

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XV

Bilbao—Abril—1909

Núm. 172

Diagnóstico precoz del Cáncer del Estómago

Cáncer no Pilórico

(Continuación)

En el anterior artículo me ocupé del cáncer pilórico; ahora voy á estudiar la sintomatología de esta enfermedad, cuando la neoplasia se localiza en la corvadura mayor ó menor, pared anterior ó posterior y fundus.

Pasaré por alto el cáncer del cardias, por su sintomatología clara, por acompañarse de disfagia y trastornos de la deglución, correspondiendo su estudio á las enfermedades del esófago.

El diagnóstico precoz del cáncer pilórico es mucho más fácil establecer que el cáncer no pilórico.

Los síntomas subjetivos y objetivos son diferentes, siendo necesario estudiar estas dos variedades por separado si queremos aquilatar con provecho este asunto.

Los síntomas subjetivos se presentan mucho más tarde en el cáncer del fundus que en el cáncer pilórico; la función motora rara vez está afectada y los trastornos de secreción que acompañan al cáncer del fundus, no se traducen en el enfermo por ninguna molestia; cuando se presentan trastornos gástricos generalmente el tumor está muy desarrollado.

Resulta de todo esto muy difícil establecer un diagnóstico precoz en el cáncer del fundus.

En gran número de casos, los síntomas subjetivos, por parte del estómago, faltan al principio; hay casos en que el enfermo vá á donde el médico por la anemia y ligera fatiga; otros enfermos se quejan de digestiones lentas, peso y malestar des-

pués de las comidas, pérdida de apetito, siendo raros los casos en que no se presente ningún trastorno gástrico en el curso de la enfermedad (6 casos en la tesis de Chesnel).

No es raro que estos desgraciados presenten el aspecto de los enfermos de anemia perniciosa, descubriendo el examen objetivo, el origen del padecimiento.

Tarde ó temprano, se presentan en el cáncer del fundus opresión en el epigastrio independiente de las comidas, náuseas, inapetencia y faltan los vómitos generalmente (lo contrario del cáncer pilórico); alguna vez expulsan algo moco.

Síntomas objetivos

El examen funcional en el cáncer no pilórico da generalmente los mismos resultados que en la aquilia gástrica.

El almuerzo de prueba consiste en 60 gramos de pan y 300 ó 400 gramos de agua ó té; extraído á la hora, se encuentran los alimentos sin digerir, extrayéndose escasa cantidad de líquido, faltando el ácido clorhídrico libre, pepsina y fermento del cuajo ó están considerablemente disminuídos.

En el cáncer de las corvaduras suele estar afectada generalmente la función motora, no siendo raro en el cáncer del fundus que el estómago se vacíe con regularidad durante toda la enfermedad.

Sometidos estos enfermos á una cena de prueba, por la mañana se encuentra el estómago vacío ó escasos residuos mezclados con sangre, faltando los trastornos de motilidad que acompañan al cáncer pilórico; esto es característico entre el cáncer pilórico y no pilórico; los trastornos de la motilidad caracterizan al cáncer pilórico; los trastornos de secreción al cáncer no pilórico, no presentándose estancación de alimentos hasta un período avanzado de la enfermedad.

Al principio de la evolución de la neoplasia suelen presentarse diarreas; cuando esta se ulcera se presenta con más frecuencia, según Müller y Trippier en 35,5, 50 por 100, según Boas y Kuttner en mucha menor proporción.

Los infartos de los ganglios supra-claviculares izquierdos tienen escaso valor diagnóstico por ser generalmente un síntoma tardío y no tener nada de específico del cáncer de estómago; por acompañarse á otros carcinomas viscerales ó ser

estos infartos de naturaleza tuberculosa ó sifilítica, tiene más valor el infarto de sus ganglios umbilicales.

Kuttner dice haber observado con frecuencia en el carcinoma de la corvadura menor pleuresia del lado izquierdo.

El diagnóstico diferencial es muy difícil en muchos casos, entre el cáncer del fundus y la atrofia de la mucosa; tienen de común la falta de ácido clorhídrico, pepsina y fermento del cuajo, en presencia de tumor palpable; hematemesis ó melena no hay ninguna dificultad, pero hay gran número de casos en que faltan durante largo tiempo estos síntomas patognomónicos del cáncer, necesitando echar mano de otros procedimientos de diagnóstico, sirviéndonos para establecer diagnóstico precoz del cáncer del fundus cuando el enfermo, al notar los primeros trastornos se pone en manos de un especialista experto.

La prueba de Salomón para el diagnóstico del cáncer de estómago tiene grandísima importancia.

El método de exploración propuesto por Salomón en 1903, se funda en que todo cáncer de estómago segrega un líquido seroso.

La presencia de este suero se encuentra en el contenido gástrico, por el lavado del estómago efectuado por la mañana en ayunas, después de un día de régimen sin sustancias albuminóideas.

Se busca y dosifica la albúmina con el reactivo Esbach y el nitrógeno por el procedimiento de Kjeldahl.

Mientras en las afecciones benignas de estómago, la cantidad de albúmina del líquido del lavado es insignificante, aumenta considerablemente en el cáncer del estómago, pudiéndose apreciar en el tubo Esbach alcanzando hasta $\frac{1}{2}$ por 1.000.

La presencia de esta cantidad de albúmina y un contenido de nitrógeno superior a 20 miligramos en 100 centímetros cúbicos, son datos suficientes para admitir como muy probable la existencia de un cáncer del estómago.

No se aprecia nunca en el agua del lavado cantidad de $\frac{1}{2}$ por 1.000 de albúmina en las gastritis.

Zukerbach, 1907, ha sometido á esta prueba no solamente á enfermos de estómago, sino también de otras enfermedades y á personas sanas concede grandísimo valor á esta prueba cuan-



do vá acompañada de otros síntomas gástricos, siendo con frecuencia un síntoma precoz.

Cuando en el curso de una gastritis observemos que en el líquido del lavado se precipitan copos de albúmina, debemos sospechar en un cáncer.

La reacción de Salomón tiene gran valor para Kuttner, Siegel y Elsner, no exigiendo más que el tubo Esbach con su correspondiente reactivo.

Las hemorragias ocultas tienen en el cáncer del fundus la misma importancia que en el cáncer pilórico.

Las gastrorragias ó hemorragias de origen gástrico sabemos se presentan bajo dos formas: hemorragias abundantes y hemorragias constituídas por pequeñas cantidades de sangre; estas últimas pasan desapercibidas; la presencia en el estómago de una pequeña cantidad de sangre, no determina vómitos; el aspecto del quimismo gástrico, sobre todo si es ácido, no está modificado y en el aspecto de las heces no se aprecia importante modificación.

Los procedimientos que muchos utilizan para la investigación de las hemorragias ocultas, son imperfectos, es preciso echar mano de un procedimiento muy sensible, de ejecución rápida y que no exija aparatos especiales.

El examen de los glóbulos rojos al microscopio es de los procedimientos más infieles; los glóbulos rojos, al contacto del jugo gástrico, son destruídos ó sufren modificaciones, de tal naturaleza, que no pueden apreciarse en los vómitos de posos de café; donde la cantidad de sangre es considerable no se los encuentra casi nunca; lo mismo ocurre en las deposiciones, á no ser que la sangre proceda del tramo inferior del intestino.

La prueba de Teichmann, se reconoce la sangre con el ensayo de cristales de hemina. Colocada una gota del líquido en examen sobre un cubreobjetos, se calienta con ácido acético y cloruro sódico, con lo cual se forman al poco tiempo los cristales muy característicos de clorhidrato de hemina, reconocibles al microscopio por su forma, del sistema romboidal y su color rojo obscuro. Con la modificación de Stoyzoroski (ácido acético y ácido iodídrico) la reacción es más sensible.

El examen espectroscópico permite descubrir pequeñas cantidades de sangre, pero demanda cierto hábito para interpretar los espectros, necesitando el médico este aparato.

La reacción del hierro, basada en la formación del azul de Prusia, por el ferrocianuro potásico, es un procedimiento muy sensible, pero de ejecución algo complicada.

La reacción Weber expuesta en el artículo anterior, es la que debe practicarse y en los casos dudosos esta otra prueba.

Se toman tres centímetros cúbicos de materias vomitadas ó un trocito de deyecciones disuelto en agua destilada, se añaden dos centímetros cúbicos de solución alcohólica de bencidina pura, dos centímetros cúbicos de agua oxigenada y luego algunas gotas de ácido acético cristalizado. Si hay sangre toma una coloración azul ó violeta.

En el cáncer del estómago la reacción Weber es siempre positiva, haya ó no estancación; su intensidad es variable y no desaparecen por el tratamiento médico.

Para el diagnóstico, cuando son constantes, tienen la misma importancia que las hematemesis ó melena.

No sabemos á ciencia cierta si estas hemorragias insignificantes constituyen un elemento de diagnóstico precoz del cáncer, es decir, si se presentan al principio de la enfermedad. Es difícil contestar á esta cuestión; observaciones de Trousseau y Dieulafoy demuestran que pueden ser precoces. Estos clínicos han llamado la atención sobre las hemorragias abundantes premonitoras del cáncer, pudiéndose presentar algunas veces muchos meses antes de los fenómenos propios de la neoplasia.

Dieulafoy las compara á las hemorragias que se presentan al principio de la tuberculosis.

Es evidente que estas hemorragias graves se presentan al principio del cáncer, pero hemorragias insignificantes deben presentarse con mucha más frecuencia.

La comprobación de hemorragias ocultas es importante en los casos de cáncer que no se acompaña de retención y como consecuencia falta el ácido láctico.

Su presencia constante en ausencia de estancación ó de úlcera, hay que sospechar en un cáncer.

El diagnóstico con una gastritis anacida sería muchas veces imposible sin la reacción Weber,

Por la reacción Weber podemos establecer el diagnóstico entre el cáncer del fundus y la aquilia gástrica; en esta última es siempre negativa.

Hemos de llamar la atención sobre una causa de error, fácil de evitar.

En la aquilia gástrica como en las gastritis anacidas, la mucosa gástrica es excesivamente vulnerable.

Si el enfermo ha sido sometido á un lavado de estómago ó á un simple sondaje, el quimo ó las deposiciones del día siguiente pueden presentar la reacción Weber positiva, no por una hemorragia espontánea, sino por el arrancamiento de pequeños fragmentos de la mucosa.

