

GAZETA MÉDICA DEL NORCE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXII

Bilbao—Febrero—1916

Núm. 254

SUMARIO

Sobre el curso de los fascículos para la glándula lagrimal y de los fascículos del gusto, traducción del Dr. W. L. Albo.

Estudio semiológico de los síndromes ictericos, por el Dr. Carlos Bonorino Udaondo.

Evolución conservadora de la Ginecología, por el Dr. M. Candela y Plá.

Tratamiento de las púerperas infectadas, por el Dr. P. Nubiola.

Tratamiento del tétanos, por el Dr. Pierre Lesage.

Revista de Revistas.

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

SOBRE EL CURSO DE LOS FASCÍCULOS PARA LA GLÁNDULA LAGRIMAL Y DE LOS FASCÍCULOS DEL GUSTO

(Ueber den Verlauf der sekretorischen Fasern zur Tränen-drüse und der Geschmacksfasern.) Dr. Blum, especialista del sistema nervioso en Köln a. Rh. D. m. W. número 33, 1913.

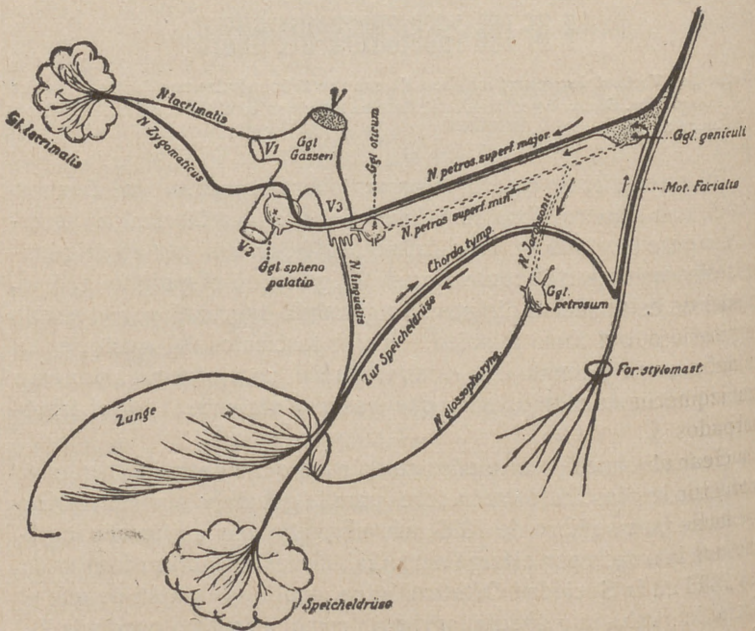
En este artículo quiero informar sobre un caso que demuestra de una manera libre de objeciones, que los fascículos secretores para la glándula lagrimal no provienen del nervio trigémino, sino que, por el contrario, se originan en el ganglio esfeno-palatino, de donde se dirigen á la glándula lagrimal por el nervio zigomático, así como también, que los fascículos del gusto, en su marcha corta y común con el nervio facial, no transcurren por este nervio hacia su centro, sino que pasan y ascienden por el trigémino.

Todavía hace veinte años se opinaba que el nervio trigémino conducía los fascículos secretores para la glándula lagrimal, y Gegenbauer, en su libro de 1896, aún afirmaba que la glándula lagrimal era inervada por el trigémino. Goldzieher, en la discusión habida en 1893 en la Sociedad Oftalmológica, emitió la opinión de que el facial inervaba la glándula lagrimal, como asimismo conducía los fascículos secretores para las glándulas salivares. Los fascículos

secretores de la glándula lagrimal precisan atravesar la vía de unión llamada nervio petroso superficial mayor, que atraviesa el canal vidiano, y con éste dirigirse al ganglio esfenopalatino, de donde procede el nervio cigomático, para unirse éste con el nervio lagrimal—ramita sensitiva que se dirige á la rama primera del trigémino,—y juntos ingresar en la glándula lagrimal. Esta opinión es hoy bien legítima.

No existe una opinión tan firme respecto al curso de los fascículos del gusto. Algunos investigadores creen que éstos, después de transcurrir por la misma vía del facial, se dirige al ganglio geniculado, de donde transcurren por el nervio petroso superficial mayor hasta alcanzar la segunda rama del trigémino; otros opinan que los fascículos del gusto abandonan el facial por la anastomosis con el nervio de Jacobson, del cual parten, ó bien para dirigirse á través del nervio petroso superficial menor al ganglio ótico y de éste á la rama tercera del trigémino, ó bien para ingresar en el glosofaríngeo siguiendo el camino del nervio de Jacobson hacia el ganglio petroso.

El siguiente esquema, modificado por Bing, explica claramente estas relaciones.





Nos es grato recordar á los
Señores Médicos
receten para los
recien-nacidos
enfermos y reconvalecientes

la Leche condensada Suiza

Marca

La Lechera

acreditada y apreciada en el mundo entero por su
riqueza alimenticia sin rival, su optima calidad siem-
pre igual, su notable digestibilidad y su conservacion
ilimitada.

50 años de éxito

Garantizada contener toda su riqueza natural de crema

Cuidado con imitaciones y leches desnatadas.

Mucho ojo de criar niños con leches de calidad inferior

Exijan siempre la verdadera marca

La Lechera de Cham, Suiza.



Nos es un honor a los
 Señores Médicos
 recien-nacidos
 enfermos y reconvalcientes
 la leche condensada Suiza

La Lechera

preparada y embotada en el mundo entero por su
 gran pureza y su valor nutritivo y su conservación
 por el método de esterilización y su conservación

50 años de éxito

Garantizada contrafalsos en el mundo natural de crema
 Condensada con lactina y leche desnatada
 blanda de alta calidad con leche de calidad superior

Existen siempre en todas partes
 La Lechera de Cham, Suiza

La cuerda del tímpano conduce, por lo tanto, después de su separación del nervio lingual, dos categorías de fascículos: las vías centrales ascendentes, del gusto y las vías periféricas, descendentes, secretoras de las glándulas salivares. Las flechas indican la dirección. Se ve cómo los fascículos salivares descienden por el tronco del facial, mientras los fascículos del gusto van al ganglio geniculado para de él dirigirse hacia el cerebro por alguna de las tres vías posibles ya mencionadas.

El caso de que voy á tratar, es el siguiente. El señor v. D., vino á mi consulta con quejas sobre dolores en la mitad izquierda de la cara, que ya existían hacía próximamente un año y que atribuía á un enfriamiento. Se encontró, además de una anestesia total del trigémino en sus tres ramas, incluso córnea y conjuntiva, una parálisis de la musculatura inervada por su raíz motora, con completa reacción de degeneración, pérdida del gusto en los dos tercios anteriores de la mitad izquierda de la lengua, ligero embotamiento de la sensibilidad olfatoria en el lado izquierdo é insensibilidad de la mucosa nasal izquierda frente al amoníaco. También existía una parálisis completa del facial izquierdo con reacción de degeneración, excepto una parcial exclusión de los fascículos del orbicular de los párpados y ramos frontales, á más de conservación de la secreción lagrimal y entera normalidad de la secreción salivar. Tampoco había hiperacusia ni participación del acústico. Como causa inmediata de esta prosopoplegia pura, se encontró una tumoración dura, de tamaño próximo al de un huevo de paloma, en el ángulo de la mandíbula, situado bajo la piel y desarrollado entre ésta y el hueso. El enfermo padecía además un tic moderadamente fuerte del facial derecho. Transcurridos cinco meses y medio volvió el enfermo á mi consulta después que un cirujano de esta ciudad le había extirpado el tumor que tenía en el territorio del facial izquierdo. Según comunicación personal del cirujano, se trató de un sarcoma. La parálisis de la musculatura facial izquierda es ahora completa; las ramas para el orbicular de los párpados y la musculatura frontal tuvieron que ser cortadas al enuclear el sarcoma. Actualmente existe además una parálisis del abductor izquierdo del globo ocular con diplopía homónima al mirar hacia la izquierda. En el territorio del trigémino izquierdo no hay ninguna variación; el tic del facial derecho ha aumentado mucho. Además el enfermo se queja de dolores cefálicos localizados en el lado izquierdo. La secreción lagrimal está conservada en forma normal en ambos lados, por lo cual se presenta epifora á

causa de la parálisis de los párpados. Las lágrimas fluyen en gran parte por la nariz.

Se trata, por consiguiente, de una parálisis total del trigémino izquierdo y de una parálisis facial periférica pura del facial izquierdo á su salida por el foramen estilomastoideo. La parálisis del trigémino izquierdo precisa ser ocasionada por una lesión del ganglio de Gasser, ó del tronco nervioso central, pues hay una atrofia degenerativa de los músculos masticadores y participación de las tres ramas del trigémino. La inmediata vecindad del tronco central del trigémino con el abductor, antes que éste atraviere la cisura orbitaria superior, explica que se interesen á la vez. Ambos nervios pueden muy bien haber sido alcanzados por una lesión común, y es muy probable que se trate de una metástasis, en vista del carácter de la neoplasia extirpada y de los dolores de cabeza concomitantes. No se hallaron pruebas para pensar en que la neoplasia se propagara hasta la cisura orbitaria.

Por lo que concierne á la pérdida del gusto en la mitad izquierda de la lengua, también concuerdan estos síntomas con las opiniones reinantes á propósito del curso de los fascículos gustativos. La función de las glándulas salivares estaba, como ya se ha dicho, intacta. Sus fascículos secretores caminan hacia la periferia por el tronco del facial, atraviesan la cuerda del tímpano y se dirigen á las glándulas. Cosa bien diferente ocurre con los fascículos del gusto. Estos ingresan en el lingual, ascienden por la cuerda del tímpano y alcanzan el ganglio geniculado. De éste se dirigen al nervio petroso superficial mayor—que conduce por consiguiente, fascículos secretores para la glándula lagrimal y fascículos del gusto, procedentes de la lengua—el ganglio es ferropalatino, y de éste al ganglio de Gasser. También es posible el curso por el nervio petroso superficial menor.

