

GACETA MÉDICA DEL NOROCC

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXI

Bilbao - Diciembre - 1915

Núm. 252

SUMARIO

- La inapetencia en los niños*, por el Dr. Roig-Raventos.
La opoterapia placentaria y sus efectos galactógenos, por el doctor Antero Noailles.
Posibilidad de establecer un diagnóstico precoz de la meningitis cerebro-espinal y deducciones profilácticas y terapéuticas, por el Dr. J. Aguilar Jordán.
Revista de Revistas.
Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.
Premio del Dr. Camiruaga.
Bibliografía.

LA INAPETENCIA EN LOS NIÑOS

POR EL

DR. ROIG-RAVENTOS

De la Maternidad de Barcelona

Con harta frecuencia consultan al médico padres de niños inapetentes, alarmados ante la resistencia de éstos á ingerir siquiera aquella cantidad de alimentos sin la que la vida poco á poco languidece y el desarrollo se retarda de un modo triste y sensible.

No es un hecho raro que el médico considere el fenómeno como cosa vulgar, y no concediéndole mucha atención se limita á recetar un medicamento arcaico sin desentrañar el arduo problema de dar con la verdadera causa de la inapetencia. Tal manifestación clínica merece que por nuestra parte pongamos toda nuestra atención. De resolver el problema con acierto y prontitud depende en muchas ocasiones un perfecto desarrollo físico que pondrá al individuo en favorables condiciones biológicas para luchar contra los ataques morbosos. *La inapetencia es un síntoma de muchas y variadas entidades nosológicas.* El práctico que en un inapetente sepa descubrirle una enfermedad completamente ignorada y con un tratamiento á propósito logre hacer desaparecer tal síntoma, llevará á cabo labor que merece todos los atributos de la

ciencia, labor humanitaria, porque hará renacer en el hogar de los padres una perdida felicidad.

Diferenciamos, antes de abordar este estudio, la inapetencia de la dificultad ó imposibilidad de llevar á cabo la succión, masticación y deglución. Inapetencia es la falta de deseo para ingerir alimentos.

La succión, en los primeros tiempos de nuestra vida, constituye el acto esencial necesario para alimentarse. Este acto implica un trabajo considerable que normalmente conduce á la fatiga. Durante la primera semana el recién nacido ejerce una presión de unos 10 á 30 centímetros de agua; andando el tiempo llega á 70 centímetror. ¿Qué trastornos pueden abolir una función tan vital é instintiva como la succión? Indaguemos con método acerca de los antecedentes personales y paternos. Las afecciones de los progenitores, un parto anormal, un nacimiento prematuro pueden con creces ponernos en terreno firme de diagnóstico. La debilidad congénita, propia de los prematuros, constituye una causa de imposibilidad para succionar. En el prematuro las funciones todas andan aletargadas; el prematuro se morirá de hambre si no se le alimenta con una sonda. El escaso desarrollo de los órganos debe forzosamente causar la deficiencia de las funciones.

Un parto laborioso, en que el arte obstétrico acude en auxilio sin poder cumplir su misión con la sabia suavidad de la naturaleza, puede producir parálisis, ora centrales, ora periféricas, que den por resultado la imposibilidad de succionar. Sumaremos á estas afecciones del sistema nervioso los trastornos sensoriales y motores que dan el mismo resultado. La idiocia se manifiesta precozmente por trastornos en el modo de mamar. La parálisis del hipogastrio, del trigémino, el trismo, la enfermedad de Thomsen, constituyen un grupo de afecciones nerviosas capaces de modificar la normalidad de la succión y masticación. *La causa de la succión deficiente se debe á falta de desarrollo ó anomalía anatómica del sistema nervioso.*

Harto sabido es que los enfermos buscan en el reposo el mitigamiento del dolor; el pleurítico respira lo menos posible; el reumático no anda; el niño que tiene una lesión en la mucosa bucal no succiona, no mastica. Las aftas, el muguet, las múltiples amigdalitis, el absceso retrofaringeo, la parotiditis, la angina de Ludovico, el esclerema, son enfermedades que, ora por el dolor, ora mecánicamente, dificultan ó imposibilitan la ingestión de los alimentos. Los graves trastornos de la arquitectura facial y palatina á la

par, constituidos por el labio leporino, dificultan de modo tal la succión que indirectamente pueden causar la muerte. El frenillo lingual, cuando llega á la punta de la lengua, se secciona, por considerarlo causa de limitación funcional para mamar. *Estas son causas visibles que radican en la boca y sus anexos; una exploración metódica las pone en evidencia.*

Constituye una condición precisa para succionar y tragar que el ritmo respiratorio sea normal. Todas las afecciones que producen disnea dificultan la succión. Un simple coriza en la primera infancia constituye un gran escollo para la alimentación; una afección pulmonar que limite el campo de la hematosis indirectamente, provoca un conflicto como el coriza antedicho. *El examen de las causas del aparato respiratorio no debe omitirse nunca.*

La enumeración de las afecciones capaces de provocar disfagia nos apartarían del tema propuesto. Acordémonos de que la rabia; tétanos; afecciones del esófago, como estenosis, divertículos, cauterizaciones, cicatrices, compresiones externas; intoxicaciones; espasmos de la deglución; enfermedad de Thomsen; histérismo; mal de Pott, etc., etc., *pueden producir serios obstáculos á la deglución.*

Suponiendo que nuestro examen es completamente negativo en lo concerniente á sistema nervioso, aparato bucofaríngeo, aparato respiratorio y trastornos de la deglución, debemos explorar la madre ó nodriza del recién nacido. De vez en vez se lleva la culpa el niño, siendo culpable la persona que lo amamanta. Por regla general el niño que no encuentra leche en el pecho lo rehusa entre llantos estrepitosos. Es preciso cerciorarse de si el pecho es bueno y de si tiene la cantidad de leche necesaria. En las primerizas, el escaso desarrollo del pezón constituye una dificultad importante. El niño no puede asirse, y el pecho no se vacía. Cuanto más repleto esté el pecho, más se hunde el pezón, y este círculo constituye un verdadero martirio para la madre. En estos casos es preciso apelar á un sacaleche, que cumple dos fines: por un lado, logra que el pezón se haga más prominente, y por otro, que se vacíe un poco el pecho, haciéndolo así más accesible al niño. Otras veces es el niño el que no sabe mamar. Es condición precisa que la lengua esté debajo del pezón; de lo contrario, si no hay una perfecta adaptación de la boca al pecho, al succionar se oye un ruido especial que produce la entrada de aire en la boca, y el niño se retira en seguida. Es necesario, en estos casos, poner el niño al pecho procurando que el pezón esté encima de la lengua, para lo cual se abre la boca del niño y se dirige el pezón hacia el

paladar. Algunas pezoneras se harán indispensables en algunas ocasiones. El pezón umbilicado constituye una dificultad irremediable muchas veces.

Algunas mujeres pagan bien caro las necesidades que la moda ú otros prejuicios sociales imponen, dificultando la lactancia unas veces, abandonándola en absoluto las más, sin reparar, en ambos casos, en los graves trastornos que lo uno y lo otro acarrearán. En efecto, la mujer que pudiendo criar sin obstáculo alguno á sus hijos, los cría, no sólo realiza con ellos tan grato deber, sino que además lega á las hijas, por vía de herencia biológica, la facultad de criar á sus futuros nietos; basta lo apuntado para hacer resaltar los beneficios de la crianza materna, cuando ella es posible.

Firmemente convencidos de la ausencia de las causas enumeradas hasta ahora, el práctico tiene derecho á diagnosticar la inapetencia. Tengo observados con triste frecuencia casos de inapetencia durante la lactancia. Existe un tipo especial de niños, cuyo peso al nacer ha sido normal, así como durante los primeros meses, que sin una causa aparente pierden el afán de tomar el pecho. Este linaje de individuos, mientras están mamando les basta el más ligero ruido ó el menor cambio en la intensidad de la luz para que dejen el pecho y se entreguen á curiosear tranquilamente. Estos niños poco mamones, alegres, vivarachos, son causantes de que sus amas queden sin leche, por faltar al pecho el estímulo intenso y periódico de la succión. Las historias que los padres nos narran dramáticamente, presentándonos la séptima ó décima ama de un niño de pocos meses, adolecen de un defecto. No es la mala calidad de las nodrizas la causa, como ellos dicen, sino la mala calidad del niño, que una á una va inutilizando las amas por no llevar á cabo una succión y vaciamiento perfectos del pecho. Teniendo en cuenta esta circunstancia, es preciso que el práctico aprecie personalmente el caso: asistirá á una ó varias tetadas (pesando, antes y despues de mamar, al niño), y después de ellas examinará el pecho de la nodriza, en el que por regla general, hallará una cantidad de leche no ingerida. Estos *niños hiperestésicos* necesitan un estimulante del apetito y ciertas precauciones (silencio y obscuridad) en el momento de mamar.

Filatow, en su obra maestra (1), dice que «el niño rehusa el pecho porque *no puede mamar*, ó bien porque *no hay qué ma-*

(1) *Diagnostic et semeiologie des maladies de l'enfance*. Traducción del ruso por Perier. París, 1898.

mar»; gráficamente expresa el citado pediatra de Moscou que el niño al rehusar el pecho delata la falta de alimento suficiente para sus necesidades. En más de un caso nos hallaríamos perplejos para fallar, si no tuviéramos en cuenta que por encima de nuestro criterio y de la observación sagaz de una madre cariñosa está, con todos los atributos de la autoridad, un aparato de hierro... ¡la balanza!