Elsner concede gran importancia al examen del contenido del estómago para el diagnóstico precoz del cáncer del fundus.

El estómago en ayunas en el cáncer del fundus está vacío.

En la aquilia gástrica, según Elsner, en ayunas, se encuentra moco, y por el examen microscópico, glóbulos de pus, algún resto de alimentos, cocos y bacterias.

En los casos felices puede encontrarse restos del tumor en el cáncer del estómago y amibas.

Las amibas tienen escaso valor; aparecen también en enfermedades benignas del estómago.

Por lo dicho se comprende las enormes dificultades que encierra el diagnóstico precoz del cáncer del estómago. Debemos sospechar en la existencia de una neoplasia en personas de edad avanzada que siempre han tenido buen estómago, y sin causa aparente se quejan de trastornos dispépticos.

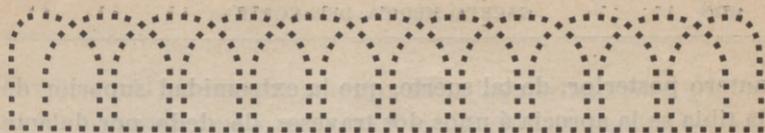
Cuando apesar de someterlos á régimen vemos que el enfermo se demacra, casi con seguridad se trata de un cáncer en las gastritis crónicas, con régimen apropiado, se nota mejoría; en el cáncer no, ó es muy corta esta mejoría.

Hay casos en que la laparotomía exploradora, realizada por cirujano experto, está indicada; estas autopsias en vivo es un recurso seguro para darse cuenta si existe ó no neoplasia en el estómago.

No hay que prodigar este procedimiento, pues no es una operación insignificante, debiendo contarse con el consentimiento del enfermo y familia y ser realizada por un operador familiarizado con la cirugía abdominal.

DR. EMILIO CASTIELLA.

Bilbao 23 de Marzo de 1909.



Afecciones congénitas raras

GENU RECURVATUM

El 14 de Junio de 1907, se presentó en mi consulta pública del Hospital Civil de esta villa y traída por su madre, una niña de 27 días, llamada Luisa Francisca, nacida á término en Deusto, la cual era el séptimo hijo del matrimonio, habiendo sido sus hermanos normales, pero que llamaba la atención por las desformidades tan marcadas de sus miembros.

En regular estado nutritivo, con buen aspecto de cara, muy agitada y no sosegando un momento sus brazos y piernecitas, se aprecia desde luego, ligero estrabismo del ojo izquierdo, cuello y torax bien conformados, abdomen con pequeña hernia umbilical, brazos normales, manos con los dedos 2.º, 3.º y 4.º de ambas en hallus valgus, y el 5.º en hallus varus; piernas las dos, al parecer más cortas que lo normal, pies con varus equinus en tercer grado, de tal suerte que por el exceso de concavidad y arrollamiento, están en talus con contractura del tibial anterior y tendón de Aquiles y prominencia del astrágulo cuya cabeza torsionada sobre su cuerpo; hace manifiesto á éste, que se aprecia perfectamente en el borde externo de ambos pies y cuyas lesiones están más pronunciadas en el izquierdo. (Véase fotografía núm. 1).

Finalmente: en ambas rodillas presenta esa afección congénita, quizás la menos frecuente de todas, no bien definida en la actualidad y que se llama *genu recurvatum* (Albert).

Las piernas se encuentran en hiperextensión; forman con el muslo un ángulo de unos 145° en actitud normal; la articulación de la rodilla se encuentra aumentada en su diámetro

antero posterior, de tal suerte, que la extremidad superior de la tibia se la aprecia á unos dos traveses de dedo por delante de la inferior del femur, al paso que los cóndilos de éste sobrepasan otro tanto por detrás de aquélla, notándose al tacto con toda claridad; la rótula no se la percibe en ninguno de los lados; existe por lo tanto una verdadera luxación anterior de la tibia con contractura del triceps femoral, de tal suerte, que á duras penas se consigue colocar el extremo de la tibia en contacto de los cóndilos femorales, recuperándose la posición en cuanto se la deja.

La flexión de la rodilla, es imposible, sólo se puede conseguir inclinar ligeramente la pierna, pues enseguida chocan ambos extremos óseos; en cambio, todos los movimientos son hacia adelante; la tibia puede elevarse formando con el muslo ángulos hasta de menos de 45° (véase fotografía número 2); buena prueba de ello es que la criaturita se entretiene en chupar los dedos de los pies, los que coge con sus manecitas acariciándolos; los movimientos de lateralidad aunque se realizan ligeramente, no llaman tanto nuestra atención.

La radiografía ayuda á interpretar estas lesiones, y aunque la movilidad de la niña se opone á su obtención perfecta, la probada competencia de D. Carmelo Gil (1) consigue triunfar sacando la prueba que acompaño (figura número 3). En ella se ven bastante claramente, la ausencia de peronés y rotulas, así como la desviación de las tibias, más anterior que lateral en la



Núm. 1
Estado en el mes de Junio
de 1907

(1) A este señor le estamos muy reconocidos por sus trabajos radiográficos en beneficio del hospital, de un modo desinteresado, así como también al Sr. Prada, por la colaboración valiosa que nos presta para la obtención de fotografías.

derecha, más lateral que anterior en la izquierda; ahora que la mayor transparencia á los rayos X de las epífisis cartilaginosas del fémur y tibia no los hace aparecer tan luxados como se encuentran en realidad, por lo que los detallo en dibujo aparte y en la posición radiográfica. (Figura número 4).

Vistas todas las anteriores lesiones, aconsejo á la madre la serie de intervenciones que hay que realizar en la niña, para lo que recomiendo su ingreso en la enfermería de mi jefe clínico y amigo D. Teodoro Aparicio, como así lo hizo en el mes de Julio.

Por donde había que comenzar era por lo más fácil, por los pies, y como la deformidad es grande y nada habría de conseguirse con el masaje, el moldeado, ni los aparatos ortopédicos, ni los procedimientos incruentos, se decide por los sangrantes acordando realizar simples tenotomías.

Proceder es este que nos ha dado muy buen resultado cuando de sujetos muy jóvenes se trata; por la sección del tibial anterior y del tendón de Aquiles, hemos corregido lo mismo en el consultorio que en la enfermería algunos pies zambos de 1.º y 2.º grado; en pocas ocasiones ha habido que recurrir á las tarsetomías y osteotomías, y cuando se han practicado han sido hechas en niños mayorcitos ó con grandes deformidades óseas.

El día 25 de Julio y sin anestesia, practicó el Sr. Aparicio la sección el descubierto del tendón de Aquiles para corregir el equinismo, la del tibial anterior para el varus y la sección de la aponeurosis plantar y tejidos blandos hasta el hueso, para el arrollamiento de los pies, practicando todo ello en am-



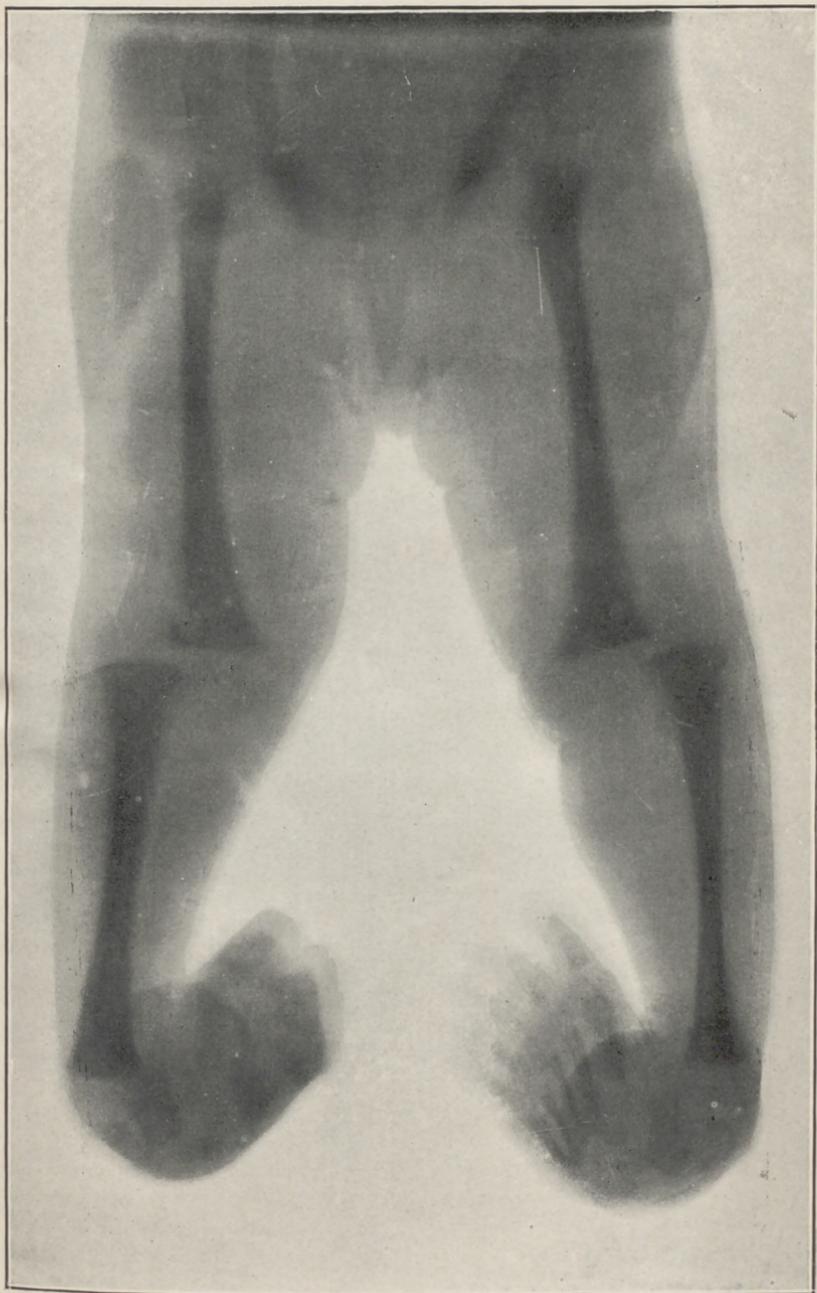
Núm. 2
Estado en el mes de Junio
de 1907

bos extremos. El traumatismo operatorio es insignificante, la pérdida de sangre nula y se rodean las pequeñas incisiones con gasa iodofórmica manteniendo la posición normal á la que se llevan enseguida y fácilmente los pies por medio de tiras de aglutinante y vendas; las curas se renuevan muy amenudo practicando cada vez una sesión de amasamiento seguida de aplicación de tiras de aglutinante.

