

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIV

Bilbao—Abril—1908

Núm. 160

EL CANCER DEL CUELLO UTERINO

La repulsión instintiva que produce toda intervención quirúrgica, se halla agravada por la opinión extendida entre médicos de su absoluta inutilidad, cuando del carcinoma se trata.

Nada es más frecuente oír que dicha afección operada vuelve á recaer ocasionando la muerte del enfermo, y que los casos de curación que se citan, no son más que demostraciones del error diagnóstico que se ha cometido.

Es más difícil desarraigar esta creencia, que resolver la curación del neoplasma maligno.

Sin embargo, los progresos realizados en la técnica quirúrgica, operando metódicamente y con extensión suficiente en los casos recientes ó que se hallen en buenas condiciones, va modificando la opinión pesimista corriente.

Contrayéndonos al cáncer del cuello uterino, sitio el más frecuente de su desarrollo, debemos manifestar su analogía, á los efectos del tratamiento, con el que fija su residencia en la mama.

La aterradora mortalidad de ambos ha disminuído notablemente desde que la exéresis se aplica con extensión y las disecciones del costado, axila y parametrio se ejecutan con la valentía necesaria en las operaciones.

Es sabido que hasta hace pocos años el cáncer uterino se operaba de una manera defectuosa, no por falta imputable á los cirujanos, sino debido al ambiente quirúrgico,

tradiciones, útiles insuficientes y otras circunstancias difíciles de apreciar.

Se tenía una gran prevención á operar por la vía abdominal un cáncer uterino, por la gravedad en que se hallaba rodeada, y al venir el período de 1885 á 1900 en que estuvo en todo su apogeo la histerectomía vaginal, por los brillantes resultados que se obtenían en varias enfermedades uterinas y anexiales, se pensó en aplicarla al cáncer, como menos expuesta para la paciente.

No obstante esta favorable condición de la histerectomía vaginal, fuera de los casos muy recientes y de poca extensión, no dió curaciones duraderas, por cuanto con ella no se extirpaban los tejidos vecinos del cuello uterino, sobreviniendo las recidivas.

Perfeccionado el acceso al interior del abdomen, las operaciones que sobre él recaían se hicieron más benignas y se adoptó esta vía como más racional para el descubrimiento y eliminación de las lesiones.

Entre las diversas maneras de llevarlas á cabo, se hizo de notar la del Dr. Wertheim por la extirpación lenta y metódica del útero, parametrio y parte superior de la vagina, con disección de los uréteres y demás prolongaciones neoplásicas intestinales y ganglionares accesibles.

Realmente es una operación, que al decir de los que la han ejecutado, difícil, larga y muy fatigosa, pero que proporciona al cirujano la satisfacción de ver curadas muchas enfermas después de transecurridos dos ó tres años de la operación.

Otro medio que también ha dado resultados en algunos casos recientes y limitados, es el de la amputación del cuello uterino por medio del termocauterio, procedimiento muy en boga en las formas crónicas de la inflamación de dicho órgano.

El remedio quirúrgico paliativo del cáncer en la región indicada, se reduce al curetaje y su cauterización al hierro rojo. En las mujeres ancianas ó muy débiles no puede hacerse otra cosa, pero debe intentarse también en algunas jóvenes antes de proceder más extensamente.

Las mujeres regladas presentan el cáncer con evolución rápida, y más lenta las que se hallan en el período de la menopansia, porque las primeras, con sus dobles pérdidas, se agotan antes que las últimas.

De aquí se desprende la conveniencia de practicar la castración ovárica en las menstruadas, para evitar la anemia y el aumento de la excitación celular.

También pudiera hacerse lo mismo en las menopánsicas, con el fin de conseguir la obliteración de la arteria utero-ovárica y la desaparición de la glándula intersticial del ovario, cuya secreción interna suele persistir, oponiéndose en cierto modo á la atrofia del útero y por consecuencia favorece el desarrollo del cáncer.

Aunque también se ha recomendado el practicar la ligadura de las uterinas para disminuir el flujo sanguíneo, es muy difícil ejecutarla por la extensión de las lesiones. Mejor sería el sustituirla por la de las hipogástricas que es un complemento fácil en el curso de una laparotomía hecha para la castración. Para asegurar bien esta ligadura aconseja el Dr. Jayle el hacerla doble con intervalo de un centímetro en cada una de las arterias.

En resumen: visto que un cáncer es inextirpable en una mujer, se debe ejecutar como paliativa la operación de la laparotomía, para darse cuenta bien de la inmovilización del útero por el cáncer y si tiene ó no prolongaciones anexas. Como la ablación total del tejido canceroso suele ser imposible, se hará la castración y ligadura de las arterias hipogástricas.

Inútil será advertir que si adoptara el cáncer la forma vegetante, se completará la operación en la misma sesión, con el curetaje y cauterización ignea del cuello.

De lo expuesto se infiere que poseemos contra el cáncer uterino armas potentes que determinan la victoria en muchos casos y hacen más soportables la existencia en otros. Por lo tanto, no hay un fundamento serio para sostener sistemáticamente toda abstención quirúrgica ante un enemigo mortífero, dejando á la enferma merced á la asepsia é inyección de sueros cuyos valores, aun en aquellos

tenidos por específicos, se limitan á sostener las fuerzas de la paciente por un corto período de tiempo.

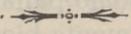
Además, es preciso hacer un diagnóstico precoz y no abusar de la terapéutica antisifilítica ó antiartrítica, dejando pasar tiempo y caer en la inoperabilidad del tumor por su extensión y alteraciones imposibles de solventar.

Estas apreciaciones quizá parezcan hoy temerarias, porque los resultados obtenidos de curaciones verdaderas no son todavía lo respetables que deban ser; pero transcurridos algunos años serán el pensamiento común entre los técnicos, pues llevan siquiera un viso de verdad que se halla por encima de todas las ideas preconcebidas sobre la materia, fundándose en hechos probados.

De todos modos, el médico está en la obligación de intentar la curación ó paliación en toda enfermedad por los medios más racionales y expeditivos que la ciencia aconseja en el día.

DR. GAMÍNIZ.

REVISTA EXTRANJERA



El azúcar y el alcohol en la alimentación, por el doctor Allier.—La importancia que ambas substancias tienen en la alimentación, ha sido objeto de grandes discusiones entre fisiólogos y biólogos.

Infinidad de trabajos existen considerando á cada una aisladamente y comparándolas entre sí y con las grasas en el movimiento nutritivo de todo ser organizado.

Fijándonos principalmente en aquellas opiniones que se hallan basadas en el laboratorio y su comprobación clínica, hemos de exponer brevemente su valor en el estado actual de la ciencia.

El azúcar sabemos que tiene ya un sitio importante en el grupo de los alimentos hidro-carbonados, constituyendo uno de los dinamógenos por excelencia, á la vez que de ahorro, economizando el gasto químico de las materias azoadas. Los análisis de las orinas demuestran

la disminución de la excreción nitrogenada en toda persona, que sometida al trabajo, hace uso de cierta cantidad de azúcar en su ración alimenticia cotidiana.

Favorece, además, la formación de la materia viviente, y en el caso de insuficiencia de materia azoada en las comidas, dificulta su pérdida.

En su consecuencia, no se trata de una manera de obrar vulgar y ordinaria, como toda materia alimenticia, ni es comparable, como algunos han supuesto, á las sustancias grasas, dadas en las mismas condiciones.

Donde se aprecia en alto grado el valor del azúcar, es durante el trabajo muscular, haciendo el papel de carbón económico de una máquina de vapor. Las experiencias de los doctores Roger y Chaveau sobre los animales, han demostrado la superioridad que tiene sobre las grasas y los alimentos carnosos, hasta tal punto que en un perro han podido observar que 176 gramos de azúcar bastan para reemplazar á 730 gramos de carne.

Por lo tanto, el azúcar no es una materia de lujo culinario, sino de primera necesidad y la ley que hiciera posible su bajo precio, sería, sin duda alguna, la más humanitaria, individual y socialmente considerada.

A juzgar por los trabajos estadísticos de Gardner, en los que figuran Inglaterra por 40 kilogramos, Dinamarca con 20, Francia por 12, Alemania y Bélgica con 9 y Rusia por 5, la raza anglosajona se cuida mejor y parece le da algo de la superioridad práctica en la vida, que es su característica.

En España se consumen 100.000 toneladas de azúcar en el año, que corresponden á cada individuo algo menos que en Rusia. Esta cifra es muy temible que disminuya después de la ley votada en Cortes y no obstante las tiendas ó despachos reguladores que en ella se obligan, el precio sufrirá un ascenso sobre lo caro que es actualmente dicho producto.

Realmente esta disposición es un borrón de gobierno al posponer el interés colectivo y favorecer una equivocación industrial de varias compañías arruinadas.

A pesar de algunos resultados contradictorios obtenidos en las experiencias hechas entre los ascensionistas de montañas y otros sportsman, es lo cierto que la tendencia moderna se dirige al uso alimentici-

cio del azúcar en los soldados y trabajadores para que resistan mejor la fatiga.

Igual criterio preside en la alimentación de los animales dándoles de comer las melazas. Las observaciones hechas en la caballería del ejército, como en la de arrastre de pesos más ó menos importantes, demuestran el aumento de la resistencia para el trabajo.

Estos resultados han aconsejado el uso del azúcar en la alimentación, cuando se trata de hacer largas carreras ó marchas fatigosas, llevando cantidades de aquella substancia en el bolsillo.

El azúcar no produce sed ni altera las funciones digestivas, como se cree vulgarmente, siempre que no se abuse de la cantidad necesaria. Calma, por el contrario la sed, humedeciendo la boca y suministra energía física.

Bien diferente es la acción del alcohol, según los estudios de Roger, cuya síntesis es la siguiente:

Aunque hace ya largo tiempo que se discute sobre el valor del alcohol como alimento, los importantes trabajos de los Sres. Atwater y Benedict, vulgarizados en Francia por Duclaux, han dado lugar á que este químico concluyera diciendo *que no solamente el alcohol no es un veneno, sino que debe ser colocado al lado del almidón y el azúcar, porque sobrepasa su valor alimenticio, pues á pesos iguales contiene más energía.*

Continuando Duclaux el elogio del alcohol, aconseja su uso prudential y prevee el momento en que tanto para el hombre, como para los demás animales, entrará en el cuadro de sus alimentos.

Estas aserciones causaron en el público una enorme repercusión, suscitando grandes polémicas. Si se hubieran limitado á decir que el alcohol puede suministrar calorías al organismo, el público, no científico, habría permanecido indiferente; pero desde el momento en que se pronunció la palabra alimento, causó la impresión un efecto mágico.

