendo la *Farmacodinamia* y los *Elementos de Farmacología*, por M. IDE; traducido, anotado y con un prólogo del Dr. D. Manuel Márquez. etc.

Volumen de 616 páginas, con grabados intercalados en el texto.

Precio: 12 pesetas. Los pedidos á la Administración de la *Revista.*

Preciados, 33, bajo, Madrid

guan escritores griegos y romanos. Se ha señalado principalmente entre los Tibarenos (1) (que habitan sobre la costa oriental del Ponto Euxino,) entre los Tracios, los Iberos (2) y los Corsos (3).

Al fin del siglo XIII, Marco Polo encuentra esa costumbre entre los habitantes del Turquestán chino y entre los Tártaros.

En fin, muchos autores han comprobado en diversas épocas, la continuación de este hábito de levantarse muy pronto, y sustituir el marido á la mujer en la cama: en el Canadá, en la Groenlandia, entre los Caribes, los Brasilianos, los Caspianos, y en el Bearn (según el testimonio de Quatrefages). (4).

En su *Historia de los partos entre todos los pueblos*, Witkowski dice que en Egipto "en la clase rica, la parida se mete en la cama después del alumbramiento, y allí permanece de tres á seis días; las mujeres se contentan con un día ó dos. (5),"

"Durante los tres primeros días que siguen al parto, la mujer se queda en la cama... El cuarto día comienza á levantarse. (6)

M. Joly, médico de la Marina, dice que en Madagascar, las paridas permanecen en la cama ocho días en una habitación herméticamente cerrada. (7)

En Alemania, la práctica de levantarse pronto las paridas parece haberse aceptado, al menos entre ciertas clases sociales. Así, en 1842 en el curso de un viaje por Alemania, llamó la atención á mi padre el que en Praga: "las mujeres paridas permanecen siete días en la

(1) Appolonius de Rhodes (1.^a mitad del siglo 1.^o C.)—«Argonautica», libro II, cap. V., pág. 10, t. II.

(2) Strobón —Geografía, libro III, pág. 16.

(3) Diodoro de Sicilia. — (Fin del siglo I. a. g. c.), libro V, pág. 14.

(4) De Quatrefages. — Bulletin de la Soc. de antropologie, núm. 2. nov. 1882.

(5) Witkowski, —loc. cit. p. 547.

(6) J. Regnault. —Medicine et pharmacie ches les chinois. 1902, Paris. p. 100 (Challamdedit).

(7) Joly. —Archives de Medicine naval, 1903, t. LXXVII p. 56.

Maternidad, y al cabo de este tiempo se las dá el alta á menos que no pague doce florines.... (1)

La justificación de este Reglamento se puede ver en Negelé y Grenser. Estos autores dicen textualmente: "Durante los ocho primeros días es preciso que la mujer permanezca en cama en una posición casi horizontal... Pasado este plazo, la parida puede levantarse algún tiempo...."

En 1894 Kustner, de Breslau, emprendió investigaciones experimentales sobre este punto curioso de la obstetricia. Desde Abril de 1894, hasta Febrero de 1896, en mil paridas de la Clínica ginecológica de Breslan, seiscientas se levantaron muy pronto, algunas desde el segundo día después del parto, y sin que hubiese malas consecuencias.

En 1898 este autor se decidió á publicar sus resultados (2) insistiendo sobre las ventajas del precóz abandono del lecho. Las mujeres—dice—que han procedido así, "dan la impresión de un restablecimiento más completo.."

Al año siguiente, Desplats, de Lille, que hacía treinta años autorizaba á sus clientas á abandonar la cama pocos días después del parto, leyó un trabajo sobre este asunto á la Sociedad de Ciencias médicas de Lille (3). Apoyándose en lo pasado en la Cirugía de las fracturas, en que los cirujanos habían sido precedidos por los empíricos, este autor no dudó afirmar que el "largo reposo á que se condena á las paridas es irracional y con frecuencia nocivo.."

Mr. Fochier, de Lyon, nos dice que en el hospital, cuatro ó cinco días de cama eran suficientes, y que en la ciudad, en ausencia de todo accidente se podría autorizar el abandono del lecho á los dos días.

En la Tesis de Thiroux (4) se ve el resultado de

(1) Bouchacourt —En Journal de Medecine de Lyon. 1843, t. I. p. 506.

(2) Kustner.—Zetsch. f. Geb. und Gyn. 1898, t. XVII, núm 23.

(3) Aparecido en el *Journ. des sciences med de. Lille*, 1899, Enero 28.

(4) Thiroux.—La protección legal des femmes enceintes et accochée, dans la classe ouvriere. Thesis. París 1900, p. 38 y 39.

una información hecha por Napias en los hospitales de las principales ciudades de Francia: en Lyon, Bourdeaux, Dijon, Havre, Nantes, Lille, Rouan, Toulouse, Reinus, Nancy, Montpellier y Chartres durante los años 1885, 1886 y 1887. En 18.732 mujeres paridas en los hospitales de estas ciudades, 10.405 salieron antes del noveno día, lo que dá un tanto por ciento de 5 % de altas precoces.

2.º *Descanso de más de una semana y menos de dos.* En la Memoria precedentemente citada, M. Desplats se expresa de este modo: "Desde tiempo inmemorial se ha convenido que una parida debe permanecer en el lecho nueve días después del alumbramiento. Esta es la costumbre en toda la Europa civilizada, y no hace mucho que un geógrafo amigo mío me comunicaba una nota de la que resulta que lo mismo sucedía en tiempos de Carlomagno.,,"

Pronto se aumentó la duración de ese periodo, y el término de diez días fué el usual entre las señoras más acomodadas. Madama de Sevigné escribe á su hija Madama de Grignan: "No estoy satisfecha de lo que hacéis y tengo que reñiros. Habeis tratado vuestro alumbramiento como la mujer de un coronel suizo; no habeis tomado bastante caldo; desde el tercer día habeis recibido visitas y os habeis levantado al décimo....,"

Parecida opinión expresa Cazeaux en los términos siguientes: "Es muy conveniente que la mujer no se levante antes del noveno día. En las de clase acomodada y que pueden sin lesión de sus intereses, aislarse más tiempo de sus quehaceres, hay que exigir que guarden cama 15 días. (1)

Playfair participa de la misma opinión, y aún es más ecléctico; dice: "El punto capital del tratamiento de la mujer después del parto, consiste en hacerla guardar reposo en la posición horizontal, á fin de favorecer la involución del útero. En las clases elevadas la

(1) P. Cazeaux.—*Traité theorique et pratique de l'art des accouch*, 3.ª edit. 1850, p. 530 (Chamerot editeur.)

mujer guarda el lecho durante ocho ó diez días, pero si está bien, puede levantarse algo más pronto, permaneciendo echada en un sofá. Después de diez ó quince días se le permitirá sentarse en una butaca. Sin embargo estoy convencido que cuanto más largo tiempo conserve la postura horizontal, más completa y satisfactoria será la involución uterina. (1)

En el *Atlas Manual de obstetricia* de Schaefer, se lee la frase siguiente: (2) "A la mayoría de las mujeres que viven en nuestro estado de civilización, conviene un reposo de ocho á quince días."