Para el mes de Septiembre del mismo año la corrección de los pies equino-varus es completa, pero solamente en cuanto á la posición; la estética no puede ser mejor, pero no así el subtractum anatómico, pues persiste la deformidad del astrágalo aunque la motilidad es buena. En dicha época sale del hospital aconsejándole vuelva cada 8 días para practicar amasamiento y moldeado en las rodillas, por ver si se consigue provocar alguna laxitud en la contractura del triceps y en los ligamentos rotulianos, como así se hace, y una vez incluso con anestesia clorofórmica, y aunque últimamente se pueden poner más fácilmente en contacto las superficies articulares, nada se consigue en cuatro meses, por lo que reingresa en la clínica el 10 de Enero de 1908.

Vista la ineficacia de los medios inercuentes y siguiendo el criterio de practicar tenotomias en los casos de acortamiento tendinoso, se acuerda intervenir en dicho sentido empezando por la la pierna derecha. Al efecto, el día 15 de Enero y previa anestesia se trata por el Sr. Aparicio una incisión longitudinal á unos dos traveses de dedo por encima de la tibia derecha y se seccionan al descubierto y en sentido transversal, todas las partes blandas hasta conseguir el fácil descenso del extremo de la tibia por debajo de los cóndilos femorales, suturando luego la piel y manteniendo la pierna en semiflexión, por medio de vendajes y férula algo acodada de cartón.

Las curas se renuevan con frecuencia, pero apesar de ello, la indocilidad de la niña y el constante manchar del apósito con sus deyecciones, determinan el 28 de Enero una ligera infección erisipelatosa de la herida, que obliga á quitar los hilos y á practicar embrocaciones con solución acuosa de nitrato de plata al 10 %; disipada aquélla, continúa la cicatrización por



Número 3

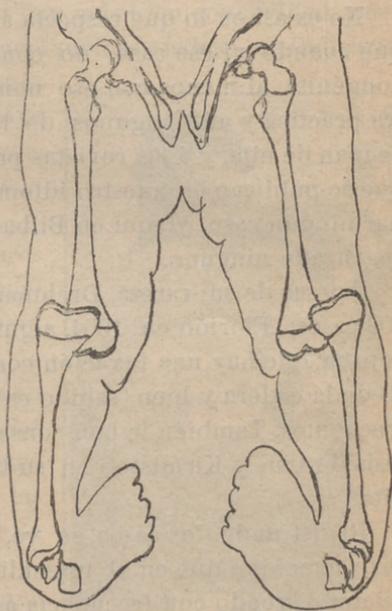
Radiografía de frente (Julio 1907)

segunda intención, abandonando la enfermería el 15 de Febrero.

Consegida la cicatrización, se mantiene la rodilla en semiflexión por un vendaje en que las vueltas de venda se entrecruzan por detrás de aquélla, más tarde se le manda hacer una gotiera cilíndrica de tela fuerte que se ajusta por delante de la rodilla con un cordón como el de los corsés.

En la actualidad, (fig. 5) los cóndilos del fémur descansan sobre las tuberosidades de la tibia, la flexión se hace bien y la extensión se hace menos adelante que antes, pues se aprecia en el tendón conjunto, una rotula que aunque pequeña y cartilaginosa es de esperar que limite en lo sucesivo la superextensión.

Ahora bien, el buen resultado estético es absoluto, pero ¿podrá fraguarse una neartrosis que llegue á ser la verdadera y sobre todo la bipedestación y marcha se verificarán con facilidad? Lo primero es probable, no tanto lo segundo, aunque es consecuencia lógica de lo primero, pero caso de no ser así no sería difícil que la industria ortopédica auxiliase construyendo gotieras articuladas que suplieran la deficiencia del juego de la rodilla y la posición erecta; de todos modos el tiempo resolverá y mientras tanto nos preparamos á intervenir en la pierna izquierda del mismo modo que se hizo en la derecha (1).



Núm. 4
Representación gráfica
de la superposición ósea articular

(1) En el mes de Enero del año actual reingresa la niña, siendo operada el día 28 por el mismo procedimiento que en la pierna derecha, aunque ofrece mayor dificultad la coaptación articular por el mayor desarrollo orgánico: se le coloca férula de cartón acodada y cicatrizada la herida sale el 21 de Febrero; para esta época la pierna derecha se flexiona en posición normal, siendo casi imposible llevarla hacia adelante.

Una vez descrito el caso clínico, surgen algunas reflexiones.

Desde luego, que no habremos de ocuparnos del pie varus equinus, por ser relativamente frecuentes y ser bastante conocidos en la práctica y literatura médicas; cuando yo era estudiante ví tratar á mis maestros Borobio, Arpal, Lozano y García Burriel, alguna docena de casos y otros tantos habremos visto en este hospital y aun tratados por nosotros (4) en lo que llevamos de ejercicio profesional.

No es así en lo que respecta al genu recurvatum; confieso, que cuando ví ese caso, no conocía semejante malformación congénita, al menos con ese nombre, pues los libros de nuestra práctica y aún algunos de la especialidad, para nada se ocupan de ella, y á las revistas profesionales, por lo menos las que se publican en nuestro idioma, tampoco las he visto reseñar ningún caso, y aquí en Bilbao, que yo sepa, creo no se ha registrado ninguno.

Apesar de su rareza, Drehmann en 1900, consigue reunir 102 casos; Florión en 1904, algunos otros, y Krönlein hace constar que hay una luxación congénita de la rodilla por cada 90 de la cadera y bien sabido es que tampoco son estas muy frecuentes. También le han consagrado su estudio, Potel en su tesis de 1897 y Kirmisson en su tratado de afecciones congénitas.

Registrando los casos, se ve, que es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, tanto es unilateral como bilateral, yendo con frecuencia asociada á otras deformidades, como pies zambos, hallus valgus, coxa vara, luxación de la cadera, labio leporino, etc., etc.

Esto sentado, ¿qué es el genu recurvatum? Lanelongue en 1880, decía que no se trataba de una luxación, sino de un ranversamiento de la tibia por delante del femur.

Potel en su tesis (Lille 1897) y Kirmisson en su libro de afecciones congénitas, dicen que es la exageración del movimiento de extensión de la tibia y que es una afección debida á la retracción del triceps producida durante la vida fetal y mantenida más tarde pero sin luxación verdadera. Potel hace

de la luxación congénita de la rodilla hacia adelante, una afección distinta y entre ésta y el genu recurvatum, incluye otra, á la que llama *genu antecurvatum* en la que el extremo de la tibia se apoya en los cóndilos femorales y Kirmisson invoca en su apoyo para explicar el genu recurvatum, la existencia de una incurvación congénita de concavidad anterior, en el fémur, causa determinante de la prominencia hacia delante de la tibia.

Pero esta incurvación anterior no siempre se comprueba; en nuestro caso, no existe, casi hay más bien concavidad posterior, pero aun suponiendo que aquélla existiese, no indicaría nada, pues parecidas incurvaciones existen en procesos; como coxa vara, luxación de la cadera y otros, y que son efecto y no causa de la desviación predominante.

Además, son muy poco claras esas diferencias entre genu recurvatum, antecurvatum y luxación hacia adelante; ordinariamente, lo que falta en unos casos, domina en otros coexistiendo esas diferencias todas, en algunos, como el nuestro caso que puede adoptar todas las posiciones menos la flexión de la tibia.

En suma: podemos admitir que el genu recurvatum, el antecurvatum y la luxación congénita de la rodilla hacia adelante, son gradaciones de una misma cosa; es una afección que tendrá sus casos ligeros y sus casos graves, desde la simple prominencia hacia adelante hasta la luxación completa de la tibia sobre el fémur, quedando los ejes de ambos huesos paralelos y coexistiendo con otras lesiones próximas ó remotas, como genu valgum, varus, pies zambos, etc.



Núm. 5
Estado en el mes de Diciembre
de 1908

¿Cuál es la causa de esta afección? Según la teoría nerviosa en virtud (y me refiero á las afecciones congénitas) de mala conformación del cerebro, por esclerosis cerebral, por encefalia ú otra causa cualquiera, se determinan contracturas ó parálisis en los músculos regidos por nervios procedentes de las zonas afectas; es teoría aceptable en algunos casos, tal como en una enfermedad de Little ó en una parálisis cerebral espasmódica, pero no en todos, pues aparte de la multiplicidad de estigmas nerviosos, habitualmente en las malformaciones congénitas, la motilidad y contractilidad están normales en todos los músculos que se relacionan con la deformidad y si hay contractura persistente puede tomarse como efecto de aquélla, salvo los casos en que la parálisis es notoria, como en el genu recurvatum, por parálisis adquirida de los flexores de la pierna ó en un pie varus equino de origen paralítico; se comprueba más este modo de pensar, porque si hubiera parálisis en nuestro caso, no sería tan normal la motilidad una vez hechas las tenotomías.

Digo lo mismo de la teoría muscular; Potel y Kirmisson admiten la contractura del triceps para explicar el genu recurvatum; podría adaptarse á los casos ligeros, pero esa contractura no sería capaz de determinar una completa luxación tibial; no hay que comparar desde este punto de vista las luxaciones congénitas con las traumáticas, ni tampoco con una actitud viciosa adquirida, como el genu recurvatum ligero que se observa á la larga, en ocasiones, en los cargadores.

En nuestra opinión, casos como el actual, no pueden explicarse más que por una desviación del tipo fisiológico consecutiva á la del substractum anatómico; véase en nuestra enfermita, qué trastorno tan grande hay en su morfología; no nos son conocidas las leyes que rigen la conformación normal del organismo, pero evidentemente las hay; un trastorno de dichas leyes, determina la inversión del tipo orgánico, pero no puede buscarse la explicación en una sola causa, la hay en la falta de plasticidad general, en el hueso, el cartilago, el músculo y el ligamento; es un trastorno de evolución orgánica; pero ¿por qué causa? no lo sabemos, como tampoco sabe-

mos la del por qué de la detención del desarrollo que determina la extrofia de la vejiga, el hipospadias ó las monstruosidades.

