

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 FARMACEUTICOS DE VIZCAYA

Año XVI

Bilbao—Agosto—1910

Núm. 188

Sumario

Trabajos originales: I. **Gil é I.** Placenta previa.—Operación Cesárea abdominal —II. **Zarraona.** La sífilis y las aguas minerales.

Academias y Congresos: Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.

Revista de Revistas.—Bibliografía: 1) **L. Hallian.** El problema del cáncer y la biología general.—2) **Rovira Oliver.** Diarrea de los niños de pecho.—3) **Umbert.** Nota sobre la sífilis ignorada —4) **Royo Villanova.** Esfigmogramas.—5) **W. A. Mackay y J. Macdonald.** El tratamiento moderno de las enfermedades crónicas del estómago y del duodeno.—6) **Codina Castellvi.** El tifus exantemático en el invierno de 1909.—7) **C. Compaired.**

Sección profesional.

I.

Maternidad de Bilbao.—Director: C. Gil y G.

PLACENTA PREVIA.—Operación cesárea abdominal
por el

Dr. Carmelo Gil é Ibargüengoitia

Médico ayudante

En la mañana del 5 de Abril de 1910 ingresa en la Maternidad, transportada desde la zona minera, una VII para, de 35 años, mujer á los 13 y casada á los 22. Los 6 embarazos anteriores terminaron con partos felices; el último lo tuvo el 26 de Enero de 1908, no pudiendo precisar el comienzo del embarazo actual, por no haber reaparecido la regla después de su último parto. El primer movimiento fetal lo notó á últimos de Diciembre. El último coito cuatro días antes de comenzar las hemorragias.

El día 4 de Abril, á las dos de la madrugada, estando acostada, se le presentó la primera hemorragia, bastante abundante; á las diez fué reconocida (tacto vaginal) por un médico, quien la ordenó quietud absoluta, y á las cinco de la tarde volvió á repe-

irse con gran intensidad, obligando al mismo médico á practicar una irrigación vaginal y un taponamiento con gasa siendo conducida á la mañana del siguiente día á la clínica.

Mujer normalmente desarrollada, algo anémica, temperatura 37,2, pulso 96. Diámetro pelviano: 25-29-31-20. Cuello permeable á un dedo, se toca claramente tejido placentario, la bolsa está intacta. El feto se presenta de vértice y vive. Sigue la mujer perdiendo sangre y ha tenido algunos dolores.

Operación.—Cesárea abdominal clásica. Previa preparación conveniente de la enferma y habiéndola practicado una inyección de «secacornin» unos minutos antes, se procede del modo siguiente: Laparotomía, eventración del útero y cierre provisional de la incisión de las paredes del vientre con dos pinzas de Musseux para evitar la salida del paquete intestinal. Sección del útero en su cara anterior á pesar de haber diagnosticado de antemano por la dirección que seguían los ligamentos redondos que en ella se había desarrollado preferentemente la placenta, extracción del feto y expresión de las parias desprendidas esponáneamente.

Satura continua y en planos con catgut de las paredes del útero, terminando con una sero-serosa practicada con seda. Cierre de las paredes del vientre.

Las pérdidas de sangre durante y después de la operación fueron minimales.

El feto de 46 centímetros, pesó 2.600 gramos. Nació en estado de axfisia pero volvió rápidamente á la vida.

Puerperio normal; la mayor temperatura alcanzó el segundo día á 37,5. A los 10 días se le quitaron los puntos y á los 11 se levantó, saliendo de la clínica á los 29, encontrándose la madre y el hijo en perfecto estado.

El tratamiento de la placenta previa está siendo de nuevo tema de actualidad en la literatura de la especialidad en razón á la orientación marcadamente quirúrgica que algunos tocólogos alemanes pretenden dar á la terapéutica de esta gravísima complicación.

Los resultados obtenidos por nosotros con la versión tanto en la clínica de la maternidad como en la clientela privada, nos han obligado á estudiar con marcado interés las opiniones de Selheim, Krönig y otros partidarios é iniciadores modernamente de la reforma quirúrgica.

Ya otros antes que ellos (los americanos sobre todo) han publicado casos aislados y hasta han aconsejado la cesárea clásica como tratamiento de la previa. Entre nosotros el Dr. Candela de Valencia en el XIV Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid, presentó una comunicación en este sentido. (1)

Los casos observados por mí en un espacio de tres años y medio han sido 21. En cinco el parto terminó espontáneamente; en uno se practicó la operación cesárea abdominal clásica y en los restantes la versión. Murieron 8 madres y 10 fetos; de las madres 6 por hemorragia y 2 por complicaciones. En la clínica asistí 9 casos, perdiendo 5 madres; en el domicilio 11, perdiendo 3.

Aquel que lea los últimos trabajos sobre placenta previa de Martín, Bokelmann, Zimmermann, Hannes, Vogel, etc., sacará probablemente la impresión, si es que no tiene alguna experiencia personal en este asunto, de que la que estudiamos es una complicación casi exenta de peligros, que solo origina un desenlace fatal las veces que el auxilio médico llega tarde.

Que muchos casos se pierden porque llegan tarde á manos del médico, es una verdad positiva; yo mismo tengo ejemplos de mujeres que han traspasado agonizando las puertas del Asilo encontrándonos al destapar la camilla con dos cadáveres.

Para los citados autores los resultados que se obtienen por medio del balón ó de la versión á lo Braxton Hicks en el tratamiento de esta distocia, son tan seguros y positivos, que desaparece casi el peligro de muerte por hemorragia cuando se interviene á tiempo. La mortalidad materna que aún sigue siendo en clínica relativamente elevada (4, 5, 8 %) es, según ellos, debida á que las enfermas no son transportadas en momento oportuno.

Por otra parte Bokelmann, Blumreich y otros hacen observar que únicamente obligando á las parteras á que llamen al médico á tiempo y enseñando en las clínicas á los alumnos de un modo práctico la maniobra de Braxton Hicks, es como conseguiremos reducir la alta mortalidad materna que la placenta previa alcanza en la práctica domiciliaria (15-20 %). Estos consejos de Bokelmann y de mi maestro Blumreich, nos parecen muy atinados pues suponiendo que las intervenciones propuestas por los partidarios de la reforma quirúrgica dieran solución al problema de

(1) Candela. Rapport sur la thèse "Traitement du placenta prævia.", Imprimerie Dommenech 1903.

hacer disminuir la mortalidad en clínica, éste quedaría en pie para las previas asistidas en domicilio. Para estos casos la solución está, á nuestro juicio, no en modificar la terapéutica de esta complicación, sino en reformar y mejorar la enseñanza de los partos. Ya lo dice el americano Boferos Newel: «Más que de un nuevo tratamiento para la placenta previa completa, lo que necesitan los médicos prácticos es una mayor instrucción en el diagnóstico obstétrico y en la técnica de las intervenciones.»

El juicio que nosotros hemos formado sobre los peligros de la placenta previa y sobre la seguridad y constancia de prevenirlos ó convatirlos, siguiendo los tratamientos clásicos de la misma, es algo distinto del de los autores antes citados y está más en armonía con el que Sellheim (1) y sobre todo Krônig (2) exponen en sus recientes trabajos sobre este mismo tema.

No hay duda que la versión á le Braxton Hicks y el balón son dos medios soberanos de cohibir las hemorragias que se presentan durante el parto, pero á nuestro entender no son éstas las más terribles, con serlo mucho, sino aquellas que tienen lugar durante el alumbramiento ó después de él, pues sucede que sólo excepcionalmente transcurre el período post partum de una manera normal. De ordinario, después de la expulsión del feto, se producen nuevas hemorragias de mayor ó menor cuantía que ni con el masaje del útero ni con la ergotina ceden y en cambio nos obliga á ensayar el Credé para la expresión de la placenta que á su vez falla en muchas ocasiones y nos pone en el trance de tener que practicar la desinserción manual de la misma.

La hemorragia verdaderamente peligrosa, es aquella que aparece de ordinario después de la expulsión ó extracción de las parias y la situación se hace por demás crítica á la una ó dos horas de ese momento, con la enferma en profundo colapso, intensamente anémica y con el pulso radial apenas perceptible.

El taponamiento utero-vaginal que tan bien cohibe las hemorragias en otras ocasiones, no da de ordinario resultado en estos casos y filtrándose la sangre al través del tapón nos obliga á renovarlo. Este dato es una prueba más en favor de la teoría As-

(1) Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia und ihre Verminderung durch den extraperitonealen Uterusschnitt. Zentralblatt f. Gynäk. 1908. Nr. 40.

(2) Zur Behandlung der Placenta praevia. Zentralblatt f. Gynäk. 1908. Nr. 46.
Zur klinik der Placenta praevia. 1909. Nr. 15.
Metreuryse bei Placenta praevia. 1909. Nr. 34.

choff, de que estas hemorragias port-partum no se originan por la atomia del cuerpo uterino, y sí por la de las paredes del istmo, que es la zona del útero en donde la placenta está insertada en estos casos, como más tarde veremos. El tapón no puede comprimir lo suficiente las paredes flácidas de este segmento del útero para lograr cohibir la hemorragia que procede de los vasos desgarrados de esta porción.