Por consiguiente, los fascículos gustativos han sido en nuestro caso interrumpidos en este lugar por las metástasis. Si la interrupción se hubiera verificado en otro sitio, podríanse hallar puntos de apoyo para ello. En todo caso habla, en cambio, contra la opinión de que los fascículos del gusto asciendan por el tronco del facial hacia el cerebro, el que esté respetado el facial después de la incorporación de la cuerda del tímpano, y con esto se justifica la suposición de que los fascículos del gusto caminan por la vía descrita, hacia el trigémino. Por qué el paciente tiene peor agudeza olfatoria en la fosa nasal izquierda, puédesse muy bien referir en este caso á la sequedad de la nariz, pues las lágrimas fluyen por encima del párpado paralizado, y que los vapores de amoníaco

no originen sensación alguna, es un síntoma del trigémino que nada prueba respecto á un trastorno del nervio olfatorio.

En nuestro caso no pueden haber seguido los fascículos del gusto el camino del nervio de Jacobson hacia el ganglio petroso, pues el nervio glosio-faríngeo no muestra ningún trastorno en su función.

Los fascículos secretores para la glándula lagrimal precisan transcurrir, en nuestro enfermo, tal como lo acepta el anterior esquema. La sintomatología clínica, con sus fenómenos de déficit, ha producido aquí un experimento libre de objeciones para la exploración del curso de estos fascículos, como de ningún modo hubiera podido ser ejecutado mejor artificialmente.

No quiero entrar en amplias particularidades clínicas sobre este caso, pues ellas sólo se hallan en una floja relación para el tema y este trabajo llegaría á ser aumentado inútilmente.

Resumen: Los fascículos secretores para la glándula lagrimal transcurren con el nervio facial hasta el gánglio geniculado; de éste pasan á través del nervio petroso superficial mayor hacia el ganglio esfenopalatino y entonces se dirigen como nervio independiente á la glándula lagrimal. Los fascículos del gusto forman, después de destacarse del nervio lingual, la cuerda del tímpano en unión de los fascículos salivares, la cual se une al facial. En el ganglio geniculado se separan los fascículos gustativos y vuelven por la vía del nervio petroso superficial mayor ó menor, por la segunda ó tercera rama del trigémino, respectivamente.

DR. W. L. ALBO.

ESTUDIO SEMIOLÓGICO DE LOS SINDROMES ICTÉRICOS

LECCIONES CLÍNICAS

POR EL DR. CARLOS BONORINO UDAONDO

Profesor Suplente de Semiología

En las presentes lecciones me propongo detallar todos aquellos procedimientos de absoluta necesidad para el estudio de los síndromes ictéricos, capítulo á que las modernas investigaciones han dado un realce extraordinario, modificando las líneas generales de su interpretación patogenética, dado que, como más adelante veremos, suele presentarse aún en integridad biligénica hepática.

Deseo en mi exposición alterar en un algo el orden habitual de

desarrollo del tóxico, creyendo más lógico iniciar su estudio por el análisis de cada uno de los elementos que van á permitirnos catalogar el síndrome dentro de un cuadro nosográfico determinado, para luego referirnos á su patogenia y clasificación.

Clínicamente la *icteria* se manifiesta por la coloración amarilla de los tegumentos y mucosas, modificaciones en la coloración y composición de las heces, cambios en el quimismo urinario y sérico, á los que se añaden perturbaciones diversas de orden digestivo, circulatorio y nervioso.

Coprología de la icteria.—Dos tipos esenciales se observan en las deposiciones de los ictericos: las heces *decoloradas* (acólicas), macilosas, de tinte blanco amarillento y de tinte á veces verdoso, en todas las variedades en que el derrame de la bilis al intestino se encuentra obstaculizado; y las heces *coloreadas*, sea con la pigmentación fisiológica, sea las hipercoloreadas, verdosas, á tinción exagerada y que en ocasiones llega á la producción de verdaderas descargas de bilis por el intestino. Corresponde esta última variedad á las formas *pleiocrómicas* por hiperproducción biliar.

Las heces *decoloradas* son en general pastosas y de reacción ligeramente alcalina. Ricas en grasas, dado que en tales circunstancias cerca de un tercio de las ingeridas son eliminadas; son igualmente abundantes los cristales grasos bajo forma de jabones de calcio y de magnesio. Su volumen por 24 horas desciende por bajo de lo normal.

Real interés presenta investigar en tales deposiciones la presencia de pigmentos biliares ó de sus derivados, teniendo siempre la precaución de conocer si no se ha introducido elementos pigmentados artificialmente, con el régimen dietético, siendo preferible, cuando ello sea posible, colocar unas 48 horas antes del análisis, á régimen lácteo absoluto al sujeto en experiencia.

Al estado normal, es raro observar en las heces los pigmentos normales de la bilis; en cambio es constante encontrar un pigmento, la *estercobilina*, aislada por Van Lair y Masius, en 1871, y sobre cuya patogenia tanto se ha discutido. Sin entrar en el detalle fastidioso de todas las teorías levantadas sobre el probable origen de la estercobilina, creo poder concluir, que muy posiblemente se trata de un pigmento normal análogo á la urobilina y derivado de la bilirubina por un proceso, sea de reducción é hidratación bajo la influencia de bacterias intestinales, sea bajo la acción de una *catalasa*, secretada por las células de la mucosa intestinal. El

es capaz á su vez de reducirse para dar formación al *estercobilinógeno*, su cromógeno.

En todos los casos en que exista disminución de derrame de bilis al intestino, será escasa la cantidad de estercobilina y de su cromógeno, las que no existirán cuando la ausencia de bilis sea total. De manera que la existencia ó no de estercobilina en las heces, sólo permitirá sospechar la intensidad del derrame y no juzgar sobre la función bibliogenética del hígado.

De la serie de procedimientos ideados para reconocer en las deyecciones, la estercobilina y su cromógeno, sólo á dos me voy á referir, por lo seguros y lo clínicos.

Por el *procedimiento de Grimbert* se tritura unos gramos de materias fecales, con 10 c.c. de cloroformo, se filtra, dividiendo en dos partes el filtrado. A la primera porción se le añade unas gotas de solución alcohólica de acetato de zinc al milésimo, la que dará en presencia de *estercobilina al estado libre*, una fluorescencia verde; en caso negativo, si se encuentra al estado de estercobilinógeno bastará oxidarlo añadiendo una gota de tintura de yodo al centésimo, para que la fluorescencia aparezca.

La segunda parte del filtrado complementará los anteriores resultados. Con un par de gotas de ácido nítrico, al ser agitado dará una coloración salmón en presencia del estercobilinógeno.

La técnica indicada por *Triboulet* es más sencilla.

Se toma una porción del tamaño de una avellana de las materias á examinar, y se la agita fuertemente con 2/3 de agua destilada en un tubo de ensayo. Cuando el tinte del líquido es uniforme se añaden 10 gotas de sublimado acético (sublimado: 3 gr. 50. Acido acético, 1 c.c. Agua destilada, 100 c.c.)

Al poco tiempo se comienza á formar espontáneamente un depósito que al cabo de 15 á 30 minutos se ha coloreado fuertemente y con un tinte que es dependencia de la cantidad y calidad de pigmentos biliares de las materias.

En el caso de funciones bilio-intestinales normales, la coloración es *rosada rojiza*; en las funciones biliares anormales, *amarilla*; en caso bilirubina oxidada, *verde*; en la acolia pigmentada, *blanca ó gris*.

Esta última reacción es de especial interés en los niños; para los adultos doy todas mis preferencias á la reacción de Grimbert, que, con mayor seguridad, permite aún más rápidamente conocer los resultados que se investigan.

Quimismo urinario.—Presenta gran interés en el determinismo de la icteria, pudiéndose hallar dos tipos extremos, junto á una

serie de estados intermediarios: las orinas cargadas de pigmentos y sales biliares (*colúricas*), y las que no contienen pigmentos pero sí urobilina (*acolúricas*).

Las primeras presentan una coloración que va del amarillo obscuro al verde obscuro, semejante al color de la cerveza fuerte; su espuma al ser agitada se colorea en amarillo, como igualmente tiñen de amarillo al contacto con la ropa ó el papel de filtro; su densidad es alta y aumentada también su tensión superficial, esta última en relación con el tenor en ácidos biliares.

La investigación de los pigmentos es sencilla por las clásicas reacciones de Gmelin ó Marechal. Los ácidos biliares serán buscados con las reacciones de Hay ó Pettenkoffer.

Reacción Gmelin = orina + ácido nítrico nitroso = serie de anillos coloreados.

Reacción Marechal = orina + sol. tintura yodo = anillo verde.

Reacción Pettenkoffer = orina + sol. glucosa + ácido sulfúrico = coloración rojo violáceo.

Reacción Hay = orina + flor de azufre = azufre cae al fondo en presencia ácidos biliares.

Las orinas muy cargadas suelen ocultar la presencia de pigmentos á los procedimientos habituales, siendo de necesidad diluirlas con agua destilada. El principio de estos métodos reside en la puesta de manifiesto de la bilverdina, al producir por un agente la oxidación de la bilirubina.

La *urobilina* urinaria será apreciada por el espectroscopio, donde da una banda de absorción en el verde y azul entre la raya P y la F; ó por el procedimiento de Grimbart: á 30 c.c. de orina se añaden 20 c.c. de sulfato mercúrico, se deja 5 minutos reposar y se filtra.