Nada hemos de añadir respecto al diagnóstico diferencial del genu recurvatum, pues únicamente podría confundir un momento la parálisis infantil de los flexores de las piernas; en edades más avanzadas podría haber dudas en la ante flexión de la pierna consecutiva á osteitis tuberculosa de la que se diferenciará por los conmemorativos, cicatrices, etc.

En cuanto el tratamiento, se impone desde luego y cuanto antes mejor, pues la intervención, aparte de que es más sencilla en los primeros meses, no deja acentuar lesiones que más adelante pueden trastornar profundamente la estética y dinámica del sujeto.

La regla que debe seguirse, es empezar por los procedimientos suaves é incruentos, tales son: el *amasamiento*, el masaje seguido del *moldeado*, es decir, volver á restituir la forma á la articulación por tracciones suaves sin violencia ninguna (Martínez Angel); por eso creo que el *enderezamiento forzado* con ó sin anestesia, debe proscribirse en absoluto, pues puede producir desprendimientos de los cartílagos articulares de incrustación; es preferible recurrir al moldeado con anestesia general; una vez que se hayan llevado las superficies articulares á su sitio, conviene fijarlas con un apósito enyesado ó un aparato ortopédico de piezas de celuloide.

Cuando todos estos medios han fracasado ó se trata de un niño mayorcito, es preciso recurrir á medios cruentos; bajo la anestesia general seccionar el triceps, reducir la luxación y colocar el miembro de modo conveniente para impedir la recidiva mientras cicatriza la lesión operatoria; después que aquélla se haya hecho, hay que seguir el *amasamiento* y mantener el miembro en una gotiera, hasta que sea completa la novifermación articular.

Por último, será muy excepcional en niños de 8 á 10 años tener que recurrir á artrotomías y resecciones.

DR LAGUNA.

Bilbao y Octubre 1903.

REVISTA EXTRANJERA

La higiene social, por el Dr. J. Laumonier.—La higiene social, con sus diversos problemas, de la que tanto se habla en sociedades, ateneos, congresos y prensa política, es el resultado supremo de una organización social fuerte é instruída.

Si ha de servir más que de tema de conversaciones entre los intelectuales y aficionados á los problemas sociológicos, es absolutamente preciso el que exista una estrecha solidaridad nacional en la que se refleje que los ciudadanos tienen conciencia de los rigurosos deberes que ella impone. A esta hay que añadir las acciones de los gobiernos y principalmente de las clases directoras exentas de todo prejuicio particularista y de las miserias políticas.

No hay ni puede haber higiene social en las naciones bárbaras y anárquicas donde el individuo siente dentro de sí un despotismo más ó menos agitanado para sustraerse á las obligaciones y evocar constantemente derechos. Es conocida la influencia en las naciones serias y coherentes, del medio mental, llamado por Gustavo Le Bon «el alma de la raza» que explica el papel que los elementos morales desempeñan en la higiene social, carácter que la diferencian de las demás formas de la higiene.

Sin duda que el alimento, habitación, oficios insalubres, alcoholismo, desinfección, etc., etc., le interesan en grande, pero como factores sociales por el aumento de vitalidad ó amenaza de peligro que traen sobre la sociedad entera. De consiguiente, estas cuestiones las considera desde un punto de vista más elevado y por procedimientos diferentes las trata de resolver.

Algunos ejemplos nos harán comprender mejor lo manifestado.

No hace mucho tiempo que una doctora ha tenido la osadía de escribir lo siguiente: *La Maternidad no será más que un episodio en la vida de la mujer, cuando ésta se dedique de lleno á su cultura personal.* En otros términos: cuando no haya hogar, ni familia, la mujer dará á luz de vez en cuando colocando á su hijo en un asilo y no se ocupará más de él. Es evidente el que esta señora, adulterada por el estu-

dio, es discípula de Rousseau, quien ha hecho cometer muchas tonterías á los que han confiado en sus palabras.

Ahora bien: está siendo de palpitante actualidad el estudio de la alimentación y de la higiene de la primera infancia con el objeto de disminuir lo más posible la mortalidad que diezma las criaturas. La higiene infantil indica las precauciones que deben tomarse, el modo de alimentar y vestir al recién nacido, etc., etc. La higiene social toma esas indicaciones y señala otras: pone de manifiesto el peligro que amenaza, no solamente á las criaturas confiadas á una nodriza mercenaria en el campo, sino también á las que son criadas por medio del biberón, y aconseja, apoyándose en hechos, el amamantamiento materno, que reúne la doble ventaja de poner al niño en las mejores condiciones para vivir y consolidar la familia, verdadera célula de la sociedad.

Si llegara á realizarse la profecía de la doctora, poco ó nada le quedaría que hacer á la higiene social, puesto que no habría más familia y los niños recién nacidos serían enviados á los pocos establecimientos de *vaquerías modelos*, donde la raza no tardaría en degenerar totalmente.

Otro ejemplo: La medicina corriente sólo se ocupa del individuo que lo alivia ó cura, sin preocuparse de su porvenir, ni de las consecuencias que podrán recaer sobre los demás. La higiene social alcanza un punto de vista más alto, como quiera que conoce el valor de la vida humana y hace la cuenta del provecho que traen y de lo que cuestan á la sociedad los niños viciados, los alcohólicos, dementes, criminales y demás lastre inútil, cuyo mantenimiento y conservación absorbe cerca de la tercera parte de los gastos públicos, sin ninguna ventaja compensadora. De esta suerte, nos demuestra que las personas honradas y sanas, son las que contribuyen con sus impuestos á alimentar á los apaches, mientras que lo más robusto y bueno de la sociedad, ayuna, se agota y muere por guardar en la impotencia é inutilidad, la turba numerosa de los incurables, física ó moralmente.

Aquí también se dirige el elemento moral, vulgarizando las nociones de higiene pública, desarrollando el sentimiento de la responsabilidad colectiva respecto á las taras, vicios y enfermedades de la civilización.

Pero esto no quiere decir que exageremos la compasión hasta el

extremo de caer en la ridiculez de convertirnos en campeones de lo inútil. Al contrario; emanada de una fuente científica y positiva la higiene social, entraña el estricto deber de exigir que los elementos dañinos sean eliminados definitivamente para que no causen perjuicios á la humanidad.

Desgraciadamente, para cumplir el programa de reformas, la higiene social se encuentra con grandes dificultades que vencer: unas por los intereses creados y manera de vivir de las gentes, y otras por la tendencia de los gobiernos democráticos al halago de las masas sociales, con fines políticos personales, que se anteponen al interés general.

No ignoran nuestros lectores que los higienistas y médicos han pedido la prohibición de la venta del ajeno en Francia, medida ya en vigor en Suiza y Bélgica; pero el ministro de Hacienda, consultado respondió, que no era posible acceder á lo pedido, basado en las necesidades del erario nacional y la intervención de los miembros del congreso de diputados, interesados muchos de éstos en favor de esa bebida aperitiva venenosa.

Este fracaso hizo pronunciar al Dr. Fulliquet en el Congreso de Higiene de Lion, las siguientes frases: «*En Suiza, lo mismo que en Francia, poblaciones enteras hay interesadas en el ajeno, pues viven de él: pero como es un país libre de verdad, el interés general es el que domina sobre cualquiera otro*». Se conoce que la Libertad, Fraternidad é Igualdad son tres hermanas muy jóvenes que tardarán mucho en llegar á la mayor edad para dejar sentir sus efectos aún en naciones tenidas por cultas.

El tratamiento de la epilepsia por el Dr. Forel.—Aunque la manera de combatir esta rebelde enfermedad se da corrientemente como fácil y bien conocida, hay muchos prácticos que la plantean de un modo muy deficiente.

Ante todo importa el saber que la epilepsia llamada incorrectamente esencial, es uno de los síntomas de la blastoforia alcohólica ó pseudo-herencia alcohólica ó del alcoholismo individual adquirido. Por lo tanto la primera condición que debe tener su tratamiento es el de la supresión en absoluto de toda bebida alcohólica. El empleo de los tres bromuros potásico, sódico y armónico, según la fórmula del Dr. Charcot, constituye la segunda base del tratamiento. Conviene

añadir á estos medios, la descloruración parcial del organismo porque la experiencia ha demostrado que con ella se consiguen mejores resultados con dosis menores en una tercera parte de bromuros.

Desde luego que los bromuros reunidos deben administrarse muy diluidos para no causar trastornos digestivos (300 gramos de agua para la dosis del día). Cada toma tendrá lugar media hora ó tres cuartos antes de las comidas y desayuno, con lo que se consigue su absorción pura y exenta de otras combinaciones deplorables.

El tratamiento bromurado deberá durar muchos años y continuar dos años después del último ataque cesando lentamente con disminución gradual de las dosis durante 3 ó 4 meses.

Descendiendo á los tres detalles en la aplicación del tratamiento, he aquí como procedo:

Supongamos una jóven de 14 años, fuerte y bien hecha de cuerpo, que es epiléptica hace dos años, sufriendo ataques ordinarios por término medio, uno por semana, bien de día ó de noche. Se le prescribirá de 900 á 1.200 gramos de bromuros.

Bromuro potásico	}	p. i. 300 á 400 gramos
Id. sódico		
Id. anómico		

Bien pulverizados y mezclados se los coloca en un frasco de cristal bien cerrado.

Se le hará comprar á la interesada una pequeña balanza de farmacéutico con pesos de 0,5, 1 y 2 gramos, para que diariamente prepare su fórmula del modo siguiente:

Tomará todos los días dos gramos de la mezcla de los bromuros disuelta en tres decilitros de agua, en tres veces, usando cada tercio tres cuartos de hora antes de tomar los alimentos. Todas las noches dejará ya preparada su botella para el día siguiente. Suprimirá todo lo posible la sal de cocina en su alimentación y para darle sabor excitante le añadirá azúcar ó un ligero picante. Evitará en absoluto toda bebida alcoholica.

Pero todo esto no basta; es preciso seguir el curso de la enfermedad y sobre todo del paciente, á fin de observar como reacciona ante las sales bromuradas tanteando las dosis capaces de suprimir los ataques sin causar el bromismo ni la desnutrición acompañada de decaimiento cerebro-espinal.