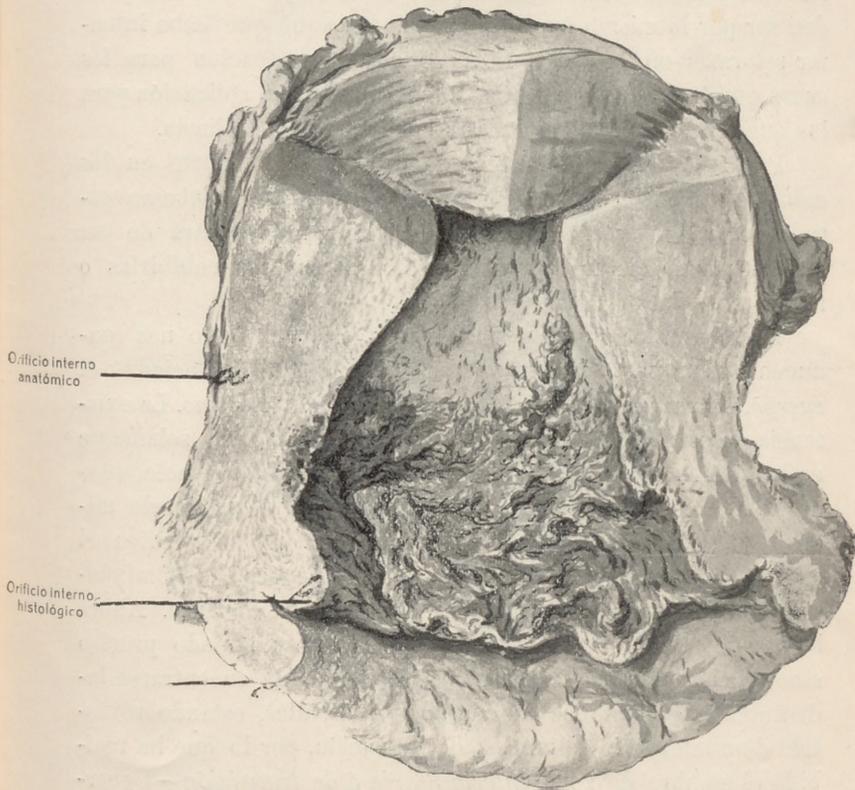


Figura 1.—a - b = istmo del útero; b - c = cuello del útero

Ahora bién, la versión combinada y el balón, son los dos medios clásicos empleados en las clínicas en el tratamiento de la placenta previa. Con ellos, según las estadísticas formadas con el abundante material de Zweifel y Veit, la mortalidad materna es de un 6 á un 10 por 100 y la fetal de un 60 á 80 por 100.

Dadas las condiciones especiales en que hoy día se trabaja en clínica, no nos deben dejar satisfechos estos resultados y nos es

permitido pensar y ensayar si con nuevas orientaciones en la terapéutica de esta complicación es posible hacer disminuir la cifra de su mortalidad.

Herman Fehling ha sido el primero que de una manera clara y precisa ha hecho la distinción entre obstetricia clínica y obstetricia domiciliaria. El medio y las condiciones en que la una y la otra se practican es muy distinto y las indicaciones para intervenir y los procedimientos de intervención han de ser ó pueden ser por lo mismo muy diferentes. De aquí que cabe intentar reformas en la terapéutica de esta complicación para los casos que trataremos en clínica aunque no tengan aplicación para los que tengamos que resolver en la clientela domiciliaria.

Partiendo del hecho de que de ordinario la muerte en los casos de placenta previa es una muerte por anemia, debemos estudiar el origen y mecanismo de las hemorragias para de esa manera ver de elegir el procedimiento mejor para cohibirlas ó mejor aún para evitarlas.

Los modernos estudios sobre la anatomía del útero nos conducen á admitir en él tres porciones claramente diferenciadas: el *cuerpo*, el *cuello* y el llamado por Calza y Aschoff *istmo*. La existencia de esta tercera porción puede demostrarse no solamente en los úteros en gestación, sino también en el útero vacío, (Aschoff, K. Hegar.) Su límite inferior es fácil de determinarlo microscópicamente y corresponde al punto en que se verifica el cambio del epitelio cervical en epitelio del cuerpo, denominándolo Aschoff por esta razón *os internum histologicum*. Ahora bien, este cambio no se establece siempre de un modo preciso sino que hay una pequeña zona en la cual puede encontrarse indistintamente glándulas del cuerpo y cervicales, estando revestida de una especie de mucosa de transición, por lo que ha recibido el nombre de zona *intermediaria ó de transición*—Uebergangszone.

El límite superior del istmo es bastante más difícil de definirlo que el inferior. Aschoff lo describe de esta manera: «El límite superior del istmo se encuentra en aquella parte que los anatómicos á la simple inspección del útero denominan orificio interno del cuello; en el punto en donde la superficie exterior del útero aparece ligeramente estrangulada y de donde arranca el verdadero útero; allí en donde de ordinario se halla la línea de adherencia del peritones que recubre su cara anterior y por donde

penetran en la musculatura las primeras gruesas ramas transversales de las arterias uterinas», y lo llama *os internum anatomicum*.

Por lo tanto el istmo es aquella zona del útero comprendida entre el *os internum anatomicum* y el *histologicium*. Su mucosa

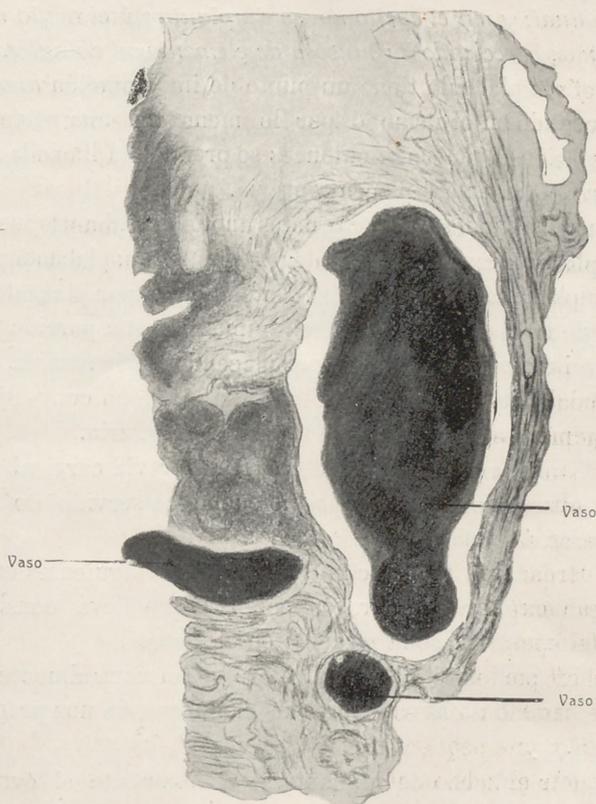


Figura 2

Vista del conjunto de inserción de la placenta en el istmo del útero. Gran desarrollo de los vasos y adelgazamiento de la musculatura

es similar á la mucosa del cuerpo presentando no obstante la dirección del eje de sus glándulas un carácter típico. (1).

Su musculatura, por el contrario, se parece más á la del cuello, y respecto á la riqueza en tejido conjuntivo guarda un término medio entre la del cuerpo y la del cuello.

(1) Véase la descripción que de ellas hace Werth-Grusdew en Arch. f. Gyn. 1893. Bd. 55 S. 325 y Bayer en morphologie der Gebärmutter. Freund. Gyn. Kluik S. 391.

La manera como se comportan estas tres zonas del útero con el óvulo durante la preñez, hace mucho más clara y precisa la distinción de las mismas. Así *normalmente el cuerpo del útero es el lugar ó sitio de la placentación, es decir, en donde toma inserción la placenta; el istmo es la parte en donde están asidas las membranas ovulares y su mucosa presenta completa metamorfosis decidual; y en el cuello no se implanta ni el óvulo ni sus membranas, careciendo su mucosa de elementos deciduales.*

Cuando la placenta tiene un punto de implantación *anormal*, esto es, cuando en el istmo ó por lo menos en una parte de él toma inserción la placenta, entonces se produce la llamada inserción baja de placenta ó placenta previa.

Aschoff, basándose en estos datos anatómicos, ha propuesto la división de las previas en dos categorías, que son: placenta previa simple y placenta previa ístmica. Entendiendo por placenta previa simple el caso en que solamente una pequeña porción de la misma se inserta en el istmo, y por placenta previa ístmica, cuando el total del istmo ó la mayor parte de él se ha convertido en asiento y punto de inserción de la torta placentaria.

Por último, con el nombre de placenta previa cervical se conocen los casos en los que el propio cuello ha servido de punto de inserción á la placenta.

De verdadero interés clínico son las dos siguientes conclusiones que explican los graves peligros que lleva consigo la inserción patológica de la placenta en el istmo.

1.º El cuello y el istmo del útero gozan normalmente, aunque en grado bastante menor que el cuerpo, de una propiedad contractil.

2.º Por el hecho de implantarse viciosamente el óvulo en el istmo del útero y aún en ocasiones en el mismo cuello se produce enorme dilatación de los vasos de estas dos zonas, con destrucción de sus paredes y destrucción de la capa muscular del útero, ya por células gigantes de origen fetal, ya en ocasiones por las mismas vellocidades placentarias, disminuyendo considerablemente aquella aptitud contractil que poseen. (1)

Si en aquellos casos en los que la placentación queda limitada á la mucosa las paredes del istmo suelen perder de elasticidad y

(1) Deseo hacer constar en este lugar mi profundo agradecimiento al Privatdozent Dr. Otto Pankow, ayudante del profesor Krönig en la clínica de mujeres de la Universidad de Friburgo, por la es-

resistencia haciéndose mucho más friables que en aquellos otros en los que la placenta se inserta en su sitio normal ó sea en el cuerpo, en virtud del gran desarrollo vascular que adquieren y por las relajaciones que su capa muscular sufre (fig. 2), sucederá este hecho con mucho más motivo cuando las vellosidades atravesando la mucosa penetran en la capa muscular de manera parecida ó como lo hacen en los embarazos tubáricos destruyendo más ó menos los elementos componentes y la integridad de las paredes de la trompa.

En estos casos las vellosidades escavan la mucosa y penetran profundamente en la capa muscular. Este dato anatómico además de explicarnos la falta de decidua serotina en estos casos y la adherencia fuerte é íntima de la placenta á la pared del útero que dificulta muy á menudo su desinserción, nos da la razón del origen de las hemorragias que estudiamos. Así, estas son producidas por destrucción de las paredes de los vasos de esta zona que son muy abundantes, y es muy difícil el que se cohiban de

quisita amabilidad que ha demostrado al enviarme á petición mía varias preparaciones microscópicas de casos de placentas previas por ellos observados, al objeto de yo poder estudiar y comprobar los nuevos datos anatómicos en que ellos basan y por los que ellos defienden las ventajas del tratamiento llamado quirúrgico de la placenta previa.

La (fig. 1) es reproducción de un dibujo original que me han enviado.

En las preparaciones microscópicas recibidas, aprécianse claramente la mayoría de los datos anatómicos ya descritos. Así en una de ellas correspondiente al *cuerpo, pared posterior del cuello* y del *itsmo* de un caso de placenta ístmica primaria, se observa: En el corte del cuerpo del útero, la mucosa de esta zona desprovista del epitelio de cubierta, y además que hay falta completa de células de origen fetal, falta decidua, y solamente las glándulas presentan de un modo no muy pronunciado las modificaciones típicas que suelen experimentar en el embarazo, no penetrando (al menos en la preparación que poseo) profundamente en la capa muscular, siendo todo esto prueba de que en este caso en el cuerpo del útero, han estado exclusivamente adheridas las membranas ovulares pero no la placenta.