Los niños que están sometidos á la lactancia artificial, al quererlos someter al pecho lo rehusan de un modo pertinaz, acostumbrados á la tetina, que deja fluir el líquido con el menor esfuerzo, y á la leche, que es más dulce. Una dieta hídrica durante uno ó más días es necesaria para resolver el cambio, además de embadurnar el pezón con miel ó jarabe. Por el contrario, un niño criado con lactancia natural no querrá el biberón de ningún modo. Actualmente creo imprescindible que todos nuestros hijos conozcan el biberón. El día que la persona que los cría esté enferma, ó tenga un disgusto, ó ante una exigencia exagerada convenga despacharla, el conflicto queda reducido á un incidente sin importancia si el niño está educado desde los primeros meses á tomar un biberón. Además, las madres y amas, especialmente las primerizas, no tienen una garantía firme de que podrán criar un año. La cantidad de leche puede escasear si el niño está acostumbrado á tomar un biberón (aunque sea de agua de arroz); todo se resuelve apelando á lo que yo llamo el *biberón pedagógico*. La industria actual no ha proporcionado una tetina que iguale de modo tal las condiciones de un pezón humano que pueda darse sin que el niño note la diferencia.

En el interrogatorio para buscar antecedentes no omitiremos los medios para saber si los padres han sido inapetentes ó lo son los hermanos del enfermo. Hay familias comilonas y familias parcas en el uso de los alimentos.

Ante un caso de inapetencia debemos siempre practicar un examen completo del enfermito. Tengo observado que algunos inapetentes acuden á mi consulta con fiebre. Además de haber perdido el apetito, andan taciturnos y melancólicos, pidiendo la cama en hora anómala y alejados del jolgorio de los hermanos; la temperatura rectal acusa fiebre. Se trata en estos casos de la *inapetencia de los incubantes*. Si no anunciáis el hecho de la fiebre y de la posibilidad de una incubación y recetáis un reconstituyente ó un amargo, os exponéis á que al día siguiente se os llame á visitar á domicilio el misino niño con una afección que ya había empezado al acudir á vuestro consultorio.

Por el contrario, se presentan niños en los que se ve claramente que la inapetencia es una protesta defensiva del tubo digestivo que está insuficiente en sus secreciones ó motilidad. Esta insuficiencia puede ser propia del individuo ó provocada por un régimen defectuoso, ora en la calidad, ora en la cantidad, ora en los intervalos alimenticios. Harto frecuente se nota la ignorancia de las madres para criar á sus hijos. Sin inmutarnos, sin exteriorizar nuestra sorpresa y disconformidad anotaremos todo cuanto toma el niño en veinticuatro horas; el más ligero gesto de desagrado, ante un cúmulo de barbaridades, crea en la madre un estado de espíritu hostil que limita nuestra completa investigación. La *inapetencia por falta de higiene alimenticia* es, por vergüenza nuestra, frecuentísima. Lo más general es que el niño es solicitado á tomar alimento antes de haber cumplido la digestión de los alimentos que ha ingerido anteriormente. El destete es el primer escollo que pone en peligro la vida del niño. La errónea idea que se tiene de los trastornos de la dentición (1), de la *baba tancada*, el añoramiento y las lombrices, se encarga de ofuscar al vulgo la verdadera causa de la inapetencia. Y si á esto añadimos el éxito de las mil denticinas (que muchas obran como purgantes), comprenderemos el estado erróneo en que vive nuestra sociedad. La madre, al destetar el hijo, sigue dándole alimento cada dos ó tres horas. Nadie le ha enseñado que la mayoría de alimentos propios para el desmame son harto más difíciles de digerir que la leche humana, y que, por lo tanto, deben darse con intervalos más largos; nadie le ha dicho que las necesidades alimenticias del niño no son tan enormemente progresivas como durante el primer año de la vida, en el que triplica el peso, sino que, por el contrario, como en el segundo año sólo se ganan unos kilos, la alimentación no debe ser tan progresiva; nadie le ha hablado de la conveniencia de someter los destetes á cuatro (todo lo más cinco) comidas al día, suprimiendo en absoluto el alimento durante la noche (2). La cali-

(1) Feer, durante un año, ha hecho un estudio en su clínica de Heidelberg y en las casas particulares sobre la temperatura de los niños durante la dentición; nunca ha observado fiebre, pérdida de peso ni eclampsia. En algunos casos ha notado una exageración de la secreción salival, insomnio y disminución del apetito. Comby añade que esto también se nota en niños fuera del período de dentición.

COMBY. — «La dentición en los enfants». *Archives de Médecine des Enfants*, núm. 5, 1914.

COMBY. — «La première dentition». *Archives de Méd. des Enfants*, Febrero 1888.

(2)

Esta fórmula esquemiza la frase que resume el régimen alimenticio

dad, la cantidad y el orden en la administración de los alimentos constituyen en estos casos los remedios heroicos de una inapetencia por falta de higiene alimenticia.

Lesage, el distinguido paidópata de París, ha descrito una caquexia debida á una prolongada uniformidad alimenticia. La inapetencia forma parte del cuadro sintomático. Las necesidades de las células son variadísimas, y para que el crecimiento sea normal necesitan una multitud de elementos químicos que sólo se hallan en un régimen alimenticio muy heterogéneo. Someter un niño á un régimen de harinas es un error. Las harinas son excelentes, pero *no merecen los honores de una exclusividad*. Tiempo atrás en los penales de Alemania se daba á los reclusos una papilla harinosa harto suficiente como volumen y calorías. Los reclusos, ante el citado alimento tenían náuseas y vómitos por falta de variedad. Existe, pues, una *inapetencia por monotonía alimenticia*.

Por regla general, después de una enfermedad infectiva de larga duración se inicia el apetito, como un síntoma de restitución orgánica. A veces es tan exagerado, que el niño siente verdadera hambre, que en más de una ocasión es causa de indigestiones. Por el contrario, la inapetencia sigue á la enfermedad. Constituye la *inapetencia de los convalecientes*, que limita de un modo notable que el organismo se restablezca en poco tiempo.

Durante la estación calurosa los niños están inapetentes. La *inapetencia estival* es un hecho clínico, observado incluso por el vulgo. Osthemer (1) lo ha descrito. Comby cree que se trata de una anorexia nerviosa.

Con el nombre de *inapetencia gastrointestinal* podría designarse la que depende pura y exclusivamente de un trastorno del aparato digestivo. Las funciones secretorias, motoras y de absorción pueden estar completamente trastornadas. Un estómago flácido, atónico, dilatado, en que la succión provoca un chapoteo exagerado en extensión, podrá ser causa de anomalías del apetito. Una enteritis, una colitis, un afecto de enfermedad de Hirschprung, harto se nos alcanza que, incluso como defensa orgánica, tendrá

higiénico para los niños á partir del segundo año de la vida:

Cuatro comidas, una cada cuatro horas.

Las horas son: 8-12-4-8. Erróneamente ha cundido (no sé quién fué el iniciador) la idea de que á partir del segundo año debe tomar el niño dos litros de leche en veinticuatro horas, siendo así que con *uno sobra*, combinándolo con otros alimentos que contengan hierro y fosfatos en más cantidad que los que la leche contiene.

(1) Philadelphia County Medical Society. 1905 Sept.

inapetencia completa. Los mismos parásitos intestinales pueden producirla.

Queda por estudiar una inapetencia traducción de un estado general endeble, In *inapetencia crónica*, ora periódica, ora continua, que es sumamente difícil de vencer. Se trata de individuos pálidos, enfermizos que se pasan la vida comiendo inconscientemente, entre narraciones y juegos, siendo una verdadera calamidad para los padres y demás personas que les rodean. Merecen estos enfermos un verdadero cúmulo de exploraciones clínicas; desde la investigación de la albúmina (ortostática?) hasta la dosificación de la hemoglobina, desde la cutirreacción hasta un examen de las heces, todo será poco para llegar á la causa de la inapetencia. No será raro que entre nuestras investigaciones hallemos una clorosis, una anemia perniciosa, una leucemia, una tuberculosis pulmonar, una anemia escolar. La inapetencia prodrómica de una meningitis tuberculosa es difícil de diagnosticar antes de presentarse los síntomas de la lesión orgánica. Las afecciones urogenitales (vulvovaginitis crónica, cistitis, uremia) son capaces de producir alteraciones del apetito.

Finalmente existe una inapetencia, descrita por los autores, independiente de afección orgánica; me refiero á la llamada *anorexia hística*, *anorexia mental*, *anorexia nerviosa*.

Buffet-Delmas ha descrito (1) una anorexia mental en los niños de teta, publicando con un verdadero derroche de detalles, una historia clínica de un enfermo suyo de un año de edad, en el cual, para salvarlo de la inanición, tuvo que recurrir 2.050 veces á la sonda gástrica. Boulade-Périgois describe un caso en una niña de nueve años (2). Forcheimer también la describe en niños de pecho. Comby (3) habla de tal afección publicando un caso personal en una niña de 13 años. Es más frecuente en las niñas; se presenta en la pubertad y coincide con amenorrea prolongada. Es una afección grave sujeta á recaídas y recidivas. Esta anorexia es total; pero existen, además, unas *seudoanorexias* ó *inapetencias parciales* caracterizadas por limitarse á una clase de alimentos. He visitado niños de pocos meses que han rehusado toda clase de alimentación láctea, y en cambio han tomado preparados en los que entra la sal. He tenido ocasión de ver un niño que hasta los seis años tomó ningún alimento sólido. Actualmente visito un caso análogo: un niño de cinco años que sólo toma leche y huevos. No há mucho

(1) *Archives de Méd. des Enfants*, núm. 3. Marzo 1912.