M. Vorlet, discípulo de Rapin, de Lausana, emite una opinión análoga cuando escribe: "En los casos sencillos se puede permitir, la primera levantada cuando la matriz no traspasa la sínfisis hacia el 12.º ó el 15.º día," (3).

En su viaje á las Maternidades alemanas y austro-húngaras efectuado en 1903 (y publicado en la *Revue Medicale de l'Est*, Fruhinsholty, de Nancy, hace constar que "las paridas permanecen diez ó doce días en cama cuando los partos son normales,". Señala que en Hamburgo se obliga á las mujeres á permanecer acostadas durante doce días.

Recientemente el profesor Hegar, de Friburgo, se ha pronunciado claramente en favor del abandono precoz del lecho: en su artículo titulado *Dietética de las consecuencias del parto* (4): "Del décimo al duodécimo día—dice—la parida puede levantarse, sentarse en un sofá, ó permanecer de pié algunas horas. Poco á poco efectuará el cambio á la vida anterior,".

Semejante opinión está apoyada igualmente por Beuttrier (5) en un informe sobre la *Higiene del puerperio fisiológico*. Este autor admite que "en los casos

(1) Playfair: *Traité theorique et pratique des accouch.* Trad. Vermeil, 1879. (Doin, edit.)

(2) Traduc: Patocki, 1901, p 223 (Bailliere, edit.)

(3) Vorlet: *Hygrien de la grossesse*, 1902. (Doin, edit.)

(4) Aparecido en la *Deutsche Med. Woch.* 1906, 22 nov, núm. 47.

(5) Beuttrier.—*Soc. de obst. de la Suisse romande*, 1906.

normales puede permitirse á la parida levantarse del noveno al décimo día.,.

En fin, Mr. Picheón piensa que en los mismos casos puede autorizarse á la mujer á abandonar el lecho antes del fin de la segunda semana., (1).

Según las estadísticas ya antiguas de Napias, de 1.780 enfermas paridas (dos tercios en los hospitales y un tercio con las matronas), 1.471 salieron en la segunda semana después de sus partos, lo que da una proporción de 82,6 % de altas precoces.

En 1890 Mr. Pinard, dirigió una Comunicación á la Sociedad de Medicina pública, y en ella presentó un cuadro de 425 mujeres que habían parido en sus Salas de un modo fisiológico. De ellas, 404 salieron antes del día 16 sin novedad.

Mr. Pinard ha tenido la curiosidad de preguntar por qué estas mujeres se marchaban tan pronto y recibió las contestaciones más variadas, de lo que deduce que el pretexto más frecuente no es otro que la *necesidad*.

No debe concederse excesiva importancia á esta respuesta, que con frecuencia no es más que un pretexto, principalmente para las que se dirigen al Vesinet.

Por mi parte, en los numerosos años que he pasado en las Maternidades como interno y como jefe de Clínicas, he recibido repetidamente esta contestación, que daban como argumento sin réplica: "me voy por que ya es el décimo día.,.

Los señores Gaulard y Bué, según Desplats, obtuvieron idénticas respuestas, y deploran estos hechos después de haber comprobado que (2) "es de tradición que una parida puede y debe levantarse al noveno día (3).

(1) Picheou.—Semaine Gynecologique, 1906.—18 sept.

(2) Gaulard et Bue.—Accouch, et mal. des femmes, 1901 (Vigot, ed.)

(3) Debe advertirse que en París, para las matronas agregadas á la Asistencia pública, la Administración de acuerdo con los médicos, ha aceptado el término de diez días para la pensión de las paridas, lo que constituye una contradicción flagrante con las ideas emitidas por los tocólogos de los hospitales, como luego veremos.

Descanso medio de tres semanas, —Según la mayoría de los clásicos actuales, una parida de la ciudad no debe levantarse antes de los 21 días, bajo el pretexto de que la involución uterina no está completa sino á partir de esta fecha.

Parece también que la severidad de los tocólogos tiene más bien tendencia á reforzarse que á relajarse en estos últimos años.

Así, mientras que Tarnier y Chantreuil declaran sencillamente “que es ventajoso para una parida guardar la posición horizontal quince y aun veinte días si es posible,” (1), Ribemont y Lepage dicen: “la mujer puede levantarse sin gran inconveniente del 18 al 25 día, que es cuando ya no pierde sangre y el útero ha vuelto á ser órgano pélvico...”

En cuanto á Charpentier, después de haber declarado que las paridas que se levantan al quinto ó sexto día ven disminuir más rápidamente las dimensiones de su matriz que las que se levantan tardíamente, dice algunas líneas más abajo que “la duración de la estancia en el lecho debe ser por lo menos de tres semanas, frecuentemente más, *nunca menos*, y no autoriza el que anden por la habitación sino el día 30 ° (2).

En el *Congreso nacional de asistencia* que se celebró en Lyon en 1894 se adoptó por unanimidad, á propuesta de M. Crozier, de Saint-Etienne, un informe que contiene el párrafo siguiente: “He querido consultar á cierto número de tocólogos cuya ciencia es conocida y apreciada de todos vosotros y he escrito á nuestros colegas Pinard, Budin, Maygner, Porack..... Las contestaciones de nuestros colegas han sido del todo concordantes: *La mujer no puede levantarse sino cuando el útero ha vuelto á ser órgano pélvico, es decir á los diez y ocho ó veinticinco días*...”

En el Manual de Gaulard y Bué se halla la opinión

(1) Tarnier y Chantreuil. —Traité de l'art des acc. 1882. t. I.

(2) Ribemont et Lepage. —Precis d'obstetrique 2.^a edit. 1896, p. 548.

de Tarnier, que está ligeramente agravada en el Manual de Budin y Demelin: "La estancia en la cama, dicen estos últimos, debe prolongarse cuanto sea posible hasta que no haya flujo sanguíneo y el útero reaccionando sobre sí mismo haya desaparecido completamente detrás de la sínfisis pubiana, Este resultado no se obtiene antes del 18.º al 21.º días,,.

En un artículo relativamente reciente titulado: *Cuestiones modernas sobre el régimen dietético del puerperio* (1), Jalk no duda en afirmar que el método de Kustner del alta precoz de las paridas, le parece presenta más inconvenientes que ventajas. Por lo cual deja á sus clientes de 17 á 20 días en la cama.

Esta doctrina del reposo prolongado, cada día más clásica, ha tenido las consecuencias siguientes, de las que muchos tocólogos, y entre ellos Bonnaire, se quejan amargamente: en la clase rica la joven madre, feliz con su hijo y con las visitas que recibe, no quiere abandonar el lecho, tanto más cuanto que cree merecer también los elogios del médico y de los que la rodean. En muchos casos, es necesario hoy los mandatos más apremiantes del tocólogo, para decidir á las paridas á poner un pié en el suelo al cabo de un mes y algunas veces más.

