

GACETA MÉDICA DEL NOROCCIDENTE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXII

Bilbao Julio—1916

Núm. 259

SUMARIO

Sobre el tratamiento de las retenciones en los abortos, por el doctor J. Soler Juliá.

Tratamiento de la epilepsia generalizada, por A. Garcerán Granés.

Historia clínica de un error judicial. Conferencia dada en el Ateneo de Madrid por el doctor A. Piga.

¡Veinticinco céntimos al mes! ..., por A. Mut.

SOBRE TRATAMIENTO DE LAS RETENCIONES EN LOS ABORTOS

POR EL DR. J. SOLER JULIÁ

Del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona (1)

Desde que Winter en el Congreso de Strasburgo, el año 1909, alzó la voz en contra de la intervención en algunos casos de abortos incompletos, se ha producido una verdadera revolución entre los ginecólogos, aceptando algunos su manera de proceder, y aun exagerándola, hasta el punto de condenar *en absoluto y siempre* toda manipulación intrauterina, constituyendo el bando de *abstencionistas*. Otros no han querido abandonar las intervenciones que con buen éxito van practicando, por lo que se les llama *intervencionistas*.

De entonces acá, en Congresos y Academias ha venido discutiéndose acaloradamente este tema, defendiendo cada cual su manera de proceder, y asegurando todos que han obtenido muy buenos resultados. De todo ello se desprende que el que debe formar criterio sobre el particular, ó teniéndolo ya no es de los bien convencidos respecto al que sigue, está en duda continua. Probablemente alguno, más de una vez, al encontrarse frente á un aborto incompleto titubea, vacila, no sabe por cuál de los medios deci-

(1) Comunicación presentada á la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.

dirse, y á buen seguro que más de uno resolverá la duda absteiniéndose primero para intervenir después, si transcurridos tres, cuatro ó más dias no obtiene el resultado apetecido. Con esta manera de proceder, indudablemente sale muy perjudicado el método intervencionista.

Se funda Winter, y con él los abstencionistas, en que al practicar el vaciamiento del útero, sobre todo si se hace con cucharilla, se abren puertas de entrada á las bacterias para penetrar en el torrente general circulatorio, produciendo muchas veces bacteriemiás mortales. Para evitar lo cual aconsejan: suprimir toda manipulación, apelar sistemáticamente al taponamiento intrauterino y administrar cornezuelo al interior, con objeto de excitar la contractilidad uterina para que se expulse lo que haya retenido y al mismo tiempo se cohiba la hemorragia. Únicamente en los casos en que ésta es grave conceden la extracción digital, y aun como mal menor.

Esta práctica está buscada en trabajos de laboratorio llevados á cado por su patrocinador. Winter (1) ha hecho investigaciones bacteriológicas en 100 casos de abortos sépticos, pero solamente sobre los loquios y no sobre la sangre además, como hubiera sido preferible. De estos 100 casos, 13 terminaron por la muerte; 4 fueron de piohemia no mortal; 1 de peritonitis no mortal; 18 de parametritis exudativa; 10 de endometritis, y 54 llevaron evolución normal. Encuentra el estreptococo hemolítico en 25 por 100 casos y no hemolítico en 16 por 100.

La parte más interesante de este trabajo es la comparación que establece el autor entre la evolución de estos casos, cuando fueron sometidos á una terapéutica activa y cuando la conducta seguida fué la expectación. De ella deduce la necesidad de una previa investigación bacteriológica de los loquios en todo aborto séptico, antes de emprender terapéutica intrauterina. Si esta investigación descubre estreptococo hemolítico en cultivo puro, aconseja la expectación absoluta, sólo interrumpida en caso de hemorragia grave por extracción digital de los residuos placentarios; si sólo vegetan estreptococos no hemolíticos ó con hemolisis ligera, en tanto que abundan los saprofitos, puede hacerse, para abreviar, el legrado instrumental, pero á condición de que la

(1) «La autoinfección puerperal, especialmente estreptocócica y los métodos modernos de comprobación de la virulencia del estreptococo», por el Dr. Martín Barrales, profesor de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Cádiz. (*Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, número 3.)

BILBARGO

(NOMBRE REGISTRADO)

Cultivo LÍQUIDO de fermentos
lácticos, superior a las formas
comprimidas.

--- EN BILBAO, TODAS FARMACIAS ---

r en

ULGARD

11

ta in-
puro,

SGCB 2021

dermeabilidad del cuello no exija dilataciones brutales, pues en los tejidos traumatizados la virulencia de los estreptococos podría exaltarse. Concluye Winter con esta afirmación: «en el porvenir, todo examen bacteriológico ha de comprender los gérmenes anaerobios para que se le pueda tener por apreciable».

Schotmuller, en 1910, sometió á investigaciones bacteriológicas los loquios y la sangre de 145 mujeres con aborto febril. En 45 casos las siembras fueron negativas, correspondiendo en casi todos ellos á una evolución normal. En los 100 restantes, el resultado fué siempre positivo y demostró la existencia en la sangre de gérmenes diversos, *cuya comprobación se hizo antes y después del raspado del útero*. Tiene esta circunstancia gran valor demostrativo, puesto que existiendo bacterias en la sangre antes del raspado terapéutico, destrúyese la objeción que pudiera hacerse de que fueron á ella conducidas por los efectos mecánicos de la intervención. Las especies microbianas encontradas, fueron: estreptoco pútrido anaerobio, 29 veces, 19 de ellas en cultivo puro; estafilococo, 26 veces; colibacilo, 19 veces; estreptococo vaginalis, 8 veces; estreptococo erisipelatoso, 6 veces; bacilo enfisematoso de Fraenckel, 5 veces; pneumococo, 3 veces; colibacilo hemolítico, 1 vez; gonococo, 1 vez; estreptococo viridians, 1 vez; bacilo paralífico, 1 vez. Las siembras de los loquios dieron análogo resultado. Dos de estos casos que llevaron marcha de septicemia fulminante, eran debidos á una infección por el «estafilococcus aureus» y el «bacillus phlegmoniae enphisematosi». El estreptococo hemolítico sólo fué causa en 6 casos, y el que respondió al estreptococo viridians, tuvo una marcha corta y benigna.