2. *Idem*, núm. 12. Diciembre 1908.

(3) *Idem*, núm. 8. Agosto 1908.

vi una niña de dos años, anémica en extremo, que sólo tomaba leche; á fuerza de tentativas y vomitones llegó á tomar una alimentación más racional, tratando directamente una afección hemática que padecía tiempo há. En estas inapetencias parciales ¿es que la función gustativa no está desarrollada, ó es que no está educada?

En estos casos influye mucho la educación, y un aislamiento bien establecido triunfa muchas veces.

En este grupo podrían añadirse las *inapetencias psíquicas* de los niños. Creo que hay exageraciones en lo referente á la inapetencia causada por celos en los niños mimados, que, siendo únicos, sienten verdadera repugnancia hacia el hermano recién nacido. Sólo por exclusión, por completa ausencia de toda entidad nosológica capaz de producir anorexia, podemos admitir la inapetencia psíquica infantil.

Hablar de tratamiento sería llenar muchas páginas. Fácil se alcanza que ante tantas variedades de inapetencia como hemos estudiado, corresponden otros tratamientos muy distintos entre sí.

De un niño inapetente, congénito ó crónico, hijo de padres décrepitos ó con un Wassermann positivo, á un niño que anda comiendo constantemente ó que, mal educado y antojadizo, no toma lo que le mandan por puro capricho, el tratamiento será tan eminentemente individual que bien puede decirse, sin temor á equivocarse, que *cada inapetente tiene su tratamiento*. Esta cuestión, como casi todas las de la Pediatría, cifran su base en una exploración minuciosa de cada enfermo, gracias á los múltiples medios que la ciencia de hoy ha puesto á nuestro alcance. En suma: *la inapetencia es uno de estos pequeños sufrimientos que constituyen una brecha por la cual el médico sagaz penetra en la fortaleza y se apodera de ella.*

(De «La Revista de Ciencias Médicas» de Barcelona)

LA OPOTERAPIA PLACENTARIA Y SUS EFECTOS GALACTOGENOS

POR EL DR. ANTERO NOAILLES

La opoterapia placentaria ha sido empleada desde la más remota antigüedad, pues en los documentos hipocráticos, ya se encuentran citas sobre el empleo de las secundinas para facilitar el parto.

Las diversas preparaciones de la placenta, han venido empleándose, preconizadas por varios autores, y actualmente en China se utiliza la placenta para el tratamiento de varias enfermedades.

La opoterapia placentaria ha llegado á ocupar en la actualidad un lugar importante y en los estudios modernos sobre las secreciones internas de los distintos órganos de la economía, se han estudiado en la placenta la existencia de varios fermentos, que han dado lugar á que fuese considerada la placenta como el *páncreas* de la matriz, según Delaurens, ó el *hígado* uterino, según Mauriceau.

Bonchacourt con Brindeau han sido los más decididos partidarios de las propiedades galactógenas que presentan las preparaciones placentarias, fundándose primeramente en el hecho de que todos los animales, comen sus secundinas después de nacer los pequeñuelos, quizá sea por este instinto por lo que ciertas mujeres sientan necesidad de ingerir su placenta, y de la observación de estos hechos se dedujo la sospecha de que la placenta pudiera contener substancias ó fermentos que fuesen necesarios para el mejor desenvolvimiento de las funciones mamarias.

Los interesantes estudios de Hofbauer, Bergell, Liepmann, Gharin y Coupil, dieron por resultado la demostración de un gran número de fermentos en la placenta, pero las investigaciones más acabadas han sido las de Savaré, el cual ha llegado á demostrar la existencia de varios fermentos en ella, lo cual prueba el importante papel nutritivo y secretorio que desempeña la placenta.

La placenta realiza los cambios nutritivos entre la madre y el feto. En la placenta se acumularán reservas nutritivas que más adelante serán utilizadas por el feto, y para que estas reservas puedan ser aprovechadas es por lo que existen tantos fermentos en ella, y, finalmente, la placenta segrega para el embrión ciertos productos útiles, así como también producen ciertos segregados por la placenta que modifican el metabolismo general de la nutrición de la madre y no cabe duda que la preponderancia funcional que van adquiriendo las mamas durante el embarazo, pudiera estar supeditada al aumento que proporcionalmente va adquiriendo la placenta y por consiguiente las funciones, siendo acaso la más importante, lo que pudiera producir alguna secreción interna de la placenta, que hasta la fecha no se ha podido dilucidar.

En 1906, Starling y Mlle. Lane Clarpon, comprobaron experimentalmente las estrechas relaciones que existen entre las mamas y las funciones genitales, llegando á inyectar á conejas vírgenes, extractos de ovario, de embrión y de placenta, que produjeron en

las mamas, las mismas modificaciones que el embarazo (proliferación del epitelio de revestimiento y multiplicación de los acini secretorios), observando á la vez que estas hipertrofias eran más importantes cuando los jugos inyectados procedían del embrión y de la placenta.

Dixon y Taylor han hecho experimentos para estudiar la acción fisiológica de la placenta; utilizaban para ello un extracto preparado con trozos de placenta fresca, puestos á digerir en alcohol, el extracto era evaporado hasta sequedad y el residuo disuelto en solución salina.

Los experimentos los hicieron para comprobar qué efectos producía la inyección de jugo placentario sobre la circulación, sobre el intestino y sobre el útero.

Sobre la circulación, produce la inyección de extracto placentario un aumento muy notable de la presión sanguínea, observando después de un descenso pasajero, pero esta acción que podría recordarnos la de la adrenalina, en que se presenta menos rápida, es más pasajera, y el efecto producido en el corazón es menos marcado.

La inyección de jugo placentario produce una disminución de volumen en el intestino y una debilitación del peristaltismo intestinal.

El efecto producido sobre el útero, es variable, según se trate del útero grávido ó no. Sobre el útero grávido, se manifiesta un aumento de tono del músculo uterino y un aumento muy manifiesto de las contracciones, lo cual ha hecho pensar á Dixon y Taylor que al llegar la placenta á su completo desarrollo, segrega una substancia que por excitación del útero, determina el parto.

Todo lo indicado hizo que la opoterapia placentaria, hiciera su entrada en la práctica corriente, y para ello se empezó por utilizar la placenta humana, pero desgraciadamente, el aspecto repugnante que este procedimiento presenta hizo que fuese abandonado, teniendo en cuenta además la posible transmisión de infecciones, sobre todo la sífilis.

La autoplacentofagia, realizada por los animales, parece cumplir una función fisiológica, y así es como Bonchacourt explica los deseos vehementes que en alguna ocasión presentan las paridas de ingerir su placenta.

La opoterapia placentaria, puede realizarse empleando placentas de oveja, de cerda, etc., recogidas asépticamente, pudiendo utilizar el polvo ó los extractos, así como el jugo placentario puro ó el jugo glicerinado, que es de los más recomendables y de los cua-

les conocemos hoy la *Placentozimasa Puy*, con la que hemos verificado nuestras experiencias tan halagüeñas.

Urindeau y Bonchacourt han venido utilizando la opoterapia placentaria, para aumentar la cantidad de la leche de las nodrizas.

Bonchacourt presenta un número muy importante de casos en los que después de la autoplacentofagia ó del tratamiento opoterápico, observó una subida de leche considerable que se continuó con una secreción más abundante.

Resultados idénticos han obtenido Carbonell, Blatin, Chateid-Vivié, Kaufér, Reygondaud, Prats, Navarro, Quiroga y nosotros, que muy recientemente hemos administrado la *Placentozimasia Puy*, á la dosis diaria de 50 gotas, en una púérpera que por padecer una erisipela del muslo se quedó sin leche, y cuando ya hacía tres días que estaba sin fiebre, no tenía nada de secreción en los pechos, empezamos entonces el tratamiento y al primer día de éste, la secreción era muy abundante y así ha continuado después; hemos conseguido resultados similares á este caso con otros parecidos y de los que no quiero dejar de citar el de una mujer que, á los ocho días del parto y sin causa aparente, quedó sin leche; administramos el preparado Puy, y el resultado fué sorprendente, pues á las 24 horas había vuelto la secreción con gran abundancia. Todos estos resultados son combatidos únicamente por Tieux, que en sus observaciones presenta algunos fracasos aislados.

Brindeau administró la opoterapia placentaria para calmar los violentos dolores menstruales y observó que se produjo una fluación en los pechos y una secreción de un líquido que parecía calostro. Este hecho se repitió en las reglas siguientes, y en cambio el efecto sobre los dolores fué poco marcado.

Bonchacourt ha publicado una serie de resultados tan favorables como los señalados. Entre ellos está el caso de una mujer en que la cantidad de leche pasa de 90 gramos á 389 después del tratamiento opoterápico, en otro caso la cantidad pasa de 100 gramos á 200 y en otro caso muy interesante, la cantidad de leche diaria aumentó desde 40 gramos á 275, después á 300 y finalmente á 470.

Nosotros, por los resultados tan favorables que hemos obtenido, hemos de recomendar con insistencia á los compañeros, que en todos los casos en que sea necesario el aumento de la leche en las nodrizas, pongan en práctica la opoterapia placentaria en la casi seguridad de conseguir el efecto galactógeno que se persigue.