Dr. PINILLA (tradujo)

NOTAS CLINICAS

UNA AGUJA EN LOS GLUTEOS.--EL ACEITE GRIS.--ASEPSIA SIEMPRE

POR EL DR. PINILLA.

Hace cuatro años acudió á mi consulta un joven de 20 años, con unas placas sifilíticas en la faringe, que resistían al tratamiento de que se hacía uso y que consistía en unas fricciones de unguento gris—cuatro á seis gramos cada unción—de las que llevaba practicadas unas doce, y que tuvo que interrumpir por un ptialismo y estomatitis molestas.

(1) Samml. Klin. 1995, núm. 385.

Propuse al enfermo y aceptó las inyecciones de aceite gris, que á la sazón acababa de recomendarme en París, mi distinguido amigo el doctor Leredde, y yo había traído en ampollas de centímetro cúbico.

La primera inyección se hizo sin novedad, y con la técnica corriente, escogiendo como acostumbro á hacer de ordinario, el punto de Fournier (1) Inyecté un cuarto de geringa.

Durante la segunda inyección, á los siete días, y estando el enfermo echado en la mesa de operaciones, hizo un movimiento violento y se partió por la raiz la aguja de la jeringuilla.

Inmediatamente puse el dedo índice de mi mano izquierda en el sitio de la inyección; que, por otra parte, no había tenido tiempo de ejecutar, y con el índice de la derecha alcancé de la mesa el tintero, y mojando el dedo en la tinta, manché el sitio de la picadura, mientras me provistaba de unas pinzas.

Cuando volví al enfermo con las pinzas y un bisturí, ya no encontré la aguja, á pesar de la señal de tinta. Hice un ojal grandecito, metí las pinzas y aun el dedo sin encontrar lo que buscaba, y tuve que colocar un esparadrapo, confesando un tanto avergonzado que no parecía la aguja.

Y todavía no ha aparecido y van, como digo, cuatro años.

El enfermo no tuvo abscesos, ni dolores siquiera. Aguantó otras cinco inyecciones, ya sin moverse para no romper otra aguja, que no eran por cierto de platino, y su sífilis desapareció, no sin nueva medicación yodurada y mercurial y baños de Ledesma.

Las enseñanzas de cuya historia vienen á ser: que no debe temerse el dejar una aguja en los gluteos, si se ha procedido con asepsia completa; que no debe introducirse la aguja hasta el tope, que es por donde suelen romperse con más facilidad y no dejan punto

(1) Las inyecciones en la región de la nalga pueden hacerse como se sabe en estos puntos:

1.º *Punto de Barthelemy*, situado en la parte media de una línea que va desde la espina iliaca anterior superior á la extremidad más alta del surco interglúteo (borde externo del glúteo mayor).

2.º *Punto de Galliot* en la intersección de una horizontal que pasa dos dedos por cima del gran trocanter, con una línea perpendicular paralela al pliegue ó surco interglúteo, y pasa á dos dedos por fuera de él.

3.º *Punto de Smirnoff*, á un través de dedo, detrás de la parte superior del gran trocanter.

4.º *Punto de Fournier*, en el tercio superior de la nalga.

por donde cojerse para su extracción, y por último, que el aceite gris no solo debe usarse en la sífilis grave, sino en la insistente, y cuando el estomocace contra indique las uncciones, que siempre serán útiles bien dadas y en los sífilíticos comenzantes.

Pero esto no es de este lugar.

VARIEDADES

Recompensa merecida

por A. NUÑEZ.

El «Progreso Médico» acaba de otorgar á mi querido amigo el Dr. D. José González Castro, el primer premio en el concurso, por un trabajo titulado: *Contribución al estudio de la diabetes sacarina*. He aquí el tema propuesto:

«¿Han aumentado los casos de diabetes en estos últimos años?»

«¿Cuales son las causas probables de este aumento del número de diabéticos, si es que realmente se haya averiguado?»

El Dr. González Castro hace un minucioso estudio de las teorías patogénicas de la diabetes, y acaba por aceptar las doctrinas generalizadoras de nuestro inolvidable maestro y paisano Sánchez Herrero, haciendo de la diabetes una auto-intoxicación, debida principalmente á influencias nerviosas que perturban los íntimos fenómenos de la nutrición, y afirma que solo como síndrome de los trastornos nutritivos deben figurar las diversas diabetes (sacarina, insípida, azotúrica, etc.) que se pretenden describir como procesos morbosos individualizados.

Cree que el aumento de los diabéticos puede ser y es de hecho, *positivo y aparente*. Este último lo enlaza con la mayor facilidad en los diagnósticos y la difusión de los medios de análisis, que permiten apreciar un gran número de diabetes, antes ignoradas.

El aumento positivo lo achaca á las condiciones de la vida moderna, demostrando que en los pueblos de vida patriarcal, sin ambiciones ni choques nerviosos, la diabetes ha sido siempre excepcional, apesar de abusar de los feculentos y en especial de

la castaña, como ocurría en la Vera de Plasencia en la época á que él se refiere.

Como José González Castro ha sido siempre un escritor castizo y brillante, que no puede separar el arte de la ciencia, resplandecen en su último trabajo hermosos párrafos impregnados de poesía. Sirva de muestra el siguiente:

«...; hay en los pueblos más íntimos y pobres un anhelo de mejoramiento; se corre tras él sin reparar que van quedando trozos de vida al borde del camino. No hay en la sociedad moderna mansa resignación á la pobreza plácida, en la que el ideal reside en el trabajo constante, en el laborar silencioso, en el ahorro permanente, que veda inquietudes para un mañana lejano, al que llegaremos viejos ya é impotentes para la lucha...»

La memoria premiada es concisa pero fecunda. No se puede decir más ni mejor dicho en menos espacio.

Reciba, pues el ilustrado médico titular de Mirabel, nuestra más cordial enhorabuena y siga por la senda emprendida sin desmayar, en la inteligencia de que con labores como ésta, es como el hombre se honra á sí mismo, á la par que sirve á la ciencia y á la pátria, contribuyendo á su ansiada regeneración.

Revista de revistas

La cura de descloruración (Revue d'Andrologie)

En el reciente Congreso nacional alemán de Medicina celebrado en Wiesbadenc (Abril 1907) se han ocupado muchos miembros del Congreso de las nefritis y de las modificaciones histológicas del riñón en algunas de estas, así como de la cura de descloruración, tan á la moda hace algunos años.

El Dr. Schlayer (de Tubinga) discurrió sobre las razones que determinan la aparición del edema en ciertas nefritis, mientras que en otras no se observa la menor huella de hidropesía. El autor ha querido reproducir experimentalmente estas dos clases de nefritis, y sabiendo que el urano tiene la propiedad de producir en el conejo nefritis con edema, lo administró haciendo tomar á uno de estos animales un día ó dos después el cloruro de sodio,

que determinó una brusca anuria, que hizo desaparecer bajo la acción de la cafeína.