De todas estas investigaciones deduce Schottmuller que en el aborto pútrido, hasta ahora considerado como tipo de pura sapremia, se trata de una septicemia verdadera, de una bacteriemia. Los gérmenes anaerobios, estreptococo anaerobio, colibacilo, penetran en los tejidos y en la sangre independientemente de toda acción mecánica. Afirma, además, este autor que la elevación de la fiebre está de ordinario en relación directa con el número de gérmenes y parece depender de la penetración de ellos en la sangre. La circunstancia de que suela aumentar el número de gérmenes después del raspado, aunque sólo pasajera, y de que este aumento vaya precedido de un escalofrío, llévale á considerar á éste como anuncio de la invasión sanguínea por las bacterias. En fin, habiendo comprobado un aumento de volumen del bazo en todos estos abortos febriles, estima dicha esplenomegalia como signo de bacteriemia contemporánea, y concluye afirmando que los re-

sultados ó consecuencias clínicas de todos estos casos robustecen la regla de evacuar el útero completamente y lo más pronto posible.

Como he dicho antes, los abstencionistas se fundan en investigaciones bacteriológicas, en trabajos de laboratorio, y hasta tal punto llega su exclusivismo, que hay quién sustenta la afirmación de que «no basta decir lo que clínicamente obtenemos; hay que contrastar con la piedra de toque de las prácticas de laboratorio, y por terminantes que nos parezcan nuestras afirmaciones, nunca serán rotundas hasta que las rubrique la investigación y las selle el análisis microscópico.»

A mi modo de ver, esto es algo exagerado; es, quizás, conceder al laboratorio una importancia que hoy por hoy no tiene, es anteponerlo á la clínica, lo cual, de manera sistemática, puede resultar perjudicial al enfermo. Todos sabemos que el resultado de un trabajo de laboratorio de esta naturaleza no siempre es exacto, y por lo tanto se presta á interpretaciones distintas; prueba de ello la tenemos en las investigaciones citadas de Winter y Schottmuller, aunque las de éste son más completas, puesto que, como he dicho, practicó el análisis, no sólo en los loquios, sino también en la sangre; por lo tanto, son de mucho más valor. El primero encuentra el estreptococo hemolítico en 25 por 100 de los casos, y el segundo sólo en 6 por 100; el no hemolítico lo encuentra Winter en 16 por 100 y Schottmuller en 9 por 100. Winter se declara abstencionista, y Schottmuller afirma que *los resultados ó consecuencias clínicas de todos estos casos robustecen la regla de evacuar el útero completamente y lo más pronto posible.*

No se crea por lo dicho que soy contrario ó refractario á las investigaciones de laboratorio y pretenda condenarlas; antes al contrario, tengo la firme convicción de que son necesarias, de que debe recurrirse á ellas siempre que sea posible, de que el laboratorio ha contribuído mucho en el progreso de la clínica, puesto que es uno de sus más poderosos auxiliares, pero nada más que un auxiliar, debiendo siempre controlarse los resultados con los que nos da la clínica. Además, en la práctica no es posible acudir en cada caso al laboratorio; muchas veces no puede hacerse lo que aconseja Bumm: «examen bacteriológico del líquido loquial; si no demuestra estafilococos ni estreptococos hemolíticos, puede procederse á la extracción de los restos ovulares; pero si aquéllos existen, jamás debe intervenirse». Ni en la capital, y mucho menos en la práctica rural, es posible acudir sistemáticamente al laboratorio.

Aun cuando esto fuera factible, tengo para mí que lo importante, lo principal es aclarar si realmente han razón los abstencionistas al afirmar que el raspado es perjudicial y que únicamente puede recurrirse á él, como *mal menor*, en casos de hemorragia grave.

Yo creo que sobre el particular ha habido seguramente, por parte de los abstencionistas, alguna deficiencia al aplicar á la clínica los resultados obtenidos en el laboratorio, y quizás también en la interpretación de los hechos. Tengo el convencimiento, y conmigo muchos, de que el vaciamiento del útero sabiamente practicado, es decir, sentando bien la indicación de oportunidad, buena técnica y buenos cuidados posteriores, evita muchas complicaciones y salva á bastantes enfermas, tanto si se trata de retenciones de abortos, como en partos prematuros ó á término.

Mi práctica sobre el particular, fundada en la experiencia adquirida durante los diez años que vengo prestando servicios como médico ayudante en la Sala de Ginecología del Hospital de la Santa Cruz, que dirige mi querido maestro y reputado ginecólogo el Dr. Alvaro Esquedo, y los casos asistidos en mi práctica privada, me han permitido formar un criterio que por ahora no he de modificar, puesto que no me convencen las razones de los abstencionistas y en cambio estoy muy satisfecho del intervencionismo.