El hecho de que el alcohol desprende más número de calorías que los otros alimentos, ha llamado grandemente la atención. Esta circunstancia ventajosa que puede utilizarse por los viajeros, se halla atenuada por el hecho de que $\frac{1}{5}$ del alcohol ingerido, se elimina sin utilizarse. Pero además, hay que tener en cuenta que los experimentos se han hecho con alcohol absoluto, es decir, un líquido imbebible y que debe ser desdoblado ó reducido á la mitad, y en estas condiciones su acción calorígena disminuye en la misma proporción.

Así es que el coñac y el ron compuestos, considerados capaces de suministrar en alto grado calorías, son sin embargo, inferiores á la manteca, chocolate, azúcar y arroz. Los vinos fuertemente alcoholizados, deben colocarse bajo este punto de vista, después de la leche, cuya superioridad nace de su constitución química y la cantidad de azoe que contiene ó puede dar origen.

Por lo tanto, no existe ventaja alguna para el viajero al elegir el alcohol como alimento destinado á dar energía. Que consuma azúcar ó grasas, si se encuentra en un país frío, y conseguirá mejor efecto calorígeno.

La práctica de la vida, que siempre precede á la teoría, nos ha demostrado que en las regiones septentrionales las grasas prestan grandes servicios y los accidentes que determina la ingestión del alcohol.

Ahora bien: si los viajeros deben abandonar las bebidas alcohólicas, ¿las personas que hacen una vida sedentaria, ganarán algo en su uso? Si la cuestión se mira bajo el punto de vista económico, se demuestra que para obtener 100 calorías con los alimentos usuales, el gasto es de dos céntimos en el arroz ó patatas, dos y medio con el azúcar, cuatro en la manteca, 6 á 7 con el aguardiente, 7 á 8 con la leche y 12 con el vino. La ventaja, pues, no está en favor del alcohol.

Considerado del lado de la salud, tampoco sale bien parada esta substancia, porque aun cuando las experiencias de Atwater y Benedict nos dicen que no hay inconveniente alguno en introducir el alcohol en el régimen durante algunos días, no puede deducirse de ahí su inocuidad durante un largo período de tiempo.

Las observaciones inglesas sobre el ejército y la marina han dado por conclusión el que los hombres soportan mejor la fatiga cuando se les suprime el alcohol y las compañías de seguros prueban que los abstinentes viven más tiempo que los bebedores moderados, por las lesiones y trastornos sordidos que en el organismo se producen en estos últimos.

El alcohol y otros productos añadidos ó fermentados que le acompañan, suelen ser de carácter más ó menos tóxicos, cuya acción sumada á la de aquél, es claro que resulta más grave y ejecutiva.

En resumen: para el Dr. Roger el alcohol es un alimento, pero costoso y perjudicial en la mayoría de casos. A igualdad de peso, desprende menos calorías que las grasas y ciertos feculentos; si se fuer-

za la dosis, provoca en el organismo trastornos y lesiones irreparables. El alcohol presta, sin embargo, servicios como excitante general y en cuanto á su uso debe ser moderado. Puede ser sustituido por la manteca y el azúcar en cantidad superior á la que se tome de ordinario.

Los puntos dolorosos y la contractura de la pared abdominal, por el Dr. Hildebrand.—Conocida es la importancia atribuida por muchos cirujanos á la contractura de defensa de la pared abdominal en casos de traumatismos del abdomen, por cuanto suele hacer creer en la existencia de una lesión de la cavidad y sus vísceras é inclinando, en caso de duda, el ánimo á la práctica de una laparatomía.

No obstante, hay casos en que la contractura sola ó acompañada de dolores, puede aparecer sin que exista lesión alguna en el peritórneo ó vísceras subyacentes.

Cuatro observaciones publicadas ha poco tiempo por el autor, son sumamente instructivas sobre ese extremo.

Parecen estar calcadas unas en las otras y se refieren á heridas penetrantes de pecho por balas de revólver ocasionadas por suicidas que hicieron los disparos sobre la región cordial.

En todos ellos, al mismo tiempo que los síntomas pulmonares, se han observado contracturas de la pared abdominal, acompañadas de vivos dolores. Este síndrome fué tan acentuado en dos de los enfermos, que hizo pensar en una herida del estómago ó del bazo, practicándose la laparotomía, que dió un resultado negativo. El diafragma no fué perforado, ni se apreció, por consiguiente, la más leve lesión visceral.

Esto enseña á ser más prudente al cirujano en otros dos casos análogos, curándose el primero y falleciendo el segundo. La autopsia verificada en éste, demostró la integridad abdominal, y si la radiografía hubiera sido aplicada á tiempo, el diagnóstico no hubiera sido erróneo y vacilante.

En cuanto á la patogenia de esta contractura abdominal la explica Hildebrand, recordando la inervación de la pared ventral (figura 1.^a).

Se sabe, en efecto, que el músculo recto del abdomen, así como los oblicuos y transversos, están enervados por los seis últimos nervios intercostales y sus ramos perforantes ó cutáneos se distribuyen

en la piel del abdomen. De aquí se saca, en consecuencia, que en las heridas del torax, la contractura abdominal puede producirse de dos modos: 1.º de una forma directa, cuando el proyectil ó instrumento vulnerante interesa las ramas motrices de los nervios intercostales inferiores; 2.º por vía refleja, si hay lesiones en las ramas sensitivas de

ESQUEMA ANATÓMICO

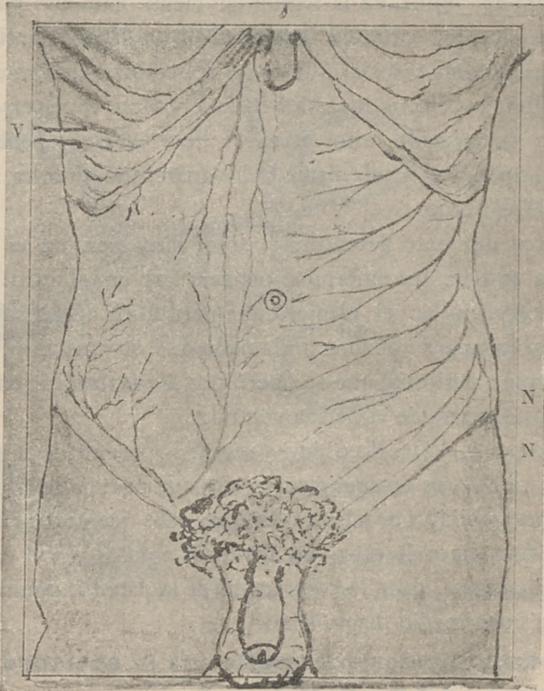


Fig. 1.ª

Vasos y nervios de la pared abdominal.
(Merkel)

esos mismos nervios, en cuyo caso aparecen dolores que el enfermo los refiere á la región abdominal ó más abajo.

En el mismo orden de ideas, otro hecho ofrece cierto interés práctico, y es el de la posibilidad de evidenciar en las apendicitis, el punto de Mac-Burney, sin recurrir á la palpación directa de la fosa iliaca derecha. Este procedimiento indicado por Rovsing, ha sido utilizado en las circunstancias siguientes:

Una mañana fueron llevados á su servicio clínico dos hombres que presentaban el cuadro completo de una apendicitis aguda. En ambos, la palpación, aun superficial, de la fosa iliaca derecha, fué muy dolorosa, pero sin llegarse á determinar el punto de Mac-Burney. No queriendo insistir el Dr. Rovsing sobre él, por temor á romper las adherencias peritoneales que pudieran existir alrededor del apéndice, se le ocurrió la idea de provocar el dolor del citado punto, aumentando la tensión intra-abdominal en la región del ciego. Para ello puso de plano su mano derecha sobre la fosa iliaca izquierda, comprimiendo la S. iliaca, haciéndola resbalar á lo largo del cólon ascendente, de modo que se pudieran rechazar los gases hacia el colon transverso y ascendente. En su opinión, estos gases al llegar al ciego penetrarían en parte en el apéndice y al distenderlo aparecería el dolor á nivel del punto de Mac-Burney.

Este procedimiento descubrió el dolor muy bien en el sitio pretendido en uno de los enfermos, pero no así en el otro. Operados ambos, se apreció en el primero una peritonitis apendicular y en el segundo en lugar del apéndice inflamado que se presumió, fué hallado un flegmón perirenal que se operó por la vía lumbar en la misma sesión, previo cierre de la herida ventral.

Mas después, el Dr. Rovsing ha seguido sirviéndose de este medio en más de cien casos de apendicitis, sin que haya fallado una vez siquiera. En su opinión es tal su valía, que debe reemplazar á la palpación de la fosa iliaca derecha, en los casos agudos por el daño y dificultades que ofrece, dada la contractura de la pared abdominal, siendo además un buen medio diagnóstico.

Un aparato fijador automático de la abertura bucal y de la lengua, del Dr. G. Mahu.—En la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas de la boca y faringo-laringe, es de uso corriente el empleo de un depresor de la lengua que obliga para su sosten fijo la aplicación constante de la mano izquierda del cirujano.

Esto es un inconveniente, porque le priva al operador de la libertad de ambas manos, necesarias en ocasiones, á menos que se le encomiende á un ayudante el sostenimiento del aparato, en cuyo caso estorba ocupando parte del campo operatorio á la vez que se hace difícil el combinar sus movimientos en los diferentes momentos con los de las manos del médico.

Así es que todo especialista ha procurado salvar estos inconve-

nientes por medio de un aparato apropósito que, manteniendo la boca abierta, fije la lengua sin estorbar el uso de los instrumentos.

Numerosos modelos se han construido con este motivo, pero realmente no conocemos uno que por su sencillez, poco peso y acción suave, tenga verdadera utilidad práctica.

El que he imaginado y va en las figuras adjuntas descrito su mecanismo y aplicación, creo lleno mejor las condiciones exigidas.