¿Qué había sucedido aquí?

El urano dá lugar ciertamente á que los vasos del riñón se vuelvan impermeables para la sal y el agua, y sin embargo, en la nefritis uránica reciente, los vasos del riñón no están afectados y permanecen anatómicamente intactos.

Esta impermeabilidad vascular no es, pues, debida á lesión epitelial, ni el edema está provocado por una alteración de los tubos uriníferos.

En una segunda serie de animales á quienes el autor alimentó con forraje seco, no se presentó el edema ó se produjo muy tardamente con ligera alteración de los epitelios renales en este mismo caso. El anasarca no se produce, por lo tanto, por lesiones de los vasos del riñón. La intoxicación por el urano tiene una acción doble: produce en primer término vaso-constricción de los vasos del riñón y en segundo lugar obra sobre los vasos de la piel exagerando su permeabilidad.

El Dr. Liégel (de Reichenhall) ha experimentado sobre el perro la acción del nitrato de urano. La primera vez el autor consiguió con este procedimiento transformar en estos animales una nefritis crónica intersticial con hipertrofia del ventrículo izquierdo. Esta transformación se verifica en el animal hacia las tres semanas. Los signos clínicos que la acompañan son: transparencia de la orina, disminución de su densidad, disminución de la albuminuria y la continuación de la cilindruria.

Todas las autópsias, vinieron á corroborar la clínica. El riñón se presenta bajo el mismo aspecto que el del hombre atacado de atrófia granulosa en su comienzo y el microscópio permite ver alteraciones vasculares, de generación fibrosa de los glomérulos y focos de intestinales. Un simple exámen, permite comprobar la hipertrofia evidente del ventrículo izquierdo.

El Dr. Liegel ha reproducido experimentalmente nefritis *a frigore* en perros dormidos, en los que se ponía al descubierto un riñón por la vía peritoneal. Obtenido este resultado, aplicaba sobre el riñón un trozo de hielo durante 20 á 30 minutos. El resultado obtenido á consecuencia de esta intervención, era casi siempre una nefritis aguda hemorrágica. En la autópsia del animal se vió que los dos riñones presentaban las mismas lesiones, aunque

no se había tratado por el hielo más que uno solo. El Dr. Straus (de Berlín) advirtió que los informes anteriores confirman los principios sobre los que sostiene él su tratamiento de las nefritis por la decloruración.

Hace seis años que éste autor afirmó que para que exista edema son precisas las lesiones vasculares. Y en cuanto á la práctica, afirma también que se ha exagerado este tratamiento y traspasado sus indicaciones.

Por su parte, no somete á dicho régimen más que á los de nefritis parenquimatosa con tendencia á la hidropesía. Si en efecto se somete á estos enfermos al régimen ordinario ó de media cloruración, las orinas que emiten son hipercloruradas al mismo tiempo que el peso total del cuerpo aumenta; lo cual demuestra, que en las grandes lesiones renales el agua se fija con facilidad en los tejidos. Para producir la hidropesía hay que hacer tomar una cantidad suficiente de agua al mismo tiempo que el cloruro de sodio.

El doctor Winternitz (de Halle) impugna la posibilidad de reproducir experimentalmente la nefritis *a frigore*.

En la clínica de Von Mering, sus experimentos y los de sus colegas han sido siempre negativos.

He aquí su modo de operar. Los perros después de la anestesia y puestos al exterior sus riñones, son descapsulados fijándolos á la piel. Por este medio hacía frecuentes aplicaciones del hielo y sin embargo no obtuvieron ninguna forma de nefritis.

El Dr. Erich Meyer (de Munich) reproduce los experimentos de Heinecke, que por medio del cromo ó de venenos análogos, determinaba en el perro una nefritis sin edema. Para provocar en el mismo animal un anasarque experimental, bastaba hacerle ingerir sal y una cantidad de agua relativamente considerable. El autor es de parecer que se debe evaluar la tolerancia de la sal de cada individuo atacado de nefritis. Los resultados de este experimento forman la base de la terapéutica que se debe emplear á este respecto.

El Dr. Von Norden (de Viena) es el primero que ha recomendado la limitación del agua en la nefritis. Prefiere más no hidratar demasiado á sus enfermos, que rehusarles la más pequeña cantidad de sal, porque es de parecer que obrando así, los enfermos pierden pronto el apetito y se debilitan.

La insuficiencia pancreática por el Dr. March.—(*La Medicina Internacional*, Mayo de 1907).

Glándula de doble piel, provista de una doble función secretoria, secreción externa que se vierte en el intestino y desempeña un importante papel en la digestión de las albúminas, grasas é hidratos de carbono, y secreción interna que se deriva á la sangre y sirve á la utilización de la glicosis por el organismo, el páncreas tiene una importancia considerable en el mecanismo de la nutrición. Sus alteraciones repercuten de un modo profundo sobre la digestión intestinal y sobre la nutrición general.

Sin embargo, los trastornos que resultan de la insuficiencia funcional pancreática, están mal definidos aún. Esto obedece á que el páncreas ocupa un sitio profundo en el abdomen, que le hace difícilmente accesible á la observación y á la experimentación, y también á que el páncreas funciona concurrentemente con la glándula hepática y las glándulas intestinales, de tal suerte, que es difícil de considerar su acción propia, aislada de la de aquellas glándulas.

En estos últimos años se han verificado numerosas investigaciones experimentales anatomo-patológicas y clínicas, y hasta observaciones quirúrgicas sobre el páncreas y su función, de manera que empieza á entreverse la posibilidad de establecer la existencia de un síndrome relacionado con la insuficiencia pancreática.

Estas investigaciones son muy frecuentes: han sido inauguradas por los trabajos de P. Carnot sobre el páncreas, y por los estudios sobre las pancreatitis hemorrágicas y las pancreatitis infecciosas de los cirujanos Korte, Kehr, Riedel, Mayo Robson, Desjardins, Quénu y Dusal y Ferrier y por las investigaciones de los médicos sobre las lesiones anatómicas del páncreas en el curso de las cirrosis del hígado. Numerosos autores habían demostrado ya la existencia de la esclerosis del páncreas en los sujetos atacados de cirrosis hepática, con diabetes bronceada. Pusinelli, Quincke, Kretz, Klippel y Lefas han señalado esclerosis pancreáticas en el transcurso de cirrosis no pigmentarias.

Finalmente, Steinhans, aconsejado por Miskowski, emprendió un estudio sistemático del estado del páncreas en las cirrosis hepáticas: en 11 casos, de 12, halla el páncreas alterado,

Estas lesiones del páncreas en los cirróticos recuerdan mucho las lesiones del hígado mismo, aun cuando le sean relativamente independientes; tan pronto el páncreas está tocado apenas, cuando el parénquima hepático se halla sofocado por la esclerosis; tan pronto es el páncreas el que se encuentra esclerosado, mientras que el hígado está relativamente poco atacado.