En cambio en la zona del itsmo es en donde se hallaba implantada la placenta, y se aprecia en ella una invasión de células gigantes de origen fetal.

En el preparado que poseo no se encuentran vellosidades que penetren profundamente en la musculatura de la pared, como sucedía en los casos descritos por Ahlfeld y Aschoff, pero se ve perfectamente como en determinado punto las células de origen fetal han destruído casi por completo la pared de una gruesa vena.

En toda esta zona del itsmo falta por completo la mucosa y se ve, aunque no de un modo muy claro, la estria fibrinosa de Nitabuch.

No cabe dudar por tanto que en ella es en donde estaba implantada la placenta, y se demuestra que esta zona no es *cuello* sino *itsmo* por los caracteres típicos anatómicos (tales como forma de las glándulas) asignados á esta porción.

una manera espontánea, porque las paredes del istmo adelgazadas extraordinariamente por la invasión de su musculatura por las vellosidades, queda, como hemos dicho anteriormente, muy deficiente en su función contractil, *siendo esta deficiencia tanto mayor cuanto más se haya distendido esta porción del útero en el período de dilatación.*

De aquí nació la idea de que la mejor manera de prevenir las hemorragias que nos ocupan sería impidiendo tenga lugar la distensión del llamado istmo del útero ó segmento inferior; esto es, evitando el primer período del trabajo del parto, ó sea la dilatación.

La intervención que mejor llenaría esta indicación es, según Krönig; la cesárea abdominal clásica, practicada todo lo más pronto posible al iniciarse el parto.

Este autor ha practicado hasta el presente (según me comunica en carta fecha 4 de Mayo de 1910, su ayudante el Privatdozent Dr. Pankow) 22 veces esta operación, obteniendo el total de las madres y 21 niños vivos.

Respecto al empleo en estos casos de la cesárea vaginal recomendada por Bumm y Döderlein y de la cesárea extraperitoneal aconsejada por Sellheim, que llenan de igual modo que la cesárea clásica la indicación de evitar á toda costa la distensión del segmento inferior del útero, no haré por hoy más que anotarlas, pues no teniendo material propio de observación, dejo para cuando lo tenga el hablar de sus indicaciones y contraindicaciones.

Si el caso de placenta previa llegara á nuestras manos cuando el cuello del útero está total ó casi totalmente dilatado, es natural que el fin que se persigue por medio de la cesárea, ya no es posible conseguirlo y la intervención ya no estará indicada. Igualmente habrá contraindicación de intervenir, al menos por cesárea clásica, por correr inminente riesgo la vida de la madre en los casos positivamente infectados ó sospechosos de estarlo (enfermas taponadas fuera de la clínica ó en quienes se ha practicado múltiples reconocimientos vaginales).

Para terminar, conviene refutar, como lo hace Krönig, un argumento manejado por los enemigos de modificar el tratamiento de la placenta previa en el sentido en que hablamos.

Según ellos, las intervenciones en el tratamiento de la distocia que nos ocupa deben ser intervenciones que puedan estar al alcance del práctico, pues las hemorragias que acompañan á esta

complicación sorprenden y obligan al médico práctico á intervenir inmediatamente y sin pérdida de momento, no habiendo lugar para transportar estos casos á una clínica. Sin embargo es de observación diaria y casi todos nuestros casos lo confirman, que en los últimos días ó semanas ante-términum, se presentan varias veces flujos de sangre de mayor ó menor intensidad, *hemorragias prodrómicas*, que con sólo opio y quietud en cama se contienen. Ellas deben, por lo menos, conducir al médico al diagnóstico probable de placenta previa y dan tiempo casi siempre para hacer el traslado de la mujer á un hospital. Si hoy día se encuentra lógico el envío de una gravida ó parturiente á una maternidad una vez diagnosticada una estrechez pélvica con objeto de conseguir un niño vivo, eso que si se prescinde de los grados de estrechez en que es de absoluta indicación la operación cesárea, el médico práctico puede, por medio de la perforación del feto vivo y con grandes probabilidades, salvar la vida de la madre, deba igualmente aconsejarse para los casos de placenta previa, se tomen las mismas precauciones, una vez se presente el primer flujo de sangre y con tanta ó más razón, cuanto que los medios que puede poner el médico general en práctica para cohibir la hemorragia en estos casos le dan una probabilidad de un 15 por ciento de que muera la madre y una mucho mayor de que muera el hijo.

II.

La sífilis y las aguas minerales

por el

Dr. Zarraona

Aunque el mercurio y el arsénico son los únicos remedios en el día que tiene la terapéutica contra la infección sifilítica, la dificultad consiste en poder saturar el organismo durante varios años, con el mínimum de acción dañina para él, hasta la desaparición completa del *treponema pálido* y sus derivaciones.

Ninguna agua minero-medicinal tiene un poder antisifilítico suficiente y aunque se citan algunas como las de Uriage y La Bourboule, que contienen mercurio y arsénico en estado coloidal, no pasan de ser, como las sulfurosas, cloruradas y otras simples ayudantes en el tratamiento instituído.

Sábese que estas tienen una potente acción radio activa sobre el estado general nutritivo, oponiéndose á la tendencia anemiante y depresiva de la sífilis, además del carácter general de servir de lavado al organismo. Pero entre ellas gozan hace tiempo del aprecio clínico las sulfurosas, en atención á su especial modo de conducirse en contacto del mercurio, eliminándolo en proporciones tales, que aumenta la tolerancia del organismo al empleo de dosis crecientes sin que pueda temerse la intoxicación.

Ahora bien: ¿de qué manera actúan las aguas sulfurosas ante el mercurio? Según las opiniones corrientes hasta el día, parece ser que al contacto de los cloruros alcalinos del organismo los compuestos mercuriales se transforman en cloruro doble sódico-mercúrico. Este se combina luego con las materias albuminóideas de los tejidos y forma albuminatos especiales. Los oxiclорuro-albuminatos de mercurio son solubles, pero poco estables; una parte de ellos circula por la sangre y se elimina rápidamente por las orinas, y la otra se hace insoluble yéndose á fijar en el hígado, bazo, gánglios linfáticos, etc., eliminándose con grandísima lentitud después de la aplicación del medicamento.

Estos albuminatos insolubles, bajo la acción del azufre, se convierten en sulfatos de mercurio solubles. De esta suerte, de su inactividad sale á la circulación general después de obrar en los tejidos para eliminarse en definitiva.

Así es como se establece una corriente continua de mercurio que ataca á la sífilis, neutralizándose el excedente por el hidrógeno sulfurado á medida que va entrando en el organismo.

Concíbese sin esfuerzo, ahora, como se pueden tolerar enormes dosis de 20 gramos de unguento mercurial, 5 y 6 centigramos de benzoato ó de bioduro en inyecciones diarias y el que lesiones recidivantes ó tenaces curen bajo este empleo intensivo del mercurio ayudado en su círculo por las aguas sulfurosas, usadas en bebida y baños de vapor.

De la misma manera dichas aguas evitan ó curan los fenómenos de intoxicación mercurial. En su consecuencia ¿qué sifilíticos deben hacer uso de las aguas sulfurosas? Hace ya muchos años se enviaba á los establecimientos balnearios, y en especial al de Archena, á los enfermos que llevan un período largo sin manifestaciones ostensibles de la enfermedad, en la creencia que las aguas eran una piedra de toque para asegurarse de la curación ó persistencia de ella.

Todo sífilítico que no manifestaba durante el tiempo de la cura balnearia alteración alguna, se le consideraba curado y vice-versa; pero tal práctica fué desechada ante las numerosas decepciones ocurridas.

En términos generales, todo sífilítico debe alternar ó simulta-
near con el mercurio las aguas sulfurosas tomadas en su casa ó
en balneario, porque sacará más provecho en menor tiempo.

Las curas deberán ser intermitentes durante cuatro ó cinco
años, aun después de sentirse bién.

Pero donde esta cura es absolutamente precisa es: 1.º en los
casos donde el mercurio no es tolerado por el organismo ó que aun
siéndolo, el efecto es insuficiente. 2.º cuando el empleo intensivo
de ese agente es necesario, en atención á la sífilis maligna precoz,
que puede presentarse (gomas al poco tiempo del desarrollo del
chancro, sobre el sistema nervioso, piel y lengua) y 3.º, en las for-
mas recidivantes, aunque sean leves, como las placas mucosas.

Igual criterio se seguirá si la sífilis fuera tratada por los caco-
dilatosmercuriales ó el atoxyl, pues el arsénico y sus modalidades
se eliminan con gran facilidad con el uso de las aguas citadas.

La elección de las aguas sulfurosas ha dado lugar á diversas
apreciaciones, tanto en su energía como en su composición quí-
mica. Mientras unos médicos recomienda las fuertes, otros lo
hacen indistintamente siempre que predomine en ellas el hiposul-
fita sódico ó sean iodo-bromuradas.

Para decidirse en favor de una agua determinada, habrá que
tener en cuenta la edad del individuo, su mayor ó menor resisten-
cia y el temperamento, así como también la forma é intensidad de
la sífilis.

De lo expuesto se deduce la gran importancia práctica de las
aguas sulfurosas en el tratamiento de la sífilis, enfermedad que
abate y desflora el 80 0/0 de la juventud en sus primeros pasos
hacia el jardín de Venus, quedando lisiada para su vida restante
por abandono en el tratamiento ó la índole mala de su constitu-
ción física.

Así es que la mayoría de los sífiliógrafos recomiendan eficaz-
mente el que siempre que el individuo pueda, verifique simul-
táneamente las dos curas termal y mercurial.

No obstante en todos los casos y especialmente en los muy
crónicos y recidivantes en sus manifestaciones, tendremos en
cuenta el terreno individual empleando sus modificadores y de-
jando á un lado el mercurio que entonces no sirve para nada.

Academias y Congresos

Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.

Sesión celebrada por la Junta de Gobierno el 14 de Julio de 1910

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con la asistencia de los señores Mas y Mas, Madaleno y Artaza se aprobó el acta anterior.