Cuando en un útero queda retenido algún cotiledón, algún trozo de placenta ó simplemente de membrana, puede suceder, dicho en general, que sea bien tolerado, que dé lugar á hemorragias ó que se infecte. En el primer caso, en el que hay ligera pérdida sangui-nolenta y falta de involución completa del útero, sin ningún otro síntoma, basta ayudar á éste administrando al interior cornezuelo y quinina, y si se quiere haciendo un taponamiento ligero para que casi siempre se expulse lo retenido; y aun sin hacer nada, acaba á veces el útero por vencer. No hace mucho observé un caso de esta naturaleza, en que la enferma vió desaparecer la ligera hemorragia que venía molestándola desde hacía cuatro meses, después de un aborto de tres, por la expulsión espontáneas de un cotiledón.

Cuando la hemorragia es algo abundante y duradera no vacilo en practicar el raspado, digital ó con cucharilla si aquél no es posible, haciendo, después de vaciado el útero, un toque con esencia de trementina, que á la par que hemostática es antiséptica, y doy por terminada la operación, sin hacer en los días posteriores ninguna cura intrauterina.

Procediendo así en estos casos, lo mismo si se trata de abortos como de partos á término, obtengo muy buenos resultados; pero éstos son los sencillos; la cosa cambia cuando además de hemorra-

gia hay infección, que se da á conocer por secreción ó loquios fé- tidos, aumento del número de pulsaciones y sobre todo temperatu- ra. Esta es para mí la piedra de toque; frente un aborto de esta naturaleza puede aplazarse el raspado, si la enferma ó la familia lo solicitan, mientras se mantenga apirética ó casi tal; pero al primer escalofrío ó á la primera subida de temperatura no vacilo é inter- vengo en seguida. Ya vació el útero, doy irrigación, á poca pre- sión, de suero trementinado por medio de sonda de doble corrien- te, sin hacer curación alguna en días posteriores cuando la infec- ción es ligera; pero á poco importante que ésta sea, y con objeto de evitar á la enferma la molestia diaria de renovarle un taponam- iento ó introducirle una sonda de doble corriente, he aceptado la práctica (tan sin razón criticada) del Dr. Esquerdo: dejar drenaje permanente, mediante doble tubo de goma. Lo mismo hago cuando, por haber alguna desviación uterina, ante ó retroflexión es posible haya retención de los productos que continúe segregando el útero. Con ello se asegura el desagüe y se simplifica en gran manera el tratamiento ulterior; mañana y tarde, si es necesario, doy un lava- do con suero, para lo cual basta poner un recipiente debajo las nalgas de la paciente, enchufar el pitón del irrigador á uno de los tubos, y se verá salir el agua por el otro y por entrambos, con se- guridad absoluta de que no queda líquido retenido. Del séptimo al octavo día caen éstos solos ó los suprimo.

Cuando dejo drenaje en un útero muy voluminoso, es necesario retirar algo los tubos del tercero al cuarto día, pues al venir la in- volución se doblan, impidiendo que el agua de la irrigación circule libremente; éste es el único y pequeño inconveniente del drenaje, pues lo que se ha dicho de que puede dar lugar á úlceras, á retar- do en la involución, etc., no lo he observado *ni una sola vez*, no obstante venir empleándolo desde hace ocho años (1).

(1) Para más detalles consúltese: «El desagüe tubular en el trata- miento de las infecciones endouterinas», por el Dr. A. Esquerdo. («Re- vista de Ciencias Médicas de Barcelona», Marzo 1912.
«Comunicación del Dr. Esquerdo en el Congreso de Ginecología, Tocología y Pediatría, celebrada en Valencia el año 1913». (Libro de actas.)

«Drenaje uterino por medio de tubos», por el Dr. G. Ribas. («Revis- ta de Medicina y Cirugía», Junio 1912.)

Conducta á seguir en las retenciones post-abortivas», por el doctor G. Ribas («Rev. de Cienc. Méd. de Barcelona», Junio 1915)

«Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie». Labadie-Lagrave y F. Legueu

«Du drainage de l'utérus dans les métrites antigües puerpérales (post-abortum et post-partum)». Fontailles. (Thèse de París, 1904.»

Esta es, en términos generales, la conducta que sigo frente un aborto con retención. No obstante, es preciso estudiar cada caso, observarlo y obrar en consecuencia. Así, por ejemplo, he dicho que no vacilo en proceder al raspado cuando una enferma tiene temperatura, pero como es natural, cuando tengo seguridad que es de origen uterino y no gástrico ó intestinal, etc., debiendo seguirse el mismo criterio para todos los demás síntomas.

Con el raspado pretendo, y conmigo supongo que todos los que de él son partidarios, limpiar el útero, suprimir los productos que retenidos mucho tiempo puedan infectarse, ó están ya infectados, con objeto unas veces de impedir el paso de bacterias á la sangre y en otras de que el organismo no absorba más, es decir, ver si suprimiendo el foco origen de la infección y no penetrando ya en la sangre más bacterias puede aquél vencer á ésta. Si hecho esto cuenta la enferma con defensas suficientes, ó responde su organismo á los medios que pongamos en práctica para ayudarle, se curará, si no, morirá á causa de la infección general. Sería pueril creer que con un raspado puede curarse una bacteriemia; esto no: puede evitarse si no existe, pero una vez desarrollada no logramos con él, como he dicho, más que ayudar indirectamente al organismo suprimiendo el foco de infección. Con el raspado se cura la infección local, pero en manera alguna la generalizada.

Esto es lo que no aceptan los abstencionistas, pues parten del principio de que el raspado, abriendo capilares, abre también puertas de entrada á la infección, y naturalmente, lo desechan en absoluto, prefiriendo algunos de ellos, cuando quieren suprimir el foco infectivo, practicar una histerectomía.