El volumen del páncreas es muy variado: está hipertrofiado á veces, con la mayor frecuencia normal y otras veces atrofiado y hasta reducido á un simple término medio. Está duro, cruge bajo el cuchillo á la sección; sus lesiones, como las del hígado, son de dos clases: 1.º, lesiones de pancreatitis intersticial; 2.º, lesiones de canaliculitis ascendente.

La cirrosis es, ante todo, peri-lobular; es una cirrosis joven, con infiltración de las células redondas. Después el tejido conjuntivo penetra en el lóbulo y disecciona los acinis. En este tejido conjuntivo se advierten neo-capilares numerosos, y una neo formación de canículos excretores del páncreas. El elemento glandular, reacciona. También algunos se hipertrofian, otros se atrofian, se necrosan y acaban por sufrir la degenerescencia grasosa. Los vasos están infectados, los islotes de Langerham suelen estar intactos, aun en los casos en que existe glicosuria.

La canaliculitis ascendente se traduce por la proliferación y la degenerescencia en el epitelio excretor, el grosor del tejido conjuntivo alrededor de los canales excretores y la formación de neocanáliculos.

La existencia de la glicosuria durante las cirrosis hepáticas, había hecho pensar en la posibilidad de alteraciones del páncreas, V. Mernis y Rinkowski, demostraron que la pancreatitis intersticial conduce á la diabetes. Sin embargo, los autores no están de acuerdo sobre el valor de la lesión del páncreas, responsable de la glicosuria. Hausemann, Schulze, Opie, Thoinot y Belamare, Curtis y Gellec y Sauerbeck, atribuyen la glicosuria á la alteración de los islotes de Langerhans, mientras Guttman y Steinhaus invocan la alteración de un elemento específico mal determinado, que radicaría en toda la glándula.

Raramente es el páncreas el único órgano lesionado: el hígado y el intestino participan á su vez de las mismas causas de alteración, de suerte que los síntomas resultantes de estas alteraciones múltiples forman un conjunto bastante complejo. M. Louis

Monier ha procurado poner en evidencia los síntomas que atañen al hígado, al páncreas y al intestino, en las hepatopancreatitis. La afección disminuye, tan pronto por los síntomas hepáticos como por los pancreáticos ó los gastro-intestinales.

En el primer caso, forma hepática, los síntomas de cirrosis hepática disminuyen. Desde el principio se notan algunos trastornos dispépticos, pesadéz en el hipogástrico derecho y un aumento del volumen del hígado; la orina contiene pigmento biliar modificado.

Pronto se acusan los síntomas gastro-intestinales. El enfermo rehusa los alimentos grasos, y enflaquece; tiene meteorismo abdominal y dolores hepáticos; las deyecciones tienen poco color, la diarrea alterna con el estreñimiento.

A veces se producen hemorragias intestinales. Se observa edema de los miembros inferiores, una distensión de la red venosa sub-cutánea del abdomen, y á veces anitís. Instálase después la subicteria y luego la icteria; las materias fecales suelen ser descoloridas, de aspecto graso, oleoso, y el análisis químico descubre en ellas un aumento efectivo de grasas.

La afección termina de ordinario por la muerte que sobreviene tras un periodo de icteria grave.

En la forma de predominio gastro-intestinal, después de un principio análogo, marcado por trastornos dispépticos, los síntomas debidos á la insuficiencia de la secreción externa del páncreas, toman la delantera.

Las deyecciones aumentan de volumen y son acuosas, blandas, porque la travesía intestinal se hace con más rapidez, como ha demostrado Gaultier, y el agua no ha tenido tiempo de reabsorberse en el intestino.

Las materias fecales, son normalmente neutras, ó muy ligeramente alcalinas; aquí suele aumentar la alcalinidad y esto obedece, como ha demostrado Gaultier, á la disminución del desdoblamiento de las grasas, de donde resulta una producción menor de ácidos grasos; además, la insuficiencia del jugo pancreático, que normalmente desdobla las grasas en glicerina y ácido graso, produce la esteatorrea y la hiposteatomolisis. La esteatorrea no siempre es perceptible á simple vista. Hay que renunciar á veces también al exámen microscópico que muestra gotitas grasosas y numerosos cristales de ácido graso; siempre que se haya sometido

do al enfermo á un régimen medio, que no contenga exceso de grasa, y cuya cantidad de esta substancia sea fácil de determinar, es posible reconocer por el análisis de las materias fecales que la proporción de materias grasas que pasan á las deyecciones, es mucho mayor que en el estado normal.

Además, las grasas no sufren un desdoblamiento completo, mientras en condiciones normales, el 75 por 100 de las materias grasas de las heces se hallan en estado de grasas desdobladas, y solo el 25 por 100 en estado de grasas neutras; en los enfermos atacados de insuficiencia pancreática, la proporción de las grasas desdobladas es muy inferior al 75 por 100.

La azotorrea es otro síntoma importante. Mientras en el hombre sano el ázoe de los alimentos se absorbe en gran parte por el intestino, sólo se desecha por las heces el 5 ó 6 por 100, aquí la absorción es imperfecta, y aun con un régimen conveniente pasa á las heces más del 10 por 100. Según R. Gaultier, después de la comida de prueba de un enfermo atacado de insuficiencia biliar, el desecho de los albuminoides por las heces, aumenta de 13 á 17 por 100, pero no se halla en las heces ni albúmina ni albuminoides; en caso de déficit pancreático, pasa á las heces del 26 al 55 por 100 del ázoe ingerido y se halla también albúmina y peptonas; en caso de déficit simultáneo de bilis y de jugo pancreático, hay más del 35 por 100 del ázoe en las materias fecales; si á la insuficiencia biliar y pancreática se añade aún una insuficiencia de la absorción intestinal, los resultados se acentúan y el déficit de ázoe se eleva á 60 por 100.

La química es el medio mejor y más sensible de juzgar el déficit de digestión y de absorción intestinal. Pero en los casos graves, si se investiga también á simple vista, podrán verse en las heces trozos de carne no digeridos, y reconocer al microscópio fibras musculares.

Finalmente, la prueba de Schmidt puede servir para el diagnóstico; hace tragar pequeños cubos de carne metidos en saquitos de gasa; los vuelve á encontrar en las heces y los examina al microscópio; si las fibras musculares presentan aún sus núcleos celulares, es que existe un déficit pancreático, porque solo el jugo pancreático es capaz de digerir los núcleos.

Todavía se han buscado muchos otros indicios de la insuficiencia pancreática. Así es que, Gerahrdis y Piseni, en otro tiem-

po, consideraron signo de afección pancreática la ausencia de indicante. La lipuria y la pentosuria, no tienen nada de característico; Sahli ha pretendido que la ausencia de desdoblamiento del salol y de paso del ácido salicílico á la orina era un indicio de insuficiencia del páncreas. Había admitido también que la significación era idéntica cuando, después de ingerir cápsulas de gluten conteniendo yodoformo, tardaba más de seis horas en aparecer el yodo en las orinas.