El Sr. Presidente dió cuenta de las causas que motivaron la última reunión de farmacéuticos de la localidad, que no pudo hacerse extensiva á todos los de la provincia por falta material de tiempo para las citaciones, en la que se nombró una comisión, compuesta de los señores Saralegui y Soto, que inmediatamente se trasladarán á Madrid, para en unión de los de los Colegios de Madrid, Barcelona y Zaragoza y en nombre de clase Farmacéutica española, protestar ante el Ministro de la Gobernación contra el dictamen del Instituto de Reformas Sociales relativo á las «Farmacias de las Cooperativas Obreras», acordándose que los gastos originados fueran satisfechos entre los colegiados suscriptores al efecto.

En la misma reunión se nombró otra comisión compuesta de los señores Bolivar, Miguelez y Aguirrezabala con amplias facultades para proceder á cuantos trabajos de investigación, conferencias, etc., creyeren convenientes relacionados con el servicio Farmacéutico Municipal.

A continuación dió cuenta de cuantas gestiones realizaron en Madrid en unión de las comisiones de los Colegios Farmacéuticos de Madrid, Barcelona y Zaragoza y de las atenciones y eficaz apoyo prestado por los Senadores y Diputados á Cortes, Farmacéuticos señores Carracido, Casares, Olmedilla, Saiz de Carlos, Valenzuela, Rivas Mateo, y los señores Siboni, Ruiz Jimenez, Serrano Echevarría, Pulido y Marín Sancho, de la Prensa profesional y de la Directiva del Cuerpo de Titulares de Farmacia, haciendo mención especial del Sr. Marín Sancho, proponiendo para todos un expresivo voto de gracias, que fué concedido por unanimidad.

Se dió lectura de la Exposición presentada por dichas comisiones al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación que fué aprobada, así como todos sus trabajos, acordándose citar á Junta general extraordinaria en cuanto se reciban algunas cartas de Madrid con nuevas impresiones sobre el asunto.

Fué nombrado auxiliar de la Secretaría D. Luis Medina, oficial de las oficinas del Centro Farmacéutico Vizcaino, el que viene desempeñando aquel cargo desde el 1.º del presente mes.

A petición del Sr. Sastre se acordó citar á dicho señor y á otro compañero á una conferencia con la Junta Directiva.

Habiendo sido ratificada la instancia presentada por varios colegiados en la Junta general extraordinaria del 3 de Junio sobre contratos con diversas sociedades llamadas benéficas y especialmente con la Sociedad Cooperativa Cívico Militar, se acordó citar en su día á Junta general extraordinaria para este asunto.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,

DR. ARTAZA.

Sesión extraordinaria celebrada por la Junta general el día 26 de Julio de 1910.

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con la asistencia de los Sres. Bolivar, Miguelez, Soto, Orive J., Pinedo Q., Unceta, Moro, Belasteguigoitia, Araujo, Domenech, Molinero, Olan, Goñi y Artaza, se abrió la sesión

Leída la citación con los asuntos á tratar en esta sesión, comenzó á exponer el Sr. Saralegui las diversas gestiones realizadas en Madrid por las comisiones de los Colegios de Farmacéuticos de Madrid, Barcelona, Zaragoza y Vizcaya, en nombre de la clase Farmacéutica española, con la cooperación de los Senadores y Diputados á Cortes farmacéuticos y compañeros de la prensa profesional y de la Directiva del Cuerpo de Titulares de Farmacia Sres. Carracido, Casares, Olmedilla, Saiz de Carlos, Valenzuela, Rivas Mateo, Siboni, Fernández, Ruiz Jimenez, Serrano Echevarría, Pulido y Marín, Sancho, Blas y Manada, etcétera, y haciendo historia de las vicisitudes por que pasaron hasta llegar á presentar al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación una exposición en nombre de la clase Farmacéutica española, protestando contra el informe emitido por el Instituto de Reformas Sociales relativo á las «Farmacias de las Cooperativas Obreras», informándole de sus justas pretensiones é interesándole, como farmacéutico que lo es también, para que atienda dicha protesta, mereciendo del mismo una cordialísima acogida y teniendo la satisfacción de escuchar su opinión favorable á la subsistencia de

las leyes y disposiciones oficiales que garantizan los derechos de la clase farmacéutica.

A continuación se dió lectura á dicha exposición y á cartas recibidas últimamente de los señores Siboni, Marín Sancho y Fernández, por las que se deduce la oportunidad del envío de las comisiones, pues el decreto otorgando lo que solicitaban las Sociedades Cooperativas estaba ya preparada, consiguiéndose que el Ministro no lo haya firmado y el retraso que la solución del asunto ha de sufrir, por la suspensión de las tareas parlamentarias, acordándose aprobar los trabajos de la comisión, dar un expresivo voto de gracias á la misma y á cuantos han cooperado en Madrid con su valiosa influencia, prestigio y trabajo personal y continuar las gestiones comenzadas, sosteniendo correspondencia sobre el asunto con todos los Colegios de España y procurando recabar para Octubre próximo la presencia en Madrid de una comisión permanente que con la cooperación de los Senadores y Diputados y Córtes farmacéuticos, prensa y entidades profesionales, estudiantes de las Facultades, etc., consiga solucionar favorablemente el caso.

Pasando al asunto de la Beneficencia municipal, se dió cuenta detallada de cuantas gestiones han realizado primero la Junta del Colegio y después la comisión nombrada al efecto, personándose aquélla ante el Sr. Alcalde interino y algunos concejales en cuanto tuvo noticia de supuestas irregularidades en el servicio farmacéutico (antes de la interpelación en una sesión del ayuntamiento) para lamentar dichas irregularidades, de ser ciertas y ponerse á disposición del Municipio para cooperar por todos los medios el esclarecimiento de la verdad é imponer el correctivo consiguiente.

Posteriormente citada esta Junta por la comisión de Gobernación, no pudo reunirse por falta de número de los individuos de aquélla y aplazada la reunión hasta nueva orden, aun estamos esperándola, á pesar de nuevos requerimientos por nuestra parte, corriendo igual suerte las conferencias personales celebradas con varios concejales por la comisión nombrada últimamente por este Colegio, siendo sorprendidos en esta situación por el informe presentado en la última sesión por la comisión de Gobernación, informe cuyo contenido ha causado la más profunda indignación á este Colegio y contra el que formuló por la prensa el Sr. Presidente del mismo la consiguiente protesta á la que se adhieren por completo todos los colegiados.

Con lo expuesto, á lo que debemos agregar que el único farmacéutico que ha intervenido en la información es precisamente el que fué acusado y se halla convicto y confeso, pesando sobre él además, según dijo un señor concejal, el cargo de que una medicina preparada en su oficina para la Beneficencia Municipal no ha respondido en el análisis practicado en el Laboratorio Municipal á la prescripción formulada, se comprenderá la falta de sinceridad y delicadeza con que se ha obrado contra los farmacéuticos de Bilbao en general, no imponiendo al antedicho farmacéutico, que es el Sr. Regadera, el correctivo consiguiente por las faltas cometidas, tomando esto como pretexto y necesidad imperiosa de implantar el antiguo proyecto de la minoría socialista de las farmacias municipales.

Se observa además en el informe la falta de valor para sostener conclusiones, que formuladas con pie forzoso, no convencen ni al exponente, que para evitar la responsabilidad consiguiente apela á argumentos ficticios, haciendo ver les obliga á la implantación de la farmacia municipal el deseo de evitar dichos abusos en el servicio actual, cual si se debiera á éstos el aumento del presupuesto de la Beneficencia Municipal y como si no fuera público que la implantación de la Farmacia Municipal era proyecto acariciado hace mucho tiempo por la minoría socialista.

Como consecuencia de todo lo antedicho, se acordó por unanimidad:

1.º Protestar de que la comisión de gobernación haya prescindido deliberadamente, para su información, de la cooperación del Colegio de Farmacéuticos.

2.º Protestar igualmente, de que en el informe se afirme que ha habido abusos por parte de algunos farmacéuticos y no se puntualicen los nombres de los mismos, para que el de los demás quede en el lugar que corresponde, así como de que se deje sin el debido correctivo á los culpables, quedando así toda la clase bajo el peso de la misma acusación.

3.º Que la comisión nombrada al efecto continúe el estudio de recetas y demás que hace algún tiempo comenzó y tan pronto ponga en orden los datos adquiridos, demuestre públicamente que la causa de elevación del presupuesto para el servicio farmacéutico, no está en los abusos denunciados, sino en otros no imputables á la clase farmacéutica.

4.º Facultar ámpliamente á dicha comisión y á la Junta del

Colegio, para que reunidos resuelvan cuanto crean conveniente contra el acuerdo tomado por el Excmo. Ayuntamiento sobre la instalación de una farmacia municipal, acudiendo en alzada, etcétera, etcétera., y

5.º Que para atender á los gastos que este asunto ocasione, fije la junta una cuota extraordinaria anual ó un aumento en la cuota mensual actual.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,
DR. ARTAZA.

Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación

La clase Farmacéutica española y en su nombre y representación los Colegios establecidos en Madrid, Barcelona, Zaragoza y Vizcaya, que han expresamente autorizado para dirigirse á V. E. á los que suscriben, comparecen ante V. E. y con el mayor respeto exponen:

Que de prosperar lo que propone la Sección primera técnico-administrativa del Instituto de Reformas Sociales en su informe de 10 de Febrero de 1909, relativamente (capítulo 6.º) á las «Farmacias de las Cooperativas» no solamente se produciría grave daño á esta clase farmacéutica en sus derechos y en sus intereses, sino que además, y muy principalmente, al quedar por tal medio desconocido en parte esencialísima los principios en que se asienta el ejercicio de las profesiones médicas, reconocidos y sancionados muy sabiamente en nuestra especial legislación sanitaria, de tan extraordinaria y peligrosa mudanza serían víctimas: primero, las mismas Sociedades que lo solicitan, y, en todo momento, los necesitados de asistencia facultativa y la misma salubridad pública, que requiere y exige imperiosamente el cuidado y la incesante protección de los Gobiernos.