Fijador automático de la región bucal

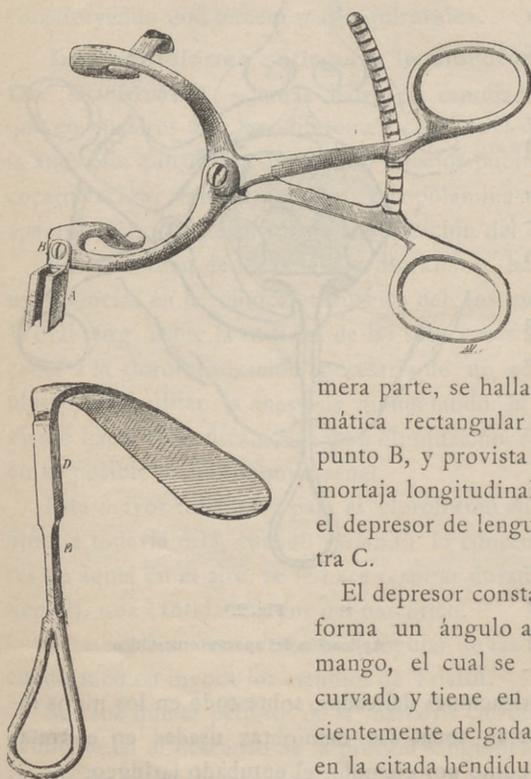


Fig. 1.ª

Abre-bocas de Doyen y depresión lingual.

Descripción del aparato.--Consta de dos partes, á saber: 1.ª de un abre-bocas del Dr. Doyen y 2.ª de un depresor de la lengua.

De la rama inferior de esa especie de tijera curva, con graduador cerca de los anillos, que constituye la primera

parte, se halla fijada una pieza prismática rectangular A, movable sobre el punto B, y provista de una hendidura ó mortaja longitudinal encargada de alojar el depresor de lengua, señalada con la letra C.

El depresor consta de una paleta que forma un ángulo agudo con su tallo ó mango, el cual se halla ligeramente encurvado y tiene en E una porción suficientemente delgada para poder penetrar en la citada hendidura C del otro aparato. La porción superior D que adopta la forma de un prisma exactamente calibrado sobre el prisma interior de la pieza rectangular, puede fácilmente resbalar en

ella con un frotamiento suave.

Modo de emplearlo.—1.º Colóquese primeramente el abre-bocas

sólo, separando al máximun las arcadas dentarias una de la otra. 2.º Introdúzcase á continuación la paleta del depresor de la lengua en la boca, y al mismo tiempo la porción estrecha del tallo E por la hendidura C. 3.º Tirese luego de arriba hacia abajo, valiéndose del anillo inferior del vástago, de manera que penetre á fondo la porción prismática D en la hendidura resbalante.

El depresor quedará de este modo fijo y su paleta sujetará la lengua por presión (figura 2.ª).

Para retirarlo, no hay más que coger del anillo inferior, y empujar de abajo hacia arriba, siguiendo la dirección del eje, y el vástago prismático, que saldrá de su mortaja, soltará la unión de los aparatos.

Aplicaciones. — La sencillez de este instrumento, le recomienda en numerosas aplicaciones que las numeraremos esquemáticamente.

En medicina, facilita los grandes y abundantes lavados de la garganta, los embadurnamientos y cauterizaciones delicadas, sobre todo en los niños indóciles, así como también todas las maniobras usadas en el tratamiento de la difteria, como por ejemplo, el entubado laríngeo.

En cirugía, las intervenciones en la boca y faringe, particularmente en la uranoplastia, estafilorrafia y extirpaciones de fibromas y adenomas, etc., nasofaríngeos.

En oto-laringología permite el uso de ambas manos tan necesarias en la ablación de las amígdalas por el asa fría en los niños y la prácti-

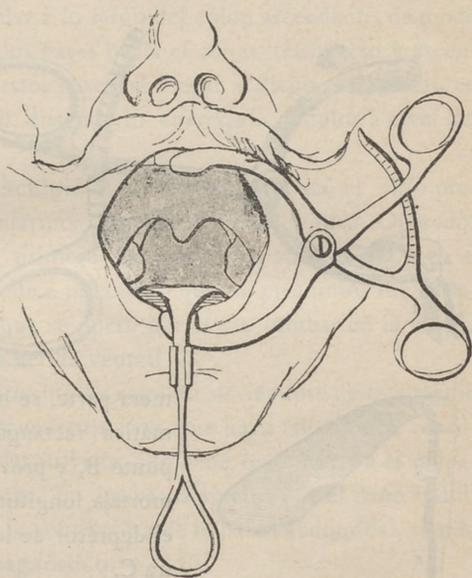


Fig. 2.ª

Aplicación del aparato oroestático

ca, con el auxilio é intervenciónde un espejo, de toda la cirugía especial de la región buco-faríngea.

Este aparato puede usarse con ó sin anestesia general ó local.

Siempre que se emplee la general, es preciso el no olvidar que la depresión de la lengua dificulta la respiración, y por lo tanto háy que dejarla en libertad de vez en cuando, si la intervenciónde ha de ocupar algún tiempo. De otro modo la asfixia lenta tendría lugar y ésta hay que evitarla á todo trance.

En suma: puede decirse que el aparato descrito, construído en tres tamaños por la casa Collin, de París, presta relevantes servicios, constituyendo una tercera mano quirúrgica.

Las soluciones salinas y la cloroformización, por el Dr. Burkhardt.—Jamás han sido estudiadas con más empeño que en nuestros días las diferentes cuestiones que se relacionan con la anestesia quirúrgica. Pruébanlo trabajos publicados sobre la raquiococainización, estovainización, escopolamina-morfina, máscaras y aparatos diversos destinados á la aplicación del cloroformo.

En este orden de ideas el Dr. Burkhardt ha practicado recientes experiencias en la clínica quirúrgica del instituto farmacológico de Wurzburg, sobre la utilidad de las soluciones salinas, antes de proceder á la cloroformización necesaria de un acto quirúrgico con el objeto de facilitar la anestesia aumentando la tolerancia del organismo hacia el medicamento y su eliminación subsiguiente, evitando en lo posible la albuminuria renal.

Esta mayor tolerancia para el cloroformo en los animales se manifiesta todavía más, cuando variando la concentración de los vapores de aquel en el aire, se le hace respirar durante el mismo lapso de tiempo, una cantidad mayor del narcótico.

Para explicar esta acción tan singular de las soluciones salinas, el citado médico invoca los estudios de Trissot.

Se sabe que el peligro de la narcosis clorofórmica reside principalmente en el descenso de la presión sanguínea, el cual es tanto más acentuado cuanto que mayor cantidad de cloroformo haya pasado al torrente circulatorio.

Partiendo de este hecho, el Dr. Burkhardt, una serie de experimentos destinados á demostrar hasta qué punto el descenso citado se halla influído por la dilución de la sangre, realizada por medio de las soluciones salinas empleadas durante la narcosis.

He aquí lo que ocurre en los gatos traquetomizados que respiran una mezcla titulada de aire y cloroformo y cuya carótida se une á un aparato registrador.

El animal respira, por ejemplo, una mezcla, conteniendo 1,20 gramos de cloroformo por 100 litros de aire y al poco tiempo la presión sanguínea baja de un modo notable. Si al cabo de algún tiempo se continúa la narcosis con una mezcla de 5 decigramos por 100, la presión sube.

Ahora bien: si en el momento en que la presión baja de nuevo al emplear la mezcla primera, amenazando con la muerte al animal, se le da una solución salina, sube la presión en términos, que puede continuarse dando sin peligro la mezcla anestésica concentrada.

Estas experiencias, variadas en formas diversas, demuestran que los animales soportan una concentración mortal de vapores clorofórmicos: que las condiciones normales de la actividad cardíaca y de la circulación se restablecen muy pronto, que la solución salina conserva en gran parte la excitabilidad del nervio neumogástrico.

Todos estos hechos que reducen considerablemente los peligros de la cloroformización, resultan de la dilución que sufre la sangre, disminuyendo por lo tanto el coeficiente de absorción del cloroformo por dicho líquido, oponiéndose de este modo á la depresión sanguínea.

Desde hace cuatro meses que estos hechos experimentales se están aplicando en la clínica quirúrgica de Wuzboug. Todo enfermo que ha de sujetarse á una intervención operatoria grave ó de larga duración, recibe un cuarto de hora ó media hora antes, una inyección intravenosa de 1.500 á 2.000 c. c. de una solución fisiológica de cloruro sódico, sin que se haya presentado accidente alguno.

En cambio la narcosis clorofórmica gana en seguridad, advirtiéndose que el pulso es bueno durante la operación y los accidentes postclorofórmicos, tales como la cefalalgia, náuseas, vómitos, etc., faltan por completo ó se reducen á una intensidad muy pequeña.

Por lo tanto, las soluciones salinas se imponen desde luego en las operaciones de cardíacos, caquéticos y en general á los débiles, para evitar un contratiempo funesto.

Las gastralgias y el bismuto, por el Dr. Courtault.

—Los dolores de estómago tienen dos orígenes, un directo á consecuencia de irritaciones de su mucosa, gastrorragias, úlcera simple ó

cancerosa y fermentaciones y otro reflejo procedente de un estado anormal de los centros nerviosos ú otros órganos abdominales.

Los que tienen este último origen deberán ser tratados dirigiéndose á él con los medios terapéuticos usuales en las enfermedades que los promueven. Como paliativos pueden emplearse el opio y sus derivados ó el éter en inyecciones hipodérmicas á la dosis de un gramo, si el sistema nervioso central es su autor.

En todos los demás casos de la causa directa, el régimen alimenticio apropiado á cada uno de ellos, será la base de la curación ó contemporización del padecimiento. El síntoma dolor se viene combatiendo con los alcalinos, carbón, opio, bromuros, agua cloroformada, etc.; pero el medio más moderno y eficaz usado por los especialistas con resultados más superiores á los medicamentos enunciados son: en América el agua caliente en cantidad de 125 gramos, al iniciarse la menor molestia, y en Europa el bismuto pesado, tomado en ayunas, por la mañana, en cantidad de 20 gramos, desleídos en dos terceras partes de un vaso de agua, acostándose después de haberlos tomado, diez minutos sobre el lado derecho, diez en el izquierdo y diez sobre el vientre, boca abajo con el fin de esparcirlo bien en la superficie mucosa. No debe tomarse nada, hasta que transcurra una hora de la ingestión del bismuto. Debe prevenirse á los enfermos que sus disposiciones serán negras.

La astricción habitual en el vientre no es motivo de contraindicación; antes al contrario: las fuertes dosis de bismuto la corrigen, presentándose en algunos enfermos la diarrea, que cesa con la suspensión del medicamento.

Ambos medios son sumamente recomendables y resulta mejor el efecto de ambos unidos, como lo hemos comprobado prácticamente.

DR. IGNOTUS

De qué manera se debe enseñar y se debe aprender la Obstetricia por el Dr. Carmelo Gil é Ibargüengoitia

Publicado en la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas

No es mi propósito, al desarrollar este tema, hacer un estudio detenido de los males que desde tiempo atrás se sienten en las Universidades españolas, y que, abandonados á sí mismos, han ganado terreno gradualmente con mengua de la intelectualidad nacional.