Cammidje y Mayo Robbison, atribuyeron á la insuficiencia pancreática la presencia de oxalato de cal en la orina.

Finalmente, Cammidje admitía que en las afecciones del páncreas pasaba glicerina á las orinas; muchos autores han criticado esta reacción de Cammidje.

Entre los indicios clínicos más característicos de la alteración del páncreas, se encuentra la diarrea persistente que resiste á todos los medicamentos y el enflaquecimiento rápido.

Los enfermos mueren de inanición rápida y de marasmo, ayudados con frecuencia por la tuberculosis pulmonar.

La tercera forma, llamada pancreática, de hepato pancreatitis, evoluciona bajo las apariencias de una diabetes. Esta presenta grados muy diversos: la diabetes de origen pancreático, no es siempre una diabetes intensa como antes se creía; hay casos en que la glicosuria es muy poco pronunciada y no aparece sino tras una abundante ingestión de hidratos de carbono ó aun después de la prueba especial de la glicosuria alimenticia, y puede hacérsela cesar bajo la influencia del régimen; así sucedía en un caso de cáncer del páncreas, recientemente publicado por los señores Brault y Ameuille. Otras veces, la glicosuria es abundante; la diabetes tiene los caracteres de una diabetes flaca con desnutrición azoada, glicosuria abundante, que no hace cesar la privación de hidratos de carbono. Pero esta forma es grave más bien, por la coexistencia de los síntomas gastro-intestinales.

Resulta de esos diversos trabajos que hoy puede intentarse establecer la existencia de un síndrome de insuficiencia pancreática, basado sobre los trastornos profundos de la digestión y el trastorno de la glico-regulación; por desgracia, los signos clínicos y hasta las investigaciones de laboratorio, que permiten en cada caso particular reconocer la insuficiencia del páncreas, son

muy rudimentarios aún y están harto lejos de permitir un diagnóstico seguro.

El Bachillerato en Inglaterra. (Revue Universitaire).

Sobre un estudio de Mr. Ch. Bastida, con este título, inserto en la *Revue Universitaire*, haremos ligeros comentarios, y alguna que otra reflexión.

La importancia adquirida por el Bachillerato en Inglaterra, dice Mr. Ch. Bastida, arranca, sobre poco más ó menos, del momento en que se trató de suprimirlo en otros pueblos. Sin que esto signifique excelencia ó supremacía en lo inglés, ya que los reproches dirigidos al Bachillerato en general, pueden y deben á su vez ser dirigidos á sus equivalentes ingleses, de puntos bien vulnerables.

Por *Bachillerato* se entiende, examen de ingreso en los estudios superiores; suficiencia en un determinado grado de instrucción y derecho á matricularse en una facultad cualquiera. Y en España sirve para este solo fin.

En Inglaterra existen distintas clases de exámenes que estudiaremos consecutivamente

I.—Exámenes de ingreso en las Universidades.—La Universidad de Londres, de creación reciente, no se halla inspirada en el respeto á la tradición; y la *matriculation examination* responde á las aptitudes particulares de cada uno de los candidatos, ya que el programa es enciclopédico.

Todos ellos son interrogados acerca de la lengua y literatura inglesas, matemáticas—Aritmética y elementos de Algebra por una parte y por otra los cuatro libros primeros de Geometría—latín y ciencias físicas y naturales. Las respuestas son por escrito, y se da á los examinandos para este trabajos, un plazo de tres horas. Y á estas materias generales, hay que añadir otras especiales, entresacadas de una extensa y formidable lista: latín, griego, sanscrito, hebreo, francés, alemán, español, italiano, portugués; la historia antigua, la historia moderna—Inglaterra desde 1485 hasta la muerte de la reina Victoria—geografía, —Inglaterra desde 1688 hasta la muerte de la reina Victoria—y geografía de las islas Británicas: geografía general, matemáticas superiores, lógica, ciencias físicas y naturales, etc., etc., pues la lista se va

haciendo interminable. Y todo ello, para los dieciseis años, época en que deberá sufrirse estos exámenes, bien en Enero, bien en Junio ó Julio, bien en Septiembre

El ejercicio oral no es obligatorio más que para las lenguas vivas, y en las demás materias el tribunal se reserva el derecho de recurrir á él en determinados casos.

Están dispensados de este exámen, los discípulos de escuelas secundarias que han obtenido el certificado de fin de estudios, de que ya se hablará más adelante, y bajo determinadas condiciones os estudiantes inscritos en otras Universidades inglesas y por último los extranjeros provistos de un grado equivalente, como por ejemplo, el de bachillerato francés.

La *matriculation* confiere permiso para el examen de admisión en las Universidades de Oxford—*responsion*—con una reserva de que ya se tratará, y de Cambridge—*previoux examination*:—abre las puertas de ciertos institutos de enseñanza inferior—escuelas de arquitectura, notariado, farmacia, química, etc,— y por último, facilita la entrada en las academias militares.

El Diploma, que no refrenda el Estado se firma tan solo por el Rector de la Universidad y en Londres puede ser concedido á las mujeres.

Como las viejas universidades no conocían la *matriculation*, cada colegio de Oxford tiene el caracter que el Director le imprime y desde el momento que un estudiante es admitido en uno de estos colegios ya forma parte de la Universidad.

Los extranjeros pueden escoger entre las lenguas clásicas y las lengua orientales; esta disposición del reglamento se refiere especialmente á los estudiantes indios. Los estudiantes que cursan derecho, medicina ó ciencias, son dispensados del latín y del griego que estudian más adelante respondiendo tan solo en la *responsions* á una pregunta suplementaria acerca de historiador ó filósofo latino ó griego, un historiador ó filósofo francés, alemán ó italiano, sobre el primero libro de *Novum Organum*, de Bacon ó sobre elementos de lógica. El examen oral es obligatorio para todos los candidatos. La época de las *responsions* es en Diciembre, Marzo, Julio y Septiembre.

Es inútil analizar los programas de otras universidades inglesas, Liberpool, Leeds, Sheffield; todas de reciente creación, imitan más ó menos á la de Londres; Durham y Cambridge son an-

tiguas universidades que conservan sus tradiciones propias; la primera se consagra principalmente á la Teología, la segunda á las ciencias.

Noticias

En el mes anterior se han presentado algunos casos de viruela, de poca gravedad, pero que indican la conveniencia de practicar vacunaciones y revacunaciones.

La tos ferina ha hecho algunos estragos, lo mismo que el sarampión.

La restante morbilidad se representa por gastricismos y enfermedades generales no infecciosas.

Movimiento demográfico de Salamanca

MAYO.

Población, 27.160.