De momento parece convincente la teoría abstencionista, pero para mí pierde su valor recordando los trabajos de Schottmuller, que expreso he citado. Recuérdese que dice: *en la sangre se encontraron gérmenes diversos cuya comprobación se hizo antes y después del raspado*. Si, pues, existen ya antes, en modo alguno puede inculparse á éste. Cuando hay retención, sea después de aborto, sea después de parto, queda denudada la porción de útero donde se insertaba la placenta ó trozos de placenta que han salido, constituyendo esta superficie una zona apropiada para la absorción; por esto, y aunque no fuera más que por esta causa, pueden encontrarse en la sangre, y se encuentran como ha demostrado Schottmuller, las mismas bacterias que en los loquios. Si no se suprime la causa de la infección la absorción irá continuando y, al contrario, cuanto más pronto cese aquélla menor será ésta. Los

abstencionistas pretenden que esto se logra con taponamiento y cornezuelo al interior, lo cual no niego aunque algunas veces es difícil siempre á costa de un espacio de tiempo mucho más largo que con el raspado. Este, si bien es verdad que abre capilares, lo hace al mismo tiempo que suprime *total y completamente* el foco infectivo, de manera que si abre puertas de entrada también suprime todo lo absorbible. Además, y téngase en cuenta, no debe practicarse profundamente con objeto de extirpar toda la mucosa, como se hace para tratar una endometritis, sino con cuidado recordando la menor resistencia uterina, y sólo para separar lo retenido. Quizás en el preciso momento del paso de la cuchilla ó el dedo puede haber absorción, y esto nos explicaría el por qué algunas, muy pocas, enfermas tienen una elevación de temperatura al día siguiente; no obstante, las pocas veces en que esto ocurre no es aquella ni intensa ni duradera, apenas se sostiene 24 horas. Mi estadística particular y la del Hospital apoyan el criterio que vengo sustentando.

De todos los casos que en mi práctica privada he visto de aborto, únicamente he tenido que intervenir en once por retención, con sólo una defunción.

Como el citar detalladamente cada caso resultaría monótono y pesado por su extensión, pues á continuación expondré la estadística del Hospital, doy á conocer sólo tres muy demostrativos, entre los cuales hay el que terminó fatalmente.

Caso I.—J. B. de D., 36 años de edad. Tres partos á término, del último hace cuatro años. Aborto de cuatro meses y medio. A las cuarenta y ocho horas continúa la hemorragia, no muy intensa y tiene un escalofrío, por lo cual decide llamar á su médico; éste ordena cornezuelo al interior y dieta láctea. Pasadas otras 48 horas continúa la hemorragia, se han repetido los escalofríos y la temperatura oscila entre 39° y 40,2; en vista de este estado deciden llamarme.

Cuando la ví estaba: temperatura, 42,2; pulso, 120; vientre algo abultado, mucosas pálidas, hemorragia no muy abundante con loquios ó leucorrea fétida; útero abultado, cuello abierto. Procedí inmediatamente á vaciar el útero con cucharilla; toque intrauterino con trementina, coloqué el drenaje con doble tubo de goma. Esta intervención fué practicada por la tarde. Por la noche otro escalofrío menos intenso, fué el último. La temperatura fué descendiendo hasta quedar apirética á los cuatro días. Ocho días después de a intervención suprimo los tubos y diez días después de esto la

enferma abandona el lecho. Quedó una cervicitis que fué tratada y curada después.

Caso II.—A. C., de 32 años. Dos partos á término. Un aborto de tres meses sin contratiempo hace un año. Actualmente parto á término con retención incompleta de placenta hace tres días, hemorragia. Desde ayer fetidez de loquios y temperatura, 38,5°. Procedo al vaciado del útero con el dedo y coloco drenaje. A los dos días apirética y el agua en las irrigaciones sale casi limpia. Curso posterior normal.

Caso III.—E. N., de 21 años. Aborto de tres meses, probablemente provocado. A los dos días intenso escalofrío, hemorragia ligera. El escalofrío se repite á las diez horas, por lo cual decide llamar á su médico, quien ordena ergotina, dieta láctea y un purgante. Al día siguiente continúan los escalofríos con elevación de temperatura á 41'8°. Llamado en junta diagnóstico: retención é intensa septicemia. Propongo el vaciado del útero que practico con cucharilla, coloco drenaje é inyecto suero de la fiebre puerperal «Welcome». A los cinco días dominada la infección uterina; el drenaje se suprime tres días después, quedando el útero muy reducido y sin secreción alguna; en cambio, la septicemia ó bacteriemia no pudo dominarse, no obstante haber recurrido como he dicho al suero puerperal, al absceso de fijación, 1 c.c. de esencia de trementina en la parte externa del muslo, no habiéndose formado á las cuarenta y ocho horas repito la inyección con 2 c.c. en el mismo sitio de la primera, tampoco se formó absceso; después á las inyecciones intravenosas de sublimado y al electrargol; no habiendo olvidado los tónicos cardiacos por ingesta y por vía hipodérmica. Los escalofríos continuaron en número de dos, tres y cuatro al día, con elevación de temperatura hasta 42°; quince días después de la intervención murió la enferma. Es el caso de infección más intenso que he visto; ni momentáneamente respondió nunca á ninguna medicación.

Los demás de mi estadística corresponden á los tipos de los otros dos citados, y alguno de más benigno en el que sólo practiqué el vaciado sin recurrir después ni al drenaje ni al taponamiento.