Se coloca el filtro en un embudo de separación con 10 c.c. de cloroformo y se filtra; se agita bien, y se decanta el cloroformo, que se recoge en un tubo de ensayo, añadiéndosele unas gotas de solución alcohólica de acetato de zinc, hasta que el enturbiamiento del líquido clorofórmico desaparezca, apareciendo así la fluorescencia verde de la urobilina.

La urobilinuria no es frecuente en las oclusiones del colédoco, ó en orinas ricas en pigmentos biliares; en cambio lo es en las icterias *acolúricas*.

Su origen es muy discutido y ha servido de base á la enunciación de teorías unicistas sostenidas por escuelas determinadas. Sin entrar en su detalle, que les será hecho en su oportunidad,

creo poder afirmar que no es posible aceptar una teoría de formación local de la urobilina (renal, intestinal, etc.), y que sea más lógico aceptar un complejo originario, intestinal en la mayoría de los casos, siendo entonces su valor cuantitativo no sólo del tenor de pigmentos derramados en el intestino, sino de su absorción; origen hematógeno por directa transformación de los pigmentos sanguíneos, etc.

Una palabra aún para tratar de aclarar el punto de si existen diferencias entre la urobilina urinaria y la estercobilina, que nos permitan aceptar su dualidad. Ambas son productos de reducción de la bilirubina, dan idéntica fluorescencia cuando en solución amoniacal son tratadas por el cloruro de zinc, y dan igualdad de aspecto espectroscópico. Su modalidad de formación, encontrándose también regida por idénticas leyes, creemos poder sostener la igualdad entre las dos substancias.

Hematología de las icterias.—Dos órdenes de exámenes son necesarios en la sangre de los ictericos, los unos sobre el suero sanguíneo, sobre los glóbulos los otros. Sólo voy á ocuparme de los de real interés, dejando de lado lo sólo interesantes con fines experimentales.

Suero.—Comenzaremos por investigar la presencia de *bilirubina* sérica por la reacción de Gmelin. Colocar para ello, en un tubo de ensayo delgado, el suero á examinar y con una pipeta delgada añadir el ácido sin mezclar. Si el suero contiene una fuerte cantidad de pigmentos, se tendrá, en primer lugar, una precipitación de la albúmina bajo forma de precipitado lechoso y por encima los diferentes anillos coloreados. Si la cantidad de bilirubina no es grande, se tendrá por encima del precipitado albuminoso, un anillo *azul* verdoso, que, según Hayem, es específico de la tal substancia.

Basado en la aparición de este *anillo azul* de Hayem, Gilbert y Herscher instituyen un procedimiento *colemimétrico*, para apreciar la concentración de la bilirubina en un suero dado. Buscan para ello la *reacción límite*, en que el anillo azul aparece, observando que en tubos calibrados de 1 centímetro de diámetro y con reactivo nítrico preciso, la reacción es positiva.

Por lo tanto, en sueros en que el *anillo azul* sea positivo, bastará diluirlo al objeto de tener una reacción límite, y conociendo el grado de la dilución se podrá determinar la cifra de bilirubina del suero.

Normalmente, y como lo señalaré más adelante, existe una cierta cantidad de pigmentos en el suero sanguíneo, pero los va-

lores más considerables se tienen en las icterias por retención. Según Gilbert, si el valor de bilirubina del suero fisiológico oscila alrededor de 1 por 36,500, en las icterias por retención llega á 1 por 3,000, 1 por 2,000, etc. Los valores más bajos obtenidos y que presuponen sean los de concentración llegan á 1 por 900.

Para el estudio patogénico de las icterias hemolíticas nos es necesario conocer la existencia de *hemolisinas* libres en el suero y la *autoaglutinación*.

Para lo primero basta mezclar unas gotas del suero del enfermo, con glóbulos rojos de un sujeto sano; si el suero es hemolítico, se tendrá la hemolisis de los glóbulos.

El complemento de esta experiencia se tendrá al realizar la prueba de *Donath y Landsteiner*. Se mezclan el suero del enfermo y los glóbulos rojos de un sujeto sano; si no hay hemolisis se coloca la mezcla durante media hora en la heladera á 0°, luego en la estufa á 37° por dos horas; si la hemolisis se produce, la prueba es positiva.

La *autoaglutinación* la buscaremos colocando 10 gotas de suero del enfermo, con una de sus hematías deplasmalizadas en un tubo de hemolisis. Si la aglutinación es positiva, al cuarto de hora se la observará en el fondo del tubo.

Repito que estas reacciones son de considerable importancia para establecer el origen hematógeno de una icteria y que ellas se complementan con el estudio de los

Glóbulos.—Los exámenes á realizar sobre los glóbulos sanguíneos, les serán señalados al tratar especialmente de la hematología, por lo que no me van á detener. Recuerdo únicamente que ellos se referirán á la apreciación de la resistencia globular hecha directamente sobre las hematías y sobre las hematías deplasmalizadas y á investigar la presencia de glóbulos rojos granulosos por las coloraciones vitales ó por los colorantes específicos.

La resistencia globular (resistencia de la hematía á ceder su hemoglobina), se encuentra aumentada en las icterias por retención; la hemolisis inicial que fisiológicamente comienza en las diluciones 0'44 á 0'48 (Vaquez y Ribierre), se hace entre 0'48 y 0,52. Por el contrario, las icterias hemolíticas se acompañan de una marcada disminución de la resistencia globular (de 0'74 á 0'42. Por el procedimiento de las hematías deplasmalizadas, la hemolisis inicial suele hacerse á 0'80 y 70, por lo que es necesario el uso de soluciones más concentradas de cloruro sódico.

Para término de esta parte general debo referirme al valor que pueda presentar el estudio de la *colesterinemia*, en los icte-

ricos, tema que tanto interés ha alcanzado con los modernos estudios de la escuela francesa.

La oposición en la sintomatología existente entre las formas comunes y las hematógenas, se repite en lo que responde á la hipercolesterinemia: ella es constante en los ictericos colémicos, no encontrándosela en las hemolíticas. Los valores más altos de co- lesterina se encuentran en las icterias de los litiásicos.

Según Chauffard y Grigaut, si muy comúnmente existe un cierto paralelismo entre la hipercolesterinemia y la colemia, ella no es necesaria y puede tener cierto valor el hecho de la disocia- ción de estas dos retenciones. Así con frecuencia suele observar- se en los estados xantelásmicos y colelelitiásicos, una gran hiper- colesterinemia, independiente de la retención de los pigmentos ó de ácidos biliares. Anoto muy especialmente este hecho, al que me he de referir después al ocuparme de la disociación de los sindro- mes ictericos.

Enunciados los elementos á investigar en el examen de un ic- térico, dedicaré unas palabras á la composición de la bilis normal. Su coloración fisiológica, amarillo verdosa, en contacto con la luz tiende á ser verde. En los procesos asistólicos su color oscurece, al mismo tiempo que se hace más espesa; igualmente en ciertos procesos infecciosos, como el tifus, carbunco y las tuberculosis agudas, su tinte es chocolate. Por el contrario, en las tuberculo- sis crónicas se descolora.

Su peso específico oscila en 1,010 y 1,040 y su extracto seco varía entre 15 y 180 gramos por litro.

De sus componentes normales anotaremos: las *sales biliares* derivadas de los ácidos biliares: glicocólico y taurocólico, por combinación con bases sódicas; por hidratación pueden dar el áci- do cólico y glicocola el primero, y el ácido cólico y la taurina el segundo. El glicocolato sódico se encuentra en triple porción al taurocolato en la bilis

De los *pigmentos biliares* sólo dos nos interesan: la bilirubina y la biliverdina; esta última formada por oxidación de la anterior; el origen de estos pigmentos se hace en el hígado por síntesis de la hemoglobina.

Entre los *elementos orgánicos* de la bilis se anotarán la mucí- na, lecitina, sulfoéteres, urea y el más interesante: la *co- lesterina*.

La *co- lesterina* (alcohol monovalente) se encuentra en la mayo- ría de los tejidos y líquidos orgánicos. Su eliminación por la bilis en proporción de 2 á 3 gramos diarios se debe á su solubilidad en

las sales biliares alcalinas, mientras no lo es en las soluciones ácidas ó alcalinas.

Por último debo referirme entre los *componentes minerales* á los carbonatos cálcico y magnésico, cloruro sódico, fosfatos, etc.

Todas las veces que existe una disminución de la hemólisis fisiológica, así como la mayoría de las substancias hemolisantes, se acompañan de concentración biliar y de mayor intensidad de ictericia.

Concretadas estas nociones de orden semiológico y general nos encontramos en condiciones de entrar de lleno en el estudio clínico de los síndromes ictericos.

(Se concluirá)

EVOLUCION CONSERVADORA DE LA GINECOLOGIA

POR EL DOCTOR M. CANDELA Y PLÁ

Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina

No olvidéis que la cirugía es una necesidad transitoria de la medicina.

DR. GIMENO CABAÑAS.

Estas palabras, pronunciadas por un ilustre hombre público y eximio Profesor de la Central, en la ocasión solemne de la apertura de un Congreso, condensan un profundo pensamiento y un vastísimo plan científico que constituyen un ideal social inmensamente humano. Vosotros lo comprenderéis cuando, insistiendo en este criterio esbozado por el egregio colega, os dé toda la amplitud que este criterio encierra, añadiendo que la medicina no es otra cosa, según el mismo criterio, que una necesidad transitoria de la higiene. Una y otra idea condensan en grandiosa síntesis una aspiración universal que no, por las dificultades que envuelve su desarrollo, provocará jamás en su secular carrera el desmayo de los hombres de ciencia, ya que los fundamentos en que estriba su doctrina son de naturaleza indestructible.