Por esto, más atenta á tal peligro, que no se ocultará seguramente á la perspicacia de V. E., que á los intereses y derechos de la clase farmacéutica, dignos sin duda alguna de toda consideración y respetos, acude á V. E. en respetuosa solicitud de que desestime las pretensiones, desde luego sin base legal, de las Sociedades cooperativas de Cataluña y Baleares que hizo propias la Asamblea Nacional celebrada en Zaragoza en Septiembre de 1908, y mantenga en toda su pureza lo preceptuado, en orden al

ejercicio de la Farmacia, en la ley orgánica de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855, en las Ordenanzas aprobadas por Real decreto de 18 de Abril de 1860 y en las diferentes disposiciones posteriores dictadas para ordenar y robustecer los sabios preceptos de las Leyes y de las Ordenanzas que se citan.

Aspiran las Sociedades cooperativas á que, lisa y llanamente, se las incluya en el caso 3.º del artículo 4.º de las mencionadas Ordenanzas; es decir, á que, reconociéndoles personalidad jurídica para este efecto, se las habilite para fundar y sostener oficinas de Farmacia que despachen «medicamentos, fórmulas y específicos autorizados», y dejando aparte la distinción que se consigna de medicamentos, fórmulas y específicos *autorizados*, los cuales específicos no pueden en ningún caso autorizarse, por la irrefutable razón de que la ley terminantemente los prohíbe, bastarían muy someras consideraciones para demostrar que no puede ni debe accederse á lo que pretenden las Sociedades cooperativas y propone la Sección del Instituto de Reformas Sociales.

Un examen sumarásimos de los preceptos legales que se indican en la exposición y en el informe, convence desde luego de que lo que se pide no concuerda con esos preceptos; antes, bien, persuade al menos entendido en estos asuntos, de más importancia y transcendencia de lo que se suponen los exponentes y la Sección del Instituto, no ya de la conveniencia, sino de la necesidad de mantener íntegra la exigencia de que las oficinas de Farmacia sean propiedad del farmacéutico que las dirija.

Y no se diga que estos preceptos, tildados de arcaicos, deban modificarse en armonía con el derecho que otorga á todos el artículo 13 de la ley fundamental del Estado y la más reciente ley regulando el derecho de Asociación, porque desde luego se advierte, sin necesidad de desentrañar el motivo fundadísimo en que se apoyó el viejo legislador para dictar estos preceptos, que entre nosotros perduran hace siglos, que aquellas disposiciones legislativas no sólo no han derogado la ley de Sanidad ni las sabias Ordenanzas de Farmacia, sino que las mantienen en su integridad, y, por ello, claro es, que en aquella parte en que las mudanzas y las exigencias de los tiempos han exigido modificaciones ó condenado á inexorable muerte.

Cierto que en Bélgica y en Italia, y aun muy restringidamente en Francia, funcionan farmacias propias de Sociedades de Socorros; pero aparte de lo que puede significar lo que se hace en el

extranjero, en su aplicación á las necesidades y á las conveniencias nuestras, no puede desconocerse que en los dos primeros países citados es muy otra la organización de la Farmacia, y que en la misma Francia circunstancias que hay para que puntualizar aquí han exigido reformas que, sin romper con lo preceptuado en la ley del 21 Germinal del año X (15 de Diciembre de 1803)—medio siglo más vieja que nuestra ley Sanitaria y nuestras Ordenanzas de Farmacia—armonizan con disposiciones impuestas por el progreso, como la ley de Fraudes de 1908 y otras varias.

Y si lo ya dicho basta para demostrar que legalmente no puede accederse á las peticiones formuladas, afirmamos también resueltamente que la exclusiva finalidad que perseguimos puede realizarse y se realiza, en su parte atendible, sin alterar en una tilde siquiera las vetustas Ordenanzas de Farmacias.

«Asegurar la escrupulosidad del servicio de los asociados». Pues qué, ¿puede dudarse de que no se haga con escrupulosidad el servicio á todos, para todos y en todos momentos en las oficinas de Farmacia de que son dueños los mismos farmacéuticos que las dirigen? ¿Quién pondrá en duda esto? ¿En qué se funda el que parezca que duda de eso? Pues si es como debe de ser, y es así seguramente en todas y en cada una de las boticas, y si á mayor abundamiento, la administración cuida por los medios que la ley consigna de que en todo momento esté garantida la escrupulosidad en la preparación y dispensación de los medicamentos, los obreros asociados, las Sociedades de Socorros y Cooperativas de todas clases no han menester de boticas suyas para esa finalidad, sino sencillamente acudir á las Farmacias que ahora funcionan con arreglo á la ley.

«Limitar el precio de las fórmulas y medicamentos». En nuestras oficinas se ha facilitado siempre á los obreros la adquisición de lo que en el informe se llaman fórmulas y medicamentos con grandísimo desinterés, y para demostrarlo bastaría recordar los igualatorios que funcionan siempre en los partidos rurales de España y aun en otro tiempo en las mismas capitales, y hoy se practican en éstas en forma de Sociedades dedicadas á proporcionar asistencia facultativa por módico precio.

«Destinar los beneficios ó exceso de percepción á *instituciones sociales* de carácter benéfico». Lo que, en puridad de verdad, quiere decir que las Sociedades cooperativas aspiran á explotar la venta de medicamentos; y eso no lo admite la misma

ley reguladora del derecho de Asociación, siquiera para demostrar lo contrario se invoquen las palabras «que no tenga por único y exclusivo objeto *el lucro ó la ganancia*», porque bien examinado el asunto y manteniendo lo consignado en párrafos anteriores, las Farmacias cooperativas no perseguirían más finalidad que esta última, es decir, *el lucro ó la ganancia*, abriendo las puertas de las boticas á asociados y extraños, á todos, para comerciar—esta es la palabra precisa y exacta aplicable al caso—con la «fabricación y la venta de los medicamentos».

La Sociedad, en este respecto, no sería de «producción», tal como se define en la exposición de las Cooperativas, porque no se constituiría por farmacéuticos asociados para elaborar medicamentos y venderlos y distribuirse entre sí los beneficios que obtuviesen, sino que se limitarían, sin producirlos, los mismos asociados á vender los medicamentos con objeto de lucro, distribuyéndose los beneficios ó destinándolos á Instituciones más ó menos benéficas.

Y precisamente este es el lado más peligroso de la autorización que se pide al Gobierno, no ya tan sólo para las clases farmacéuticas, que verían maltratados sus intereses, tan respetables como los de los obreros asociados, y desconocidos sus derechos, consagrados por la ley para garantizar la salubridad pública, sino para las mismas Sociedades cooperativas, ó más propiamente para los obreros asociados, por cuanto no encontrarían en las boticas «suyas» la garantía que brinda la ley al exigir que vengan unidas en una misma persona la propiedad de la oficina y las funciones profesionales, propias del legítimo farmacéutico.

No es necesario, á nuestro entender, ampliar las consideraciones expuestas para llevar al ánimo de V. E. el convencimiento de que «legalmente» no puede ni debe accederse á lo que piden las Sociedades cooperativas, y propone en su luminoso informe la Sección primera técnico-administrativa del Instituto de Reformas Sociales, comprendiéndolas entre las corporaciones autorizadas para tener botica á que se refiere el art. 4.º de las mentadas Ordenanzas de Farmacias, porque ni el recuerdo de la autorización concedida á la Administración Militar por el art. 7.º de la ley de Presupuesto de 24 de Junio de 1885, ni la sentencia del Tribunal de lo Contencioso-Administrativo del 21 de Febrero de 1893, relativa á la Farmacia Municipal de Sevilla, ni lo que se refiere á las oficinas de Hospitales, Reales Sitios, Hospicios Pre-

sidios, etc., puede aplicarse, en nuestra opinión, al caso que nos ocupa.

La clase farmacéutica continúa soportando, porque á ello le constriñe una fuerza mayor, las disposiciones emanadas de los Poderes públicos, en virtud de las cuales se autorizó á las clases militares y á algunos Ayuntamientos para instalar oficinas de Farmacia; pero hoy y siempre, cual lo hizo á su debido tiempo, sostiene viva la protesta contra esas mismas disposiciones, por lesivas á derechos suyos, que anteriormente sancionará el Estado, y también á sus intereses.

La equidad, en asuntos de gobernación de los pueblos, consiste precisamente en garantizar los derechos respectivos y reconocidos de todos los organismos sociales, de tal suerte, que por favorecer los de unos no se perjudiquen, como acontecería en el caso presente, los de otros.

En suma: que si el derecho á la vida de las clases obreras es sagrado é inteligible, no lo es menos el de la clase farmacéutica.

En virtud de lo expuesto, los que suscriben, respetuosamente, piden que no se acceda á lo solicitado por las Sociedades cooperativas y propuesto por el Instituto de Reformas Sociales, manteniendo íntegramente el principio contenido en las Ordenanzas de Farmacia, según el cual esta profesión ha de ejercerse en oficina que sea propiedad del farmacéutico que la dirija.

En méritos de todo lo expuesto, los que suscriben, con la representación que ostentan,

A V. E. suplican se sirva desestimar lo solicitado por las Sociedades cooperativas de Cataluña y Baleares y Asamblea Nacional de Zaragoza, propuesto por el Instituto de Reformas Sociales, en lo que se refiere á que se reputen estas Sociedades autorizadas para tener botica, ó, en otro caso, antes de resolver oír á la clase farmacéutica, por si de tal modo y para fin de completa justicia, pudieran armonizarse tan opuestos intereses, que afectan honda y directamente á la salud pública.

Así lo esperan de la justificación de V. E. cuya vida guarde Dios muchos años.

Madrid, 6 de Julio de 1910.

Por el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, *Eduardo Blanco y Raso, Francisco Garcerá y Agustín Sánchez, Santana.*

Por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, *Felipe Guasch, Julio Trenard, José Valles y Ribó y Manuel Tarragó.*

Por el Colegio de Vizcaya, *Manuel Saralegui y Daniel Soto*.
Por el Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza, *Ricardo José Górriz y Jesús María Zuloaga*.

Revista de Revistas.-Bibliografía

- 1) **L. Hallian**. El problema del cáncer y la biología general.
—Presse Medical, 1909.

El problema patogénico del cáncer, no obstante las constantes y variadas investigaciones modernas que se citan practicando, se halla todavía en período de discusión. El gran interés que despierta no es solamente de carácter práctico, sino también científico y especulativo, por la conexión que tiene con los conocimientos generales de la biología celular.