En la sala de Ginecología del Hospital de Santa Cruz hemos practicado desde el año 1906 hasta el 20 de Abril del corriente año 167 raspados por hemorragia y retención después de abortos, la mayoría de tres á seis meses y algunos después de partos á tér-

mino, con 13 defunciones. Desde el año 1908 se ha dejado en todas sistemáticamente el drenaje con tubos porque así lo tiene ordenado el jefe de la visita.

Teniendo en cuenta la condición social de las enfermas que recurren al Hospital se comprende que muchas de ellas llegan á nuestras manos en pésimas condiciones, unas agotadas por hemorragias, otras con intensas infecciones, á pesar de lo cual creo nada tiene de despreciable la estadística que presento. Nueve de las defunciones son debidas á septicemias, anteriores al raspado, y que no pudieron dominarse con éste y los tratamienon generales recomendados para estos casos; tres ingresaron con peritonitis difusa y una con perforación uterina. En otras, en que la infección general no era tan intensa, ha sido posible curarlas mediante vaciado del útero y tratamiento general. Las que han venido con la infección localizada al útero *han curado todas* con sólo el vaciado sin tratamiento general alguno, y han curado, creo yo, no á pesar del raspado, como dice algún abstencionista, sino á favor de éste.

En apoyo de esto citaré únicamente los tres ó cuatro últimos casos que hemos tenido y que parecen hechos expofeso para demostrar la utilidad del pronto y completo vaciado uterino (1).

M. M., 32 años de edad, ingresa el 7 de Marzo ocupando la cama núm. 3 p. Aborto de cuatro meses hace tres días. Tiene hemorragia ligera pero continua, con fetidez; temperatura, 39°. Practico el vaciado con cucharilla, la cual arrastra algunos trozos de placenta; coloco drenaje. A los cuatro días apirética. A los ocho saco los tubos. Cuando estaba para levantarse apareció una bronquitis gripal que la obligó á guardar cama unos días más. Alta, curada, el 24 de Marzo.

J. P. S., de 20 años de edad, ingresa el 25 de Marzo, ocupando la cama núm. 15 p. Regló á los 13 años, bien; estuvo después amenorreica durante siete meses; luego bien reglada. Primer embarazo, á los cuatro meses y medio comenzó á sentir dolores en el bajo vientre, y á los tres días abortó. Ingresó á las quince horas de haber abortado (por la noche). Al pasar la visita á la mañana siguiente, presentaba: ligera hemorragia; bajo vientre doloroso espontáneamente y á la presión, algo abultado y con defensa. Temperatura, 28°2'; pulso, 100.

Diagnóstico: aborto, retención, irradiación peritonítica.

(1) Algunos de los otros casos se encontrarán en los trabajos citados de los doctores A. Esquerdo y G. Ribas.

Tratamiento; vaciado con cucharilla y drenaje con tubos.

Al día siguiente, por la tarde, apirética. A los siete días se suprimen aquéllos. Alta, curada, el 8 de Abril.

E. R., de 42 años, ingresa el día 8 de Abril; ocupa la cama número 14 p. Ha tenido ocho embarazos con buenos partos. El día 6 abortó de seis meses. Desde los tres meses hemorragias, hasta que abortó. La placenta salió á trozos. Mucha hemorragia, por lo que ingresa en el Hospital á las veinticuatro horas. Temperatura, 38°.

Tratamiento: vaciado con cucharilla y drenaje.

Continuó durante cuatro días con algunas décimas. A los ocho días suprimidos los tubos. Tres días después se levanta. Alta, curada, el día 21 de Abril.

M. A., de 23 años de edad, ingresa el día 19 de Abril; ocupa la cama núm. 19. Regló á los 16 años, bien. Hace dos años, aborto gemelar de tres meses sin contratiempo alguno. El día 17 de Abril abortó de tres meses y medio, provocado. Dos días después ingresa con loquios fétidos, dolores en el bajo vientre y temperatura 40°.

Tratamiento: vaciado con cucharilla y drenaje. A la mañana siguiente, temperatura 37'6°; dos días más con 37'5°, y al otro, aspirética. A los siete días caen los tubos. Alta, curada, el 29 de Abril.

Los casos expuestos y las estadísticas citadas, á mí me demuestran la inocuidad del raspado en sí, siempre que sea practicado por manos expertas, y las grandes ventajas que reporta á las pacientes. En unos casos vemos que después de éste desciende la temperatura, desaparecen los fenómenos de irradiación peritonítica, mejora el pulso y el estado general. En otros, llevados á cabo sólo por hemorragia, sin que la enferma tenga temperatura ni síntomas generales, vemos que aquélla queda dominada y nada le ocurre á la paciente. Por fin, en aquellos otros operados en plena septicemia, vemos dominada la infección uterina, y si no curada á la enferma, por lo menos con la seguridad de que no sólo no le hemos hecho ningún mal, sino que la hemos ayudado de manera positiva á llevar la infección. En estos casos, algún abstencionista prefiere la histerectomía antes que proceder al raspado. Por mi parte creo que ningún beneficio reporta, pues con ella lo que se pretende es suprimir el foco de infección, lo cual puede obtenerse sin ningún perjuicio con el raspado; además, la histerectomía es siempre una operación expuesta á contingencias posteriores, y véase si éstas no aumentan en una enferma septicémica.

La histerectomía únicamente puede aceptarse en los casos rarísimos de gangrena del útero sin infección generalizada. Además, si hay colapso, algidez, lesiones generalizadas del hígado ó de los riñones, toda tentativa es inútil.