Número de hechos.....	Absoluto.....	Nacimientos	78
		Defunciones	74
		Matrimonios	13
Número de hechos.....	Por 1.000 habitantes....	Natalidad	2'87
		Mortalidad	2'72
		Nupcialidad	0'48
Número de nacidos... ..	Vivos.....	Varones	58
		Hembras	40
Número de nacidos... ..	Vivos.....	Legítimos.	68
		Ilegítimos.	6
Número de nacidos... ..	Muertos....	Expósitos.	4
		<i>Total.</i>	<i>78</i>
Número de nacidos... ..	Muertos....	Legítimos.	6
		Ilegítimos.	»
Número de nacidos... ..	Muertos....	Expósitos.	»
		<i>Total.</i>	<i>6</i>
Número de fallecidos.....	Muertos....	Varones..	49
		Hembras.	25
		Menores de 5 años.	32
		De 5 y más años.	42
		En hospitales y casas de salud.	10
Número de fallecidos.....	Muertos....	En otros establecimientos benéficos.	17
		<i>Total.</i>	<i>27</i>

N. N., de 30 años, soltera, sin antecedentes familiares de interés. Ha padecido en su niñez algunas fiebres eruptivas, sin tener después alteración ninguna, hasta que ha empezado el padecimiento actual. A partir del cuarto mes de su embarazo, que es el primero, se la presentaron edemas, que empezando por los miembros inferiores, se generalizaron después invadiendo las cuatro extremidades y la cara.

Con esto coincidió una cefalea de gran intensidad y una disminución de la agudeza visual que, por gradaciones sucesivas, la condujo á la amaurosis completa.

En esta situación ingresó en la Clínica de Maternidad del Hospital de San Carlos.

Explorando á la enferma, apreciamos que existía edema muy considerable y generalizado. La orina estaba muy disminuída en cantidad (500 gramos en las 24 hora) y era oscura y sedimentosa. El análisis demostró la presencia de albumina en la cantidad de 28 gramos por litro y de numerosos cilindros epiteliales.

La exploración del aparato visual suministró los datos siguientes: insensibilidad absoluta de ambas retinas, pues una luz aproximada á la distancia de cinco centímetros del ojo, no era percibida por la enferma.

El iris dilatado é inmóvil en absoluto. Al exámen oftalmoscópico se vé que ambas retinas están muy infiltradas con hemorragias y oxudados esparcidos por toda su extensión. Las papilas no se pueden distinguir, estando completamente recubiertas por hemorragias abundantes, de forma radiada. Los exudados son más extensos en la retina izquierda.

A los dos ó tres días de su estancia en la Clínica dió á luz un niño prematuro de mil trescientos gramos de peso; no hubo trastorno alguno durante el parto, únicamente las membranas tardaron algún tiempo en ser expulsadas.

A partir de esta fecha, los edemas disminuyeron, la cantidad de albumina urinaria fué decreciendo igualmente, al par que la agudeza visual reaparecía, de un

modo paralelo á la reabsorción de los exudados y hemorragias retinianas, como consta en un detallado diario de observación, llevado con irreprochable exactitud por mi ilustrado y querido compañero, el Dr. del Mazo, jefe entonces de aquella Clínica.

La enferma fué dada de alta algunos días después.
Diagnóstico: Neuro-retinitis albuminúrica.

OBSERVACIÓN. 5.^a—Hospital de San Carlos.—
Sala de Maternidad.

F. M. de 26 años y natural de la provincia de Salamanca, ingresó en la clínica el día 16 de Abril de 1902, en profundo estado comatoso, razón por la que nos fué punto menos que imposible la investigación de sus antecedentes, averiguando tan solo que era multipara y se hallaba en el sexto mes de un nuevo embarazo.

Examinando á la enferma, apreciamos que presentaba edemas en la cara y extremidades. La orina contenía albumina en cantidad enorme (17 gramos por litro) y cilindros epiteliales en los sedimentos. No encontramos ningún otro dato de interés.

Al día siguiente de su ingreso, algo más despejadas sus funciones intelectuales, se quejó la enferma de la pérdida casi completa de la visión: á una distancia de pocos centímetros, solo distinguía los bultos muy confusamente; el iris algo dilatado, reaccionaba sin embargo á la luz. El exámen oftalmoscópico, puso de manifiesto la *falta absoluta* de lesiones en el fondo del ojo.

La orina continuaba siendo muy escasa; una inyección de azul de metileno al uno por veinte, tardó seis horas en comenzar á eliminarse.

Al día siguiente se presentó una intensa disnea no acompañada de síntomas de auscultación justificantes, inicióse nuevamente el sopor y en un estado de coma profundo, entrecortado por algunos ataques convulsi-

vos, falleció la enferma, sin que nos fuese posible practicar la autopsia.

Al ocurrir la muerte duraba todavía la eliminación del azul de metileno, setenta y dos horas después de haber sido hecha la inyección

Las dos historias clínicas que sumariamente hemos referido, interesantes ya de por sí, presentan mayor curiosidad y trascendencia si nos detenemos en el análisis comparativo de las mismas.

La primera es una observación vulgar y corriente de retinitis albuminúrica, la segunda un curioso caso de amaurosis urémica, acompañando á los graves accidentes propios de la encefalopatía del mismo nombre.

En el primer caso, el exámen oftalmoscópico nos puso de manifiesto las lesiones retinianas de edema y hemorragia que fueron causa eficiente de la ceguera.

En el segundo caso no se apreciaban lesiones en el fondo del ojo, la pupila reaccionaba á la luz y todas las razones nos llevan á suponer que esta amaurosis reconocía un origen central.

Aun cuando los dos casos sean esencialmente distintos, podremos anotar si profundizamos en el análisis, algunos especiales hechos que acaso puedan tener importancia para la comprensión patogénica de ambos procesos.

Bien conocida es de todos la importancia transcendental de la cerebroscopía, que nos revela las íntimas conexiones fisiológicas y patológicas que entre la retina y el cerebro existen; después de todo la retina es á modo de expansión del cerebro, con el que la unen vínculos nerviosos y circulatorios de importancia extraordinaria. Por lo que se refiere á las perturbaciones circulatorias, las relaciones son tan íntimas, que la clínica nos las demuestra continuamente: Lionville ha descubierto en la retina de los hemorrágicos cerebrales, aneurismas miliares, idénticos á los que se encuentran en las arterias cerebrales de estos enfermos,

pudiendo utilizarse este dato para el diagnóstico precóz de la enfermedad. Bertold ha observado una hemorragia unilateral de la retina que produjo alteraciones visuales, algunos días antes de una apoplejía mortal; estos ejemplos, que pudiéramos multiplicar extraordinariamente, nos demuestran bien claro los estrechos vínculos y notables analogías que á menudo existen, entre las afecciones retinianas y las cerebrales.

Teniendo en cuenta todas estas razones, no parecerá muy aventurado el suponer que muchas de las manifestaciones más ó menos localizadas de la uremia cerebral, pueden tener una patogenia y su substratum lesional, análogos á los que se presentan en la retinitis albuminúrica.