En ciertos casos, los ataques cesan muy pronto, pero el enfermo queda atontado ó se llena su piel de granos acnéicos, lo cual aconseja el disminuir las dosis á 1 ó 1,50 gramos. Por el contrario, en otros, el paciente carece de ambos fenómenos y los ataques se debilitan y se espacian en mayor grado, dando lugar á que tengamos que acentuar la decloruración alimenticia y aumentar las dosis diarias de los bromuros á 2,50 ó 3 gramos en los jóvenes y en los adultos hasta 4 ó 5 gramos.

Si el caso no está muy arraigado en sus ataques, se llega á encontrar la dosis necesaria para cortarlos sin accidente alguno dentro del primer año de tratamiento, siendo ya más difícil en los casos antiguos el obtener resultado en ese tiempo. Se sabe que la cesación brusca de la administración de los bromuros, en un epiléptico no curado, puede provocar una acumulación de ataques constituyendo un *status epilepticus* grave.

Las dosis máximas que se deben emplear son: en el adulto, 5 gramos en el día; pero en los muy sensibles no se debe pasar de 2 gramos y en los niños debe irse rebajando según la edad.

La curación definitiva es frecuente en los jóvenes y á raíz de sus primeras manifestaciones epilépticas y más difícil en edad superior y antigüedad del padecimiento, cayéndose en la demencia incurable. En todo caso el médico y el enfermo deben perseverar en este tratamiento ayudado por los medios higiénicos, salvando con calma las contradicciones que pueden presentarse.

Ausencia de los músculos pectorales y atrofia mamaria del lado derecho, Dr. Viannay.—Es sumamente curioso y raro el caso observado por el Dr. Viannay en una niña de 14 años privada de músculos pectorales y atrofia mamaria correspondiente. Existe en cambio, un gran pliegue cutáneo que se extiende desde la cara anterior del torax hasta el brazo, limitando los movimientos del miembro superior cual si fuera una brida cicatricial deforme.

Mirada la niña de frente, llama la atención la atrofia de la mama derecha que se halla reducida al mamelón, que contrasta con el gran relieve de la del lado izquierdo. La región subclavicular derecha se ve deprimida y las tres primeras costillas son casi subcutáneas. Al primer examen parece que la curvatura normal de la mitad externa de la

clavícula es más acentuada y el muñón del hombro en su conjunto, ligeramente inclinado hacia adelante. (Fig. 1.^a)

Sobre la línea vertical del mamelón derecho y dos traveses de dedo por encima de él, nace una brida cutánea que se inserta en toda la cara interna del brazo derecho, prolongándose hacia abajo la pared de la axila. El borde libre de este pliegue cutáneo, cuando el brazo pende normalmente á lo largo del tronco, dibuja una simiojiva y tiene por límites extremos la epitróclea y el tercer cartílago costal derechos. Se halla formado de piel normal, sin punto alguno de carácter cicatricial.



(Fig. 1.^a)

El movimiento de abducción (elevación máxima del brazo) desarrolla y extiende ese pliegue dando con su relieve extendido hasta el codo á la axila una profundidad insólita. (Fig. 2.^a)

Esta niña fué sujeta á una operación plástica destinada á evitar que la brida cutánea altere las funciones del brazo.

El oleo-brásidato de mercurio, por Dupuy.—

Este compuesto se presenta bajo la forma de una jalea amarilla clara y transparente que se deja extender fácilmente en los tejido, los cuales la absorben muy pronto. Es una sal que por sí



(Fig. 2.^a)

forma pomada soluble en agua caliente en su mayor parte y completamente en el agua tibia jabonosa. Este medicamento debe emplearse en fricciones á la dosis de 18 gramos, cantidad que representa seis gramos de mercurio metálico. Se hace una fricción diaria durante 10, 15 ó 20 días.

Debe preferírsele al unguento mercurial porque no deja manchas y tiene doble acción medicamentosa.

La circulación reducida y la narcosis, por el Dr. Romme.—Hará próximamente un año que el Dr. Klapp, queriendo disminuir las dosis anestésicas en las operaciones con el objeto de aminorar la acción tóxica sobre el organismo, á la vez que despertar pronto al paciente, se le ocurrió verificar unas experiencias en animales reduciendo la circulación sanguínea por medio de ligaduras hechas en las raíces de los dos miembros inferiores ó posteriores. En efecto, comprobó que se efectúa la narcosis total y general por medio del cloroformo, éter y otras sustancias usadas en inyecciones intrarraquideas con cantidades mucho menores que las ordinariamente usadas en condiciones normales.

Guiado por estos resultados el Dr. Zur Verth, ha empleado la reducción circulatoria en la clínica del Dr. Bier, para la anestesia necesaria en algunas operaciones más ó menos importantes.

Comenzó por estudiar sobre sí mismo y varias personas de buena voluntad, los efectos de la constricción de los cuatro miembros en su raíz por medio de una venda elástica. Comprobó en primer término, que dicha compresión no puede soportarse más de 15 á 20 minutos á causa del dolor que se desarrolla y aumenta con la duración y ha ido acompañado de una transpiración más ó menos abundante sin otra alteración apreciable.

Para evitar la eventualidad de la parálisis braquial señalada después de aplicaciones prolongadas de la venda de Esmarch, sobre el miembro superior, se limitó á detener la circulación en los miembros inferiores.

Apesar de esta restricción los efectos deseados se cumplieron tanto en la cantidad de anestésico como en el despertar rápido del operado.

Además: sacó la impresión de que la entrada rápida en el torrente circulatorio de la sangre aprisionada hasta entonces, en los miembros y cargada de ácido carbónico y sin cantidad alguna de anestésico,

ocasionaría una gran excitación en los centros nerviosos; pero esta no tiene mayor grado que el suficiente para despertar al operado.

Cree también que el procedimiento tiene la ventaja de que en casos de detención respiratoria y circulatoria causada por el cloroformo bastaría el soltar las vendas constrictoras para restablecerse la normalidad con la oleada de la sangre retenida en los miembros. Este efecto no lo ha comprobado por falta de ocasión propicia.

• A estos hechos es interesante el sumar el trabajo que el Doctor Axhausen, ayudante del profesor Hildebrand, de Berlín, consagrado a la *anemación temporal*, según el procedimiento del Dr. Mombourg.

Consiste este medio en el reemplazo de la venda de Esmarch aplicada según las reglas clásicas, en las operaciones de los miembros inferiores, por otra de caoutchouc que se arrolla apretándola fuertemente alrededor de la cintura con el objeto de ejercer una compresión en la aorta abdominal que detenga la circulación sanguínea de las regiones inferiores. Si la venda se ha aplicado en la cintura después de haber dejado casi exangües uno ó los dos miembros inferiores previa colocación de ellos en posición levantada formando ángulo recto con el cuerpo, se llega á operar sin pérdida de sangre en cantidad importante. Al efecto, cita el caso de una desarticulación de la cadera izquierda hecha en 45 minutos y apenas perdió sangre el paciente ni sufrió accidente alguno al quitarle la venda curando de la herida normalmente.

La gran utilidad de la compresión aórtica por el procedimiento del Dr. Mombourg, parece evidente, á condición de que para obtener las ventajas de una narcotización con circulación sanguínea reducida se aplique la venda estando el paciente de pie ó sentado á fin de que los miembros inferiores contengan la mayor cantidad de sangre detenida.

DR. IGNOTUS.

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 22 de Enero de 1909

Preside el Sr. Unibaso

Con la asistencia de los Académicos Sres. Camiruaga, Somonte, Landín, Bolivar, Entrecañales, Martínez y Otaola, se dio comienzo á la sesión.

Sr. Somonte.—Presenta un caso de «Ceguera unilateral á causa de una hemorragia del estómago» cuyo caso es el siguiente:

Se trata de un individuo que se presentó en la consulta de ojos del Hospital, el cual hacía 15 días había tenido una gastrorragia; esta pérdida de sangre se repitió al segundo día, y al tercero le sobrevino la ceguera del ojo derecho; relata la transparencia que encontró en los medios del ojo y la atrofia papilar del mismo.

Conducido á la Clínica del Hospital, mejoró extraordinariamente su estado general, que fué deplorable á su presentación en el Consultorio á consecuencia de las pérdidas sanguíneas sufridas.

Señala la rareza de esta afección aún bajo el aspecto traumático, hasta el extremo de que se citen pocos casos en la historia médica y citando como ejemplo, que en la guerra franco-prusiana no ocurriera caso alguno de esta afección. Enumera las explicaciones que se han dado, para que esta afección se produzca en las diferentes teorías de Graeffe, Samelson, Vecquer y últimamente la teoría americana, adaptándose su opinión más á esta que á las anteriores, en la que, según el autor de ella estima existe una anemia de la arteria central de la retina, con degeneración de las células ganglionares. (1)

SÍFILIS PULMONAR

Sr. Unibaso.—Aunque los casos clínicos de sífilis pulmonar no tienen importancia en cuanto al diagnóstico y tratamiento, lo tienen por la afección en sí.

(1) Véase el artículo de fondo de nuestro número anterior

Hasta hace poco tiempo se negaba la existencia de la sífilis en los bronquios finos y tejido pulmonar, pero se ha descrito una *Pneumonia alba* en los hijos de madres sífilíticas, lesión que se ha considerado como característica de la sífilis del pulmón. No obstante, en el vivo se ha negado la existencia de estas lesiones, quizás porque hayan pasado desapercibidas, pero en distintas autopsias se han observado cicatrices pulmonares que no dejan lugar á dudas.

De todas las maneras, resulta muy difícil hacer un diagnóstico exacto de esta enfermedad, pues contrariamente á lo manifestado por el Sr. Alberca, opina que ni las hemoptisis, ni la dispnea, pueden diferenciarla de la Tuberculosis pulmonar.

Quizás el Laboratorio pueda hacer algo en el sentido de aclarar el diagnóstico, pues con averiguar la existencia del *treponema* bastaba, y por lo mismo se extraña que en los casos expuestos no se hubieran practicado análisis micrográficos.

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA

Sr. Entrecanales.—En su concepto la eclampsia es producida por una toxemia debida ya á la absorción de productos tóxicos elaborados por la madre ó por el feto, ó ya á defecto de funcionamiento de los emunctorios maternos. Opina que puede ser hereditaria y cree que el factor individual juega un gran papel.