Con el régimen que impera hoy en la Universidad, todos sabemos que el estímulo para los estudios desaparece. Pero no es eso sólo; sabemos también que la suprema importancia de los métodos de enseñanza en las Universidades alemanas—pongo por caso—estriba en que los alumnos realizan ellos mismos el trabajo, bajo la dirección del profesor. En vez de los métodos pasivos y de exposición, en que el profesor hace todo el gasto, ante alumnos transformados en simples oyentes, funcionan los métodos activos ó de excitación, que generalizan el trabajo á toda la clase. Nuestros conocimientos, según una sabia máxima de la pedagogía alemana, no nos pertenecen mientras no se han convertido en facultad y en instinto, ó mejor dicho, en aptitudes. La inteligencia es un instrumento que debe afirmarse, y no un saco que debe rellenarse.

Sabemos más: sabemos que es errónea la idea de considerar como base principal de los progresos en la enseñanza la reforma de los programas y la adopción de buenos textos; bastará tener presente que aquéllos son más ó menos iguales en Francia que en Alemania, y sin embargo, en opinión de todos los que se dedican á estas cuestiones, la enseñanza que sobre ellos se desarrolla es bien diferente en uno y otro país. El alumno francés, y de hecho el español, recibe una educación teórica, mediante lecciones orales y textos; el alumno alemán queda colocado, desde el primer día, en la categoría de experimentador, en contacto con las realidades del mundo, y sólo después que ha experimentado y que conoce esas realidades, aprende la teoría. El estudiante latino aprende las lenguas con ayuda de gramáticas y diccionarios, y jamás llega á hablarlas; aprende la física y las demás ciencias con ayuda de libros, y jamás llega á conocer el manejo de un instrumento; mientras que el joven anglo-sajón aprende las lenguas ha-

blándolas incesantemente; la física, manejando instrumentos; la ingeniería, incorporándose á un taller, sin perjuicio de la parte teórica, que tiene su aplicación después. La enseñanza reposa, en un caso, sobre el estudio de los libros; en el otro, sobre la experiencia.

Y sabemos que no basta que la enseñanza se haga experimentalmente y que el profesor entienda que deja cumplidas las exigencias pedagógicas, realizando personalmente las experiencias, sin darse cuenta que incurre en el mismo error en que caería el profesor de gimnasia que se limitara á realizar ejercicios ante la clase, sin poner á contribución, al mismo tiempo, los músculos de sus alumnos; y que otras veces es el alumno quien experimenta, pero sin razonamientos ni explicaciones de ninguna especie, de tal manera que los mismos experimentos se conviertan en simples ejercicios de memoria; que el profesor debe hablar poco, pero en cambio debe procurar que los alumnos hablen y trabajen mucho; que las largas disertaciones ninguna huella dejan, y, en cambio, producen un sentimiento de hastio que relaja la disciplina mental y debilita los hábitos de trabajo; que mucho más eficaz es el diálogo, seguido de explicaciones complementarias, de ilustraciones en la pizarra, de experimentos y de un amplio uso de los aparatos de proyección, porque hay cosas que entran más por los ojos que por el oído; que de simple fiscalización de estudios, el examen anual se ha transformado en un fin de enseñanza; y que dos altos fines debe perseguir la educación: tratar de que el alumno sea un buen animal, valga la frase de Spencer, es decir, que tenga un cuerpo robusto y resistente, y tratar de que sea á la vez una personalidad, es decir, que tenga voluntad y carácter, que sepa decidirse él sólo, permanecer en su decisión y encontrar en ello su felicidad.

Y á pesar de que todas estas cosas y otras muchas sabemos, resulta que las reformas no se llevan á cabo, que seguimos hoy como ayer, y ayer como el día de antes, dejando que el tiempo pase, y agrandando cada vez más, con nuestra apatía, la enorme distancia que en cuestiones de enseñanza nos separa de los demás pueblos.

*
**

No es posible separar, al estudiar la manera de aprender la obstetricia, el *enseñar* del *aprender*, y es preciso, por lo tanto, hablar de lo primero cuando se desea escribir algo sobre lo segundo.

El fundamento de toda la enseñanza obstétrica está encerrado (como

el de todas las ciencias) en el dicho de Aristóteles: «*Saber es hacer*»; de esta manera tan sencilla dejó formulada el sabio la base única y fundamental de la enseñanza.

Es el *Wissen* (1) y el *Können* (2) de los alemanes. (*In der praktischen Medicin bedeutet können Alles, Wissen ohne Können nichts*) (3).

El enfermo exige del médico, ante todo, el *poder*, su ayuda en caso de necesidad, el curarse; todo lo demás, que quizá, desde el punto de vista científico, puede ser de gran interes, le importa nada.

La enseñanza de la obstetricia debe ser eminentemente práctica. El médico debe salir de la escuela *pudiendo* salvar la vida comprometida de una mujer que ya es madre, ú que va á serlo, y no sabiendo solamente cómo se le podía prestar auxilio.

¡Que no le recuerden lo del *Fausto*, de Goethe!

«Des Geist des Medicin ist leich zu fassen
Ihr durchstudirt die gross und Kleine Welt
Um es am Ende gehn zu lasseu
Wie's Gott gefoellt» (4).

Un médico, en presencia de una hemorragia por placenta previa, puede saber con toda minucia de detalle todos y cuantos procedimientos recomienda la ciencia para cohibirla; pero si no puede hacerlos, y hacerlos pronto y bien, su ciencia resultará impotente y su ayuda ineficaz. Si visita una grávida intoxicada por los venenos de la eclampsia, podrá saber que, interviniendo con rapidez y destreza, tiene grandes probabilidades de salvar la madre; podrá saber también cual es el método de elección en aquel determinado caso para extraer rápidamente el feto; pero si no puede hacerlo, todo será inútil si un compañero de más destreza no le resuelve la dificultad.

Bien se me alcanza que, materialmente, es imposible el que cada alumno, no entre nosotros, ni aun entre aquellos que tanto interés toman por la enseñanza, salga siendo un verdadero y perfecto técnico, que domine por completo la parte manual de la especialidad; pero por lo menos iniciado en el arte, con las bases bien adquiridas, eso no sólo es posible, sino en absoluto necesario.

(1) Saber.

(2) Poder.

(3) En el ejercicio de la medicina, el poder es todo; saber sin poder, nada.

(4) «No es difícil comprender el espíritu de la medicina. Estudiad con atención el microcosmo y el macrocosmo... y después, al fin, entregaos en manos de Dios.»

¿Cómo conseguirlo? A mi juicio, organizando la enseñanza con todos los medios que hoy emplean en el extranjero, disponiendo como se debe la clínica, echando mano del valiosísimo material que proporciona una policlínica bien organizada, montando laboratorios y organizando museos, en donde, no sólo las piezas de anatomía normal y patológica serán recogidas y conservadas por los procedimientos modernos (en vez de verterlas al sumidero, como hoy se hace), sino que poseerán cuantos modelos plásticos, maniqués, láminas, atlas, aparatos de proyección, cinematógrafos, etc., etc., son empleados con indudable éxito para hacer comprender al alumno los puntos distintos de la tocología.

*
* *

Clinica y lecciones clínicas.—La cátedra debe estar emplazada en una sala de operaciones, con la capacidad suficiente, la luz necesaria y las condiciones de asepsia exigidas para practicar toda clase de intervenciones delante del alumno.

Debe estar montada de modo y manera que sea posible la instalación y funcionamiento de aparatos de proyección, para lo cual es preciso que pueda ser convertida en el término de segundos en una cámara oscura.

El pizarrón amplio no faltará, y en donde el profesor más demostrará con la tiza que con la palabra. Modelos de esta clase de auditorios son los recientemente instalados en los pabellones de cirugía y de ginecología en el Hospital de la Caridad, de Berlín. ¿Cómo se ha de dar una lección clínica? Nada creo que pueda dar mejor idea de ello que describir una de éstas, en la forma como lo hace el profesor E. Bumm, que, á mi juicio, es uno de los tocólogos que mejor y con más arte saben hacerlo.

Un número determinado de alumnos (cuatro ó seis), llamados de antemano, se desinfectan en lavabos exclusivamente destinados para ellos, y al frente de los cuales, con caracteres grandes que puedan ser leídos desde los puntos más distantes de la clase, está descrito con todo detalle el método de desinfección que debe seguirse.

Una doble importancia encierra este acto de desinfectarse el alumno, que se repite durante todas las lecciones del curso: primero aprende á desinfectarse *prácticamente*; y segundo, está en condiciones de reconocer la enferma que un momento más tarde será sometida á una intervención.

Bumm comienza su lección demostrando piezas anatómicas normales ó patológicas, procedentes de algún caso tocológico ó ginecológico habido fuera de la hora del curso; con los preparados en la mano, describe los detalles más interesantes anatómicos ó prácticos que el ejemplar presenta, antes de hacerlo correr de mano en mano, é ilustra con dibujos esquemáticos en el encerado aquello que de preferencia debe observarse.

La demostración es tan interesante y con tal arte está hecha, que es indudable queda con caracteres indelebles, fijo en nuestra memoria el preparado en cuestión.

Así, junto al órgano patológico, está un órgano equivalente normal que sirve de punto de comparación; junto á la placenta sífilítica que presenta, está la placenta normal, que hace resaltar por contraste las lesiones microscópicas típicas de la primera, y junto al microscopio que nos enseña la estructura histológica normal de una vellosidad corial, encontraremos al final de la clase el microscopio que nos deja ver la lesión anatómica íntima de la sífilis placentaria, que explica las diferencias microscópicas anteriormente observadas. Junto al feto gigante, presenta el feto vivo, de peso y desarrollo normal, para mejor poder apreciar el extraordinario desarrollo del primero.