(Del «Boletín del Colegio Provincial de Médicos de Alicante»)

POSIBILIDAD DE ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL y deducciones profilácticas y terapéuticas

POR EL DR. J. AGUILAR JORDÁN

Director del Consultorio Municipal de Niños «Gota de Leche», de Valencia

Aunque es un hecho feliz, fuera de toda duda, que en nuestros tiempos la mortalidad por meningitis cerebro-espinal ha descendido enormemente, á partir del descubrimiento del suero antimeningocócico y de la diferenciación completa de las diversas razas de este germen (parameningococos), y la obtención de sueros cada vez más específicos, siendo de esperar que todavía descienda más cuando se apliquen en toda su integridad en el tratamiento suero-terápico los preceptos fundamentales del empleo de cantidades altas de suero y precocidad de aplicación, hay que reconocer no obstante que la mortalidad todavía puede descender más, y la morbilidad, que ha sufrido escasa ó ninguna influencia favorable en estos tiempos de sueroterapia, también descenderá.

Las causas que en mi concepto retrasan la presentación de este hecho son las siguientes:

- 1.^a Dificultades de un diagnóstico precoz de la dolencia.
- 2.^a Dificultades para establecer un plan terapéutico y profiláctico integral.

El segundo hecho se deriva del primero. Un diagnóstico precoz lleva como consecuencia un tratamiento y una profilaxia más precoces y por ende más eficaces.

¿Actualmente es posible establecer un diagnóstico precoz de la meningitis cerebro-espinal? Sí.

Pero es preciso que digamos qué debe entenderse por diagnóstico precoz de esta enfermedad.

Hasta hace muy pocos años, se consideraban como las primeras manifestaciones de la meningitis cerebro-espinal, síntomas que revelan el desarrollo de un proceso inflamatorio de las meninges (en la obra *Méningite cérébro spinale* de Netter y Debré, París, 1911, todavía se lee esto mismo). En esa época se entendía por diagnóstico precoz el formulado en el primer día de enfermedad, y fundamentado, más que en los síntomas, en el análisis precoz del líquido céfalo-raquídeo.

Pero hoy las cosas han variado mucho. Gracias á la escuela de

Medicina inglesa y especialmente á la de Medicina militar, se sabe que los síntomas que se habían considerado como expresión de una meningitis cerebro-espinal en sus comienzos, no son más que manifestaciones del tercer período, ó *último* período de dicha enfermedad. Júzguese de la transcendencia patológica y terapéutica de este descubrimiento.

Antes de ahora, se sabía que en el moco nasal de algunos enfermos, y hasta de individuos sanos, el análisis bacteriológico descubre los diplococos de Weichselbaum. Los individuos sanos, por este hecho, se convierten en vectores ó portadores del contagio. En los enfermos, tales diplococos para infectar las meninges han debido seguir una *vía directa*, á partir de la rinofaringe, en la cual provocan ligeros fenómenos de catarro, con coriza (*coriza de los premeningíticos*). Pocos eran entonces los que aceptaban la *vía hemática*, con su consecutiva septicemia, ó meningococcia. Los propios Netter y Debré, en su obra antes citada, dicen textualmente: «Parece, pues, que la meningitis es, por regla general, primitiva, y la septicemia secundaria.» La penetración directa del meningococo en los espacios sub-aracnoideos á partir de la rinofaringe, es aceptada casi sin discusión, y se formulaban tres hipótesis:

Una de ellas, fundándose en el hecho de que el diplococo de Weichselbaum abunda más á nivel de la amígdala faríngea y región perihipofisaria, suponía que el germen penetraba en las meninges á través del esfenoides por sus brazos nutricios.

Según la otra hipótesis, el meningococo pasaría desde la faringe á los espacios sub-aracnoideos, á través del oído medio, y desde allí por el laberinto, al tejido sub-aracnoideo. Bajo este punto de vista, la meningitis cerebro-espinal, como dice Netter, no sería más que una variedad de meningitis otógena; y finalmente, en la tercera hipótesis, la *vía* seguida por el diplococo, es la transeptomoidal, á través de las prolongaciones del tejido sub-aracnoideo en la mucosa olfatoria.

A pesar del ingenio que revelan todas estas hipótesis, hoy es perfectamente sabido que el meningococo invade directamente la sangre, es decir, provoca una verdadera septicemia, antes de manifestar los síntomas nerviosos que revelan la aparición del tercer período ó período meníngeo. El hallazgo del diplococo de Weichselbaum en la sangre y en la orina, no deja lugar á ninguna duda.

Esta clase de investigaciones hematológicas y urológicas, han sido realizadas en gran escala por numerosos médicos militares ingleses en enfermos [de meningococcia, entresacados de varios

grupos de casos de meningitis cerebro-espinal en su período final ó meníngeo. Los resultados de estos trabajos de bacteriología, les han servido de guía en el terreno de la clínica, y les han permitido dividir el proceso morbozo provocado por el diplococo de Weischelbaum en tres períodos:

- 1.º Catarral.
- 2.º Septicémico.
- 3.º Meníngeo.

El primer período ó *catarral* se descubre casi por casualidad en la práctica corriente, pues no suele aconsejarse un análisis bacteriológico del moco nasal con ocasión de un simple coriza, á menos que la presentación en el mismo domicilio de algún caso de meningitis, obligue al médico á ello. En cambio, en los Hospitales civiles ó militares en que aparece una epidemia de meningitis, la práctica del análisis del moco nasal de los individuos sanos es regla de conducta general. Pedir hoy que, por fines de profilaxia, á todo niño con coriza se le someta al examen del moco nasal, por razones varias, entre las cuales no es la menos importante la económica, es pedir algo casi imposible; pero sería muy apreciable dicha práctica y de resultados importantísimos bajo el punto de vista profiláctico, realizarla tan pronto la meningitis apareciese en una ciudad ó pueblo con carácter de epidemia, cualquiera que fuese su intensidad expansiva. De esta manera el anhelo de un diagnóstico precoz se vería realizado en toda su integridad, y como consecuencia el de la implantación de unas terapéuticas profiláctica y curativa mucho más eficaces. Con respecto á la primera, el aislamiento precoz, y en cuanto á la segunda, la desinfección de las fosas nasales y naso-faringe, con el uso de diversas sustancias antisépticas, en forma de gargarismos, lavados nasales, insuflaciones, etc., de soluciones boricadas, resorcinadas, de agua oxigenada, guayacol, iodo, mentol, etc., etc., y hasta quién sabe si la aplicación de una vacuna á título preventivo-curativo. Algo se ha hecho en este sentido, según luego veremos.

Transcurrida esta primera fase ó catarral, la afección pasa al segundo período, en que se convierte en una verdadera *septicemia* ó *meningococcia*; los síntomas que la integran son generales y locales.

Los locales consisten en el enrojecimiento difuso del paladar, y aparición sobre esa zona de enrojecimiento, de un fino punteado de un color rojo más vivo, y en ocasiones de vesículas más pequeñas. La faringe también aparece más ó menos eritematosa. La voz á menudo es algo opaca ó velada, y se presenta ronquera ó tos.

En este período el coriza aumenta en intensidad. El herpes labial es frecuente. El rostro y las conjuntivas en muchos casos aparecen congestionados.

También en este período, los reflejos se encuentran asombrosamente exagerados. El aspecto general del enfermo no pasa desapercibido al ojo de un buen clínico que haya tenido ocasión de ver muchos enfermos de esta clase, pues es característico y resulta muy semejante al que ofrecen los enfermos de tripanosomiasis en el período del sueño.

El síntoma general más importante es la fiebre, que casi nunca falta, aunque no ofrece nada de especial, y por lo tanto tiene un valor diagnóstico escaso. En cambio, como se trata de un estado septicémico, se encuentran los diplococos en la sangre circulante y en la orina. En esta última excreción son realmente abundantes, según refieren los médicos militares ingleses Lundie, Thomas y Fleming, aunque no parece fácil la obtención de un cultivo puro. También en este período suelen encontrarse algunos, aunque pocos, meningococos en el líquido cefalo-raquídeo, pero ordinariamente muertos, pues no dan cultivos en los medios usuales. En cambio, suele apreciarse bastante cantidad de albúmina en este líquido.

En esta fase segunda del proceso meningocócico, el cuadro sintomático ya es más completo, y por lo tanto el diagnóstico ofrece tantas dificultades como en la primera; pero el acierto descansa sobre todo en el conocimiento del período catarral anterior. En el acto surge la idea de una posible confusión con la gripe, y así en efecto, y por lo tanto el clínico debe ponerse en guardia, y si no existe una constitución epidémica gripal, se debe proceder al examen bacteriológico del moco naso-faríngeo, de la sangre, y de la orina sobre todo. Casi inútil resulta el recomendar con mayor encarecimiento estas prácticas diagnósticas, durante una epidemia local ó regional de meningitis cerebro-espinal.

Aunque no tan precoz, todavía en esta fase septicémica, el diagnóstico posee un valor considerable, no sólo por lo que á la profilaxia se refiere (y cuyas líneas generales son las mismas que en la fase anterior, más la desinfección de la orina como vehículo), sino también y tal vez en mayor medida por lo que se refiere al tratamiento.

Las experiencias terapéuticas de los médicos militares ingleses antes citados, y de otros, tales como Ackwright Sophian, Elser y Huntoon en América, han conseguido la obtención de sueros terapéuticos de valor bastante estimable. Por lo que se refiere á

las vacunas, Lundie ha preparado una auto-vacuna, con resultados satisfactorios en este período y en el catarral sobre todo. Los efectos más notables se obtuvieron desde la primera dosis inyectada. Debemos hacer saber á nuestros lectores, y ello no supone inmodestia, sino un acto de justicia para la medicina valenciana, que hace algún tiempo, que estamos ya empleando las vacunas autógenas preparadas con gérmenes obtenidos del líquido cefaloraquídeo, juntamente con la administración intra-raquídea del suero correspondiente. Ciertamente los resultados obtenidos hasta la fecha no han sido muy halagüeños, tal vez en mi concepto, á causa de su aplicación en el período meníngeo del proceso. Si estas nuevas ideas patológicas cunden en la medida que es de desear, con toda seguridad en lo sucesivo los resultados de la antigenoterapia en la meningococcia, serán mucho mejores, y se habrá conseguido completar el conocimiento clínico-terapéutico de esa afección, hasta hoy incompleto.