Por ahora nos limitaremos á dejar consignada semejante suposición, cuya posibilidad discutiremos más detenidamente en la segunda parte de este estudio.

Edema agudo pulmonar de origen bríhgtico

OBSERVACIÓN 6.^a—O. R., de 51 años, casado, natural de Támara del Campo (Palencia), guardia de orden público. El 6 de Noviembre de 1901 ingresó en el Hospital de San Cárlos, ocupando una cama de la Clínica médica 1.^{er}. curso.

Sin antecedentes familiares de importancia, refiere que á los 19 años tuvo una pulmonía y que posteriormente, por razones de su oficio, ha estado continuamente expuesto á fríos y humedades, á los que él atribuye su enfermedad actual; comenzó esta, hará unos ocho años, por dolor de los riñones, edema de la cara y extremidades inferiores, cefalea y vómitos, viéndose precisado á ingresar en el hospital, donde fué sometido á la diete lactea absoluta y del que salió al cabo de dos meses muy aliviado de su dolencia.

A partir de aquella fecha siguiéronle aquejando molestias diferentes: cefaleas tenaces, desarreglos gastro-intestinales, accesos disnéicos y edemas en los piés;

trastornos que acentuándose algunas veces, le obligaban á guardar cama durante varios días. Desde hace algún tiempo á las molestias anteriores, han venido á sumarse polakiuria, sensación de dedo muerto y fuertes calambres en las piernas que le sorprenden durante el sueño.

Una nueva y mayor agravación de todos estos síntomas ha sido la causa determinante de su actual ingreso en el hospital.

La inspección general denota que ha debido ser hombre de constitución robusta; tiene coloración pálida generalizada y edema poco consistente de la cara y malleolos.

Lengua seca y oscura, anorexia, vómitos algunas veces y estreñimiento habitual, entrecortado por algunas crisis diarréicas.

Corazón hipertrófico, de tonos enérgicos y limpios; pulso frecuente y duro.

Tos blanda con expectoración mucosa no muy abundante; á la auscultación se perciben roncus y sibilancias generalizados.

Orina en 24 h. 1,600 c. c., siendo la orina pálida y conteniendo gramo y medio de albúmina por litro.

El 6 de Diciembre y precedido de unos días de cefalalgia y disnea acentuada, fué atacado súbitamente nuestro enfermo de brusca opresión con orthopnea, tos y abundante espectoración rosada y espumosa. Por auscultación se percibía un hervidero de estertores subcrepitantes en toda la extensión de ambos pulmones.

Diagnosticado de edema pulmonar agudo y ante la inminencia de la asflxia, se practicó una sangría abundante, que hizo desaparecer casi instantáneamente los graves síntomas mencionados.

Cuando el enfermo fué dado de alta, por deseo de su familia, continuaba la evolución de su nefritis, sin haber vuelto á presentar ningún otro accidente agudo.

Mi pensamiento, al consignar aquí este caso de

edema agudo de pulmón, entresacado de los varios que he tenido ocasión de observar y cuyo análisis detenido, ha sido objeto de otra publicación (1), tiene por principal objetivo el poner en parangón esta curiosa manifestación de la uremia, con las anteriormente estudiadas y analizar los factores comunes que puedan intervenir en la patogenia de unas y otras.

Después de las interminables discusiones á que ha dado origen la patogenia del edema pulmonar agudo, lo que parece deducirse con mayores visos de probabilidad, es que su mecanismo obedece á causas muy complejas: perturbaciones de la presión sanguínea, alteraciones de las paredes vasculares y modificaciones de la crisis sanguínea con las variaciones subsiguientes de la tensión y el equilibrio osmótico.

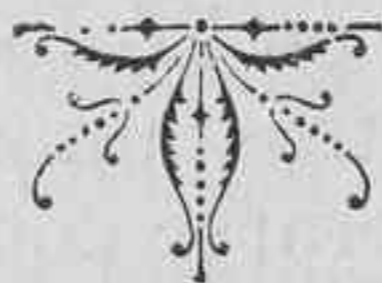
La influencia que las modificaciones de la presión sanguínea ejercen sobre la producción del edema pulmonar, es un hecho indudable, confirmado por la experimentación. Así lo atestiguan los trabajos de Grossmann y de Teisser (2), pero según el último de estos autores, ellas no son suficientes por sí solas para producir el edema agudo pulmonar; este no aparece ni aun después de ligar la aorta torácica, con el enorme aumento de presión que esto supone; pero si además de ligar la aorta se excita el pneumogástrico ó se inyecta en las venas una substancia (salicilato de metilo) que haga variar la concentración molecular del plasma, se produce el edema pulmonar agudo, con todos sus caracteres.

Son, por lo tanto, los enfermos de nefritis crónica, sujetos muy predispuestos al edema agudo pulmonar, puesto que en ellos concurren todas las condiciones requeridas: hipertensión arterial, modificaciones en la composición de los plasmas y alteraciones vasculares.

(1) El edema agudo de pulmón y su tratamiento. Revista Ibero Americana. Abril 1907.

(2) Congreso internacional de Medicina, París 1900.

Por esta última razón lo padecen más frecuentemente, aquellos nefríticos que con anterioridad hayan tenido manifestaciones de asma cardiaco, lo que suele suponer alteraciones en los vasos de la circulación pulmonar (Masius.)



*
* *

Las historias clínicas que acabamos de referir y que tan diferentes son en apariencia, no han sido agrupadas al azar, sino escogidas intencionadamente con objeto de preparar el estudio de la patogenia, ó mejor diríamos del mecanismo que se pone en juego, para la producción de estas manifestaciones de la uremia.

Cuestión es esta sumamente debatida y sobre todo por lo que se refiere á las parálisis urémicas, ha sido objeto de vivas discusiones entre los autores, sin que en la actualidad se haya podido llegar á un acuerdo, ni exista una teoría igualmente aceptada por todos.

Dos son las hipótesis principales.

Admiten unos como causa determinante de las parálisis, trastornos vasculares de congestión, edema y hemorragia que asienten en los focos motores del cerebro, mientras que para otros autores, los trastornos de circulación deben considerarse como meras incidencias, concediendo á la acción de las sustancias tóxicas sobre los elementos nerviosos, el papel exclusivo de la producción de los accidentes mencionados.

Procuraremos analizar ambas teorías, exponiendo los datos y argumentos que militan en favor ó en contra de cada una.

La primera de estas opiniones tiene gran abolengo histórico y conocida desde los tiempos de Morgagni, la teoría del edema cerebral ó apoplejia serosa, fué notablemente desarrollada por Traube, que explicó por la hidremia cerebral, todas las manifestaciones nerviosas de la uremia.

Tiene además en su apoyo los resultados de gran número de autópsias. Carpentier, á quien se debe la primera observación detallada de hemiplejia urémica