Después de esta demostración viene la parte clínica: los casos. De ordinario da la preferencia á los tocológicos, á pesar de que el curso es de Obstetricia y Ginecología, por la razón de que el alumno debe salir con mayores conocimientos tocológicos que ginecológicos: en la práctica, los problemas tocológicos son de urgente é inmediata resolución; los ginecológicos dan tiempo, y muchos de ellos no pueden ser resueltos más que por especialistas. Presenta la enferma cloroformizada y preparada para practicar una operación en caso que sea necesaria; lee lo más interesante de la historia clínica, explica el caso, esquematiza en el encerado lo más interesante de él, y después que los 5 ó 6 alumnos á quienes por turno toca explorar, exploran, opera, explicando con toda clase de detalles los tiempos de la intervención, lo que hace, lo que ve y por fin, si el diagnóstico era exacto ó equivocado, si el haber intervenido fué un acierto ó un desacierto. Su pasión por demostrar es tal, que no es raro verle sacar las manos tintas en sangre y ocupadas por el tumor extirpado, y dirigirse al encerado provisto de *tiza esterilizada* para dibujar con cuatro

trazos, geniales por lo demostrativos, las particularidades del caso, para volver de nuevo á continuar la operación hasta su final. Terminado un caso, rápidamente se ocupa de un segundo, de un tercero y á veces hasta de un cuarto. Cuando el material para demostrar no es muy abundante (cosa extraordinariamente rara), desarrolla con toda clase de medios—maniqués, dibujos, preparados, aparatos de proyección, etc., etc.,—algunos de los puntos de más interés para el médico práctico, tanto de ginecología como de obstetricia, que sistemáticamente ocupan su atención durante todos los semestres. Los prolapsos, las retrodesviaciones, la blenorragia y sus complicaciones, el diagnóstico precoz del cáncer y algunos otros son los temas de elección ginecológicos, ilustrados, con la presentación de enfermas en serie. La desinfección, la manera de cohibir una hemorragia *post partum*, el modo de practicar un taponamiento intrauterino bien hecho, el inculcar al alumno la enorme morbilidad y mortalidad que lleva consigo la desinserción y extracción manual de una placenta, y los medios que se han de ensayar antes de poner en práctica esta intervención, el moderno y eficaz carácter intervencionista que ha tomado la terapéutica de la eclampsia, el diagnóstico de las estrecheces y viciaciones pélvicas, etc., etc., son los temas tocológicos que con preferencia trata. No terminando jamás un curso sin convencer á sus alumnos del importante papel que les está reservado en las dos grandes y modernas luchas que hoy se mantienen en el terreno de la especialidad: *la lucha contra el cáncer* por medio del *diagnóstico precoz* y *la lucha contra la infección puerperal*, haciendo que la idea de la asepsia penetre en sus discípulos, formando en ellos un instinto.

Como prueba del abundante y riquísimo material que en sus lecciones demuestra, expongo el siguiente cuadro estadístico:

NÚMERO DE LECCIONES CLÍNICAS dadas por el profesor Bumm en la «Frauenklinik der Kgl. Charité», Berlín, en el semestre de invierno de 1905-06, desde el 31 de Octubre de 1905 al 9 de Febrero de 1906. (1)	Casos Clínicos presentados		Operaciones practicadas		Preparados anatóni- cos demo- strados
	Tocoló- gicos	Ginecoló- gicos	Tocoló- gicas	Ginecoló- gicas	
57	60	54	28	25	28

(1) En este cuadro no están incluidas las lecciones ni el número de casos demostrados desde el día 9 de Febrero hasta el 1° de Marzo, que dura el semestre, por haber extraviado las cuartillas en que tenía anotadas estas conferencias.

He aquí un extracto de cada una de las 55 lecciones:

Lecciones

- 1.^a { Cistitis gravídica.
Tuberculosis y embarazo.—Operación cesárea vaginal.
- 2.^a { Embarazo extrauterina.—Laparotomía.
Ulceración vulvar.
Absceso fosa iliaca izquierda.—Punción exploradora.—Operación.
- 3.^a Anatomía uterina.
- 4.^a { Cifo-escoliosis.—Aplicación alta de forceps.—Incisión pararectal.
Mioma uterino.—Histerectomía abdominal.
- 5.^a Aplicación de forceps.—Indicación *pro-cursus*.
- 6.^a { Demostración de una placenta de cotiledones aislados.
Placenta previa.—Versión.
Demostración de la sección de un corte de una embarazada.
- 7.^a { Quiste ovárico.—Laparotomía.
Dos casos de *condiloma acuminata*.
- 8.^a { Demostración de un feto sífilítico y de una placenta sífilítica.
Tuberculosa embarazada de tres meses.
- 9.^a Placenta previa (sexto mes).—Operación cesárea vaginal.
10. { Demostración de un feto á término que nació envuelto en sus membranas.
Onfalocele.
Tres casos de carcinoma uterino.—Tratamiento paliativo de uno de ellos.
11. Fiebre puerperal.
12. Rotura inminente de útero.—Aplicación alta de forceps.
13. { Aborto de seis meses.—Intervención *pro-cursus*.
Embarazo con lesión cardíaca.
14. { Alteración del cordón umbilical, causa de la muerte del feto.—Preparaciones.
Salpingitis purulenta gonocócica; pelvi-peritonitis gonocócica adhesiva fibrinosa.
Demostración de preparaciones.

Lecciones.

15. Anexitis blenorragica.—Laparotomía.
16. { Cifo-escoliosis.
Blenorragia puerperal.
17. { Quiste ovárico.—Laparotomía.
Quiste ovárico izquierdo (hidro-foliculi-graffiani),—Laparotomía.—Torsión del pedículo.
Aborto inminente del sexto mes
18. Cifo-escoliosis: prolapso uterino.
19. { Casos de *penfigus* sifilitico neo-natorum.
Céfalo-hematoma.—Presentación de un caso y preparados anatómicos.
Extirpación de un pólipo uterino por un alumno.
20. Desviaciones uterinas.—Tres casos.
21. { Eclampsia ya operada.
Casos de pelvis raquílicas.—Enfermas y preparaciones.
Fístula vésico-cervical.—Extirpación del útero y sutura de la fístula.
22. { Eclampsia.
Bronco-pneumomía en el puerperio.
Expresión placentaria.—Presentación de un caso.
Experimento en coneja grávida para demostrar la plasticidad uterina.
23. { Feto papiráceo.—Demostración.
Corea gravidarum.
Demostración de un niño gigante.
Extracción de un pesario oclusivo.
24. { Peritonitis localizada consecutiva á raspado post-abortum.—Colpotomía posterior.
Peritonitis por raspado post-abortum.—Punción exploradora.—Laparotomía.—Drenaje.
Rotura completa del periné.—Operación.
25. Aborto.—Dilatación con Hegar.—Extracción.
26. { Polidactilia.
Pelvis generalmente estrechada.—Colocación profiláctica de la sierra de Gigli.—Dilatación del cuello con el Bossi.—Intento de versión.—Sección del pubis con la sierra-cadena.—Aplicación alta de forceps.—Episiotomía.

Lecciones.

27. { Presentación de nalgas.
 { Atonía uretina.—Forceps.
 { Presentación de pies.
28. Lección teórica.
29. { Tumores de vientre.—Fibromiomas y un tumor ovárico.
 { Un caso para diagnóstico por tacto intrauterino.
30. { Céfalo-hematoma doble (caso).
 { Icterus neo-natorum (caso).
 { Espina bífida.—Caso y preparaciones.
 { Embarazo de gemelos, uno vivo y otro macerado.
 { Quiste ovárico.—Laparotomía.
 { Mastitis estreptocócicas.
31. { Preparado anatómico de una estenosis é insuficiencia mitral.
 { —Mujer á quien se practicó la operación cesárea vaginal
 una semana antes.
 { Prolapso uterino, dos casos, y un corte antero-posterior de
 un tronco de mujer con prolapso uterino.
32. { Infantilismo del aparato genital.
 { Riñón grávido.—Operación cesárea vaginal.—Feto sangui-
 nolento.—Infartos blancos en la placenta.
33. { Grávida de ocho meses, cardíaca.—Dilatación: primero, con
 Hegar; luego, con Bossi.—Extracción del feto.
 { Tumor de los anejos.—Laparotomía.
34. { Rasgadura perineal reciente.—Sutura.
 { Fiebre intrapartum, octavo mes de embarazo.—Dilatación
 con Bossi.—Extracción del feto.
 { Infantilismo del aparato genital.—Dilatación de la vagina
 con Hegar.—Exploración.
35. { Onfaloccele.
 { Loquiometra.
 { Histerectomía vaginal.

(Concluirá.)

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 24 de Enero de 1908

Preside el Sr. Bolivar

Con la asistencia de los Académicos Sres. Carrasco, Gil y Gorroño, Alonso, Somonte, Zarza, Pinedo, Uruñuela, Areilza, Camiruaga, Unibaso, Castiella, Saralegui, Entrecanales, Cantero, Madaleno y Otaola, se dió lectura del acta de la sesión anterior.

Los Señores comisionados por esta Academia, para emitir informe acerca de las Bases presentadas por la *Academia de Derecho y demás Ciencias Sociales*, presentan un escrito con el referido informe y con algunas modificaciones á las Bases, cuyo escrito queda depositado durante quince días en la Farmacia del Señor Pinedo, para que el Académico que guste, pueda estudiarlo.

Así mismo, se adoptó el acuerdo de celebrar una sesión extraordinaria el día 7 del próximo mes de Febrero, con objeto de aprobar definitivamente las Bases en cuestión.

A continuación se celebró la sesión científica.

Sr. Carrasco.—Presenta el siguiente caso de *Resección inter-escápulo-torácica, por tumor sarcomatoso*.

Trátase de una niña de 14 años, que ingresó en el Hospital el día 21 del pasado mes de Noviembre, pálida, delgada, con aspecto casi caquéctico, y que presentaba en el hombro derecho un tumor blando, poco doloroso, del tamaño de la cabeza de un feto, y extendido desde la axila á la región pectoral y escapular. No parecía una artritis, no tenía el aspecto de una tumoración vascular, sino que ofrecía exteriormente los caracteres de una neoplasia.

La historia de esta lesión es bien sencilla: 4 á 5 meses antes, notó la niña ligero dolor en el hombro, y alguna pesadez en el brazo al tratar de efectuar ciertos movimientos, al mismo tiempo que el hombro, paulatinamente iba aumentando de volúmen. Un curandero de Portugalete, á quien se recurrió para tratar la lesión, practicó una serie de movimientos forzados en el brazo, seguidos de masaje y fricciones enérgicas en el punto de la tu-

moración, cuyo resultado fué que ésta aumentara rápidamente de volúmen, como si con aquellos procedimientos se hubiera estimulado el crecimiento del tumor por la proliferación exagerada de sus células. En estas condiciones ingresó la enferma en el Hospital.

Observada detenidamente se pudo apreciar la existencia de una tumoración globulosa, que abarcaba la articulación escapulo-humeral, que se extendía por toda la axila, cuyo hueso había casi desaparecido á la región pectoral y á la escapular, de piel lisa, vascularizada, adelgazada y nada deslizable, de consistencia semi-pastosa, ni dura ni blanda, renitente, pero sin fluctuación. No había fiebre y se conservaba aunque poco, el apetito.