(De «Polioclínica», núm. 29).

REVISTA DE REVISTAS

POR EL DR. W. L. ALBO

La refractrometría del líquido céfalo-raquídeo.—

(La réfractrométrie du liquide céphalo-rachidien. Sa valeur pour le diagnostic des méningitis aiguës.) Profesor A. Babes y Dr. Aurel. Presse Médicale, núm. 57, 1915.

Los autores han practicado en 220 casos de afecciones diversas, el examen refractrométrico del líquido cerebro-espinal. Creen que, además de la leucocitosis de la hiperalbuminosis, de la presencia de microbios específicos, de la disminución de las cenizas y de los cloruros, del descenso del punto crioscópico, de la permeabilidad de las meninges en la meningitis tuberculosa, de la presencia de fibrinógeno, etc., puede ser otro medio bueno para el diagnóstico de las meningitis agudas, tuberculosa y meningocócica, el examen refractrométrico del líquido céfalo-raquídeo. Han utilizado en sus trabajos el refractrómetro de sumersión Zeiss, ateniéndose á las indicaciones del autor. Con cinco gotas de líquido, se tiene cantidad suficiente. Deducen de sus estudios, que el índice de refracción en las afecciones locales quirúrgicas, varía entre 1,33493 y 1,33513. En las enfermedades infecciosas oscila

entre 1,33482 y 1,33496. En las afecciones crónicas varía entre 1,33489 y 1,33517. En la epilepsia oscila entre 1,33493 y 1,33509. En las afecciones crónicas del sistema nervioso oscila entre 1,33489 y 1,33517. En las afecciones mentales varía entre 1,33497 y 1,33505. En los niños menores de seis años que padecen toda clase de afecciones, excepto la meningitis aguda, varía de 1,33478 y 1,33501. En cambio, en todos los casos de meningitis agudas, y sólo en ellas, el índice oscila en el adulto entre 1,33528 y 1,33705, y en el niño entre 1,33513 y 1,33555, cifras que *jamás* se encuentran en los niños que padecen otras afecciones. El aparato de Zeiss registra diferencias de C,0004. Como la diferencia entre la cifra mayor observada en enfermos no meningíticos, y la menor observada en los que padecen meningitis es de 0,00011, se puede decir que este procedimiento tiene valor para precisar el diagnóstico de la meningitis aguda. Por lo tanto, la elevación del índice refractrométrico á partir de 1,33513 para los niños, y de 1,33528 para los adultos, se puede considerar como un signo patognómico y constante de las meningitis agudas, tuberculosa y cerebroespinal.

La piocefália como causa de fracaso en el tratamiento de la meningitis meningocócica.—(La pyocéphalie cause d'insuccés dans le traitement sérothérapique de la méningite á meningocoques.) M. Chiray. Presse Médicale, núm. 59, 1915.

El autor comprende la *piocefália* como un síndrome anatómico-clínico, consistente en la distensión de las cavidades ventriculares cerebrales, no por un líquido claro como ocurre en la hidrocefália, sino por pus ó sero-pus. La piocefália está constituida por una apendimitis supurada, cuyo líquido purulento, distiende los ventrículos bajo una presión anormal, y por el aislamiento de las cavidades intracerebrales infectadas, de los espacios sub-aracnoideos pericerebrales, de los cuales partió la infección. La circulación intracerebral del líquido cerebro-espinal—de los ventrículos laterales por el agujero de Manro al tercer ventrículo; del tercer ventrículo por el acueducto de Silvio al cuarto ventrículo, y de cuarto ventrículo al canal central de la médula—y la circulación peri-encéfalo medular—de los espacios sub-aracnoideos cerebrales á los espacios sub-aracnoideos medulares, se hacen independientes y dejan de comunicarse á causa de la supresión de los orificios de comunicación entre una y otra circulación—los dos orificios, discutidos, á nivel de la hendidura de Bichat, el agujero de Magen

die que comunica el lago cerebeloso inferior con el cuarto ventrículo, y el agujero de Luschka en los ángulos laterales del cuarto ventrículo.—Esta incomunicación la halló, en tres casos de formas crónicas proiongadas, en una epidemia de 40 casos de meningitis cerebro-espinal. Por ese motivo fueron ineficaces las inyecciones intra-raquídeas del suero que debieron haberse practicado directamente en las ventrículos. Hace una exposición de las lesiones, de las causas, de la patogenia, de los síntomas y de las diversas técnicas de la punción é inyección ventricular.

Desarrollo de la vaina de mielina en los nervios periféricos en vía de regeneración. — (Développement de la gaine de myéline dans les nerfs périphériques en voie de régénératinn). F. Nageote. Sociedad de Biología, de París. 20 Noviembre, 1915.

El autor emitió la opinión de que la vaina de mielina es de secreción compuesta y de estructura muy compleja, cuya cubierta está formada de substancia mitocondrial.

Los trastornos de la motilidad en las psiconeurosis de tipo histérico. — (Les troubles de la motilité dans les psychonéuroses du type hystérique.) Señores H. Claude y R. Pokrak. Sociedad de Biología, 20 Noviembre, 1915.

Los autores, después de haber estudiado la motilidad voluntaria en las psico-neurosis de tipo histérico, abordan la motilidad por excitación eléctrica: cuando los trastornos remontan á más de dos meses, la ergografía pone en evidencia alteraciones importantes que escapan á un examen superficial. Por ejemplo, la curva de fatiga por excitación eléctrica difiere á veces mucho del lado sano al lado perturbado funcionalmente, bien que el umbral de excitación sea idéntico á derecha é izquierda. Estas modificaciones cualitativas de la excitabilidad eléctrica deben ser aproximadas á otros trastornos que asientan en los huesos—osteoporosis—en los ligamentos,—laxideces ó rigideces articulares,—en los músculos—asmiotomía y ansiotomía y ansiotrófia,—y á los trastornos tróficos cutáneos de ciertas parálisis funcionales. Todas estas alteraciones causadas, en gran parte, por la inmotilidad de un segmento de miembro, constituyen un síndrome que puede llamarse: síndrome de los grandes trastornos por inmotilidad prolongada.



ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Acta de la sesión celebrada el día 19 de Noviembre de 1915

Preside el señor Laguna

El señor *San Sebastián*: Presenta un caso de «Perforación intestinal por taxis». El 17 de Septiembre último, en la clínica del Hospital, observé un caso de peritonitis con los síntomas clásicos; como antecedentes existe que, el día anterior al trasladar el sujeto una piedra en el trabajo, nota un bulto en la ingle, y al ser tratado por maniobras de taxis, sintió fuertes dolores, por lo que fué trasladado al Hospital.

Decidida inmediatamente la intervención por el señor San Sebastián, pudo observar claramente el diagnóstico etiológico, notando una perforación intestinal que coincidía con el trozo de intestino próximo al anillo inguinal, del tamaño de una moneda de dos céntimos, denotando una verdadera explosión intestinal.

Explica el mecanismo de la perforación en este caso, y hace el diagnóstico diferencial de las perforaciones intestinales, y deduce después de consideraciones científicas oportunas que, la taxis debe únicamente limitarse á hernias recientes y no empleando violencias.

Encierra además este caso, un aspecto moral, por tratarse de un accidente de trabajo, pues el individuo falleció á consecuencia de una peritonitis por perforación y la indemnización que la Compañía de Seguros debe abonar en este caso, es distinta de la que hubiera abonado al tratarse de una hernia sin complicación.

Intervienen varios señores Académicos abundando en las manifestaciones del señor San Sebastián, procurando concretar las indicaciones de la taxis, siendo unánime el parecer que debe el patrono abonar en este caso particular el accidente total del trabajo, por tratarse de una complicación imprevista para el médico.

Acta de la sesión celebrada el día 25 de Diciembre de 1915

Preside el señor Laguna

El señor *Salaverri*: *Lesiones meniscales de la rodilla.*

Comienza con una descripción anatómica de la articulación de la rodilla, deteniéndose sobre todo en el aparato ligamentoso para hacer resaltar las íntimas relaciones de los meniscos intraarticulares.

lares con los ligamentos cruzados y en especial del menisco interno con el ligamento cruzado anterior y con el ligamento lateral interno.

En el estudio cinemático de la articulación observa las diferencias morfológicas del condilo interno y externo, deduciendo que el primero presenta una superficie articular más amplia que el segundo y que, en la mecánica de sus movimientos hay para el condilo interno un primer período de resbalamiento seguido de un segundo período de rotación alrededor de un eje transversal, en tanto que para el condilo externo no hay más que un sólo período de movimiento de rotación, motivos ambos que explican el mayor trabajo á que el menisco interno está sometido.

Clasifica después las lesiones traumáticas meniscales en tres grupos:

- 1.º Meniscitis.
- 2.º Fracturas meniscales.
- 3.º Subluxaciones meniscales.

En la sintomatología de estas lesiones dice: hay dos síntomas comunes que son el dolor en la interlínea articular y el derrame sinovial en las fracturas y subluxaciones meniscales; suele presentarse además otro síntoma que es la llamada rodilla de resorte, es decir, la fijación de la articulación en una posición de semiflexión unas veces, y de extensión otras, fijación que no desaparece hasta que no se corrige la causa que la determina, que es unas veces en los casos de fractura un acabalgamiento de los segmentos meniscales y otras en las subluxaciones una torsión del menisco subluxado.