Escribo para lectores ilustrados y huelga que puntualice más este pensamiento.

Pero en el inmenso desarrollo que la ciencia y el arte de curar han tomado en nuestros días, legitimando la selecta división de los conocimientos médicos en las especialidades, á ellas corresponde también la labor titánica de esa reeducación social anunciada ó re-

conquista fisiológica, como pudiéramos denominar al dominio del conjunto de obstáculos que á primera vista se amontonan, dificultando tamaña empresa; después de tanto trabajo analítico, nuevos descubrimientos devolverán á la madre ciencia, en hermosa síntesis y suficientemente depurados, sus conocimientos para la creación de ese gran plan de la medicina ó, mejor dicho, de la higiene del porvenir, cuyos mandamientos harán recuperar á los pueblos la salud que perdieron por su primitiva ignorancia, por su innata amoralidad, por sus egoismos insanos y por los refinamientos de la civilización adormecida en brazos de sus pasiones.

Y en este conjunto de elementos que, aunque á paso lento, marchan colaborando á un fin tan transcendental, no es la Ginecología la agrupación ó conjunto de estudios médicos que menos parte parece tomar en la aspiración de semejantes ideales.

Medio siglo necesitó esta especialidad para llamar seriamente la atención del mundo médico, y otro medio siglo escaso para llegar al pináculo de sus arrestos científicos y sus audacias operatorias; desde los tímidos ensayos de Récamier con su celebrada cucharilla para practicar por lo menos una limpieza del útero, á principios del siglo XIX, hasta que Werthein, con mano temeraria, hizo la disección del parametrio para destruir en sus más recónditas trincheras los gérmenes del cáncer, en su discutida histerectomía, la Ginecología, primeramente en Francia, después en Inglaterra y América y últimamente en Italia, Austria, Alemania y demás países del norte de Europa, ha pasado victoriosa, sin que hayamos sido los españoles los últimos en aportar nuestro generoso esfuerzo al mancomún de una causa tan necesariamente universal.

Los que, como el que esto escribe, hayan pasado por las amarguras de haber sido innovadores en su país de una terapéutica tan desconocida en sus comienzos y, por lo tanto, tan acusada de temeraria, podrán darse cuenta mejor que otros de los obstáculos de todo género que se cruzaron en la campaña científico-quirúrgica sostenida en Inglaterra por Spencer Wells, allá por mediados del siglo pasado; basta decir que en Alemania y también en Francia estuvieron proscritas las laparotomías hasta que Kéberlé y Pean la rehabilitaron del fracaso sufrido, nada menos que por Nelaton, que pretendió aclimatarla unos cuantos años antes en su país.

Pero en el último tercio del siglo pasado, no hubo nación donde la ovariectomía no se vulgarizara, mientras que, á la par, la extirpación de la matriz y de los anexos tomaba carta de naturaleza en las escuelas del mundo.

La Ginecología, pues, dió antes que nadie el ejemplo á la cirugía



mundial, no sólo de abrir y hacer penetrar el bisturí y la tijera en las cavidades humanas, sino la de extirpar parcial ó totalmente órganos y aparatos sin los que la compleja máquina humana pudo vivir á pesar de sus profundas conexiones con la misma.

Justo era, pues, que esta especialidad, que fué la primera en adelantar en el camino de los progresos quirúrgicos cavitarios, no fuera de las últimas en hacer un balance de sus entusiastas ardimientos para perfeccionarse retrocediendo, permítaseme la frase, después de aquilatar los recursos de la terapéutica moderna, que ha encontrado, principalmente en sus agentes físicos, un filón inagotable de auxiliares poderosos para su acción curativa en determinados procesos.

Necesitaríamos espacio, del que no debemos disponer en este género de trabajos, para enumerar las modificaciones que, en este concepto, sufre actualmente el arte médico-terapéutico puesto al servicio de la Ginecología.

Primeramente se cayó en la cuenta de que el ardor operatorio llevó á excesos quirúrgicos tales como el número de ooforectomías delatado en cierta sesión célebre de la Academia de Cirugía de París, por los mismos primates de la especialidad, sin haber conseguido más resultados que las contingencias operatorias y la desagradable sorpresa de no haber obtenido ningún resultado favorable en el alivio de las enfermas.

Desde entonces se inició una saludable campaña de Ginecología conservadora que ha producido los frutos ópimos del maduro examen y de la reflexión sazónada. Las pexias ováricas sustituyendo las antiguas ooforectomías; la resección parcial de los ovarios á sus antiguas ablaciones por degeneraciones incompletas esclero-quísticas; el estudio que se ha hecho del reposo más ó menos absoluto para el tratamiento de las anexitis crónicas, hasta en sus variedades supuradas, con el auxilio de enérgicas medicaciones ó remedios antiflogísticos; las colpotomías practicadas para liberar el parametrio ó perimetrio de vastas y pertinaces supuraciones; el concepto médico de ciertas variedades de metritis y de ectopias uterinas que han encontrado en las nuevas concepciones del artritismo y su terapéutica la explicación y remedio de ciertas ginecopatías justificables de procesos quirúrgicos más ó menos convencionales, y todo esto unido á otras correcciones terapéuticas que omito en gracia á la brevedad, todo ello son recursos, avances preciosos en el camino de la terapéutica médica para librarla del yugo tirano de la cirugía al que forzosamente hubo de estar sujeta durante su período naciente y de crecimiento.

Pero aún hay más; la hidroterapia en sus múltiples formas de aplicación, la balneoterapia, siquiera este remedio no esté al alcance de todas las fortunas, modificando el tono y las fuerzas de la economía, influyendo sobre la nutrición general, sobre las condiciones de la sangre, sobre el metabolismo celular y por ende, sobre el funcionamiento glandular endócrino ó excretor, para determinar la ecuanimidad humoral tan deseada para la economía en general é ideal supremo acariciado por los higienistas, ¿no son acaso recursos poderosos de la moderna terapéutica ginecológica que han influido sobre su progresivo perfeccionamiento?

No queremos pasar por alto, ya que de evolución terapéutica nos ocupamos en el campo ginecológico, á la doctrina y remedios físicos de Ture-Brand aplicados á esta especialidad, medio curativo tan poderoso como olvidado, acaso por las dificultades que su práctica envuelve y por las contraindicaciones que para ciertos espíritus encierra. Ello no obstante, la masoterapia ginecológica en manos de médicos expertos y de especialistas serios, no de auxiliares meramente mercenarios, ha dado excelentes resultados robando á la cirugía procesos de cuantía que como las ectopias uterinas, anexitis crónicas y estados fluxionarios pélvicos en general, ahorrando intervenciones cruentas con su decidida acción y franca influencia, han podido mejorar y llevar á término de curación, obteniendo triunfos envidiables de una clínica sensata.

La sueroterapia, de otra parte, ha rendido auxilios poderosos de intervención, tales como en todas las supuraciones pélvicas, ya prestando al organismo resistencias positivas para llegar á una verdadera autovacunación espontánea ó bien interviniendo con las autovacunas terapéuticas para determinar en ciertos casos y circunstancias la rápida desaparición de procesos fistulosos y flegmonosos que constituían antes la desesperación de los cirujanos.

¿Y qué diremos de los agentes físicos, electricidad y radium, aplicados á la especialidad que constituye nuestro tema del momento?

Pasando por alto los perseverantes y acertados trabajos de Apostoli con sus corrientes galvánicas para tratar los fibromiomas uterinos, reduciendo su volumen y cohibiendo sus metrorragias, tienen palpitante actualidad los trabajos de Krönig y de Gauss sobre el mismo proceso ginecológico con las aplicaciones roentgenianas, consiguiendo en muy pocas series de aplicaciones, á veces con una sola, como un caso que conocemos, utilizando el sistema de los fuegos cruzados, la desaparición de una neoplasia hasta hace poco tributaria de una cruentísima operación quirúrgica. Y pa-

ra terminar estos datos históricos, en asunto de tanto interés clínico, hemos de conceder excepcional importancia á la radiumterapia, nacida ayer en el laboratorio y que hoy día está rindiendo á la clínica óptimos frutos de sus estudios y de sus progresos aplicados á la terapéutica general y muy en particular á la Ginecología.

Acaso y sin acaso, desde los albores de la ciencia médica y del arte de curar, ningún medicamento se ha presentado en el estrado de la terapéutica medicinal con más rareza de sus caracteres físico-químicos y con más alcances respecto á su manera de obrar.

Que unas cuantas toneladas de yacimiento de pechblenda, den por resultado, después de las manipulaciones extraordinarias de algún alquimista moderno, el hallazgo de una piedra filosofal no soñada por la ambición de los hombres, es suceso admirable y asombroso; pero que al valor imponderable de esta substancia, por su escasez, por las dificultades que su obtención encierra y por lo sorprendente de sus propiedades físico-químicas, haya de añadirse la propiedad de actuar sobre los tejidos vivos en forma y manera que si una inteligencia superior guiara sus determinismos evolutivos, destruyendo los moldes ya establecidos por la patología, es fenómeno que, después de revolucionar las leyes de la materia, nos pone en frente de una fuerza tan no prevista por el entendimiento humano, que aun algunos espíritus de vía estrecha, para el progreso moderno, la ponen en duda si no se permiten negarla, y sin embargo *e pur si muove*.

La Ginecología no podía ser la última en acudir á este llamamiento de la Providencia, cualquiera que sea el significado de esta palabra, y aprovechándose más y mejor que ninguna otra rama médica ha hecho actuar, por procedimientos ingeniosos, las radiaciones de este metal maravilloso, ha hecho regresar la célula del fibromioma y ha fundido los brotes incipientes de células atípicas, destruyendo el cáncer en sus madrigueras y devolviendo al torrente circulatorio, para su eliminación, los restos inanimadas de elementos que momentos antes amenazaban la existencia del ser, víctima de tan terrible huésped.