Acerca del tratamiento, habla de las dos escuelas que hoy se ocupan de esta cuestión: la escuela francesa y la escuela alemana; en aquélla domina el tratamiento médico, representado por el cloral, el cloroformo, el oxígeno, la sangría, la morfina y el veratrum. En cuanto á la intervención, quiere la escuela francesa que no se haga nada si el cuello no está dilatado, citando á este respecto estadísticas que demuestran la enorme mortalidad en este caso.

Por lo que respecta á la escuela alemana, cree que todo ataque de eclampsia es justificable de una intervención activa, rápida, extrayendo el feto con la mayor rapidez posible, y habla también de estadísticas que demuestran que, siguiendo este procedimiento la mortalidad es muy pequeña.

Pide á los tocólogos emitan su opinión sobre este particular y expongan de una manera clara su criterio acerca del tratamiento de afección tan grave. De todas las maneras la evacuación rápida del útero es difícil y no la pueden hacer más que individuos peritos.

Sr. Landín.—Para él, lo importante para averiguar la génesis de esta dolencia, es el estudiar las lesiones cadavéricas, que darán idea de las causas que las han engendrado.

Indudablemente que estas lesiones son de índole degenerativa, y afectan tanto al cerebro, como al hígado y al riñón, por lo cual entiende que el tratamiento debe ser oportunista.

Traza un paralelo entre la escuela francesa y la alemana y pide un guía seguro para el tratamiento.

Sr. Unibaso.—En los tres casos de eclampsia que ha visto, pudo notar que había disminución de la diuresis y por lo tanto, entiende que la teoría renal, es decir, la que asigna un papel preponderante en la etiología de la eclampsia, á la falta de orina, es la más probable.

Como indicación de un ataque de eclampsia, cree que puede ser muy importante la falta de urea en la orina y la disminución del cloruro de sodio en la misma.

En cuanto á la oportunidad de la intervención considera de difícil contestación á esta pregunta

Habla del tratamiento profiláctico de la eclampsia, así como del tratamiento de la misma, durante los ataques, y pregunta cuándo se debe intervenir. Para él, el tratamiento médico es importantísimo y cita seis casos curados mediante la sangría y las inyecciones de suero artificial, deduciéndose de estos hechos la eficacia del tratamiento en cuestión. Apesar de esto, él lo ha empleado en un caso, en el que no dió resultado, por lo cual opina también, que el tratamiento obstétrico es de gran importancia.

El Secretario General,
C. MENDEZA.

Sesión celebrada el día 29 de Enero de 1909

Preside el Sr. Unibaso

Con la asistencia de los Académicos Sres. Gil y Gorroño, Sa-
ralegui, Camiruaga, Somonte, Entrecanales, Alberca, Landín,
Castiella, Díaz Emparanza, Bolivar y Otaola, se dió comienzo á
la sesión.

Sr. Gil y Gorroño.—Presenta un nuevo caso de eclampsia,
que ofrece algunas particularidades dignas de mencionarse y que
por lo tanto difiere del que presentó en una de las sesiones an-
teriores.

Trátase de una joven de 23 años de edad, soltera, primípara
y sin ninguna particularidad en el embarazo ni en sus órganos
genitales: no había albúmina durante el embarazo. Se sintió de
parto por la mañana, con ligeros dolores, que la mujer en
cuestión exageraba: la presentación era cefálica; la cabeza se ha-
llaba en la excavación y la dilatación del cuello uterino alcan-
zaba al diámetro excaso de una moneda de medio duro.

Toda la tarde, la noche y la mañana siguientes la parturienta
se hallaba casi igual, aumentando poco á poco la dilatación del
cuello uterino y con intensos dolores al nivel de los riñones. Por
la tarde del segundo día sufrió esta enferma un fuerte ataque de
eclampsia y entonces el cuello se hallaba algo dilatado, la cabeza
baja y no pudo encontrar edema alguno. La enferma orinaba en
bastante cantidad. Administró una inyección de cloruro mórfico
sin resultado positivo alguno, en vista de lo que la propinó un
baño templado y de 35 minutos de duración: durante el baño la
enferma se encontró bien, pero al salir del mismo, otro nuevo
ataque tan intenso como los anteriores. En vista de ello y ha-
biendo dilatación suficiente, practicó una aplicación de forceps,
con lo cual se evitó la repetición de nuevos ataques y saliendo
un feto vivo.

Cosa curiosa; á la hora y media de extraído el feto cayó la
enferma en una somnolencia grande, ocasionada probablemente
por la morfina que no ejerció su acción antes, y que por lo visto
esperó á hallarse evacuada la matriz para producir efecto. No
sabe á qué atribuir esta tardanza.

Por lo demás, la enferma tuvo un excelente puerperio sin más molestias que las ocasionadas por una gran mordedura de la lengua, efectuada en uno de los ataques.

Pasa á establecer comparaciones con el otro caso de eclampsia que presentó en una de las anteriores sesiones y afirma que existen entre los dos diferencias marcadísimas y muy dignas de tenerse en cuenta, diferencias que atañen, no tan sólo á la génesis del proceso, sino á su etiología, su marcha y su terminación. Por ejemplo: aquélla enferma era casada y ésta no: en ésta el ánimo deprimido por hallarse fuera de su casa (dió á luz en la Maternidad) quizás influyera en la explosión de los ataques; en aquélla existía edemátis, probable albúmina en la orina y quizás síntomas de nefritis: en ésta no había edemas ni albúmina ó en muy pequeña cantidad: en aquélla estalló el proceso durante el curso del embarazo; en ésta lo hizo durante el parto; aquélla múltipara; ésta primípara.

Choca, por lo pronto, la identidad de la afección en ambas enfermas, y resalta la génesis en las dos, pues si como es de rigor, casi se viene imputando á la albuminuria la causa de la eclampsia, la hipótesis podrá ser cierta en la primera enferma, pero no lo es de ninguna manera en la segunda, que no presentaba estigma alguno de lesión renal.

De todas las maneras, la cosa es digna de estudio, y opina que á este asunto hay que dedicarle excepcional importancia, ya que de su dilucidación depende el tratamiento de un proceso de tan fatales resultados en ocasiones.

Sr. Díaz Emparanza.—Presenta el siguiente caso práctico: Hombre de 24 años de edad, que ingresó en el Hospital el día 14 de Enero y que él lo vió el día 15 por la mañana, pudiendo apreciar en él un estado de amodorramiento, del cual salía á fuerza de excitaciones y que contestaba algo, muy poco, á las preguntas que se le hacían; cefalalgia intensa localizada al lado izquierdo y una parálisis del brazo y pierna del lado derecho, con lijera contractura en el brazo; por lo demás, no existía parálisis facial ni de la deglución. Reaccionaba bien al dolor; los reflejos eran normales en el lado izquierdo, y abolidos en el otro; la temperatura también normal, así como los pulmones y el co-

razón de este sujeto, que por lo demás, no había padecido nunca de las narices ni de los oídos, como luego se supo.

Con tan pocos detalles y sin ningún antecedente á causa del estado de amodorramiento del enfermo, el diagnóstico resultaba difícil, é interrogada su madre uno de los días que fué á verlo al Hospital, sólo supo decir que el muchacho se hallaba enfermo hacía próximamente un mes, achacándolo á una mojadura de los pies. De entonces acá tuvo accesos epileptiformes y frecuente á intenso dolor de cabeza, por lo cual y en vista de irse acentuando su malestar general, ingresó en la clínica. Por lo demás, la madre no pudo aportar más datos que quizás no existieran.

Permaneció este enfermo tres días en la clínica: al cuarto se agravó de tal manera que cayó en un coma completo con resolución muscular, motivo por el que celebrada una consulta, se decidió practicar una intervención quirúrgica que se aplazó para el día siguiente. En el interregno falleció el enfermo.

Hace un diagnóstico diferencial de las distintas afecciones que pueden producir un síndrome semejante, entre ellas una inflamación, una hemorragia, un tumor ó una trombosis cerebral, y relata el resultado de la autopsia, lo que permitió encontrar una colección purulenta del tamaño de una naranja mandarina y existente detrás del lóbulo frontal.

Pasa á describir las lesiones que se encontraron: opina que el caso es muy curioso, pues, en lo que se refiere á la etiología, entiendo que no puede explicarse la existencia de pus en el cerebro como no sea pensando en un absceso idiopático ó producido por meningococos; hace otra serie de consideraciones acerca del caso y termina manifestando su opinión, de que no debía haberse diferido la operación.

Sr. Castiella.—Relata el caso de un enfermo con una herida del ojo derecho.

Tratábase de un obrero que sufrió un traumatismo, producido por la penetración de un cuerpo extraño en el ojo mencionado. El obrero aseguraba no tener dentro del ojo ningún cuerpo extraño, pero después de un examen minucioso practicado por el Sr. Castiella, pudo comprobarse que el cuerpo extraño estaba allí.

Intentó extraerlo con el electro-imán y sea porque la corriente eléctrica de que disponía en su domicilio, es sólo corriente alterna, no obtuvo resultado alguno, como tampoco la obtuvo con unas pinzas, con las que trató de cojer el trozo de acero que constituía el referido cuerpo extraño.

Enviado el enfermo á la clínica del Sr. Somonte, este Señor también quiso valerse del electro-imán, sin resultado positivo, á causa sin duda del género de qué corriente, pero el Sr. Castiella ya en posesión de corriente continua, extrajo aquel cuerpo mediante el electro-imán.

Presenta á la Academia el cuerpo extraño, que lo constituía una laminita de acero de un centímetro de ancho por dos de largo y habla de las indicaciones para la extracción de estos cuerpos extraños, con objeto de defender el ojo de una enucleación de la que se vé amenazado, caso de no extraer aquél.

TERAPÉUTICA DE LA ECLAMPŚIA

Sr. Mendaza.—Dice que el tratamiento de la eclampsia debe ser profiláctico y curativo: aquél solo es posible y eficaz cuando hay síntomas de nefritis ó de insuficiencia renal. Por lo demás, consiste esencialmente en la higiene severa de la mujer en cinta y conviene vigilar 1.º, el tubo digestivo; 2.º, el sistema cutáneo, y 3.º, el aparato urinario, y por ello se combatirá el estreñimiento; se darán baños á la mujer y se analizarán frecuentemente las orinas, sometiendo la mujer al régimen lácteo, á poco que se observe en ésta la existencia de albúmina; recuérdese á este respecto la siguiente ley de Tarnier, que apenas tiene excepciones: «Toda albuminúrica que haya podido seguir durante ocho días consecutivos el régimen lácteo absoluto, no tendrá accesos eclámpicos.»