Un carácter especial tiene el derrame sinovial en estas afecciones meniscales y es el de ser intermitente, es decir, que se presenta en ocasiones en que la articulación sufre mayores injurias por esta clase de lesiones.

En el mecanismo por el que estas lesiones se establecen, juegan principal papel las tracciones y pelliscamientos á que los meniscos se hallan sometidos en algunos movimientos de la rodilla. Así, por ejemplo, en personas cuyos oficios les obliga á adoptar con preferencia la posición en cuclillas y aún sentados sobre los talones (tapiceros, mineros, electricistas, etc.) los meniscos se deslizan hacia atrás; en esta extrema flexión, la cápsula se deslizando oponiéndose por su fuerte inserción al menisco, sobre todo al menisco interno á este deslizamiento; pero efecto de esta posición repetida, la cápsula va cediendo y el menisco viene á quedar más suelto (menisco flotante) dentro de la articulación, dando lu-



BIBLIOTECA
MUNICIPAL
MADRID

gar á que en algún brusco movimiento no de tiempo á que el menisco recupere su posición normal y venga á ser pellizcado entre el condilo femoral y la cavidad glenoidea correspondiente de la tibia. Estos pellizcamientos repetidos originan á veces lesiones inflamatorias del menisco, verdaderas meniscitis que se traducen por dolores moderados en la interlínea, á veces acompañados de derrame sinovial. Ocurre en ocasiones que la cápsula, en lugar de distenderse se desinserta del menisco, quedando así una parte del mismo flotante y más expuesto á estos pellizcamientos.

El menisco interno es con muchísima frecuencia más afectado que el externo (de 90 á 98 % según Leuret) y así se explica por las estrechas relaciones que tiene con la cápsula y en especial con el ligamento lateral interno y con el ligamento cruzado anterior, aparte de las condiciones ya apuntadas de estar sometido á mayor trabajo y de estar más débilmente insertado á la tibia, sobre todo su asta anterior, que en realidad viene á estar formada por fibras ligamentosas que la unen á la depresión media anterior de la tibia, por fibras que forman el ligamento transversal intermeniscal y por fibras que, comunes con este ligamento en su origen, se continúan luego confundiendo con las del ligamento cruzado anterior. En las posiciones que imprimen á la pierna un movimiento de rotación externa con la rodilla ligeramente en flexión, el menisco interno sigue el condilo en su movimiento de rotación, en tanto que sus medios de fijación á la tibia lo permitan (inserción meniscal del ligamento lateral interno é inserción tibial del asta anterior del mismo menisco). Los meniscos detienen así el movimiento de rotación de la pierna; pero si la fuerza que ha impreso el movimiento de rotación á la pierna es superior á la resistencia que ofrecen los medios de fijación del menisco, ó aun del mismo menisco, éste puede ser arrancado de su inserción tibial ó desinsertado del ligamento lateral interno, y dar así lugar á que el menisco no ocupe su situación normal en algunos movimientos y quede subluxado y, en algunos casos, en que es el menisco el que cede ante una rotación externa exagerada, se da lugar á fracturas transversales del menisco.

También se han observado fracturas longitudinales de los meniscos, producidas, al parecer, por pellizcamientos de los mismos entre los condilos y cavidades glenoideas, consecutivas, por lo general, á saltos bruscos.

El diagnóstico entre una meniscitis y una fractura longitudinal ó transversal de los meniscos, no es fácil de establecer, pues únicamente cuando la lesión determina una fijación súbita de la arti-

culación, es decir, en los casos de rodilla de resorte, es cuando se podrá pensar en una fractura transversal con acabalgamiento de los segmentos.

Las subluxaciones meniscales, son más fáciles de diagnosticar, porque al dolor en la interlínea, al derrame articular y á la rodilla de resorte, se agrega la palpación del menisco que se encuentra desplazado.

El diagnóstico diferencial, con otras lesiones de la rodilla, con las que pudiera confundirse una lesión meniscal, como por ejemplo: cuerpos extraños de la rodilla, esguince ó distensión ligamentosa, y sobre todo, con el esguince interno ó *derangement* interno, se hará atendiéndose á caracteres especiales de estas lesiones; por ejemplo: los cuerpos extraños, en los que también se presenta la rodilla de resorte, acompañan á una lesión ya anterior como es la artritis deformante y son consecuencia del desprendimiento del cartilago articular, que ha sufrido la llamada alteración velvética unas veces, otras, de las franjas sinoviales que da lugar á la formación de los granos riciformes con su crepitación característica, es decir, que es un proceso de formación lenta, en tanto que, las lesiones meniscales, son de aparición brusca en individuos, por otra parte, sanos y vigorosos dedicados al sport por lo general.

El esguince de la rodilla se reconoce por derrames exteriores, equimosis y aún hemartrosis con gran inflamación de la rodilla.

Los esguinces acompañados de fracturas marginales ó intraarticulares, se reconocen además por la radiografía.

Finalmente el *derangement* interno ó distensión de los ligamentos cruzados, deja como consecuencia, una subluxación habitual de la rodilla, fácil de distinguirla de la subluxación meniscal.

Reseña de los casos observados:

Una señorita en perfecto estado de salud, 28 años de edad, hallándose bailando, sufre de pronto un dolor intenso en la rodilla por el que se vé obligada á retirarse y acostarse.

A los dos días del accidente se presenta la enferma en mi consulta, acusando un dolor fijo en la parte interna de la interlínea articular, que la obliga á claudicar durante la marcha, llevando la rodilla en ligera flexión.

El examen objetivo demuestra la existencia de un moderado derrame sinovial, pero no hay manifestaciones externas de equimosis. Impotencia funcional.

Los movimientos pasivos, son posibles sin dolor, dentro del límite de ligera flexión; la extensión pasiva provoca dolor en la

misma interlínea articular. El examen radiográfico (proyección antero-posterior y lateral) no muestra lesión ninguna.

Dada la brusquedad de aparición de su lesión, y de los síntomas descritos, diagnosticué de lesión meniscal (desinserción meniscal, ¿fractura?).

Tratamiento: Vendaje enyesado con amplia ventana rotuliana por la que practica diariamente una embrocación ictiolada y compresión elástica de derrame artificial. Se permite la marcha que es cada día menos dolorosa. A las tres semanas, el derrame se ha reabsorbido y se levanta el vendaje. La enferma anda al principio con cierto temor de que su lesión se reproduzca. Lleva la venda elástica un par de semanas, sintiéndose luego perfectamente.

Joven estudiante de Ingeniero, de veinte años, en un ejercicio de salto de altura, en un Gimnasio, sufre al caer sobre sus pies, un vivo dolor en la rodilla derecha. Es conducido á la casa de socorro, donde diagnosticado de distensión ligamentosa, le aplican un vendaje uatado.

Se presenta el día siguiente en mi consulta, aquejando el mismo dolor en la interlínea articular, durante la marcha al pretender extender la pierna, que se halla en ligera flexión y con derrame interno sinovial. La misma impotencia funcional que en el caso anterior y la misma posibilidad de los movimientos pasivos, excepto para la extensión.

El tratamiento empleado, es el mismo que en el caso anterior, pero á las cuatro semanas de levantado el vendaje y reabsorbido el derrame, este joven reanuda los ejercicios gimnásticos y se presenta de nuevo el derrame, que le obliga á persistir en la compresión con la venda elástica y á moderar su ejercicio. Insiste otra vez en la gimnasia, y vuelve á presentarse el derrame sinovial, pero sin dolor, ni molestia alguna. Diagnosticué: Lesión meniscal (¿fractura longitudinal?) del menisco interno con derrame intermitente de la articulación por persistencia probable de la lesión de menisco.

Joven estudiante, de 18 años, se presenta con una hidrartrosis de la rodilla izquierda, que refiere á una distensión que sufrió jugando al foot-ball, y quejándose de que, cuántas veces intenta jugar, sobreviene este derrame, que en épocas de descanso, desaparece con dolores en la parte antero-interna de la interlínea articular é impotencia funcional del miembro, que en alguna ocasión le ha hecho abandonar el campo en los comienzos del juego.

En el punto del dolor, que es exactamente la porción anterior del menisco interno se aprecia en la extensión forzada de la rodi-

lla, una eminencia, de un tamaño como un piñón, que desaparece en la flexión para mostrarse siempre en la hiperextensión.

El diagnóstico, atendiendo á esta hidrartrosis [de repetición al dolor en la interlínea y además á la presencia de esta prominencia meniscal, es de probable fractura transversal del menisco que acaso no sea una fractura completa, sino una rasgadura del reborde externo meniscal, quedando el reborde interno íntegro, pues á pesar de haber transcurrido varios meses desde que se originó la lesión, no se ha presentado en ninguna ocasión la rodilla de resorte.

Finalmente, el caso que voy á relatar, es el más interesante, porque las molestias que produjo al paciente, llegaron á tal punto que dió lugar á una intervención operatoria, durante la cual, pudimos no sólo comprobar el diagnóstico y lo que es más esencial curar al enfermo, sino observar alguna particularidad que sirvió de punto de partida para la explicación del mecanismo, por el que estas lesiones se producen tal como lo hemos referido.