Sin decidirse todavía por un diagnóstico fijo, practicó algunas punciones exploradoras, no consiguiendo extraer más que sangre líquida, y quizás á causa de estas maniobras, la enferma sufrió algún ligero ascenso térmico, á pesar de haber ejecutado las punciones con las ordinarias precauciones asépticas; el tumor creció rápidamente y en pocos días invadió la axila, y en consulta celebrada con los compañeros del Hospital, prevaleció el diagnóstico de sarcoma de la extremidad superior del húmero.

Hecho el diagnóstico en esta forma, pensó que el único tratamiento era el de la extirpación completa del miembro, y para ello nada mejor ni más eficaz que la resección inter-escapulo-torácica, operación que, si bien no había practicado nunca, no le parecía de difícil ejecución.

Entre todos los procedimientos, se decidió por el de Berger y Farabeuf que, como se sabe, consiste en la resección previa de la clavícula para ligar los vasos subclavios y realizar de esta manera la hemostasia profiláctica.

Antes de proceder á la operación en sí, practicó una incisión exploradora con objeto de cerciorarse de la verdadera naturaleza del tumor; introdujo el dedo por la abertura, no encontrando cavidad alguna, y hubo de cerrar la incisión con una sutura ensortijada, pues salía una cantidad considerable de sangre.

Resecada que fué la clavícula, no le fué fácil, ni mucho menos, alcanzar los vasos subclavios, por cuyo motivo, los fué á buscar por la axila, haciendo una incisión igual á la que se hace

al diseccionar la axila cuando se extirpan tumores de la mama. Esta maniobra le facilitó extraordinariamente la operación y pudo ligar perfectamente los vasos, realizando el fin que se proponía: verificar una hemostasia completa pues á ello le obligaba el estado lastimoso de la enferma.

Las consecuencias de la operación fueron excelentes de todo punto y se hubiera podido dar de alta á la enferma á los quince días de operada, sin inconveniente alguno. En cuanto á las consecuencias ulteriores de la operación, no puede formarse juicio ninguno.

Examinada la pieza, se observó que la articulación escapulo-humeral estaba sana, que el húmero se hallaba roto, detalle característico del sarcoma, pero la fractura se hallaba situada en la epifisis de este hueso; había una cavidad llena de sangre y existía un tegido lardáceo que envolvía el cuerpo del húmero como si se tratara del periostio engrosado.

Dice que tiene dudas acerca de la naturaleza del tumor, que no sabe si era un sarcoma ó un tumor vascular, inclinándose á creer que se trata de un sarcoma que empezaba, pero que, á causa de las violentas maniobras á que fué sometido por el curandero de que ya se ha hablado, quizás se verificara alguna rotura vascular y adquiriera el tumor una especie de impulso para su crecimiento.

El resultado de la investigación microscópica dirá acaso cuál es la naturaleza del tumor y lo dirá también el resultado de la operación.

Fuera lo que fuera, entiende que el único tratamiento posible era el de la operación, y si acaso, podrá discutirse el método elegido, ó si hubiera sido preferible practicar la descolación del miembro, mejor que su extirpación completa.

Presenta la fotografía de la enferma operada, antes y después de practicada la resección y la compara con un dibujo de la «Revue de Chirurgie» referente á un caso de Berger muy parecido al actual y en el que este profesor que tiene sus dudas respecto del diagnóstico del caso en cuestión, le denomina sarcoma de células multiformes.

Sr. Areilza.—Dice que ha practicado dos veces la resec-

ción de que se trata por traumatismo, pero varía la operación y sus resultados de cuando se trata de tumores.

Los casos traumáticos dan una mortalidad bastante elevada, á pesar de que, á él no se le murió ninguno y se comprende que sea así pues la mutilidad traumática es tan considerable, que cuando el lesionado llega á manos del cirujano, se halla en un estado lamentable.

Los resultados operatorios por tumor, suelen ser malos, y cita una estadística de Berger, que así lo demuestra, pero no obstante él opina que en caso de intervenir debe hacerse de una manera radical con extirpación alta.

Cita el caso del pelotari apodado «Irún» en el que á causa de un traumatismo en un brazo, se le presató un tumor: se trató de practicarle una extirpación de la neoplasia, pero una vez practicada la incisión y puesto al descubierto el tumor, cerró la herida, pues se trataba de un sarcoma y pensó que debía practicarse una operación más radical, tal como la decolación, pero posteriormente, otro cirujano, el Dr. Ustariz no lo entendió así é hizo una resección. El resultado fué, que algún tiempo después se reprodujo el tumor y en Bayona ó Biarritz se le hizo al enfermo la resección inter-escápulo-humeral, á pesar de lo cual falleció aquel individuo por propagación de la neoplasia.

Se extiende en consideraciones acerca de la Cirujía actual y dice, que la Cirujía, para ser conservadora, debe ser radical.

Sr. Landín.—Felicitá á los Señores que han tomado parte en la discusión y dice que presencié la operación practicada por el Sr. Carrasco, y también participé de sus dudas respecto del diagnóstico.

Patrocina la técnica descrita, pero dice que no siempre da resultado la resección de la clavícula por el tercio medio, hasta el punto de que el mismo Berger, en casos en que el tumor engloba en la axila los vasos de la región, practica y recomienda la desarticulación de la clavícula por su articulación interna, resultando de esta manera más accesibles los vasos subclavios.

Sesión celebrada el día 31 de Enero de 1907

Con la asistencia de los Académicos Sres. Alonso, Gil y Gorroño, Gil é Ibargüengoitia Idoyaga, Areilza, Entrecanales Unibaso y Otaola, se dió comienzo á la sesión,

Sr. Areilza.—*Amputación traumática inter-escápulo-torácica.*

En la sesión del día 24, hice notar con motivo de la amputación presentada por el Sr. Carrasco que yo recordaba haberla ejecutado dos veces con resultado satisfactorio y por causas puramente traumáticas.

A este propósito prometí presentar alguna fotografía, pero me ha parecido mejor traer uno de los operados á fin de que puedan los Sres. Académicos apreciar el raro aspecto de la arquitectura del tronco en quienes han sufrido tan enorme mutilación.

Este individuo, llamado Nicolás Barragán, ejercía el cargo de pinche en la mina Julia y Adela cuando sufrió el accidente, y tenía 14 años de edad. En la actualidad tiene 33, de modo que la operación data ya de 19 años de fecha.

El traumatismo fué determinado por un vagón de un plano inclinado, cuya rueda pasó por todo el miembro superior izquierdo, comenzando por la mano y subiendo hasta por encima del hombro, de modo que también produjo contusiones en la mandíbula superior. El destrozo fué completo y alcanzó á la parte posterior del hombro, razón por la cual hubo precisión de ejecutar la resección inter-escápulo-torácica.

Ingresó en el Hospital Minero de Triano el mismo día del traumatismo, 12 de Julio de 1889 y le operé á los dos días, cuando la reacción era franca. La cicatrización ocurrió sin incidentes saliendo de alta á los 44 días.

Quizás en otra ocasión pueda también hacer venir otro individuo semejante, pero cuya intervención se remonta á fecha menos lejana.

La amputación traumática ofrece un tanto por ciento muy elevado de mortalidad, á causa de que no es posible sujetarla á reglas fijas como acontece con los casos patológicos.

He aquí, para probarlo, el cuadro comparativo que el médico americano Buchanan publicó en 1900, en un periódico de Filadelfia. En él se comprenden casos patológicos y traumáticos de todas clases, comenzando por el del autor del método Ralph Cuming, que practicó la primera operación en Antigua, siendo cirujano de la marina inglesa.

Era pre-antiséptica

		Muertos	Tanto por ciento
Tumores	17	7	41
Traumas	11	4	36
Necrosis	1	0	0
	<u>29</u>	<u>11</u>	<u>38</u>

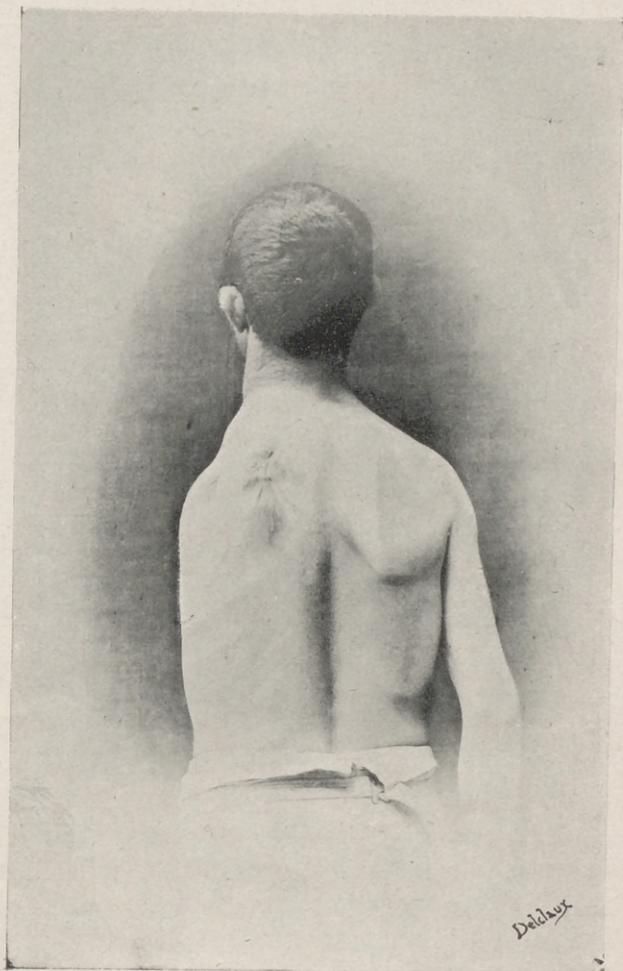
Era antiséptica

		Muertos	Tanto por ciento
Tumores	124	10	8
Traumas	13	3	23
Necrosis	3	0	0
Tuberculosis	5	1	20
Quemaduras	2	1	50
Gangrenas	3	1	33
Flemones sépticos	2	2	100
	<u>152</u>	<u>18</u>	<u>11,5</u>

Las enseñanzas de los datos de Buchanan demuestran el progreso enorme que la moderna técnica aporta á los casos patológicos, puesto que en el capítulo de tumores ha bajado la mortalidad de 41 por 100 al 8 por 100. El adelanto resulta mucho menor cuando la operación se ha verificado por traumatismo: la mortalidad descendiendo sólo del 36 por 100 al 20, porque los enfermos siguen muriéndose, como antiguamente de Schok y de colapso.

Sr. Gil é Ibargüengoitia.—Presenta á la Academia dos fotografías radioscópicas: una sencilla y otra estereoscópica, de una placenta gemelar bi-vitelina, como demostración de las ventajas del empleo del método radiográfico para el estudio de la distribución vascular de las vellosidades coriales.