Para terminar, y á modo de resumen, diré que en el tratamiento de las retenciones no hay que ser exclusivista; debe procederse siempre según requiera el caso. El vaciado del útero, digital siempre que sea posible ó instrumental, es el procedimiento más rápido y seguro para dejarlo limpio en los casos de retención. Bien practicado no tiene los inconvenientes que algunos han querido atribuirle. Cuanto más pronto se practique, mayores garantías de curación tendrá la enferma; no obstante, no hay que precipitarse, sino sentar bien sus indicaciones, pues en algunos casos puede obtenerse el resultado deseado estimulando al útero, ya localmente, ya con medicación interna.

Como tratamiento posterior aconsejo el drenaje por tubos en caso de infección y de desviación uterina: es inocuo, seguro y ahorra molestias á la enferma y al médico. En los demás casos puede prescindirse de él, lo mismo que del taponamiento.

Ya he dicho que no niego que con el taponamiento y estimulantes internos se pueden obtener buenos resultados; pero no por esto debe despreciarse, y mucho menos condenarse, el vaciado instrumental ó digital, cuando sea posible, que tan buenos servicios ha prestado, presta y continuará prestando en muchos casos de aborto incompleto y de parto con retención.

(«Revista de Ciencias Médicas de Barcelona», 1916, núm. 5.)

Tratamiento de la Epilepsia generalizada

Es la primera clínicamente definida en la historia de esta neuropatía y la mejor conocida y la más clásica entre todas las demás formas, por concurrir en ella las cuatro circunstancias que especializan á la enfermedad. También es la forma en que, acaso, resulten más evidentes la causa y la patogenia, permitiendo establecer las correspondientes indicaciones etiológica é histopática, antes que la sintomática.

El secreto del éxito terapéutico radica en el diagnóstico exacto de estos tres factores.

Ha de comprender:

- 1.º El descubrimiento de la especialización clínica de la enfermedad.
- 2.º La investigación de la causa productora.
- 3.º La dilucidación de la lesión probable concurrente en cada caso.

* *

No siempre es posible presenciar el ataque. Por lo mismo, debe uno fiar en la descripción hecha por persona casi siempre indocta; descripción que resulta, muchas veces, incorrecta é incompleta.

Importa, pues, averiguar la concurrencia de las conocidas cuatro circunstancias: repentinidad, periodicidad, privación y tonicismo. A este respecto puede afirmarse que *siempre que concurren estas circunstancias, siquiera no sean más que las tres primeras, se tratará de positiva epilepsia*. Cuando, además, concorra la última, la epilepsia es *generalizada*.

Con gran método debe procederse, también, en la averiguación de la causa que ha obrado en cada caso. Precisa saber, por ejemplo, que muchos alcoholizados niegan la posibilidad de padecer epilepsia alcohólica porque jamás se han embriagado, no obstante beber litro y medio ó dos litros de vino al día.

También muchos habituados, particularmente los morfinómanos, por vergüenza muchas veces, niegan el vicio y muy raramente atribuyen, otros, al fumar, acción alguna en la determinación de los ataques y menos en su causalidad.

El descubrimiento de cualquiera posible intoxicación en un epiléptico exige paciencia y método. Jamás debe olvidarse la exploración de todas las sensibilidades especiales, la muscular y la orgánica, de los reflejos (cutáneo, mucoso, tendinoso) y de las reacciones eléctricas, en averiguación de irritabilidades, amortiguamientos y disociaciones estésicas, de las perturbaciones morfinésicas y de cenestesiopatías acusadoras de intoxicación morfínica. Del propio modo, advertiremos si la coincidencia de una cefalalgia, vértigos, angustia, hormigueo y contracturas, y á mayor abundamiento, de gangrenas, puede explicarse tal epilepsia la intoxicación ergotínica derivada de alimentos confeccionados con harinas averiadas.

La profesión del epiléptico es dato inexcusable: los preparadores de materias tintóreas, pictóreas, anilínicas, plúmbicas, térreas, los fundidores, pintores, tintoreros y mineros suman legión entre los epilépticos y en ellos hay que averiguar siempre si concurren otros síntomas acusadores de la intoxicación, ya plúmbica, ya hi-

drargírica, arsenical, fosfórica, etc , para deducir la causa del mal. Muchos sifilíticos solicitan la curación de una epilepsia sobrevenida después de un tratamiento específico intenso y duradero. Véase en este caso si presentan hidrargirismo; y sin desechar la posibilidad de la infección como factor etiológico, corriamos la saturación mercurial antes de establecer el tratamiento antiepiléptico. Si no es heterotóxico, puede ser autotóxico el epiléptico generalizado; y como entre los trofismos más epileptógenos, figuran el artritismo, el paratiroidismo, el brightismo y la diabetes, será indispensable investigar la existencia ó ausencia de tales datos para establecer el plan terapéutico causal.

Más frecuentemente que en cualquiera otra forma de epilepsia, la generalizada responde á las comunes infecciones malárica y sifilítica entre las crónicas, tifódica, diftérica y rábica entre las agudas. La concomitancia de estos factores etiológicos completará la indicación terapéutica.