En presencia de los *prodromos* indicadores del peligro, se recurrirá á los purgantes, á los diuréticos, á la sangría, y si es necesario, se tratará de calmar la irritabilidad del sistema nervioso mediante el cloral.

En cuanto al tratamiento curativo, dice que no lo hay específico, sino sintomático y á este hay que dirigir nuestros pasos en presencia de una afección de esta naturaleza.

El tratamiento curativo se divide en dos partes: tratamiento médico y tratamiento obstétrico, y aquél puede actuar en el momento de los accesos ó en el espacio que media de un acceso á otro. Así pues, en el momento del acceso, el tocólogo se limitará á guardar las prescripciones que son de rigor: que la enferma no se golpee, que no se haga daño, colocarla una compresa doblada entre los dientes con objeto de que no se hiera la lengua, etc.; y fuera de los accesos, el tocólogo suele tratar de llenar dos indicaciones, que son: favorecer la desintoxicación y calmar la irritabilidad nerviosa. Para obtener la primera indicación, se recurre á la sangría de 300 á 500 gramos, á los purgantes, á las inyecciones de suero salino, á los enemas de suero, á las inhalaciones de oxígeno; y para la segunda se echa mano de la morfina, (Veit la emplea en dosis de tres centígramos) el cloral y el cloroformo.

En cuanto al tratamiento obstétrico, que es á nuestro juicio no sólo el más importante, sino el único, tiene su fundamento en el hecho observado constantemente de que, la evacuación uterina *expontánea* produce un efecto favorable en la terminación de la eclampsia.

Este tratamiento obstétrico, es decir, la provocación del parto y la extracción del feto, desde luego se hallará subordinado á la especial situación de la madre, y la conducta que debemos seguir dependerá de esta situación. Para esto nuestra conducta será diferente si la eclampsia estalla durante el embarazo, ó tiene lugar en el momento del parto. En el primer caso, si hay accesos de eclampsia en los primeros meses, resistiendo toda clase de tratamiento médico, la vida de la madre está amenazada grandemente, así como la del feto, por lo cual, lo mejor es provocar el parto. A partir de los siete meses y medio, el niño es viable; es peligroso para él permanecer en el útero, de donde resulta que el mejor procedimiento debe ser la extracción.

Si la eclampsia comienza durante el parto, puede ocurrir una de estas dos cosas: ó el cuello no está dilatado completamente, ó lo está. Sino está dilatado y los accesos son poco frecuentes, poco intensos, cabe esperar y poner si acaso en práctica algunos de los procedimientos médicos indicados, pero arma al brazo,

dispuestos á intervenir á poco que se acentúen los ataques, á poco que duren ó á poco que la mujer se agrave.

Si la dilatación es completa, no cabe duda alguna: se extrae el feto por el procedimiento más fácil posible.

Señalaremos de paso un procedimiento, puede decirse que médico, que hemos visto recomendado en una Revista: se trata de la punción lumbar. Este procedimiento tiene más bien por objeto ejercer un efecto descompresivo en el cerebro.

Esto es cuanto podemos hoy decir acerca del tratamiento de la eclampsia; no obstante parécenos que el único tratamiento verdaderamente eficaz, es el tratamiento obstétrico, puesto en práctica lo más pronto posible, en la forma más conveniente, ya practicando la perforación del feto, si está muerto, ya dilatando el útero, de una manera ó de otra y extrayendo aquél por versión ó forceps. Convencidos como estamos de que los perfeccionamientos de la técnica son cada día mayores y de que hoy se dispone de suficientes elementos para intervenir con verdadera garantía de éxito, creemos que es realmente el tratamiento obstétrico el único tratamiento de resultados positivos; verdad que resulta innegable si pensamos que en la eclampsia el feto y la placenta pueden considerarse como un tumor maligno cuya permanencia en el útero constituyen un gravísimo riesgo para la madre.

Ante esta idea, todo género de contemplaciones y de dilaciones llevan envuelto un peligro inminente para la madre y para el feto.

En cuanto al tratamiento médico queda desde luego relegado á segundo término y quizás factible para el médico aislado, para el de aldea que no tenga ó no pueda pedir ayuda.

Sr. Landín.—Considera importantísima esta discusión, pues se trata de una afección bastante frecuente y de suma gravedad. Pero quiere que de la discusión salga algo práctico y por esa razón desea que se razonen las indicaciones y se precise el tratamiento, como ocurre por ejemplo en el tratamiento de las hernias estranguladas en las cuales se sabe que si á la segunda ó tercera tentativa de taxis no se reduce, no hay que vacilar y hay que operar enseguida.

Esta precisión y esta seguridad es la que él desea para el tratamiento de la eclampsia y por eso se dirige á los tocólogos, pidiéndoles una aclaración y que tracen una línea de conducta clara en este asunto.

Sr. Gil y Gorroño.—Al presentar el caso lo hizo para que se hablara del tratamiento de la eclampsia.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 5 de Febrero de 1909

Preside el Sr. Uníbaso

Asisten los Académicos Sres. Gil y Gorroño, Alberca, López y Pérez, Castiella, Díaz, Landín, Saralegui, Entrecanales y Madaleno.

No habiéndose presentado ningún caso práctico, se reanuda la discusión iniciada acerca de la «Eclampsia y su tratamiento,» haciendo uso de la palabra el

Sr. Gil y Gorroño.—Dice que presentó los dos casos á discusión, porque una de las situaciones más desagradables para el médico, así como una de las complicaciones más graves del embarazo ó parto es la eclampsia. Por lo mismo excita á los Señores Académicos á que den todos su opinión y manifiesten cuanto sepan sobre este asunto; los unos por su experiencia adquirida en un largo ejercicio profesional; los otros, los que recientemente han salido á la práctica médica, porque traen ideas frescas, tanto sobre este asunto como sobre cualquier otro. A todos ellos excito para que acudan á este palenque científico y aporten el grano de arena de sus conocimientos, con objeto de crear el edificio de la terapéutica de esta afección. De este debate se promete beneficios positivos y quiere que no termine hasta dejar sentado sobre bases firmes las indicaciones de un tratamiento tan realmente urgente como es el tratamiento de la eclampsia.

Asegura que aún hoy día, en que la Obstetricia camina por una senda amplia y segura, cuando apenas existe ya problema obstétrico sin resolver, es la eclampsia una de las pocas compli-

caciones del embarazo que no tiene tratamiento fijo, pues que todas las obras, aun las más modernas dicen lo mismo que hace una decena de años, y todo esto depende pura y simplemente, según su concepto, de que no se han precisado bien las indicaciones y por consiguiente carece de base fija para implantarse con seguridad. Por consiguiente, hasta ahora, el tratamiento de la eclampsia, es un tratamiento puramente empírico.

Opina que todas las teorías que tratan de explicar la génesis de esta enfermedad, tienen mucho de verdad en el fondo y todas ellas unidas lograrían dar una explicación definitiva, pero cada una de estas teorías aislada, no sólo no resiste á una crítica un poco severa, sino que no basta para resolver el problema. Y es que falta la lógica en la concepción de estas teorías, muchas de las cuales solo han sido hijas, bien de una observación nueva de su autor ó de una falsa interpretación, no de hechos reales. El tratamiento adolece así mismo de esta falta de lógica, pues aquí, por lo que parece, no reza el precepto de que «la clínica no trata enfermedades, sino enfermos» y razón por la que se aumentarían tratamientos sin saber llenar las indicaciones.

Hace la historia de la eclampsia y va enumerando las distintas teorías que han reinado, tratando de explicar la génesis de aquélla. La escuela inglesa con Simpson, creyó que la causa primordial residía en el riñón y atribuía á las lesiones renales concomitantes la explosión de los ataques. Algún tiempo después, Virchow hallaba lesiones en el hígado de dos enfermas fallecidas á consecuencia de esta afección y á estas lesiones achacó el proceso. Así mismo, se ha echado mano de la teoría microbiana y hasta se ha descrito un germen productor, y se le ha culpado también á la placenta de ser ella la originaria de la afección en determinados casos.

Todas estas teorías tienen su razón de ser, pero la verdadera causa de la eclampsia aún se desconoce.

La diferencia de criterio depende, según su concepto, de que no se ha sabido dilucidar bien las lesiones ni interpretar los hechos, y así, en presencia de lesiones cerebrales, hepáticas, renales, etc., se ha llegado á pensar que estas lesiones fueran la causa de la eclampsia, conclusión muy peregrina, cuando lo

único de verdad era que las lesiones en cuestión resultaban producto de la dolencia. Así también, individuos que patrocinaban una teoría, sólo trataban de demostrarla sin cuidarse de averiguar lo que hubiera de cierto en las otras teorías, y sólo hallaban lo que se proponían hallar, dándose el caso curioso de que, el que abogaba por la teoría hepática no encontraba lesiones en los riñones, y recíprocamente. A tales extremos conduce la pasión puesta al servicio de distintas teorías. Por eso opina que cada una de las teorías tiene algo de verdad y debe cojerse de cada una de ellas lo que buenamente se pueda.

Para él puede dividirse la eclampsia en dos grandes grupos: en el uno figura la eclampsia, que puede llamarse *neurósica*, y en el otro, la eclampsia de origen *tóxico*. En ambos grupos pueden incluirse los dos casos de eclampsia que ha presentado en sesiones anteriores, casos, que si son iguales en la forma, difieren en el fondo.

Supone que en el primer grupo se trata de una neurosis que no es simple, como por ejemplo la histérica, y lo prueba el hecho de que no se presenta más que en el embarazo. En este grupo no hay intoxicación, ni lesiones hepáticas ni renales; se trata pura y simplemente de mujeres neurósicas, con pasiones morales, deprimidas moralmente por disgustos, por sufrimientos anteriores, y entiende que también tiene mucha culpa de la explosión de los ataques, la marcha del parto, en especial, cuando la cabeza del feto comprime el segmento posterior del cuello ocasionando dolores intolerables que las mujeres refieren á los riñones, y que no son más que debidos á la compresión del plexo sacro. La misma intensidad de los dolores y la prolongación excesiva del parto que es su consecuencia, pueden dar lugar sin más, á la explosión de los accidentes, con todas sus consecuencias, por más de que opina que esta forma especial de eclampsia es de gravedad mucho menor que la otra, de la cual difiere, entre otras cosas, y aparte de su menor intensidad, por que se presenta durante el parto, mientras que la otra lo hace de ordinario en el embarazo.