Dos teorías principalmente gozan de gran favor entre los patólogos: una microbiana ó parasitaria y otra celular. Defendida la primera por el Dr. Borrel y la segunda por el Dr. Menetrier, voy á exponer una variante de la celular, de la cual vengo ocupándome hace diez años, á la vez que de ellas.

Todos convienen en que una célula cancerosa es hija legítima de otra normal del organismo. ¿En qué se funda su semejanza? En sus atributos específicos zoológicos y anatómicos.

La célula normal convertida en cancerosa, conserva su especificidad zoológica, por cuanto no se injerta y desarrolla más que en el medio humoral del animal donde ha nacido.

A la especialidad zoológica hay que sumar la anatómica, á la que se aplica particularmente el término de *especificidad celular*. Esta corresponde á la noción de tejido, habiendo, por consiguiente, tantas especies de células como tejidos distintos existen. La especificidad anatómica se constituye poco á poco en el curso del desarrollo del ser. Así, del óvulo fecundado nacen, por excisiposidades sucesivas, elementos cada vez más diferenciados, que constituyen especies transitorias de las que se originan, por una evolución metódica, las especies definitivas. Establecida la especificidad anatómica, tiene una gran fijeza, manteniendo sus caracteres esenciales, al través de las proliferaciones y modificaciones normales y patológicas más diversas, persistiendo además, en las transplantaciones é ingertos.

Se la conoce también en el tejido canceroso nacido de una especie celular dada, á pesar de las aberraciones metatípicas que puedan enmascararlas.

Ahora bien: el tejido canceroso difiere del sano por una singular potencia de crecimiento ilimitado. Las células normales de cada especie, individuos parciales del individuo total, pasan por las fases sucesivas de juventud, madurez y senilidad para concluir con su muerte.

Esta evolución fatal puede sufrir detenciones ó aceleraciones accidentales ó morbosas. Las hiperplaxias è hipertrofias pasajeras ó duraderas pueden modificarla, pero la vejez progresiva, de ninguna manera. Esta ley final no rige con las cancerosas, pues los resultados obtenidos por ingertos verificados en serie del cáncer, han demostrado su reproducción indefinida.

Resulta, pues, que la célula cancerosa es una *anarquista orgánica* por su crecimiento y reproducción, así como por su acción tóxica, propiedades ambas sustitutas de sus funciones normales.

De suerte que actúa como un parásito, lo cual le da semejanza al cáncer con una infección.

¿Cómo puede explicarse que una célula adquiera tan especiales condiciones? La causa y la naturaleza íntima del proceso nos son ignoradas. Todo se halla reducido á hipótesis con razonamientos hechos por analogía. Si del proceso canceroso, cuyo primer término no es desconocido, nos aproximamos á otro cuyo principio lo conocemos, advertimos una gran semejanza entre ambos que nos da derecho á pensar en la similitud probable de su causa productora.

Semejante razonamiento, justificado por hechos ulteriores, ha dado lugar á la clasificación de las enfermedades infecciosas, mucho antes que fuera descubierto el agente patógeno. Esta manera de inquirir, puede ser aplicada al cáncer. Dado el que se conocen los fenómenos biológicos esenciales por los cuales se define la célula cancerosa, se debe buscar en el dominio de la biología celular patológica ó normal, las series de fenómenos que les sean comparables en el más alto grado.

La existencia de analogías entre los cánceres y las infecciones, han dado lugar á la teoría micróbica, pero estas apariencias se explican por las propiedades parasitarias de la célula cancerosa en sí misma.

Los hechos, por otra parte, son poco probatorios en concepto de la mayor parte de los autores contemporáneos, y sobre todo hay otros motivos importantes con los cuales es imposible conciliar esa teoría, bién se atribuyan todos los cánceres á un sólo parásito ó bién se admitan tantas especies micróbicas como hay de neoplaxias cancerosas.

Suponiendo el primer caso, no se comprenderían los cánceres mixtos, sea en el foco primitivo ó en los secundarios, al transformar

el microbio muchas especies de células. Estos, que son raros, debieran ser comunes.

Para eludir esta objeción, es necesario suponer que existen tantos agentes patógenos distintos y electivos, como tejidos específicos capaces de convertirse en cancerosos.

Así es que el Dr. Borrel dice: «Que en el cáncer del seno, testículo, riñón, sarcomas, epitelumas, condromos, etc, de los diversos órganos, hay más de una especie micróbica». De este modo se explicaría que un epiteloma inoculado no pudiera dar origen á otro, por no contener más que un microbio capaz de infectar una sola especie de células epiteliales.

Pero, además, hay que tener en cuenta que un tumor no es inoculable de una especie animal á otra. El supuesto microbio sería un tipo especialísimo, no solamente á una especie celular, sino también á otro animal determinado.

De modo que para concebir el número de especies de microbios cancerígenos que existen en la naturaleza, sería preciso multiplicar el número de especies celulares susceptibles de transformación cancerosa por el de especies animales capaces de sufrir los tipos de cáncer. ¡Esto sería una enfermedad inadmisibile!

Pero hay más y he aquí otra dificultad grave: la propagación y transmisión del cáncer se verifican no en forma de inoculación microbiana, sino por injerto y á condición de que la célula cancerosa conserve su vitalidad.

Al contrario de lo que se observa en todas las infecciones conocidas, sería preciso admitir que el agente infectante, que ha podido por sí mismo, contaminar las células sanas dando lugar al cáncer primitivo, sería incapaz de producir focos secundarios por el mismo procedimiento.

El microbio del sarcoma, por ejemplo, introducido en un tejido sano, sería capaz de pervertir á las células conjuntivas sanas ó afectadas de lesiones vulgares: en una segunda fase, este microbio no podría más que entretener la proliferación de las células conjuntivas cancerosas, sin tener poder bastante para atacar á un elemento sano. ¡Esto sería muy singular desde luego, pero, sin duda alguna, posible!

De todas maneras, las cosas suceden como si el microbio presunto no obrara más que durante el período transitorio, para luego desaparecer. Supongamos que así sea: desde luego sería producida en la célula, en presencia del parásito, una proliferación indefinida y persistente, de un carácter especial, análogo al de la fecundación.

Así, la célula fecundada por un microorganismo infectante extraño á su especie, se convertiría en infecioso á su vez.

Si un hecho de este género se demostrara, tendríamos que acomodarlos á él, pero éste es improbable, por ser contrario á las nociones adquiridas, como quiera que solo las células de la misma especie son capaces de fecundación recíproca. En cuanto á los desarrollos partenogénicos obtenidos sin fecundación, parecen ser muy limitados para que se puedan poner en paralelo con el poder indefinido de crecimiento que caracteriza al cáncer. En definitiva, á pesar de los argumentos expuestos por los partidarios del parasitismo canceroso, creo con el Dr. Menetrier y los histólogos, que no están en terreno firme, aunque dada la semejanza existente entre el cáncer y las infecciones micróbicas, puédate autorizar la hipótesis microbiana en sus génesis.

A la teoría parasitaria se opone la celular. Bajo la influencia de una causa, que no hace falta que sea específica ó de otras, la célula sufre en ciertas aptitudes que goza una modificación profunda é indeleble que le transforma en un parásito peligroso y dañino. ¿Qué proceso es el que determina esta perversión? Tal es el problema que á la biología corresponde resolver.

El Dr. Menetrier ha expuesto la idea de una *selección celular patológica*. Bajo la influencia de causas irritativas diversas, ciertas células sucumben y otras, por el contrario, reaccionan por un aumento de su vitalidad que se refuerza al través de proliferaciones ulteriores.

De aquí nacería la selección patológica que da lugar á razas celulares nuevas, autónomas é independientes, fenómeno análogo al que tiene lugar entre animales y vegetales obtenidos artificialmente por selección.

Estas modificaciones se originan gradualmente y partiendo de reacciones simples de hiperplaxia en inflamatoria, pasando por la hipertrofia adenomatosa, para terminar en el epiteloma infectante y atípico. La selección se opera eligiendo las cualidades ó propiedades naturales, pero no creándolas.

Esta manera de concebir es muy interesante. En todos los casos, los caracteres esenciales por los cuales se diferencian dos razas ó especies nacidas la una de la otra, por selección ó por mutación brusca, no son precisamente del mismo orden que aquellos por los cuales, la célula cancerosa se distingue de su generatriz normal. En la evolución cancerosa, en efecto, son los caracteres específicos fundamentales los que subsisten. La modificación principal que se opera consiste en la *abolición de la senectud* y que necesita una explicación.

Uno de los caracteres salientes de la célula cancerosa, hemos dicho es, que en el seno de un organismo envejecido, aparece ella con atributos de una célula joven, sobresaliendo su vigor proliferativo. La explicación que de esto da Cohnheim sobre el despertar de ciertas células dormidas durante el período embrionario, dando lugar esa energía reservada al desarrollo de un cáncer, no es cierta ni aplicable más que á los quistes dermóideos. Y tanto es así, que una célula embrionaria debe dar origen, no solo á un tejido de especie única, sino también á otros varios, como quiera que tiene en sí el gérmen de todos.

En realidad, la célula cancerosa no es un elemento que ha permanecido joven en medio de otros en camino de vejez, sino más bien un elemento nacido de otros viejos, con caracteres vigorosos de juventud.

Para darse cuenta de este hecho capital, así como también de otras particularidades del cáncer de carácter biológico, sostengo desde hace diez años, una hipótesis que deduje de un trabajo clásico de Maupas sobre la reproducción de los infusorios. He tenido ocasión de recordarlas, á propósito de una lección interesante del Dr. Debove, sobre la anarquía celular en el cáncer.

La teoría que he defendido con el calificativo de Kariogámica, tiene por base el siguiente razonamiento: 1.º en el cáncer existe un rejuvenecimiento de un tejido viejo y la biología nos enseña, de un modo general, que dicho fenómeno es debido á fecundaciones celulares.

2.º Estas últimas se verifican por fusión de los núcleos celulares, es decir por Kariogamia. 3.º Hay derecho á pensar que el caso del cáncer se halle comprendido en la ley general citada, aunque aplicada de un modo intempestivo, es decir patológico 4.º Esta hipótesis admitida, explica fácilmente los principales hechos relativos al cáncer. 5.º Ciertas observaciones recientes están de acuerdo con las previsiones de la hipótesis.

Consideramos ahora lo que sucede en el embrión con una célula en el momento en que adquiere caracteres estables y específicos: sea ella, por ejemplo, una renal.