Merced á estos procedimientos físico-químicos, la Ginecología ha podido ahorrar operaciones graves á la mujer ó cuando menos las ha hecho factibles sin graves contratiempos ó ha garantizado sus éxitos para el porvenir.

No se oculta que no siempre el Radium triunfa del cáncer del útero ni de otros cánceres, pero una afirmación positiva en clínica vale por cien negaciones problemáticas, y para nosotros estamos en los principios del método y no hay que desdeñar hechos cuya

lógica se impone digan lo que digan sus detractores inconscientes ó rutinarios.

No estamos en el caso de discutir los extremos á que estas consideraciones se prestan; en otra ocasión acaso emprendamos el estudio de esta causa nobilísima, pero debíamos hacer constar estos hechos en defensa de la tesis que sustentamos al principio, demostrando que en esta labor titánica y secular no es la Ginecología la ciencia que permanecerá separada en este movimiento científico del porvenir.

(«La Crónica Médica» de Valencia).

Tratamiento de las puerperas infectadas

POR EL DOCTOR P. NUBIOLA

El médico, al ser llamado á asistir á una puerpera enferma cuando ésta ofrece síntomas claros y evidentes, aun á los profanos ojos de los parientes ó allegados, después de haber comprobado dichos síntomas, tanteando *la fiebre* de la puerpera, importa mucho que no se deje llevar de la asociación de ideas decretando la existencia de una fiebre puerperal, como también que, por disfrazada, no se le oculte una infección cuyo origen radique en los genitales.

Débase tener presente que, aparte de enfermedades graves y alarmantes, pueden desarrollarse en el curso de un puerperio pequeñas dolencias ó accidentes que, por la notable reaccionalidad que el puerperio entraña, hagan pensar en una infección grave por ser recién parida la paciente, cuando se trata tan sólo de una tráqueobronquitis, de una amigdalitis, una retención de materias fecales, etc. Tengo por norma, al encontrarme ante una puerpera enferma, después de oír el relato de ella ó de la familia, de obtener respuesta al interrogatorio, que procuro sea *desapasionado*, inquirir el estado de los varios aparatos del organismo y en especial del respiratorio, digestivo y mamario, para pasar al reconocimiento genital, ó viceversa, comenzar por éste y seguir por los restantes. Claro está que en buena medicina ya es de antiguo sabido que esta es la manera de proceder, pero con todo, es muy frecuente que la idea del puerperio baste para que se descuide la exploración de otros órganos que los genitales. Y debo añadir aquí, que en la observación atenta de paridas á mi cuidado, alarmado

por los datos de pulso y temperatura, ya más tranquilo al observar normalidad genital, me he quedado en ocasiones perplejo por ignorar la causa de aquella *perturbación*. La mujer refería haberse aireado y esto era todo: la exploración del aparato respiratorio insignificante ó poco menos, ¿por qué la columna termométrica rebasaba, pues, los 38° y se aceleraba el pulso en ella?

Pues bien, al lado de esto he visto púérperas asistidas que se han considerado normales, á pesar de llevar consigo una infección ligera, de poco alcance por el momento, pero de la que más tarde ha de sentir la mujer los efectos durante meses y quizá años.

Cuando en una púérpera reconocemos que la temperatura no es la normal y no hay causa extragenital que sea justificante único de ello, debemos deducir que la parida se ha infectado.

Si los graves síntomas concomitentes con el ascenso térmico denotan una septicemia pura, debemos aplicar el tratamiento de todas las septicemias, poca cosa se puede hacer de provecho.

Mas estas septicemias puras se ofrecen muy raramente. En la actualidad lo que se observan son formas atenuadas, generalización de infecciones, más ó menos aparatosas en sus manifestaciones.

Ante una púérpera enferma, importa ante todo averiguar las condiciones en que se ha verificado el parto y especialmente el alumbramiento. Respecto del primero interesa su duración, presentación fetal, rotura de la bolsa de las aguas, duración del período de expulsión del primer ovoide. Cuando el parto es largo más se abusa del tacto; si la presentación no es de vértice da lugar á que muchas veces se pongan manos donde no debieran; si ha sido lenta y trabajosa la expulsión del primer polo fetal es probable que los tejidos habrán sido muy traumatizados, pudiendo ser la causa de que más tarde sobrevengan complicaciones del tramo bajo genital y aun fistulas urinarias ó rectales. Del alumbramiento conviene mucho conocer si ha sido espontáneo ó mal ayudado, y si la placenta y membranas se han expulsado en totalidad.

Aparte de todo ello, suponiendo vacuo el útero, débese averiguar cuidadosamente el estado del mismo probablemente en subinvolución, su tamaño y sensibilidad, lo propio que los de las regiones anexas; después la integridad ó desgarro de periné y vagina.

Si el útero está bien reducido é indoloro, si no ocurre novedad en torno de él, y á la vez se observa una herida sucia blanquizca, grisácea ó negruzca en el periné, está éste edematoso, infiltrado, hago practicar una *toilette* exquisita de la región, afeitando, jabonando y detergiendo toda ella y lavándola copiosamente. Reconoz-

co á continuación la vagina haciendo lo propio, y en todas las heridas que observe aplico aceite esencial de trementina ó tintura de yodo. Dejando una gasa, estéril ó yodofórmica en la vagina, para aislar y desaguar; y si el periné está en malas condiciones, fomentos calientes de cocimiento de quina alcanforada continuos.

Como solución antiséptica muchas veces no empleo ninguna, pues lavo con agua esterilizada, sino en los casos de poca virulencia la microcidina (naftolato de sosa) al 10 por 1.000 ó menos, el permanganato potásico al 1 por 3.000, en los de mayor intensidad el lisol al 2 1/2 por 100.

En los casos en que con ó sin heridas de periné y vagina no parece ser éste el punto de partida de la infección, en que los signos uterinos hacen sospechar de este órgano, obro de igual manera y, sólo después de haber barrido y limpiado más de una vez genitales externos y vagina, tacto á la mujer. Si es el cuello el punto infectado, trato en consecuencia la herida cervical, y después también el útero, porque ha desaparecido la barrera que defiende la matriz del asalto microbiano; si es directamente la herida placentaria, previa desinfección del tramo inferior genital, procedo á la irrigación intrauterina con las sondas de Budin (metálica), de Doleris ó de Bozeman-Fritz, con las precauciones de rigor y las soluciones dichas, repetidas de una á tres veces al día según los casos.

Cuando la infección se ha corrido al parametrio, á los anexos, cuando se presenta una endometritis aguda, añado á todo ello aplicaciones de ictiol en el abdomen, supositorios de dicha substancia yodoformados, fomentos abdominales calientes.

Si las irrigaciones uterinas no bastan á modificar el estado del órgano, establezco un drenaje del mismo con un tubo de caucho, una mecha de gasa ó ambos á la vez.

El raspado, aparte de los casos de retención de placenta ó membranas, no es de mi devoción; en vez de ello hago un simple toque ó un ligero escobillado seguido de la introducción de gasa mojada en glicerina creosotada que retiro, dejando en su lugar otra seca. Eso en los casos en que queden en el útero pequeños coágulos ó se eliminen tejidos mortificados; excusado es decir con qué cuidado no ha de procederse.

Además de estos medios locales, se emplean generales: los baños fríos, la sueroterapia, los abscesos de fijación. He empleado muchas veces el primero de ellos, los baños, mejor que fríos, frescos á 30° y 32°, obteniendo excelente resultado, descendiendo la temperatura hasta darlos á 28° ó 27° cuando la paciente se acos-

tumbraba y lo requería. Ultimamente he ido restringiendo su empleo por haberme convencido de que sin ellos los resultados no difieren notoriamente.

Los ensayos de sueroterapia antiestreptocócica no son hasta ahora convincentes. Empleo poco el suero artificial, pero á dosis masivas.

Tengo el convencimiento de que los abscesos fijadores, cuya boga ha pasado, son un excelente medio pronóstico; cuando al inyectar de 1 á 3 c.c. de esencia de trementina se logra la rápida formación de un absceso, es la mejor prueba de que se conservan buenas defensas orgánicas; en cambio cuando, á pesar de repetir la inyección, sólo se consigue que reaccionen débilmente los tejidos, el organismo está en bancarrota. Las mujeres en que se logra el absceso de fijación, usualmente se curan, pero á mi modo de ver la inyección de aceite de trementina no salva á una puérpera inyectada grave. Este concepto es el que he manifestado mucho tiempo, pero los estudios modernos acerca las infecciones me hacen reservar por ahora la opinión. Algunas veces parecen observarse modificaciones en el curso de la enfermedad, por ejemplo, no presentarse un escalofrío, que era diario, después de constituido el flemón. Empleo con buen resultado el suero con trementina recomendado por Fabre al 1 por 200.

Las infecciones puerperales pueden reclamar un tratamiento quirúrgico. Las colecciones purulentas que pueden formarse en el aparato genital ó en otro cualquier punto del organismo deben dilatarse, salvo que pudiéndose esperar, el remedio resultara peor que la enfermedad. La condición para intervenir es que la colección purulenta sea evidente, se aprxime al exterior por uno ú otro camino y pueda dilatarse extraperitoneal. Admito indicaciones, pero limitadas á determinados casos, para la histerectomía, la ligadura de las venas, lo propio que la laparotomía para las peritonitis. Se ha recomendado, después de la intervención, insuflar 4 ó 5 litros de oxígeno en el peritoneo; también, recientemente, practican lavados con éter.