La otra eclampsia, la tóxica, determinada bien por la absorción de productos tóxicos elaborados por la madre, el feto ó la

placenta, ó por la escasa eliminación de los referidos productos (por algo se ha dicho que al embarazo acompaña la huelga de los órganos de eliminación) es más grave, mucho más que la neurósica. La eclampsia tóxica hace su aparición durante el embarazo, y algunas veces después del parto, forma esta última incomparablemente más grave que ninguna de ellas, y esta es la causa de la vacilación en el tratamiento, porque parece algo extraño obligar á un feto á salir fuera de un útero, cuando ningún signo externo, excepción hecha de las convulsiones, muestran la necesidad de extraerlo. La falta de contracciones del útero y la ausencia de dilatación del cuello, parece como que nos indican la conveniencia de dejar el feto donde se encuentra. Justamente en esto se halla el peligro.

Respecto del pronóstico de la eclampsia asegura que la más grave es la que acomete en el puerperio; lo es menos la que estalla en el embarazo, y muchísimo menos la que lo hace durante el parto.

Acerca del tratamiento, opina que, á las primeras, es decir, á las neurósicas, se las debe tratar médicamente, empleando la morfina, cloral y cloroformo y el baño general caliente; pero si apesar de ello no ceden los ataques, como ocurre la mayoría de las veces que esta forma de eclampsia acomete durante el parto, resulta que se halla el cuello del útero más ó menos dilatado, se acelera el parto cuanto más se pueda, terminándolo á la mayor brevedad.

La otra eclampsia, la tóxica, es la que tiene más importancia, la que pone en mayor aprieto al médico, y como según su teoría, los ataques son debidos á la acción de productos tóxicos convulsionantes, por lo cual entiende que no deben administrarse los narcótico, en especial el cloroformo, pues estas substancias van á aumentar la toxicidad de la sangre. Aquí se halla indicado el baño general, la sangría, seguida ó no de una inyección de suero salino, cuyo procedimiento permite, según parece, eliminar gran cantidad de productos tóxicos, procediendo inmediatamente á la evacuación uterina.

En esta forma de eclampsia, cree que debe ahondarse lo posible en lo que atañe á los antecedentes especiales de la enferma

y saber si es hepática, nefrítica, etc., y si es ó no estreñida, circunstancia esta última que suele menospreciarse, pero que él opina debe tenerse en cuenta. El intestino puede llegar á ser un receptáculo de venenos que se almacenan ó se absorben sino se eliminan fácilmente y quizás á esta circunstancia se deba la escasa proporción de eclampsias en la Maternidad de Bilbao, donde á las asiladas se las purga con gran frecuencia.

Respecto á la indicación del Sr. Landín, de que debe salir una conclusión práctica de estas discusiones y lo que dijo á propósito del tratamiento de las hernias estranguladas, dice que le parece muy bien, y su opinión en el tratamiento de la eclampsia es el de cierta tolerancia en las eclampsias que llama neurósicas y radical en las demás; es decir, la extracción. En cuanto al procedimiento que aconseja poner en práctica, aboga por la dilatación manual del útero y quizás por la operación cesárea vaginal.

Habla del tratamiento preventivo y dice que es conveniente emplearlo, y entiende que debe reconocerse la orina de toda mujer embarazada, por si se descubre en ella la albúmina, por más de que, no todas las eclámpticas son albuminúricas.

Respecto de la frecuencia de eclampsias en la Maternidad de Bilbao, dice que de 1.287 partos sólo han existido 8 atacadas.

Sr. Entrecanales.—Menciona como ya lo hizo en otra sesión, las dos escuelas francesa y alemana, abstencionista la primera é intervencionista la segunda.

En su opinión, el Sr. Gil, tiene un concepto claro de la cuestión, pero él rechaza esa dualidad de la eclampsia, dualidad imposible de reconocer y de diagnosticar en la práctica. Para él estas dos clases de eclampsias no son más que dos distintos grados de la verdadera eclampsia, ó sea la tóxica.

Sr. Gil y Gorroño.—Entiende que la escuela francesa no tiene en cuenta la vida del feto y por eso recomienda esperar, no estando conforme con este modo de ver las cosas.

Así tampoco está conforme con la escuela alemana por su exagerado radicalismo.

El Secretario General,

C. MENDEZA.

BIBLIOGRAFÍA

Manual de Obstetricia, de L. Dubrisay y C. Feannin.

—La acreditada casa Pubul y Morales, de Valencia, acaba de dar á luz este nuevo *Manual de Obstetricia*, del cual debemos decir, en honor á la verdad, que nos ha satisfecho su lectura y creemos hacer un bien recomendándolo con calor, sobre todo á los estudiantes, sin decir por esto que no sea útil al médico práctico.

Porque una de las cualidades de más realce en esta obra es la sencillez, la claridad y la concisión, Todo está tratado en ella de esta manera, y no falta nada de lo más moderno, hasta el punto de que es preciso hallarse muy al corriente de los modernos adelantos de la obstetricia para encontrar en esta obra falta alguna de hechos ó procedimientos novísimos. Naturalmente que todo se halla expuesto con la ligereza de detalles propia de un manual.

En suma: un buen manual de obstetricia, lo bastante sencillo para que lo pueda entender el alumno y lo suficientemente completo para que no lo desdeñe el médico en ejercicio.

Diagnóstico precoz de la tuberculosis.—Contribución al estudio de la oftalmo-reacción, por J. Pérez Mateos.—TÉSIS DEL DOCTORADO.—Asuntó nuevo y muy bien tratado por el Sr. Pérez Mateos; no dudamos en recomendar la lectura de este trabajo que mereció la calificación de sobresaliente á todo médico que quiera hallarse al corriente de cuanto de importancia sale al palenque de la ciencia.

En este folleto, muy documentado, se trata con gran extensión y con mucho lujo de detalles cuanto concierne al diagnóstico precoz de la tuberculosis; asunto que se halla sobre el tapete; y aun cuando se mencionan todos los procedimientos que han merecido alguna atención en este terreno, se fija muy especialmente en las llamadas *cuti y oftalmo-reacción*. Una serie de observaciones concienzudas y claras acerca de este último procedimiento, inclina el ánimo á ponerlo en práctica, siguiendo sea la técnica que el autor recomienda.

Es folleto que merece leerse y estudiarse.

Formulario-guía de Farmacología terapéutica y análisis químico-farmacéuticos, por los doctores *Antonio Novellas y Enrique Molés*.—Este formulario, editado en casa del Sr. Marín, en Barcelona, forma un tomo en 12.º de 500 páginas, encuadernado en piel, y su tamaño permite llevarlo en el bolsillo.

Aunque no somos propagandistas de los compendios que en poco volumen tratan de decir mucho, no podemos menos de reconocer mérito en este libro, que contiene infinidad de cosas, tratadas todas ellas con mucha concisión, pero con perfecta idea de lo que los autores se traen entre manos.

Es un librito útil, no tan sólo al médico, sino al farmacéutico, pues en él se trata algo de todo, tanto lo que afecta á la oficina de farmacia, en muchos asuntos, como lo que concierne al médico en sus relaciones con el arte de formular, dosis, etc., etc. Hay un formulario de terapéutica, pequeño, pero completo, cuadro de antidotos, algo de opoterapia, sueroterapia y una porción de cosas más, que si no hacen sabio al que lea esta obra, le pueden ilustrar bastante en muchos asuntos.

Tratado elemental de Terapéutica y Farmacología, por el Dr. A. Richard.—Se ha publicado el 15.º y último cuaderno de esta importante obra.

SECCION PROFESIONAL

El Centro Farmacéutico Vizcaíno.—Según prometimos, continuamos en este número dando algunos detalles de este asunto que tanto afecta á los Farmacéuticos de la provincia.

Puede considerarse ya como oficialmente abierto, puesto que ha comenzado ya el despacho de aquellos artículos que se han recibido y que demandan los Farmacéuticos: entre ellos podemos citar las Especialidades, de las que hay ya un gran surtido, algunas aguas minerales, herboristería y aguas destiladas, productos Bayer y Heyden, etc.

Faltan aún productos químicos y farmacéuticos de las Casas Merck y Adrián y la Ortopedia, que llegarán dentro del mes actual, pudiendo

asegurarse que en este plazo estará ya el Centro surtido de cuantos artículos puedan necesitar los Farmacéuticos.

No obstante esto, la Dirección ruega á todos los Farmacéuticos tengan la bondad de trasmitirle todos sus pedidos, pues de aquellos artículos de que carezca por no haberlos recibido aún, cuenta con el apoyo de los Farmacéuticos de la plaza y de varias casas de la misma; para poder servirlos ínterin van llegando los que la Sociedad tiene pedidos.

La Dirección reproduce por nuestro conducto el ruego dirigido en nuestro número anterior del placer con que recibirá la visita de todos los compañeros que quieran honrar su local y examinar por sí mismos los productos llegados ya á sus almacenes.

*
* *

Entre los Farmacéuticos de ésta se agita la idea de solemnizar con un banquete la apertura del Centro Farmacéutico, aunque ni la fecha ni el local están aún determinados: con este objeto muy en breve recibirán los Farmacéuticos de la provincia noticias coneretas, invitándoles á este acto de confraternidad profesional, determinando el sitio y fecha en que ha de celebrarse.

*
* *

En otras varias regiones de España se van observando síntomas que indican el propósito de fundar centros análogos al nuestro y al de otras provincias donde ya están creados con anterioridad.

En Madrid ha tomado ya cuerpo la idea y dos entidades tan importantes como la Caja de Socorro y el Colegio de Farmacéuticos, se ocupan de dar forma al pensamiento: lo que hace falta es que ambas se pongan de acuerdo, dejando á un lado pequeñas rivalidades, que deben desaparecer antes de que se malogre el éxito de esta empresa de verdadera regeneración económica y profesional.

Letras de luto.—En el pasado mes de Febrero han fallecido:

La esposa del querido compañero é ilustrado Médico de la Casa de Socorro D. Lúciano Castro Laorden.

Y la hija del distinguido compañero y querido amigo nuestro, Don Marcelo Diez, médico municipal, muerta en la primavera de la vida, á los 17 años de edad.

A ambos compañeros acompañamos de todo corazón en su profundo dolor.