Esta, en virtud de la fecundación ovular que ha dado impulso al desarrollo de todos los tejidos, va á hacerse origen de un gran número de generaciones y que podemos apreciar al conjunto como un individuo pluricelular que forma parte integrante de individuo total, pasando como él, por los estados de juventud, madurez y vejez. La reserva de impulsión evolutiva procedente de la fecundación inicial, se agota progresivamente de generación en generación.

Consideremos también, en lugar de una especie celular formando

parte del organismo de un vertebrado, una especie celular que tiene una vida independiente, pero presentando el fenómeno de la senectud.

El ejemplo nos suministran los infusorios, seres unicelulares estudiados por Maupas. Un infusorio ha sido fecundado por otro semejante, que ha cambiado con él la substancia nuclear dando lugar á la Kariogamia.

Este infusorio, en virtud de esa fecundación, va á dar lugar á gran número de generaciones que podemos ver en ellas el conjunto como un individuo pluricelular que pasará por las fases de juventud, madurez y senectud.

Llegado á esta última, muere porque las células que le componen en ese momento son incapaces de dividirse: la reserva de impulsión evolutiva que tenían, se ha unido agotando de generación en generación, como en el caso anterior.

Entre estos dos órdenes de hechos hay un paralelismo evidente. Sin embargo, he aquí la diferencia: normalmente, la línea descendente celular senescente de un tejido de vertebrado no es capaz de regenerarse directamente, mientras que normalmente en un infusorio, especie libre, puede verificarse por el procedimiento siguiente:

Los infusorios en los cuales la generación corresponde al estado de madurez de la línea descendente se conyugan entre ellos y practican la Kariogamia cuando se hallan en condiciones al efecto.

Cada uno de los infusorios, así fecundado, será origen de un individuo pluricelular, que evolucionará á su vez, como ya queda expresado.

La perpetuación normal de una especie celular en la que existe la senectud, está ligada á fecundaciones recíprocas, que tienen lugar entre células de esta especie y rejuvenecen la línea descendente que se halla en vías de agotamiento.

Ahora bien: el cáncer ¿no será, como otros casos patológicos, la expresión dislocada é inoportuna de esta ley general? El desarrollo de las especies celulares en un vertebrado, en el curso de la ontogénesis, recuerda la evolución de las especies celulares libres: la tendencia de la especie á perpetuarse por sí misma *motu proprio*, es normalmente reprimida en los primeros, pero ciertas circunstancias anormales pueden inducirles á manifestarse. Tal es la teoría Kariogámica.

Esta manera de ver, permite interpretar, sin dificultad, las particularidades más salientes que definen el proceso canceroso. El acto por el cual la célula de un vertebrado se separa de las leyes de la ontogénesis, le confiere un carácter anárquico que explica la marcha del

cáncer. Este acto, expresión de tendencias latentes, tendrá más facilidad en presentarse cuando exista una predisposición hereditaria del tejido ó por circunstancias anormales ó patológicas diversas: todo lo que sabemos de causas secundarias del cáncer se acomoda á esta manera de ver el asunto.

La importancia que tiene la teoría Kariogámica para explicar mejor que otras la razón del por qué de la edad del sujeto para el nacimiento del cáncer, es incontestable. En efecto: en los seres en los cuales el rejuvenecimiento por conjugación es normal, se nota que no es posible llegar á él, ni en estado juvenil ni en el de extrema senectud. Es preciso un período especial llamado de *madurez Kariogámica*, que precede al de caducidad. Este es precisamente en el que aparece el cáncer.

Recuérdese que la teoría expuesta parece haberse confirmado por ciertos hechos de observación histológica, tantas veces cuantas se han podido reunir datos de los resultados que todavía son discutidos. De investigadores autorizados se saben las estrechas analogías que existen entre ciertas figuras celulares, que les han parecido especiales al cáncer y las células normales de la línea seminal, espermatozoides y óvulos. Se hace constar que en los elementos cancerosos, el número de filamentos del núcleo (número que es invariable en las células somáticas normales) se hallan reducidos á la mitad, como sucede normalmente en los elementos seminales: por lo cual se sabe que esta reducción nuclear caracteriza precisamente la aptitud de una célula para la fecundación Kariogámica.

He de llamar la atención, finalmente, sobre otro signo de parecido entre las células cancerosas y las reproductrices y es su común fragilidad ante los rayos de Retögen.

A esta hipótesis del rejuvenecimiento Kariogámico se le ha combatido por excesivamente especulativa por los Drs. Menetrier y Giard: pero ¿hay alguna otra que no sufra esa y otras críticas?

¿Qué pretensiones puede tener una hipótesis?

No contradecir ninguna noción cierta y establecer, por un conjunto de hechos, algunas probabilidades posibles.

Creo que la hipótesis expuesta satisface esas dos condiciones, como quiera que no hace más que suponer una comunidad de naturaleza entre el proceso patológico del cáncer y ciertos procesos normales dados á conocer por los biólogos, que en mi opinión pueden lógicamente ser comparados.

2) **Rovira Oliver.** Diarrea de los niños de pecho.—*La Tri-buna Médica.*

El Dr. Metchnikoff ha llevado à cabo concienzudas investigaciones para averiguar la naturaleza de la diarrea de los niños de pecho. Con este objeto ha experimentado sobre conejillos y sobre chimpancés, y sus experimentos no dejan la menor duda respecto à la naturaleza infecciosa de dicha enfermedad.

La alimentación no debe ser en modo alguno considerada como el factor preponderante de la diarrea, toda vez que la de los animales sobre que operaba Metchnikoff, en nada se distinguía de la normal. La influencia de una temperatura elevada debe igualmente excluirse: primero, porque los experimentos relatados por el autor fueron practicados en septiembre, con una temperatura moderada, y, además, porque los chimpancés están naturalmente adaptados à soportar los fuertes calores.

Una vez establecida la naturaleza infecciosa de la diarrea de los niños de pecho, era preciso averiguar el agente que la causa. El estudio de las materias fecales de los niños afectos de esta enfermedad ha llevado al Sr. Metchnikoff à fijarse en el bacilo proteo, pues lo ha hallado en gran abundancia en las evacuaciones de 36 enfermitos de los 40 sobre que ha operado, mientras que, generalmente, no se encuentra cuando no hay diarrea.

Por medio de la experimentación con cultivos puros del proteo, el Dr. Metchnikoff ha obtenido buen número de datos, que le obligan à reconocer que dicho bacilo es realmente un microbio patógeno, cuyo papel en las diarreas infantiles no puede negarse. ¿Y por qué vía puede el niño ser infectado? Necesariamente ha sido preciso pensar en la leche de vacas, à la cual se acrimina corrientemente como causante del mal, cuando se emplea sin ser hervida ó esterelizada. De tal modo está arraigada esta creencia, que en casos perfectamente establecidos, en que los niños han sufrido la diarrea, à pesar de no haber bebido más que leche perfectamente hervida ó esterelizada, se ha acusado à los venenos de los microbios de la leche, venenos capaces de resistir à la cocción. Pero, de conformidad con los datos de Tissier y Gasching, el Dr. Metchnikoff ha comprobado que el proteo sólo rara vez se encuentra en la leche de vacas. En cambio, la capa superficial de la carne y la corteza de los quesos blancos lo contienen à menudo; las materias fecales de un buen número de animales tales como la vaca, el caballo, el perro, el gato, lo albergan en gran cantidad, y los ali-

mentos de naturaleza vegetal, en especial las uvas, los rábanos y la ensalada, en cantidad aun mayor.

Sentados estos hechos, algunos de los cuales han sido determinados por los señores Distaso y Choukewitch, colaboradores del Señor Metchnikoff, ha tratado éste de darse cuenta de la marcha del contagio por el proteo, marcha que se imagina del siguiente modo: Durante la estación de los calores, las moscas transportan el microbio desde las deposiciones de los animales hasta los alimentos que ellas apetezen. Consumidos dichos alimentos sin ser previamente desinfectados, introducen en el tubo digestivo de las personas que los ingieren cantidades de proteos, y el contacto prolongado de esas personas con los niños de pecho basta para contaminar á éstos con el microbio malhechor. En cuanto á los alimentos ensuciados por el estiercol y que son consumidos crudos, como las ensaladas y los rábanos, son capaces de hacer que el proteo llegue al tubo digestivo en cualquier momento del año, aunque en verano mucho más que en invierno.

El proteo, bien tolerado por la mayoría de los adultos, es, sin embargo, capaz de provocar también diarreas en ellos. En los dos casos de cólera nostras, presentados el vereno último en Conflans y en París, casos que pudieron ser juzgados como de cólera asiático y que fueron estudiados en el Instituto Pasteur, el Sr. Salimbeni aisló precisamente una gran cantidad de proteos.

Las investigaciones de Metchnikoff, al propio tiempo que demuestran que la diarrea infantil es una enfermedad infecciosa, en la que el proteo desempeña un papel importantísimo, indican las medidas que conviene tomar para evitarla. No es bastante *pasteurizar*, hacer hervir ó esterilizar la leche de vacas que se da á los niños, sino que es preciso, además, que las manos con las que se les toca y el pecho que se les ofrece, hayan sido previamente lavados con agua y jabón, para evitar la infección por el contacto.

Será de suma utilidad que las personas que cuidan á los niños impidan la penetración del proteo en su tubo digestivo, bastando para conseguirlo sumergir los alimentos vegetales en agua hirviendo durante unos cuantos segundos, pasar por la llama la corteza de los quesos, no comer carne cruda, etc.

La limpieza de las calles y la destrucción de las moscas constituyen también buenas medidas profilácticas.

Si se toman debidamente las precauciones que se acaban de apuntar, téngase por seguro que disminuirá grandemente la mortalidad infantil.

3) **Umbert.** Nota sobre la sífilis ignorada.—*La Tribuna Médica.*

La clásica evolución de la sífilis ofrece infinidad de excepciones. Un individuo que tuvo un chancro y que no sabe si tuvo roseola, ve aparecer al cabo de unos años un goma ó un síndrome nervioso, sin que en el intermedio ofreciese ningún otro síntoma. Este individuo, que no tomó Hg., estuvo siempre en la duda de si fué ó no sifilítico. Tal otro, que ni siquiera recuerda haber tenido chancro alguno, se presenta un día con una perforación del velo ó un sifilide tubérculo-gomosa de las partes blandas de la nariz. Otro, que no sufre ni ha sufrido de afección alguna sifilítica, acusa una polimortalidad infantil sospechosa y que se remedia administrándole el Hg., etc. etc.