Joven de veintiún años, se presenta en mi consulta, con una hidrartrosis de la rodilla derecha, refiriendo que su lesión se remontaba á unos tres años, en que sufrió una distensión de la rodilla, en un partido de foot-ball, por lo que tuvo que abandonar el campo y guardar cama cuatro días. Refiere también que desde esa época, le ha ocurrido, que con ocasión de dar algún mal paso ó de algún movimiento que no puede precisar, quedaba inutilizado para la marcha con la rodilla fija, unas veces en flexión y otras veces en extensión, pero con más frecuencia en flexión, y se veía obligado á ir á saltos, sin apoyar en la pierna afecta, hasta el primer tranvía ó coche que pudiera conducirle á su domicilio. Tenía que guardar cama un día, dos alguna vez, hasta que por algún movimiento involuntario, recuperaba la función de la articulación.

El médico que le asistía, al ver repetirse estas molestias, le aconsejó consultase el caso; así pude examinar este enfermo cuatro días después de una de estas rodillas de resorte, observando la existencia de un gran derrame articular, que indudablemente, por su frecuente repetición, había distendido enormemente la cápsula; por lo demás, no presentaba dolores, sino en el momento en que se le fijaba la rodilla y asentaban en la parte antero-interna de la interlínea articular. Ligera atrofia del cuádriceps é impotencia funcional.

Preguntado el enfermo, si en las ocasiones en que se presentaba esta fijación súbita de la rodilla, había observado alguna prominencia en el sitio del dolor, decía que él sólo se daba cuenta de

que algo que no estaba en su sitio trababa su articulación.

El diagnóstico era preciso de fractura ó luxación del menisco interno con el síntoma relatado de rodilla de resorte.

Fué sometido á la compresión elástica y embrocaciones ictioladas, favoreciendo así la reabsorción del derrame, recomendándole la persistencia en la compresión elástica con un vendaje de algodón en rama y venda Velpeau, para evitar en lo posible la luxación meniscal que determinaba el entramamiento de la rodilla, aconsejándole que si alguna vez le ocurría este entramamiento en Bilbao (el joven habita en Las Arenas) viniera á mi casa para comprobar la causa del mismo. Este vendaje compresivo ó la casualidad, hizo que en el espacio de más de un año no se presentase tal entramamiento, hasta el punto de que en este tiempo, hizo sus cinco meses de servicio militar, sin que pudiera eludirse del mismo, por el certificado que le di haciendo constar su lesión, ni por el derrame que con intermitencia aparecía.

Hace seis meses se presentó en mi consulta obedeciendo á los deseos que había mostrado de observarle en el momento del entramamiento de su articulación. Vino á saltos sin apoyar nada sobre la pierna derecha afecta, que tenía trabada en flexión. Al pretender extender la rodilla, el dolor en la interlínea se exacerbaba, al propio tiempo que la palpación en el punto doloroso, mostraba la existencia de un cuerpo extraño, de un tamaño de grano grande de alubia, que se ocultaba en la interlínea, en la flexión pasiva para reaparecer en la extensión. Se trataba del menisco interno subluxado y para deducirlo se siguió el procedimiento que se recomienda. Acostado en la mesa con la rodilla en flexión, sobre el borde de la misma se imprime á la pierna un movimiento de rotación externa y aplicando los dedos índice y medio de la otra mano sobre el menisco subluxado, se empuja en la interlínea articular al mismo tiempo que se verifica la extensión de la pierna en la rodilla. La reducción se logró perfectamente y desde aquel momento, la rodilla quedó destrabada y el paciente en condiciones de salir perfectamente por su pié. Aplicada la venda elástica con un almohadillado de algodón sobre el menisco el enfermo desempeñaba sus servicios habituales, pero, á las dos semanas próximamente, volvió á presentarse la subluxación con la rodilla rígida en extensión y el menisco asequible á la palpación en su extremidad anterior. Para reducir el menisco procuré vencer la contractura refleja que mantenía la extensión de la pierna y una vez en flexión seguir la maniobra indicada logrando también la reducción al tercer intento. Casi todos los que tratan

este asunto aconsejan verificar bruscamente la extensión de la rodilla después de llevar la pierna á la rotación externa, pero yo creo que no es necesario obrar con brusquedad, y es más, hay que aconsejar suavidad en las maniobras porque en algunos casos como debia ocurrir en este el menisco subluxado puede haber sufrido una torsión, de suerte que su cara superior, quede inferior y el reborde periférico quede central y un movimiento brusco podía lesionar más el menisco en lugar de reducirlo.

Ultimamente, este joven llegó á tener la luxación con tanta frecuencia, que por los movimientos más corrientes, como el de bajar la escalera, se verificaba la luxación, por lo que se hizo necesaria la intervención operatoria.

Operación: Bajo anestesia clorofórmica, se practicó una incisión longitudinal equidistante del borde interno rotuliano y el borde anterior del ligamento lateral interno, colocando la pierna pendiente del borde de la mesa de operaciones. Incindida la cápsula, apareció después de evacuado el derrame sinovial el menisco desinsertado de la cápsula en toda la parte anterior y con estricciones sanguíneas que habian de atribuirse á la meniscitis concomitante. El asta anterior del menisco no presentaba más medios de fijación que un haz fibroso que venia á confundirse con las fibras del ligamento cruzado anterior, el ligamento lateral interno se hallaba bien fijo al reborde periférico del menisco. Se atrajo el menisco hacia fuera con unas pinzas de garfios y con unas tijeras, se seccionó junto al ligamento lateral interno, así como las fibras de unión al ligamento cruzado anterior, verificando así, una meniscectomía parcial. Se suturó la cápsula con catgut, y la piel con crin sin desagüe, cicatrizando por primera intención.

A las cuatro semanas, el enfermo andaba sin dificultad, y van transcurridos dos meses sin otra cosa que mencionar, que un ligero derrame sinovial, que no le produce molestia.

Lo que me llamó la atención, en esta intervención, fué la unión que he descrito del haz ligamentoso del asta anterior del menisco al ligamento anterior cruzado, pues es relación ésta, no consignada en las obras corrientes de Anatomía, pero he podido encontrar bien descrita esta relación, en la monumental Anatomía y Mecánica de las Articulaciones, del profesor R Fick, de Leipzig, con el nombre de haz de Barkow.

Con las historias de estos casos, se ha indicado ya el tratamiento de estas lesiones que en realidad se disocia de este modo:
Tratamiento del derrame sinovial accesorio por la compresión

elástica y reposo. Tratamiento de la lesión meniscal que se reduce á la reducción en caso de luxación y aplicación de un vendaje contentivo, y cuando la luxación se repite con frecuencia, hay que practicar la meniscectomía.

El señor *San Sebastián*: Manifiesta estar de acuerdo con el señor *Salaverri* en la explicación que ha dado del mecanismo de las lesiones meniscales. Pregunta si el enfermo de la meniscectomía quedó con función íntegra de su articulación después de extirpado el menisco, y al mismo tiempo, si no podía también fijarse el menisco en lugar de extirparse.

El señor *Alvarez*: Refiere haber asistido á un enfermo con artroalgia de la rodilla rebelde al salicilato, en quien llegó á presumirse una lesión meniscal por la localización del dolor que no respondía al salicilato, ésta lesión cedió sin embargo á la aspirina.

El señor *Laguna*: Hace notar cómo el análisis y la escrutación de los síntomas, llega á separar en lesiones distintas, afecciones que han venido estudiándose en conjunto, con un término diagnóstico que las englobaba, y aunque de acuerdo con el fondo de la exposición del señor *Salaverri*, cree un poco difícil no sólo llegar á diagnosticar las lesiones meniscales entre sí, sino hasta diferenciarlas de otras lesiones traumáticas de la rodilla, como los esguinces, por ejemplo.

El señor *Salaverri*: Contesta al señor *San Sebastián*, que el enfermo de luxación meniscal operado, ha quedado con la función articular, normal, sin limitación alguna en sus movimientos. Respecto á la fijación del menisco, ha pasado por distracción de citar también este procedimiento de la meniscopexia en el tratamiento de las luxaciones meniscales. La fijación se hace por medio de una sutura del reborde periférico á la cápsula desinsertada, junto al borde anterior de la superficie articular de la tibia, pero cuando la luxación es consecuencia de fractura meniscal ó desinserción del asta anterior, la meniscopexia requiere una sutura metálica por tener que fijar el menisco á la tibia, lo que complica la operación y el resultado ulterior. No puede hablar de la cuestión por experiencia propia, pero cuantos tratan de este asunto y comparan la meniscectomía y meniscopexia, optan por la primera, cuyo resultado es siempre favorable.

Al señor *Alvarez* contesta que recuerda haber visto el caso en consulta con dicho señor, que efectivamente indujo á sospechar que se trataba de una lesión meniscal el carácter de los dolores, que por otra parte no obedecían al salicilato, y que aunque no se pudo precisar el diagnóstico, el hecho de que se curase con aspi-

rina tampoco sería desde luego una afirmación categórica en contra de una lesión de menisco.

Al señor Laguna repite lo que en la exposición del tema ha expuesto, de que, aunque efectivamente, no es muy fácil hacer un diagnóstico exacto en algunos casos de la lesión meniscal que pueda existir, sin embargo, los síntomas de dolor en la interlínea, acompañados de derrame intermitente articular ó de rodilla de resorte y de luxación apreciable de cuerpo extraño, pueden inclinar nuestro ánimo en favor de alguna de las lesiones meniscales descritas, y para ello entrará también en consideración la forma en que la lesión se ha originado. En cuanto al diagnóstico con otras lesiones no meniscales, como también se ha indicado la radiografía en los esguinces con fracturas marginales y las equimosis y derrames exteriores, serán elementos de juicio para descartar las lesiones meniscales.