Tengo fe en la colaboración del tratamiento farmacológico: de buenas á primeras procuro abrir los emunctorios, piel, riñón é intestinos; con él regularizo las funciones gástricas é intestinales. Aparte de indicaciones que pueden sobrevenir de un antipirético, de un excitante, recorro mucho á la quina y al arrenal, y á la digital en cuanto la reputo conveniente.

Incito á que beban las pacientes bien agua clara, ya agua de cebada ó infusión teiforme.

Esta es en síntesis y mal pergeñada la terapéutica que entiendo racional en las infecciones del puerperio.

(Archiv. Gin. Obstet. y Pediat.)

TRATAMIENTO DEL TÈTANOS

POR EL DOCTOR PIERRE LESAGE

En el caso de tétanos, hasta confirmado el agudo, no sólo excelentes resultados sino también la curación completa han sido obtenidos por el doctor L. de Nontille con el empleo del método de Bercelli, pero *modificado*.

He aquí la fórmula preconizada en dicho caso:

Fenol	1 gramo.
Eter	C. S. para disolver.
Aceite de oliva esterilizado	10 gramos.

Esta mezcla comunica al fenol mayor inocuidad, conserva su actividad, disminuye la dosis necesaria y permite limitar notablemente el número de inyecciones; en efecto, basta con hacer una ó dos inyecciones por día en las masas musculares.

Pueden inyectarse de este modo, sin ningún peligro, más de 1 g. 50 centígr. de fenol por día; sin embargo, dosis seis veces menores pueden alcanzar el mismo fin, gracias á dicha modificación.

Según el autor, las consecuencias de sus investigaciones que más merecen llamar la atención son las siguientes:

1.º La gran *rapidez* con que el enfermo está siempre aliviado (destetanzado).

2.º La *sencillez* del tratamiento, pues que 1 á 2 inyecciones diarias son suficientes.

3.º La *actividad* de la dosis empleada, aunque dicha dosis sea insignificante. En efecto, la técnica que preconizamos representa 0 gramos 20 centígramos de fenol por día, en el caso de ser la inyección de 2 centímetros cúbicos—dosis máxima *pro die*—la cual está reducida á 1 centímetro y 1/2 cúbico y 1 centímetro 1/3 cúbico al cabo de algunos días.

4.º La *curación, real y definitiva* que no tarda en manifestarse 10 á 12 días después de los precisos comienzos del tratamiento, en los casos graves.

REVISTA DE REVISTAS

POR EL DR. W. L. ALBO

La albuminuria masiva en el diagnóstico de las hemorragias meníngeas.—(L'albuminurie masive dans le diagnostic des hémorragies méningées.) Dr. G. Guillain. P. M. número 54, 1915.

El autor contesta al artículo del Dr. E. Macris para decir que sus dos observaciones son incompletas. En la primera se trataría de una hemorragia cerebral y no de una verdadera hemorragia meníngea; en la segunda no se puede asegurar la existencia de sangre en el líquido cefalo-raquídeo, pues no se practicó la punción lumbar. A propósito de esto recuerda el artículo que publicó en unión del Dr. Vincent en *La Semaine Médicale*, en el cual se propusieron demostrar que, á veces, en las hemorragias meníngeas se puede observar la presencia de una albuminuria masiva, que puede permitir, ante un conjunto á veces muy vago de síntomas, hacer el diagnóstico de hemorragia meníngea. Hace algunas consideraciones sobre las las albuminurias nerviosas, cuyo mecanismo es aún muy obscuro.

Literatura relativa á esta cuestión:

1. Aubert (J.) -Les hémorragies méningées. Thèse Paris, p. 33.
2. Braillon.—Nord médical. 1.º Febrero, 1915.
3. Barety y Thaon.—Nice Médical, 1.º Febrero, 1877.
4. Chouffard.—Journ. de Méd. et de Chir. prat., 10 Febrero, 1903.
5. Charles y Denis.—Journ. de Méd. de Bordeaux, 15 Junio 1909.
6. Durand.—Thèse de Lyon, 1902.
7. Froin.—Thèse de Paris, 1904.
8. Courmand y Cade.—Arch. de Neurol., Julio, 1900.
9. Gerest y Lafond.—Semaine Méd., 15 Marzo, 1910.
20. Guillain y Vincent.—Valeur séméiologique de l'albuminurie dans les hémorragies méningées. Semaine Médic., 27 Octubre, 1909, p. 505.
11. Letulle y Lemierre.—Soc. Méd. des Hôp., 25 Nov. 1904.
12. Marnín (E.) y Aibierre.—Les hémorragies cérébrales traumatiques. C. A. del segundo Congreso de Medicina legal, París, 1912, p. 48.
13. Médecins—De l'albuminurie dans les hémorragies cérébrales et méningés. Thèse de Paris, 1910.
14. Schneider. Les albuminuries des hémorragies méningées. Thèse de Paris, 1910.

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión del 21 de Enero de 1916.

Preside el señor Laguna

El señor *Herraz*: *Caso clínico de eclampsia.*

Antonia Gabina, de 20 años, Baracaldo.—Sin ningún antecedente patológico, salvo haber sufrido una fiebre tifoidea á los 15 años de edad, que le retuvo un mes en cama y se restableció sin ningún contratiempo, el día 6 de Octubre último, hallándose en el octavo mes del embarazo, sin haber concedido importancia á las molestias sufridas por creerlas inherentes al embarazo (dolor de cabeza, sensación de moscas volantes, edemas de las piernas), bruscamente es acometida de convulsiones que empiezan en la cara y se propagan á las extremidades, apareciendo á la vez en varias partes del cuerpo, con la respiración incompleta y estertorosa, lividez del rostro y embargo del sensorio. Se suceden con relativa frecuencia los accesos y en los intervalos cae la mujer en un coma profundo, la temperatura se eleva á 39 grados, las orinas extraídas con sonda contienen albúmina y no se observa ninguna contracción uterina, ni ningún fenómeno de parto.

El diagnóstico ofrece pocas dificultades en este caso, la existencia de albúmina en la orina, coexistiendo con un embarazo en el octavo mes, descarta con facilidad todos los procesos que aparecen con formas convulsivas, como la epilepsia en que tenemos los antecedentes de crisis epilépticas, mordeduras de la lengua, etcétera; del tétanos, existe generalmente una herida infectada, trinnus, risa sardónica; lo mismo acontece con todas las convulsiones de origen gastrointestinal, cerebral, meningítico, etc.

Se establece el tratamiento, con la administración de un purgante drástico, narcosis clorofórmica en los accesos eclámpicos, é inyecciones de morfina á grandes dosis, y no se retarda la aparición de los accesos y continúa el coma y la fiebre, procediéndose á las diez horas de haber comenzado los accesos, al parto forzado bajo la anestesia clorofórmica, comenzando la dilatación uterina con el dilatador de Tromer y continuándola con el globo de Charpentier de Rives, terminando el parto con la versión á los tres cuartos de hora de comenzado, naciendo el feto en estado asfíctico

del que no reaccionó á pesar de los esfuerzos realizados por conseguirlo.

Al siguiente día, los accesos eclámpicos continuaron presentándose más distanciados, la fiebre sigue alta y el coma profundo; al tercer día, desaparecen los accesos, pero persisten el coma y la fiebre durante cuatro días más, hasta que lentamente recobra la lucidez intelectual y la salud, después de haberla tenido seriamente comprometida.

Sesión del día 28 de Enero de 1916

Preside el señor Laguna

El señor Aparicio: Comienza diciendo que todos los años publica la estadística de intervenciones que ha practicado con motivo de cura radical de hernia en los niños; que al empezar á ejercer su profesión si se practicaba por deficiencias en los procedimientos de asepsia y hoy es práctica corriente, sin que los límites de edad influyan contra su aplicación.

Por datos embriológicos sobre el descenso testicular en los niños, explica la mayor frecuencia de las hernias congénitas en el lado derecho y en cambio en las niñas se presenta indistintamente en uno ó en otro lado.

Describe las tres fositas inguinales limitadas por el uraco, el cordón que resulta de la obliteración de la artesía umbilical y la arteria epigástrica, que dan lugar á las hernias oblicua interna, directa y oblicua externa, siendo más frecuente esta última en los niños.

Como síntoma no tiene más que el producido por la salida de la masa intestinal á través del anillo, siendo característico el gorgoteo especial producido al reducir la hernia, y estudia después el diagnóstico diferencial con el hidrocele y epiplocele.

Tratamiento: Establece la distinción según la hernia estrangulada ó no. En el primer caso intenta siempre la taxis, que en general es fácil en los niños y después de pasados los accidentes de estrangulación procede á la cura radical.

Respecto á los límites impuestos por la edad, varía según las circunstancias, imponiéndose en ocasiones la cura radical por verdadera necesidad, pudiéndose aplazar cuando es únicamente por conveniencia ya que la hernia del niño puede curarse con el braquero.

Respecto al procedimiento operatorio, después de describir los

métodos clásicos de Bassini y Championier, opta por no formar el plano posterior, limitándose á reseca lo más posible el saco herniario, después de aislar el conducto deferente, que son los tiempos más esenciales de la cura radical de las hernias en los niños; conclusiones á las que ha llegado después de operar más de 400 casos.

Sesión del día 4 de Febrero de 1916

Preside el señor Laguna

Un caso de tumor del ángulo ponto-cerebeloso, con presentación del enfermo, por el Sr. López Albo.

Voy á presentar á la consideración de la Academia un caso de neoplasia del ángulo ponto-cerebeloso, que hemos estudiado en la clínica quirúrgica del señor Zarza, en el Santo Hospital Civil de Bilbao. Pero, primeramente expresaré mi agradecimiento al señor Zarza—en cuya unión, como asimismo en la de su ayudante clínico, el señor Hormaeche, hemos estudiado el caso,—por haberme consentido traer el enfermo á vuestra presencia.