Indicó que creía de interés la demostración del nuevo mé-



todo, tanto más, cuanto que, los últimos trabajos realizados por Hofbauer y otros, sobre biología de la placenta, elevan la categoría de la misma á la de una glándula.

Dijo que el nuevo método puede emplearse con ventaja á los de corrosión ideados por Nichol y perfeccionados por Hyrtl.

La masa de inyección más manejable y que recomienda para este especial trabajo, es el mercurio metálico: la inyección en la preparación presentada se practicó por las cuatro arterias umbilicales, consiguiéndose con este método, bellísimos preparados, no sólo de interés desde el punto de vista de la enseñanza y demostración al alumno de la vascularización de esta glándula, (sobre todo haciendo fotografías estereoscópicas) sino también como medio de estudio de una porción de alteraciones y particularidades anatómicas de la misma.

Traumatismos craneales.—**Sr. Gil y Gorroño.**—Dice que es preciso ser muy precavido en lo que atañe al juicio diagnóstico y pronóstico de los traumatismos craneales, pues no todos los trastornos cerebrales que siguen á un traumatismo son debidos á una hemorragia intra-craneana.

Sr. Areilza.—Cree que no se puede hacer un diagnóstico rápido de una hemorragia cerebral traumática y diferenciarla de otra lesión cerebral cualquiera producida por traumatismo. El hecho de un ictus apoplético á renglón seguido, de un traumatismo craneal, no indica necesariamente hemorragia.

Utilidad é importancia higiénica de las colonias escolares de verano.

Sr. Gil y Gorroño.—Entiende que la forma en que se practican en Bilbao las colonias escolares es deplorable. Estas en sí y tal y como deben hacerse, constituyen una práctica excelente.

Además, dice que es preciso hacer una verdadera selección de los niños y de los puntos á que se envíen, no tolerando ni consintiendo que niños á los que convengan clima de montaña los envíen á la costa, ó viceversa, como con harta frecuencia viene aquí sucediendo.

Sr. Entrecanales.—Opina que el Ayuntamiento debe crear colonias escolares permanentes, unas en las costas y otras

en las montañas y enviar allí á los niños que les convenga. De la manera que está establecido este servicio en Bilbao, resulta pobre y miserable.

El Secretario General,
C. MENDEZA.

BIBLIOGRAFIA

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las Vías Urinarias. Lecciones elementales, por Alberto Suárez de Mendoza. Profesor de enfermedades de las Vías Urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.

Conclusión.

CUARTA PARTE

Trata de las enfermedades de la vejiga. En primer lugar nos habla el Sr. Suárez de Mendoza de cistitis, de la imposibilidad de su clasificación con relación á la clínica; pasa en revista á los agentes microbianos citando los trabajos de Max-Melchios, Kroquis, Doyen, Albarrán y Hallé y de la virulencia del *proteus* Hauser. Estudia las vías de infección vesical, la sintomatología general de las cistitis, describiendo algunos tipos, como la blenorragica tuberculosa, calculosa y dolorosa de Hartman; hace los diagnósticos diferenciales y expone el tratamiento por las sustituciones, lavados y medicación interior. Llama la atención sobre las cistitis que son apiréticos y la existencia de fiebre supone infección renal.

En la litiasis vesical dedica un capítulo preferente á la litiasis infantil. Antes de la descripción de la litiasis de los niños estudia la de los adultos; los caracteres físico químicos, las causas de formación de los cálculos, la sintomatología de los cálculos primitivos y secundarios y los adquiridos por medio del examen físico en los cálculos enquistados; como tratamiento, propone la litroticia ó la talla hipogástrica con sutura completa (á

dos planos) ó incompleta (según el estado vesical) é incompleta de los planos musculares y piel, para el drenaje pre-vesical.

Afirma el Dr. Suárez de Mendoza que la litiasis infantil es más frecuente de lo que se cree; así lo prueban las estadísticas de Civiale que de 5.383 casos de cálculos se han observado 1.930 en niños menores de 10 años, 944 entre los de 10 á 20 años. Cheselden ha operado durante su vida en el hospital á 213 calculosos menores de 10 años, 105 entre 10 á 20 años, 62 siguen otras estadísticas análogas de R. Smith, los de la enfermería de Seeds, los de la Escuela de Norwich, los de Gross de Moscou y Sir Henry Yhompson.

La sintomatología no es igual en el niño que en el adulto; en el niño puede estar largo tiempo alojado un cálculo en la vejiga sin producir otro síntoma que la frecuencia de micción diurna imputable á otras enfermedades, la hematuria es rara; por otra parte, como ni para el niño ni para los que le rodean, los órganos urinarios son á esta edad objeto de especial atención, suelen pasar inadvertidos casi todos los síntomas de calculosis vesical, que son: frecuencia de la micción, incontinencia de orina, interrupción brusca del ehorro, dolor y prurito en el meato que obliga á los niños á frotarse y tirar del prepucio, micción dolorosa y prolapso del recto y alguna vez hematuria; analiza el autor detenidamente cada uno de estos síntomas, establece los diagnósticos diferenciales con la tuberculosis vesical y cáncer del riñón.

En el examen físico ó instrumental escribe sobre lo fácil de las maniobras instrumentales en la uretra infantil y lo difícil de las mismas en la vejiga para el diagnóstico; con un explorador se necesita tener una gran habilidad manual, la falta de próstata y las contracciones espasmódicas de la vejiga pueden con suma facilidad ocultar momentáneamente un cálculo; el tacto rectal tiene importancia en estos casos pudiendo recurrir á la anestesia rápida por el cloruro de etilo, somnoformo, etc.

Los métodos operatorios son tres; por la vía natural uretra, por el periné y por el hipogástrico.

Antes de la descripción de las diferentes intervenciones apunta algunos detalles anatómicos que son diferentes de los del adulto, sobre todo antes de los dos primeros años.

Deduce una conclusión clara y terminante que ha de tenerse en cuenta para la talla hipogástrica y es que una vejiga infantil convenientemente distendida, presenta una superficie aproximativa de dos á tres centímetros, desprovisto de peritóneo.

Examina los tres métodos operatorios y sobre la talla perineal dice que pertenece á la historia del arte. Si en un tiempo fué la vía exclusiva, era á causa del escaso peligro la benignidad operatoria y los resultados inmediatos satisfactorios.

Por esta vía la mayoría de los cirujanos europeos y orientales han dado la preferencia á la talla lateral.

Las estadísticas de los cirujanos en la India Inglesa son elocuentes respecto á la mortalidad. Freyer en una serie de 165 tallas perineales no tiene ni un sólo muerto. Yhompson en 811 tallas laterales en niños de uno á doce años tiene una mortalidad de 30. Pero á pesar de todo la cirugía moderna rechaza este procedimiento, por sus resultados tardíos. Basta una sola razón para rechazarla de plano; la sección de uno ó de los dos conductos, diferentes con sus consecuencias de atrofia del testículo é impotencia.

¿Quién asumiría hoy la gravísima responsabilidad de comprometer de manera irreparable y definitiva la función genésica de un semejante, castrándole indirectamente cuando la cirugía moderna dispone de medios que suprimen eficazmente tan desastrosa eventualidad?

La titolapaxia en sus principios fué discutida y considerada como una temeridad. La titolapaxia presenta en los niños grandes dificultades, la carencia de próstata y por tanto la falta de bajo fondo vesical hace difícil la prehensión del cálculo fragmentado. Si á esto se añade que los litrotores han de ser de exiguas dimensiones é insuficientes para los cálculos oxálicos, y el que no todos los cirujanos tengan la mano hecha á la litotricia, hemos de confesar que no es la operación ideal para la litiasis infantil.

Queda pues la talla hipogástrica, que es la que de día en día va ganando más partidarios, en favor de su causa.

Se ejecuta lo mismo que en el adulto. Sin valón de Peterssen, si se quiere sin distenderla con líquidos antisépticos, la sutura vesical puede ser completa ó incompleta, según los casos,

sutura de planos musculares drenaje prevesical, y sonda permanente, según la sutura vesical sea completa; en caso de sutura incompleta ha habido veces que el Dr. Suárez de Mendoza ha dejado la vejiga abierta sin tubo de drenaje para la orina y sin sonda permanente, con buenos resultados.

Tumores de la vejiga.—Primitivos y secundarios, el sarcoma y mixoma son los más frecuentes en los niños y aparecen de 1 á 10 años; los fibromas y fibromixomas son raros. En los adultos aparecen los tumores vesicales de 40 en adelante. Su único síntoma es la hematuria, que aparece con brusquedad lo mismo en el reposo que en la marcha y que no desaparece con el reposo, que su mayor ó menor abundancia no se relaciona con el tamaño ni malignidad del mismo.

Métodos de diagnóstico.—El tacto rectal ó vaginal combinado ó no con la palpación hipogástrica, el cateterismo (provocamos cistorragias) y la cistoscopia. Sir Henry Yhompson empleaba la exploración digital á través de una incisión perineal ó de la uretra femenina, dilatadas suficientemente.

Hoy no tiene objeto esta clase de exploración, pues la cistoscopia y caso de imposibilidad la talla hipogástrica, podría ser al mismo tiempo el último acto del diagnóstico y el primero del tratamiento.

QUINTA PARTE

Las enfermedades del ureter y riñón son objeto de estos últimos capítulos; las heridas del ureter (quirúrgicas la mayoría de veces) las fistulas uretrales con sus tratamientos de anastomosis, uretero-uretrales, uretero-vesicales (uretero-cistoneostomia) con la pelvis (uretero-pielostomia) juntamente y las ureteritis, cuya sintomatología es la de las pielo-nefritis, forman la primera lección de esta quinta parte.

Merece citarse el estudio que hace del riñón ectópico; describe los medios de fijación del riñón, las causas y patogenia del riñón ectópico; dice que la división de ectopia congénita y ectopia adquirida no tiene importancia práctica alguna: detalla la complicada sintomatología del riñón móvil y termina con los diferentes tratamientos, incluso el quirúrgico de Hahn modificado por los diferentes autores.

En los traumatismos del riñón señala su frecuencia citando algunas estadísticas de Socien Küster, que evalúan en 0,13 por 100 de una estadística global de 7.741 heridos de Morris; de 0,49 por 100 en 2.610 autopsias: hace una división de traumatismos renales sin herida cutánea ó con herida y de esta última una subdivisión por arma blanca y de fuego. Estudia la anatomía patológica de esta clase de lesiones, la sintomatología general y local y el tratamiento.