Sesión del 3 de Diciembre de 1915

Preside el señor Laguna

Leída el acta, el señor Areilza toma la palabra refiriéndose al tema de «Lesiones meniscales de la rodilla» que presentó el señor Salaverri en la sesión anterior y dice:

Considero un gran acierto del señor Salaverri traer á esta Academia la relación de los casos meniscales que ha tenido ocasión de observar y tratar; porque es de mucha oportunidad discutir en estos momentos y en esta región semejantes accidentes.

He venido aquí esta noche expresamente á felicitarle y al mismo tiempo á insistir y á recalcar ante mis compañeros acerca de la necesidad de orientar el diagnóstico y el tratamiento hacia las lesiones de los cartílagos semilunares en la mayoría de los traumatismos cerrados de la rodilla. Tengo por seguro que su frecuencia es tan grande como la hernia en los accidentes del trabajo, y tengo también por indudable que su diagnóstico se nos ha escapado y sigue escapándose confundido con las relajaciones, derrames, contusiones, cuerpos libres artríticos, etc., etc.

Mas después de los estudios que desde 1912 vienen dándose á luz por tantos cirujanos y singularmente por los ingleses, no tenemos derecho á desconocer estas afecciones; por el contrario, son las primeras que deben surgir á nuestra mente en todo traumatismo de la articulación femoro-tibial.

La famosa y ya elástica Memoria de Alberto Martín, cirujano de la *Royal Infirmary de Newcastle*, leída en la Academia de Me-

dicina de Londres el 8 de Octubre de 1912 (1), acabó para siempre con todas las vaguedades, y por qué no decirlo, con todas las puerilidades ingeniosas inventadas para tales accidentes. La historia de sus 449 casos operados por él desde 1900 hasta 1911 demostró en definitiva que es el arrancamiento de los cartílagos semilunares la lesión típica y responsable de los trastornos articulares. Comprobado de visu el hecho en el momento de la intervención, fué confirmado al obtener en todos los casos la restitución fisiológica á los pocos días de extirpado el desprendido cartílago.

La copiosa casuística de Martín débese principalmente á ejercer su profesión en un centro minero de los más activos de Inglaterra donde los obreros trabajan en galerías bajas con las piernas dobladas; circunstancias que favorecen la relajación articular, amplificando sus movimientos de lateralidad y que por lo visto predisponen al arrancamiento meniscal durante los movimientos forzados de rotación externa é hiperextensión.

No he de entrar en discusiones hipotéticas sobre la interna génesis de la lesión fundamental; que ya lo ha hecho con conocimiento de causa y muy atinadamente el señor Salaverri. He de dar sólo un toque de atención sobre la posible falacia de todas estas explicaciones, cuando no han sido contrastadas por experimentos á prueba de reparos. Citaré como ejemplo el siguiente contraste ó contradicción entre dos de los autores que modernamente se han ocupado de ello: Alberto Martín en su Memoria explica la frecuencia casi absoluta del arrancamiento del menisco interno y no del externo, por aquellas condiciones anatómicas que fijan con mayor solidez dicho cartílago á la cápsula; al paso que otro cirujano, Konjetzny (2), casi al mismo tiempo publica un estudio sobre este mecanismo y esta preferencia de la lesión meniscal interna, invocando condiciones anatómicas inversas; es decir, una mayor laxitud y una superior dislocabilidad del mismo. Y ambos arguyen con piezas clínicas y experimentales.

La abundancia de estos traumas articulares en las zonas mineras nos obligan á tomarlas muy en cuenta en esta región donde muchos de los trabajadores, así los de cielo abierto como de obra subterránea, laboran con las piernas semidobladas y á veces en cuclillas. Examinando las rodillas de estos obreros no es difícil encontrar buen número con movimientos anormales de lateralidad; y no pocos que recuerdan haber sufrido torceduras que han impedi-

(1) Injuries to the semilunar cartilages.

(2) Konjetzny. — Zur Frage der Pathogenese und der Mechanismus der Meniscusverletzungen. 1912.

do por momentos ó por días la completa extensión del miembro inferior. Quiere esto decir que entre los operarios de Vizcaya hay muchos en inminencia de desprendimientos cartilagosos por las condiciones anatómicas de sus rodillas, adquiridas en la especial actitud de su profesión.

Dijimos al comenzar esta exposición que las lesiones de los meniscos constituyen un accidente comparable por su frecuencia á las hernias; y ahora debemos terminar que también son comparables por la analogía de su producción. ¿No hay en los dos casos un terreno orgánico vulnerado incesantemente por el esfuerzo del trabajo y que origina la predisposición? ¿Y no hay en ambos un empuje final y violento que integra la especie patológica, convirtiéndose en lesión la predisposición?

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Premio del Dr. Camiruaga

Encargada esta Academia de conceder un premio, del legado que con el mismo objeto otorgó el académico difunto don José Angel de Camiruaga, á la mejor Memoria, sobre un punto científico designado de antemano: queda abierto desde esta fecha un Concurso acerca del tema:

Papel que representa en la vigorización física é intelectual de los niños la higiene de la boca.

SOBRE LAS SIGUIENTES BASES:

- 1.^a Se concederán dos premios: el 1.^o consistente en la cantidad de 250 pesetas y título de socio corresponsal (si el autor no reside en Bilbao) al autor de la mejor Memoria que, á juicio de un Jurado nombrado al efecto, lo merezca, y que versará sobre el tema ya anunciado y el 2.^o otro que consistirá en un accésit y diploma de carácter honorífico á la Memoria que siga en mérito á la anterior. La Academia se reserva el derecho de conceder el premio, siempre que la Memoria carezca de suficiente mérito á su juicio.
- 2.^a Las Memorias ó trabajos recompensados con el premio, pasarán á ser propiedad de la Academia, que los podrá imprimir en tirada aparte, sin otra obligación que la de poner á la disposición de sus autores, 15 ejemplares para el primero y 5 para el del accésit. Pero si por la situación económica de la Academia, no pudiera hacerse edición especial de los trabajos premiados, se limitará á publicarlos sucesivamente en el periódico «Gaceta Médica del Norte» en lugar preferente, entregando á cada uno de los autores, el número de ejemplares antes indicado.
- 3.^a Los trabajos no premiados, serán sellados hoja por hoja, quedarán de propiedad de sus autores y si no se recojen en un plazo de treinta días, serán quemados con el sobre que contenga el nombre del autor.
- 4.^a Una vez publicados los trabajos premiados, quedarán de propiedad de sus autores.
- 5.^a Podrán optar al premio, todos los Médicos, Farmacéuticos,

Veterinarios y Profesores Dentistas de España, que se hallen en posesión del Título correspondiente. Quedan exceptuados los individuos que formen parte del Jurado calificador.

6.^a El dictamen del Jurado calificador es inapelable.

7.^a La cantidad consignada como premio se pagará á los treinta días de haberse dictaminado el fallo, sin que se requiera otro justificante que un certificado del Título, acompañado de un sobre con el lema, conteniendo en su interior, el nombre y apellido de su autor.

8.^a El plazo de admisión de trabajos termina el 1.^o de Agosto de 1916.

9.^a El premio y el accésit se adjudicarán en la primera sesión académica ordinaria del próximo curso.

10.^a Los trabajos deben presentarse en papel blanco, tamaño 8.^o, forma apaisada, escrito en castellano, á máquina ó si son manuscritos, con letra clara, y sin que contengan más signos ó notas que los relacionados en el tema. Los que traigan alguna indicación por la que pueda descubrirse el nombre de su autor, serán rechazados.

11.^a Los trabajos deberán ser encabezados con un lema elegido por el autor, incluidos sin firma en sobre blanco, de tamaño corriente, en que se consigne el mismo lema y acompañados de otro sobre opaco y cerrado, conteniendo en su interior el nombre y apellidos de del autor, su residencia y el lema.

12.^a Dichos trabajos serán dirigidos al Secretario general de la Academia, don Carlos Mendaza, á su domicilio, Correo, 6, 3.^o Bilbao, ó á la Academia, en sobre con franqueo, certificados los de provincias, por correo interior y certificado, los de la localidad

Bilbao 1.^o de Diciembre de 1915.—El Secretario general, *Carlos Mendaza*.

BIBLIOGRAFIA

Hemos recibido el número 7 de «Medicina y Libros Médicos», correspondiente al mes de Noviembre, que contiene el siguiente sumario:

Crónica.—Colaboración y Libros.—*Medicina*: «Dos casos de falsa botriomicosis humana y otro de ¿micosis cutánea?», por el Dr. Ramón Coderque.—«Sobre profilaxia psicopatológica», por el Dr. Santos Rubiano.—«Comentarios á un artículo de Nicolle sobre el kala-azar infantil», por el Dr. Fidel F. Martínez.—*Libros*: «Tratado de Medicina interna», por el Dr. S. de Rivera.—«De re phenopática» estudio por el Dr. Fernández Sanz.—«Elementos de microbiología clínica», estudio el Dr. Pérez Noguera.—«Tratado de enfermedades de la infancia», por el Dr. Baldomero González Alvarez.—«Relaciones de fisiología entre los dos sexos», estudio por el Dr. S. Carro.—«Oto-rino laringología del médico práctico», estudio por el Dr. Prada.—«La música como medio curativo de las enfermedades nerviosas», estudio por el Dr. Fernández Sanz.—«Diagnóstico de la sífilis por el método biológico», estudio por el Dr. José S. Covisa.—«Contribución al estudio de los mosquitos de Venezuela». «Lucha social contra el tracoma».—«Tratado de Oftalmología», estudio por el Dr. R. Coderque.—*Otros libros*.—*Libros de varia materia*.—*Revistas*: Trabajos originales.—«Contestación á un comeantrio», por S. de Rivera.—*Noticias*.