Se trata de un hombre de 22 años, soltero, bastante bien nutrido, que únicamente declara el sarampión como antecedente patológico personal. Dos de sus hermanos fallecieron á consecuencia de procesos meníngeos, mas ignoramos su etiología. El paciente niega sífilis y toda infección genital. Nunca le supuraron los oídos, ni tiene infartos ganglionares y alteraciones pulmonares que nos hagan sospechar la tuberculosis. No ha sido alcohólico, ni fumador. El curso de la afección actual ha sido apirético.

En el mes de Abril del año 1915 se dió cuenta—estando en la República Argentina—de las primeras manifestaciones de su enfermedad. Estas consistieron en astenia muscular, decaimiento general, disminución del apetito—seguida de ligero enflaquecimiento—dificultad al escribir, y un día se apercibió de cierta pérdida del equilibrio mientras subía á una silla para alcanzar algo: se tambaleaba é iba hacia atrás y á la derecha. Su escritura se fué convirtiendo en más irregular, y á ella se agregaron molestias céfálicas é inseguridad en la posición estática y en el equilibrio dinámico, viéndose precisado á abandonar su empleo en el mes de Julio del año 1915. Consultó con un compañero, quien le recomendó fuera á la pampa á hacer vida de campo, prescribiéndole á la vez una medicación tónica del sistema nervioso. En vista de que sus molestias, lejos de atenuarse, se complicaron con un estado

nauseoso, con dolores de cabeza y con un par de vómitos alimenticios, resolvió regresar á España. Durante la travesía tuvo dos vómitos, no debidos al mareo.

A primeros de Noviembre—1915—llegó á Vizcaña. Desde entonces hasta hoy—unos tres meses—ha continuado con su estado nauseoso, con sus dolores cefálicos, y ha vomitado próximamente 40 veces; algunos días tuvo tres ó cuatro vómitos. Estos no eran precedidos ni de molestias ni de dolores gástricos: tenían carácter cerebral. Aparecían á menudo cuando variaba de postura en la cama y, sobre todo, si se acostaba en decúbito lateral derecho—sitio de la lesión,—y durante ellos se acentuaba la cefalalgia, que tiende á localizar en el lado derecho, unas veces en la fosa posterior y otras en la región temporo-parietal derechas. En Noviembre—1915—empezó á disminuir su agudeza auditiva. La agudeza visual le empezó á disminuir lentamente en el mes de Diciembre, notando cierta dificultad momentánea al leer los caracteres corrientes de la prensa. «También por entonces—nos dice—andaba como si estuviera borracho.»

Según comunicación verbal de nuestro compañero el señor Herreraiz, que vió al enfermo en el mes de Noviembre, éste presentaba, además de los síntomas dichos, trastornos de la palabra y arreflexia en el tendón rotuliano derecho.

Las funciones mentales se han conservado bien, á no ser cierta amnesia referente á lo que desde América escribió á su madre en las últimas cartas.

Esos son los antecedentes que hemos podido recoger.

Estado actual: En varias exploraciones que hemos hecho al paciente apreciamos los siguientes síntomas: Aparato circulatorio, bien: 80 pulsaciones al minuto. Aparato respiratorio, bien: 18 excursiones respiratorias al minuto. Matidez hepática, un poco disminuída en su límite inferior. Matidez esplénica, normal. Ningún trastorno aparente de las funciones endócrinas, ni de los aparatos digestivo—excepto los vómitos de carácter cerebral—y urinario.

Los vómitos no son actualmente tan frecuentes como en los meses anteriores. En el mes pasado—Enero—estuvo sin vomitar dos semanas alternas—dieta láctea,—y hace cinco días que no vomita. No obstante, su estado nauseoso y la cefalea persisten, manifestándose especialmente por las mañanas y cuando se acuesta sobre el lado derecho. Por este motivo permanece en decúbito supino ó en decúbito lateral izquierdo, á fin de evitar el estado nauseoso, los vómitos y la cefalea.

En posición vertical, como puédesse apreciar, el enfermo tiende

á separar las piernas con el objeto de ensanchar su base de sustentación. Si le invitamos á cerrar los párpados no aumenta nada su inestabilidad. Si le rogamos que ande, su marcha es claramente ebria, cerebelosa; los movimientos de la pierna derecha son desmesurados y torpes; la línea de los pasos es en zig-zag, con repentinas oscilaciones á uno y otro lado, especialmente hacia la derecha. Anda con los pies separados. Si reparamos en el movimiento aislado de su miembro inferior derecho, observamos que le mueve en una forma análoga á la de los enfermos de la primera neurona sensitiva: golpea el suelo con el talón. Hemos tenido ocasión de observar que todos estos trastornos de la deambulaci6n aumentan mucho si se le hace subir y, sobre todo, bajar por una escalera: tiene temor de caerse, lanza atáxica y desmesuradamente su extremidad inferior derecha y se ase al pasamanos para esquivar la caida. Asimismo se ponen en evidencia los trastornos citados, mientras sube á una silla y al finalizar una vuelta rápida. Titubea al tocar con el dedo grueso del pie derecho un objeto situado algo por encima del plano del lecho, y casi siempre se desvía hacia la derecha.

Los trastornos atáxicos y dismétricos existen igualmente en el miembro superior derecho. Si le invitamos á tocar la punta de su nariz con el índice derecho, según la prueba clásica, vemos que el movimiento se hace con lentitud y que el dedo la toca, ó en su ala derecha, ó golpea sobre la mejilla del mismo lado. Este movimiento atáxico es muy marcado si la prueba se verifica con rapidez. También es positiva la prueba de Barany: el dedo índice de la mano derecha se desvía á este mismo lado. Hay adiadococinesia en los movimientos antagonistas y sucesivos de pronación y supinación de la mano derecha. Lataxia del miembro superior derecho se acompaña de temblor si el enfermo intenta beber el contenido de un vaso. Si le invitamos á beber el agua de este vaso, vemos cómo le dirige lentamente á sus labios, y ahora, al llegar á ellos, se inicia el temblor. A veces ha derramado algo del líquido. La prueba del ranversamiento de la mano está esbozada. Se queja de debilidad en los miembros derechos. La oclusión de los párpados no altera visiblemente sus trastornos atáxicos y dismétricos.

Todos los síntomas que hemos expuesto, unidos á los trastornos gráficos, representan un hemisíndrome cerebeloso derecho, directo y homolateral: hemiataxia, hemidismetría, hemiastenia, monotemblo y adiadococinesia en el miembro superior derecho, pues no van escoltados de alteración alguna en las vías piramidales—paresias, atrofas, etc.,—ni en los cordones posteriores—integri-

dad de las sensibilidades superficiales (contacto, calor, frío, dolor,)—ni de las profundas (presión, posición, movimiento), en las cuatro extremidades. Igualmente están intactas la sensibilidad perióstica y la estereognósica. La prueba de la resistencia de Holmes y Stewart, fué negativa. No existe catalepsia cerebelosa.

Junto al hemisindrome cerebeloso presenta el enfermo otro hemisindrome de nervios craneales, localizado en el mismo lado derecho: parálisis total del acústico derecho y paresia del facial y del trigémino derechos.

Si miramos al paciente, ya se puede apreciar la participación del facial derecho: se vé que la abertura palpetral es más amplia por este lado, debido á la paresia del orbicular y á la integridad en elevador del párpado. Si le rogamos mire hacia arriba, los surcos transversales son menos visibles en la región frontal derecha. El facial inferior está también interesado: al mostrarnos los dientes, éstos se descubren más en el lado sano—izquierdo—lo que se debe á la paresia de los zigomáticos y los elevadores del labio superior derecho. No puede ocluir aisladamente el ojo derecho, como podemos ver. El enfermo presenta, además, otros pequeños signos de parálisis facial.

Oppenheimer ha descrito, hace ya bastante tiempo, el signo de la arreflesia corneana como de gran valor para diagnosticar los tumores del ángulo ponto-cerebeloso. Este síntoma puede apreciarse en nuestro enfermo. Vemos qué disminuído está el descenso del párpado superior derecho si tocamos la córnea con esta tira de papel, mientras que en el lado izquierdo se conserva normal el reflejo de la córnea.

El trigémino derecho está interesado á la vez en su raíz motora y en su raíz sensitiva. Hay paresia del nervio masticador derecho, pues si el enfermo aproxima con fuerza la mandíbula inferior contra la superior, las fibras musculares del masétero derecho no se contraen con la energía, ni forman en el ángulo de la mandíbula el relieve y dureza que las del lado izquierdo. En el territorio de distribución de la raíz gruesa, sensitiva, se aprecia una hipoestesia claramente limitada á la línea media (lomo de la nariz, lengua, bóveda palatina) en casi toda la zona cutánea y mucosa innervada por el trigémino derecho. Hay anestesia completa en algunas regiones de la conjuntiva esclerótica, sobre todo en el ángulo interno del globo ocular, hipoestesia en toda ella, y también, aunque menos intensa, en la conjuntiva corneana. Si se le excita con una torunda de algodón la fosa nasal derecha, no percibe el cosquilleo—y sí un ligero contacto—ni cierra reflejamente los párpados, ni

su cara cambia de expresión. En cambio, en la fosa nasal izquierda la excitación provoca los movimientos reflejos fisiológicos.

La participación de estos tres nervios y el carácter periférico de la parálisis facial, así como la distribución radicular de la hipoestesia facial, indican que la causa compresora ocupa el ángulo ponto-cerebeloso derecho, sitio donde pueden ser comprimidos á la vez los tres nervios craneales citados. Como síntomas discordantes de localización, el enfermo acusa la ya dicha sordera casi total del acústico izquierdo y, como ustedes pueden apreciar, la desviación de la punta de la lengua—cuando la saca de la boca—hacia el lado izquierdo, por paresia del hipogloso izquierdo—lado opuesto á la localización ponto-cerebeloso.— Estos dos síntomas los interpretamos como ocasionados por la elevación de la presión intracraneana.