*
* *

Dado por seguro que en todos los epilépticos, máxime en los de forma generalizada, investigaremos la sangre y el líquido céfalorraquídeo, en averiguación del grado de linfocitosis, la composición globular ó la presencia de elementos patógenos, vivos ó tóxicos, y que analizaremos la orina para evidenciar la presencia de productos epileptógenos amoniacaes ó proteicos, todo ello con el propósito de comprobar la *gliosis degenerativa*, á título de lesión epileptógena fundamental relacionada con las mencionadas perturbaciones de la general nutrición, cuidaremos, al propio tiempo, de descubrir si existen otras lesiones concomitantes, cuya ignorancia restaría indicaciones al plan curativo. Las lesiones concomitantes con la fundamental, encontradas, preferentemente, en las epilepsias generalizadas, son:

- 1.º Encefalitis parenquimatosas: inflamatorias, purulentas, degenerativas (reblandecimiento agudo).
- 2.º Encefalitis intersticiales: esclerosis.
- 3.º Encefalitis neoformativas.
- 4.º Encefalitis arteriales: agudas ó hiperémicas, crónicas ó esclerósicas.

¿Cómo diagnosticar estas lesiones?

La *marcha*, las *complicaciones* y el *déficit mental* constituyen los tres principales datos que despejarán la incógnita.

Las epilepsias de *marcha aguda*, de gran intensidad *sindrómica* de frecuentes accesos y de gradual *disminución de la mentali-*

dad, implican la coparticipación de los elementos figurados de la corteza y llevan prontamente á la ruina del psiquismo.

Las intensas cefalalgias y las reacciones generales morbosas, suponen un proceso puógeno, así como los síntomas focales suponen una neoformación.

En cambio, las epilepsias de marcha crónica obedecen principalmente á encefalitis intersticiales ó arteriales, están exentas, casi siempre, de complicaciones y permiten la continuación de la potencia intelectual ó, por lo menos, el déficit es muy lento.

* * *

Recordado todo esto para facilitar el diagnóstico de la especie, género y clase de la epilepsia que debemos tratar, también debemos recordar, para los fines terapéuticos contra la epilepsia generalizada, los principales *tipos clínicos* derivados del conocimiento de la causa y de la lesión anatómica, ó sea, de la patogenia del mal, descritos en trabajo anterior, todos cuyos tipos puede presentar la epilepsia generalizada. Son los siguientes:

- 1.º Tipo *arterioescleroso*, causado principalmentr por el artritismo y la sífilis.
- 2.º Tipo *hiperémico*, por el alcoholismo é histerismo.
- 3.º Tipo *escleroso difuso*, por las enfermedades de la infancia.
- 4.º Tipo *degenerativo*, por la senilidad.
- 5.º Tipo *neoformativo*, por la sífilis y la tuberculosis.
- 6.º Tipo *craneopático*, por íd., íd.
- 7.º Tipo *teratopático*, por disgenesia.

El epiléptico arterioescleroso se encuentra ya casi siempre en plena edad viril y más frecuentemente en la de declinación; es artrítico aunque no haya sido reumático; habitualmente tiene el aspecto sano, *goza de buena salud*, según afirma, tiene gran apetito y se siente vigoroso y ágil. La exploración visceral no revela, generalmente, alteraciones somáticas. Todo lo más, el corazón se encuentra reforzado de tonos, las arterias acusan una mayor tensión, y, andando los tiempos, se vuelven sinuosas y rígidas. Todas las funciones se cumplen con normalidad, acaso, con sobrada intensidad, entre ellas, la genital. Este es el tipo epilético que podríamos llamar *flórido*. Jamás debemos olvidar, en caso tal, el análisis de la sangre, que sin duda revelará un estado orgánico de oxidaciones incompletas y una autointoxicación de naturaleza úrica.

El tratamiento de los epiléticos artríticos, ha de ser primordialmente higiénico.

Limitación en la cantidad de alimentos, sobre todo, de naturaleza albuminoídea. Deben ser prohibidas las carnes rojas; muchas veces, también, las blancas y los pescados, así como las bebidas alcohólicas. El régimen vegetariano se impone de rigor. Debe aconsejarse abundante agua, máxime caliente y ésta azucarada, frutas, confituras, verduras y legumbres en abundancia, particularmente, entre estas últimas, las muy ricas en ázoe como las habas y lentejas, sin excluir el arroz, las judías, los garbanzos y los guisantes, así como las patatas y las ensaladas.

Cuanto más acentuada es la esclerosis arterial, más hipotóxico ha de ser el régimen.

¿Qué importancia merece en los epilépticos el régimen desclorurado? Aquí, como en todo, no podemos ser sistemáticos. La razón aducida por sus partidarios de ser más asimilable el bromo en ausencia del cloro, es más hipotética que real. La única indicación radica en la *hipercloruremia* y no la tomaremos sino cuando quede demostrada esta última por el análisis de la orina.

Si existe, sobre proscribir la sal como condimento, y todos los alimentos conservados en salmuera, prescribiremos las legumbres, cereales y frutas, algunos huevos y leche, pastas, pescados frescos y los azucarados, juntamente con abundante agua como única bebida.

Después del régimen, la segunda importante indicación en los epilépticos arterioesclerosados, consiste en oxidar los músculos mediante continuados ejercicios, activos y pasivos y estimular los tres grandes emuntorios, gastrointestinal y hepático, renal y cutáneo, alternativamente. Los colagogos y drásticos deberán emplearse, por lo menos, una vez cada semana, solos ó asociados á los desinfectantes y neutralizantes, si hay fermentaciones gástricas ó intestinales. En los intervalos, se administrarán los diuréticos y, casi á diario, los baños tibios ó los baños sudoríficos de luz eléctrica.

La tercera indicación, en tales epilépticos, deriva de la necesidad de activar los metabolismos orgánicos, sobre todo, á beneficio de aquellos agentes que activan la desasimilación, entre ellos, los persulfatos y los mangánicos. Doy preferencia á la persodina (solución de persulfatos de sosa, potasa y amonio) á la dosis de 0'20 gramos al día y al ioduro de manganeso á igual dosis, consiguiendo, además, mediante este último, el efecto hipercrínico renal, reforzándolo con algún alcalino ó alguna sal de litina (benzoato) para cumplir, también, indicación neutralizante del exceso de ácido úrico.