En las uretero-piello-nefritis establece la de sobreagudas, (raras hoy en día) agudas y crónicas, causas de las mismas vías de infección ascendente y descendente, los gérmenes microbianos que con más frecuencia se encuentran en estas afecciones; no cree que pueda formarse una entidad morbosas de las piello-nefritis sépticas de Albarrán, estudia la sintomatología del diagnóstico por medio de la exploración dando importancia á los puntos dolorosos ureterales de Reynolds, Bazy é instituye el tratamiento.

En las retenciones renales estudia las hidronefrosis y pro-
• nefrosis.

En la tuberculosis renal expone primero la nefritis de los tuberculosos, producidas por el paso de toxinas; en las orinas de estos enfermos no se encuentra el bacilo de Koch y á la larga aparece en el riñón la degeneración amilóidea.

La localización renal de la tuberculosis en el riñón es rara, comparando con otras, pero en las salas especiales de vías urinarias es de las que más se observan; es más frecuente en la mujer que en el hombre.

La infección se produce por vía sanguínea; la forma ascendente está completamente desechada.

En la mayoría de los casos la tuberculosis es unilateral.

Dedica algunos párrafos á la anatomía patológica del riñón tuberculoso.

Llama la atención sobre la invasión silenciosa de la tuberculosis en el riñón, que puede pasar largo tiempo sin otros síntomas que micciones frecuentes con poliuria clara, límpida, transparente, intensa, rebelde y constante.

Analiza los síntomas de una tuberculosis renal confirmada; expone las complicaciones de la parte baja del aparato uro-genital.

tal y el diagnóstico por los diferentes medios de exploración, examen manual astorcopio, el cateterismo ureteral con el doble fin de diagnóstico y valor funcional del riñón sano como indicación precisa para la nefrectomía.

El estudio de la litiasis renal con sus síntomas de cólico nefrítico, la sintomatología de los cálculos renales, complicaciones con el tratamiento, ocupan un bonito capítulo tan interesante como los de la litiasis vesical.

En la anuria calculosa se extiende en diversas consideraciones patogénicas; discute las varias teorías de Lequese y admite el reflejo reno-renal con riñón sano, pues observaciones propias prueban que es imposible explicar con la teoría mecánica, casos de anuria en riñones libres y sanos. Es de opinión que ha de intervenirse cuanto antes mejor en estos casos.

En los tumores del riñón estudia su patogenia, sintomatología en general y detalla el riñón canceroso, los tumores benignos y el riñón poliúístico con sus tratamientos respectivos.

En capítulos anteriores se ha visto la facilidad de infección del aparato urinario, nada más interesante que dedicar capítulo aparte á las fiebres é intoxicaciones urinosas; así lo hace el Doctor Suárez de Mendoza en un capítulo magistral que sirve de apéndice á su obra.

Estudia la teoría de Bouchard sobre las autointoxicaciones y traduce á Guyón, cuyas lecciones sobre infección é intoxicación urinarias son imperecederas. Establece las grandes relaciones que existen en las infecciones é intoxicaciones urinarias entre el aparato urinario y digestivo. Estudia la fiebre urinosa en las diversas manipulaciones é intervenciones urinarias (uretrotomía interna, litotricia, etc.)

Concluye con el tratamiento médico aplicado á los diferentes tipos de fiebre urinosa.

En conclusión, la obra del profesor Suárez de Mendoza es una obra cuya lectura agradará al estudiante que en poco tiempo se pondrá al corriente de una especialidad que en estos últimos años ha adelantado más que ninguna otra y que en España está aún en mantillas, siendo también un tratado que debe figurar en lugar predilecto en la biblioteca del médico.

SECCION PROFESIONAL

ASAMBLEA NACIONAL DE LA PRENSA MÉDICA

Conclusiones generales y acuerdos adoptados por la misma.

1.^a Requerir del Comité ejecutivo de la Asociación internacional de la Prensa médica el cumplimiento de los acuerdos de los Congresos por ésta celebrados, y asimismo de los tomados por dicho Comité, principalmente en su reunión de Berna, y sobre todo los relativos al Anuario y á la tarjeta de identidad de periodista.

2.^a Proponer á la Asociación internacional que recomiende á las revistas asociadas de alto precio de suscripción, que, mediante el pago de la diferencia de precio, y si pudiera ser, por lo menos con el descuento concedido á librereros y corresponsales, admitan el canje con las demás revistas más modestas y económicas.

3.^a Proponer asimismo á la expresada Asociación que procure recabar de los Gobiernos de todas las naciones representadas el giro internacional de pagos á la Prensa médica.

4.^a Las administraciones de los periódicos asociados enviarán cada seis meses al Secretario general de la Asociación una lista de suscriptores y anunciantes morosos, considerando como tales los que deban más de un año de suscripción ó más de un trimestre de anuncios, con objeto de que la Directiva forme un registro donde se anote el nombre y residencia de los deudores, y envíe semestralmente una relación de los mismos á todos los asociados.

5.^a Todos los periódicos asociados harán constar en las cubiertas de sus números que, por acuerdo de la Asociación de la Prensa médica española, los gastos de giro del importe de las suscripciones serán de cuenta del suscriptor.

6.^a Todas las administraciones de los periódicos que pertenezcan á la Asociación de la Prensa médica española admitirán suscripciones para cualquier otro de los periódicos asociados. Los gastos de giro y correo que dichas suscripciones determinen serán de cuenta del periódico que las disfrute.

7.^a Se fija como tipo único de comisión para librereros é intermediarios que hagan suscripciones á los periódicos asociados, el 10 por 100 del importe total de aquéllas.

8.^a En la cubierta de los periódicos pertenecientes á la Asociación se hará constar que, por acuerdo de la misma, el pago de anuncios y suscripciones será adelantado, consignándose también en las fajas de dichos periódicos, la fecha en que termina el abono del suscriptor á quien se dirijan.

9.^a Todos los periódicos asociados podrán copiar artículos originales de los demás periódicos que pertenezcan á la Asociación, con sólo indicar, después del nombre del autor, el del periódico de quien tomen el trabajo; pero queda prohibida la reproducción de los mismos á las Revistas no pertenecientes á la Asociación, salvo consentimiento expreso del director interesado.

10.^a En lo relativo á anuncios que constituyan una falta comprendida en los Códigos vigentes, la Asociación no tiene que tomar resolución ninguna, pues á las autoridades corresponde el deber de corregirlas ó castigarlas. Por cuanto se refiere á aquellas otras que no se encuentran en este caso, los directores de los periódicos son los únicos á quienes debe otorgarse el derecho de aceptar ó no su publicación en sus respectivas revistas.

Si, lo que no es de suponer, algún periódico asociado publicase anuncios ó reclamos incompatibles con la dignidad profesional, la Junta directiva queda autorizada para requerir al director, con objeto de que cese en la publicación del indicado anuncio, sometiendo el caso, si así lo creyera necesario, al acuerdo de la Junta general.

11.^a Se recomienda á los Directores de los periódicos asociados que, al recibir artículos encomiásticos de preparados medicinales ó de especialidades farmacéuticas, pongan especial cuidado en el examen de los mismos, con objeto de no dar cabida en sus respectivas publicaciones á esos artículos-reclamos, de índole puramente industrial, que desprestigian á sus autores y desnaturalizan el carácter de nuestra Prensa, viniendo en menoscabo de la seriedad profesional.

En el caso, poco probable, de que alguna revista asociada los insertase, la Junta directiva, bien por sí misma, ó bien asesorándose antes de los compañeros que juzgue oportuno, tiene el deber de dirigirse á quien corresponda para que cese en la publicación de este género de trabajos.

12.^a Negar el cambio á los periódicos gratuitos de carácter mercantil y prohibirles la reproducción de cuantos artículos originales publiquen los periódicos asociados. Ni dichos periódicos gratuitos ni sus redactores podrán pertenecer á la Asociación nacional de la Prensa médica.

13.^a El envío de libros ó folletos á los periódicos asociados no implica la obligación por parte de estos últimos de hacer un juicio crítico referente á aquéllos. Los autores ó editores que hagan dicho envío no podrán exigir otra cosa que una noticia relativa á los libros remitidos. Además, el juicio crítico que de las mencionadas publicaciones hagan los periódicos será definitivo, y ni los autores ni los editores tendrán derecho á obtener aclaraciones ni rectificaciones de ninguna clase.

14.^a La Junta directiva queda encargada de gestionar cerca de los Poderes del Estado y de las grandes Compañías, cuantas ventajas y consideraciones sean posibles para la Prensa médica.

15.^a Manifestar á los periódicos asociados que la biblioteca del Colegio de Médicos de la provincia de Madrid se hará cargo con mucho gusto de cuantos libros, folletos y periódicos de cambio tengan á bien cederles, así como de todos aquellos que, después de haberlos utilizado, no quieran conservar en las respectivas redacciones.

16.^a En lo sucesivo podrán pertenecer á la Asociación todas los profesores que, teniendo acreditado su carácter de periodista-médico, lo soliciten, aunque no sean directores ni representantes de un periódico determinado; pero entendiéndose que para los efectos de las votaciones sólo se contarán tantos votos como periódicos concurren á las mismas.

17.^a La Asociación de la Prensa Médica Española se pone á disposición de los demás periódicos políticos y literarios para suministrarles cuantas informaciones de carácter profesional necesiten.

18.^a Proponer á los principales periódicos médicos de la América latina la constitución de una Asociación Iberoamericana de la Prensa médica, con objeto de estrechar los lazos de unión y fraternidad existentes entre la madre España y los demás pueblos que hablan nuestro idioma.

19.^a Nombrar una Comisión, compuesta por los Sres. Pérez Noguera, Forns, Sánchez, Ribera, Blás y Manada, Molina y Aguilar, para que reforme el reglamento de la Asociación en consonancia con los acuerdos tomados por esta Asamblea.

Madrid 1.^o de Noviembre de 1907.

El Secretario general.

E. Pérez Noguera.

V.^o B.^o

El Presidente.

Angel de Larra.

Publicaciones recibidas.—Hemos recibido el primer cuaderno de la obra *Manual de Obstetricia*, escrito para uso de Médicos y alumnos de Medicina, por los Dres. Dubrisay y Jeannin, traducido al español por el Dr. Manuel Portaceli y Ortells.

También se ha recibido el primer cuaderno del *Manual de Patología interna*, por los Dres. Balthazar, Cestan, H. Claude, Macaigne, Nicolás y Verger, traducido por los Dres. Pastor, Reig y Cubells.

Agradecemos el envío á la casa Pubul y Morales, editora de ambas obras.