Se observa también un síntoma frecuente en las afecciones de la fosa posterior: es el nistagmus. Le provocamos haciendo mirar al enfermo hacia los lados, y entonces vemos que las sacudidas nistágmicas son rápidas hacia la izquierda—lado sano,—y lentas, pendulares, hacia la derecha—lado de la lesión.—Sabido es que el nistagmus aparece en las lesiones que interesan la fosa posterior, lo cual se comprende fácilmente por la vecindad del laberinto, de las vías vestibulares, del cerebelo, de las vías cerebelosas y de la médula oblongada. Pero recientemente hemos leído un artículo interesante respecto á este asunto, en el que el Dr. Noehte⁽¹⁾, su autor, establece que las lesiones traumáticas, ó sus secuelas, que interesen el pie de la segunda circunvolución frontal, pueden dar origen al temblor ocular. Analiza en su artículo nueve casos de nistagmus pos-traumático, en los que no podía sospecharse ninguna lesión en la fosa posterior. De modo que, si bien el nistagmus no es un síntoma seguro para localizar la lesión en el pie de la segunda circunvolución frontal, siempre que observemos el temblor de los globos oculares, debemos pensar en la posibilidad de que su origen resida en una lesión del pie de la segunda circunvolución frontal. La etiología traumática, el sitio del traumatismo, y otros síntomas concomitantes aclararán el diagnóstico.

Con el fin de averiguar si el nistagmus era de origen vestibular ó cerebeloso, hemos sometido al enfermo—en unión de nuestro amigo y compañero, el señor Hormaeche—á las diversas pruebas nistágmicas—rotatoria, calórica y galvánica,—y bien porque el

(1) Ueber Nystagmus bei Verletzungen des Fusses der II Stirnhirnwindung. D. m. W. núm. 41, 1915.

nistagmus ya existía, ó por deficiencia en algunas pruebas que practicábamos por vez primera, no obtuvimos resultados concluyentes. No obstante, la existencia del vértigo post-rotatorio y post-galvánico, indicaba que el aparato vestibular reaccionaba.

El enfermo declara como único síntoma subjetivo de los trastornos de la equilibración, una falsa y ligera sensación vertiginosa oscilatoria, más pronunciada hacia la derecha—lado interesado.— Cuando contemplaba una montaña lejana, su cúspide oscilaba bilateralmente, siendo más acentuado hacia la derecha el movimiento oscilatorio.

Hemos apreciado algunos signos de la llamada asinergia cerebelosa: tendido en el suelo, en decúbito supino y con los brazos cruzados, no puede incorporarse; durante la marcha se nota también algo de asinergia.

Muy interesante es en este caso la presencia de un conjunto de síntomas que dicen á favor de lesión cerebelosa y en contra de lesión laberíntica: 1.º La oclusión de los párpados no altera los trastornos del equilibrio. (Romberg negativo). El Romberg positivo existe en las afecciones vestibulares. 2.º Las variaciones de actitud de la cabeza, cuando está de pie ó cuando anda, no aumentan los trastornos del equilibrio. Este síntoma, al contrario, es positivo en las afecciones vestibulares. 3.º La ataxia de este enfermo es, sobre todo, dinámica—dismetría, temblor, trastornos de la escritura, marcha ebria, etc.—es decir, se presenta en ocasión de los movimientos aislados, ó de conjunto, de los miembros. En las lesiones laberínticas, la ataxia es estática, inmodificable por los movimientos de las extremidades. 4.º En este enfermo los trastornos de la equilibración son casi exclusivamente objetivos. Los trastornos subjetivos del equilibrio (vértigos), se presentan en las afecciones laberínticas. 5.º Las diversas pruebas nistágmicas, han sido, en general, favorables á no estar interesado el laberinto.

En esta figura que representa la cara anterior del cerebelo y del tronco encefálico, puede verse el lugar en que asienta el tumor. Sólo en esta región pueden ser interesados á la vez, juntos con las vías cerebelosas, los tres nervios craneales V, VII y VIII, por un proceso compresor, interesando al trigémino en su origen aparente en la cara antero-lateral de la protuberancia, y al facial y al acústico en su emergencia de la fosa lateral del bulbo.

La naturaleza de la causa compresora que origina este cuadro sintomático, pocas veces puede diagnosticarse con absoluta certeza, y nunca el tamaño de la tumoración. Los gomas sifilíticos se

pueden sospechar si los antecedentes del sujeto coinciden con la posibilidad de su existencia. En nuestro enfermo podemos desear esta etiología: niega sífiles, la R. W. ha sido negativa en el suero sanguíneo y estuvo sometido, sin resultado satisfactorio, á un tratamiento yodurado.

Otra de las causas en que puede pensarse, es en un proceso tuberculoso, en un tubérculo, frecuentes en la base del cerebro y en el cerebelo, y esto es más de sospechar puesto que existen trastornos en el sitio opuesto á la localización, agudeza auditiva muy disminuída en el acústico izquierdo y paresia del hipogloso izquierdo, pues los tubérculos son á menudo múltiples. En contra de esta presunción tenemos la ausencia de infartos ganglionares, la integridad de los pulmones, los antecedentes del enfermo—nunca estuvo enfermo—y la reacción negativa á la tuberculina. Sin embargo, una tuberculosis ganglionar oculta—mediastínica—puede producir un foco cerebral por embolia metastásica: acceso ó tubérculo. El curso afebril y la ausencia de lesiones supurativas de los oídos, excluyen la primera posibilidad. Las meningitis serosas, por la proximidad de los lagos cerebelosos en esta región, son acaso susceptibles de originar un síndrome parecido, pero los síntomas suelen ser sólo cerebelosos y no los típicos de una lesión extendida al ángulo ponto-cerebeloso. Además, en este caso faltan enfermedades infecciosas anteriores. Las neoplasias procedentes de los ventrículos laterales del cuarto ventrículo y de los plexos coroideos, como puede verse en la figura, pueden extenderse hacia afuera, comprimir un hemisferio cerebeloso y dar lugar á un hemisíndrome cerebeloso directo. En contra de esta localización habla la ausencia de trastornos en el motor ocular común y en los movimientos de lateralidad de la mirada. La falta de estos trastornos y de movimientos coreo-atetósicos, indica que tanto el pedúnculo cerebral, como el pedúnculo cerebeloso superior, están respetados. Con mucha frecuencia estas neoplasias proceden del nervio acústico—glioneuomas—ó de la cara posterior del peñasco, de las cubiertas encefálicas: fibro-sarcomas.

El síndrome de hidrocefalia interna, se confirmó por la punción lumbar, practicada por el señor Zarza: ella dió salida á un líquido hipertenso, claro, á chorro. Analizado por el señor López Pérez, mostró escasos linfocitos y ausencia de gérmenes y de elementos celulares. En las neoplasias de la fosa posterior suele encontrarse glucosa en el líquido cerebro-espinal, debido á la proximidad de los centros y vías que intervienen en la complicada función glicogénica.

El olfato está intacto, y aún no nos hemos formado juicio definitivo sobre las funciones gustativas.

El caso que acabo de relatar, presenta, pues, un síndrome de compresión intracraneana: dolor de cabeza, náuseas, vómitos de carácter cerebral, aturdimiento, gran estrangulamiento papilar (señores Somonte y Abadie) é hipertensión del líquido cerebrospinal, síntomas que sirven para diagnosticar una hidrocefalia interna. Los síntomas atáxicos, el nistagnus y los vértigos, indican que la causa compresora se halla en la fosa posterior. El síndrome cerebeloso hemilateral derecho—hemiatáxia, hemiasténia, ligera hemiasinergia, y la adiadococinesia y el temblor internacional del miembro superior derecho—sirve para localizar la neoplasia en la fosa posterior derecha. Finalmente, las alteraciones en los territorios del trigémino y del facial, y la sordera total del lado derecho, indican que la causa que produce la compresión, se encuentra en el ángulo ponto-bulbo-cerebeloso derecho. Se trata pues, de un caso típico de localización ponto-bulbo-cerebelosa.

Como único tratamiento se impone el quirúrgico, atacando á la lesión á través de la región occipital inferior derecha.

De capital interés para las clases

Médica, Farmacéutica y Veterinaria

Acaba de ponerse á la venta el excelente volumen: *Legislación sanitaria ó El libro de las consultas: Guía práctico de los titulares*, que, como su nombre indica, tiene por objeto proporcionar á los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios, especialmente rurales, cuanto necesitan saber en materia de legislación para no dejarse burlar por caciques y monterillas, capacitándoles para burlar sus *habilidades* y defenderse de sus amaños y trapacerías: libro cuya utilidad no necesitamos encarecer dada la deficiencia en tal sentido (con grave perjuicio de sus intereses morales y materiales) de las abnegadas clases sanitarias, constituyendo el mejor escudo ó salvaguardia que pudieran hallar en el ejercicio de sus respectivas profesiones para abroquelarse contra las diferentes truhanerías de que continuamente son objeto, instruyéndolas á la par que en sus deberes y obligaciones, en sus prerrogativas y derechos, por cuya razón será poca toda la

Legislación sanitaria ó El libro de las consultas: Guía práctico de los titulares, forma un elegante tomo de nutrida lectura con cubierta á dos tintas, y su precio es el sumamente módico de *tres pesetas*, aumentando cincuenta céntimos cuando se desee recibir certificado.

Los pedidos, acompañados de su importe, al señor Administrador de «Regeneración Médica», San Pablo, 20, pral. Salamanca.