Casos así, que no son raros, son aquellos precisamente que proporcionan los grandes éxitos. Podríase pensar que son sífilis hereditarias, pero estoy convencido de que no lo son todas, aunque los casos de sífilis ignoradas.

Las dos historias que expondré son verdaderamente típicas y dan lugar á sentar la siguiente conclusión: Es preciso desconfiar de los datos y afirmaciones de los enfermos cuando se trate de hacer un diagnóstico retrospectivo de la sífilis, el cual debe fundarse en los casos de certitud exclusivamente en los estigmas.

Así es completamente inútil hacer constar al principio de una historia clínica, que el enfermo carece de antecedente sifilíticos, debiendo decir que carece ó tiene estigmas de sífilis.

Un compañero de profesión, y no poco instruido, se me presentó en el siguiente estado: Perforación, ó mejor destrucción, del velo del paladar, úlceras gomosas de la faringe, imposibilidad de comer y beber si no es con cuidado, pues de otro modo salta por la nariz (cuyo lóbulo está igualmente destruido) el alimento sólido ó líquido que toma. Hace más de un año que sufre y los diferentes médicos consultados han apuntado todos los diagnósticos posibles, sin dar precisamente con la sífilis, á pesar de reunir en la forma de las ulceraciones y en la evolución de la enfermedad, una serie de caracteres que denunciaban á la legua su causa. ¿Por qué no se hizo antes el diagnóstico? Por no creer en la sífilis ignorada; por no creer que una sífilis puede evolucionar de un modo tan callado que no da lugar durante años á síntoma ninguno después de haber ofrecido un síntoma primario tan benigno que pasó desapercibido ó no adquirió importancia á los ojos del enfermo.

En este caso, como en el siguiente, hice el diagnóstico sin preo-

cuparme de las denegaciones de nuestro compañero y una pronta curación confirmó mi aserto.

Otro compañero, que además es especialista en enfermedades venéreas, acude á mi despacho acompañado de un distinguido especialista en las enfermedades de la nariz, garganta y oído para consultarme acerca una neoformación aparecida desde hace tres meses en el lóbulo de la nariz. Después de un detenido examen y de informarme respecto á la época de aparición, pude afirmar igualmente la sífilis, diagnóstico que confirmóse á posteriori por los efectos de la medicación ordinaria.

He aquí dos casos bien curiosos, por cierto, de sífilis ignorada en dos médicos, los cuales no presentaban estigma ninguno de heredo ni de afección anterior. Ambos son para servir de base á la conclusión que senté al principio y que evitará con seguridad muchos errores sirviendo de norma en la práctica.

Si es posible que dos médicos se infecten de sífilis y no se enteren hasta que importantes ó graves afecciones les obliguen á procurarse todos los medios de diagnóstico, ¿qué no sucederá entre el vulgo y qué caso puede hacerse de sus negaciones?

Es ya una práctica general y muy saludable tratar como sífilíticos aquellos casos de afecciones cuya naturaleza sífilítica es comunmente comprobada y esto á pesar de las denegaciones de los enfermos. También es práctica corriente entre tocólogos y ginecólogos administrar el Hg., en los casos de polimortalidad infantil ó abortos repetidos cuyas causas no aparecen bien claras.

Para concluir, no será inútil la siguiente observación. Casi todos los casos de sífilis ignoradas ocurren en individuos con fimosis congénita, circunstancia muy a propósito para que la evolución de un chancro pase desapercibida.

Bibliografía

4) Royo Villanova.—Esfigmogramas.

El Dr. Royo Villanova ha publicado un curioso libro en el que con la cultura y el estilo propio y castizo de sus escritos nos hace interesantes é instructivos una porción de temas más ó menos relacionados con asuntos médicos.

Beefsteak de camello.—Los médicos del «Novel».—El cake.—Hablemos del cólera.—Prosigamos con el cólera.—Insistamos con el cólera.—Perseveremos en el cólera.—Persistamos en el cólera.—Si

gamos con el cólera.—Terminemos con el cólera.—Cajal y la Neurona.—La enfermedad de Costa.—¿Enferma de voluntad?—El centenario del tifus.—El tifus del centenario.—Telepatías.—El crimen de Calatayud.—Literatura y Medicina.—Cómo murió Jesús crucificado.—El caso de M.—El caso de E.—Crónicas y dictámenes.—Medicina y Literatura.—El termómetro de la Virgen.—Tristeza y juventud.—La neurastenia y los periódicos, etc., etc., son brillantes crónicas trazadas con desenfado é interés grande.

El autor de «El cura, la cura y locura Kneipp» es demasiado conocido entre los médicos españoles por sus brillantes trabajos, y acaba de darnos una prueba más de sus conocimientos amplísimos y de su buen gusto literario publicando éste interesante y curioso libro.

Seguros estamos de que muy pronto quedará agotada y de que su fecunda pluma dará á la publicidad dentro de poco una nueva obra. La esperamos con impaciencia. Nuestra enhorabuena al Dr. Royo Villanova y nuestra promesa de que en un número próximo de nuestra revista publicaremos alguno de los artículos del citado libro.

5) **W. A. Mackay y J. Macdonald.**—El tratamiento moderno de las enfermedades crónicas del estómago y del duodeno.

A todo médico á quien interese esta clase de estudios, recomendamos con verdadero interés la lectura de este concienzudo trabajo.

Ochenta y cinco casos de gastroenterostomía practicados por estos autores, han servido de base para exponer su criterio personal sobre diferentes puntos de patología del aparato digestivo.

El índice de la obra comprende los siguientes temas que desarrollan de manera clara y precisa: Indicaciones y contraindicaciones de la Cirugía de las enfermedades gástricas.—Examen clínico del estómago.—Úlcera crónica del estómago.—Estenosis del píloro.—Dilatación del estómago.—Cáncer del estómago.—Tétanos gástrico.—Úlcera del duodeno.—Operación de la gastroenterostomía.—Estadística operatoria.

6) **Codina Castellvi.**—El tifus exantemático de Madrid en el invierno de 1909.

El distinguido académico de la Real de Medina, D. José Codina y Castellvi, ha publicado este interesante trabajo en donde da á conocer las investigaciones clínicas que ha llevado á cabo en el pabellón 8.º

del Hospital de San Juan de Dios (Madrid) durante la epidemia de tifus exantemático, que agotó á Madrid en el invierno de 1909.

Es la obrita, que consta de 85 páginas, un estudio detalladísimo y completo del tifus exantemático.

Un médico tan detallista como el Dr. Codina, con un material de observación de 600 casos de tifus exantemático, ha de publicar seguramente algo que ha de interesarnos. Para el que conozca su valer y sus trabajos no decimos nada, pues seguramente habrá ya leído el libro; para los demás compañeros lo recomendamos con verdadero aplauso que lo lean.

7) C. Compaired.

Hemos leído un folleto de este distinguido oto-rino-laringólogo que contiene las cuatro comunicaciones presentadas por él en el tercer Congreso Español de esta especialidad, celebrado en Sevilla en Abril de este año.

¿Debe anesthesiarse en la Adenoidotomía? A propósito de un caso de fistula congénita tiro-laringo-lingual. La verdad clínica de un nuevo anestésico local en oto-rino-laringología. La atrofia ozenosa y sus complicaciones oto-cráneo-cerebrales, son los títulos de las comunicaciones.

En todos ellos se aprecia á primera vista el valor y conocimientos profundos de la especialidad que posee el Dr. Compaired.

Sección Profesional

V. Congreso internacional de Obstetricia y de Ginecología, bajo el patronato de S. M. el Emperador de Rusia.—San Petersburgo del 22 al 28 de Septiembre de 1910.

COMITÉ DE ORGANIZACIÓN

Presidente, Profesor Dm. de Ott.—San Petersburgo, Wassily Ostrow, ligne de l' Université, 3.

Miembros del Comité: Dr. C. Videmane (San Peterburgo).—Profesor N. Gavronsky (Kharkoff). — Profesor I. Grammatikati (Tomsk).—Profesor V. Grouzdeff (Kazan).—Profesor A. Goubareff (Moscou).—Profesor A. Lebedeff (San Peterburgo).—Profesor P. Mikhine (Kharkoff).—Profesor S. Mikhnoff (Jourieff).—Profesor A. Mouratoff (Kieff).—Profesor V. Orloff (Odessa).—Profesor N. Pobiedinsky (Moscou).—Profesor Ratchinsky (San Petersburgo).—Pro-

fesor G. Rein (San Petersburgo).—Profesor V. Sneguireff (Moscou).—Profesor B. Stroganoff (San Peterburgo).—Profesor N. Fenomenoff (San Petersburgo).—Profesor A. Schmidt (San Petersburgo).—Profesor Jasinky (Kharkoff).—Profesor N. Jastreboff (Varsovia).—Profesor Federoff (Varsovia).

Secretario general, Profesor P. Sadovski, San Petersburgo, Nevski, 90.

Tesorero, Profesor A. Zamchine, San Petersburgo, Wassily Ostrow, ligne de l' Université, 3.

COMITÉ ESPAÑOL

Presidente, Profesor Fragas, Barcelona.

TEMAS DE LA ORDEN DEL DÍA

1) *Operación cesárea.*

Ponentes: Profesor Bumm (Berlin).—Brandt (Christiania).—Doleris (París) y Roulh (Londres).

2) *Terapéutica no operatoria del cáncer del útero.*

Ponentes: Profesor Mangiagalli (Milan).—Betrix (Ginebra).—Doyen (París) y Meyer (Copenhague).

3) *Vator comparativo de los diferentes procedimientos operatorios en el tratamiento de las desviaciones uterinas.*

Ponentes: Profesor Schautta (Viena).—Westermarck (Stocolmo) y Hofmeier (Wurgbourg).

4) *La vía vaginal en el parto y en Ginecología.*

Ponentes: Profesor Martin y Sung (Berlin-Gotinga).—Treib (Amsterdam) y Wertheim (Viena).

5) *Influencia del sistema nervioso en el origen y comprobación de las hemorragias uterinas.*

Ponente: Profesor Macnavgton, Iones (Londres).