Una vez formuladas, después de la causal, las indicaciones higiénicas (régimen alimenticio, ejercicio, baños), la reguladora de las grandes funciones y la hipercrónica y la metabólica, que satisfacen las exigencias de la terapéutica patogénica, se hace indispensable en las epilepsias generalizadas, más todavía que en las incompletas, el *tratamiento sintomático*, ó sea, el moderador de la irritabilidad de las neuronas motores corticales. Se realiza mediante los llamados moderadores reflejos. Son muchos: bromuros, belladona, beleño, hiosciamina, estramonio, solanina, piridina, piscidia eritrina, gelsemium. Todos pueden tener particular aplicación porque, bien que los bromuros son los que tienen más potente acción moderadora de los reflejismos, ni satisfacen todas las exigencias ni están exentos de inconvenientes.

MEDICACIÓN BROMURADA. - El bromo impregna el protoplasma celular disminuyendo su excitabilidad; estimula, en cambio, los nervinervorum, isquemiando las arterias y transforma el carbamato de amoniaco (agente epileptógeno) en carbonato potásico, que es inofensivo.

La primera condición que han de poseer los bromuros es que sean químicamente puros.

Deben ser tomados en las horas de las comidas en evitación de los efectos irritativos sobre el estómago.

Los bromuros alcalinos (potasio, sodio, amonio) son muy solubles y fácilmente absorbibles. Los metaloideos y metálicos (de arsénico, níquel, zinc, litio, estroncio, oro) son de difícil asimilación. Los especiales (de alcanfor, salol, de etilo) tienen contadas aplicaciones. Los llamados orgánicos (bromhidia, bromalina, bromipina, bromocarpina, bromorosa, bromona, bromoglidina, bromiasa), ó no son aplicables para un tratamiento metódico de la epilepsia ó sólo ofrecen pasajeras oportunidades.

El valor terapéutico máximo contra la epilepsia lo tienen los bromuros alcalinos, particularmente el de potasio. El de estroncio es también poderoso. El de alcanfor es sumamente útil en las asociaciones de la epilepsia con otras neurosis, sobre todo, el histérismo y en las complicaciones sensoriales.

¿Es ventajoso el polibromismo? Ciertamente no, por lo que se refiere á la epilepsia en sí; pero, dada la cronicidad y elevadas dosis de la medicación, importa atender á las acciones viscerales que puede ejercer la acumulación de ciertas substancias, como la potasa, el amonio, el arsénico, etc., y, por lo tanto, la conveniencia de alternar las diversas sales.

La dosis de bromuro, tomando por tipo el de potasio, deben

regularla tres factores: la *edad* del enfermo, la *frecuencia* y la *intensidad* de los ataques. La dosis máxima en la primera infancia, es de 2 gramos diarios; en la segunda, de 4; en el adulto, de 10. Cuando los ataques, en intensidad y frecuencia, resisten á tales dosis de bromuro es necesario recurrir á la asociación con otros moderadores reflejos si queremos evitar las múltiples secuelas del bromismo (dermatosis, laringitis, bronquitis, gastritis, nefritis, aturdimiento, amnesia, vértigos, etc.)

Para evitar la acumulación, hubo una época, desde Charcot, que se administraba el bromuro alternativamente á dosis crecientes y decrecientes; pero, con tal método, jamás se tenía la seguridad del máximo efecto. El método racional es llegar progresivamente al límite del efecto terapéutico, ó sea á la supresión de los ataques, manteniendo esta dosis de supresión por durante un año. En el transcurso del segundo año, puede intercalarse, cada mes, una semana de descanso y en el transcurso del tercero puede administrarse el medicamento en meses alternos, pero siempre á la misma dosis.

Después de muchos años de pruebas, me ha parecido que este método es el que me ha proporcionado mayores éxitos.

BELLADONA.—Al objeto de reforzar la acción sedativa de los bromuros, se han asociado á estas sales otros moderadores reflejos, entre ellos la belladona (método de Trousseau). Realmente, la belladona y la atropina, aun á dosis terapéuticas (0.05 de extracto, 0.02 de alcaloide), mitigan la excitabilidad cortical y disminuyen la sensibilidad periférica, pudiendo aprovecharse ambas acciones para combatir particularmente las epilepsias de aura sensitiva, así como es aprovechable su acción vasoconstrictiva, por estímulo del simpático, para contrarrestar la hipertensión de la epilepsia arterioesclerosa. Cuando se emplea la belladona por el método de Trousseau y como único recurso antiepiléptico, se inicia el tratamiento por 2 centigramos diarios de extracto dados de una vez, aumentando un centigramo diario cada mes. Asociada á los bromuros no es necesario aumentar tanto la dosis, evitándose así los inconvenientes de la intolerancia.

BELEÑO.—Dentro de la acción general de moderar los reflejos corticales y medulares, tiene especiales aplicaciones en la epilepsia; y así como la belladona es favorable en las de aura sensitiva, demostrativas de una irritabilidad periférica, lo es el beleño en las de aura sensoperceptiva, ilusoria ó alucinatoria, demostrativa de una irritabilidad talámica ó talamocortical. Tampoco de un modo exclusivo debe confiarse al beleño ó á la hiosciamina, el en-

cargo de amortiguar la exageración sensoperceptiva, sino en unión de los bromuros para evitar los efectos tóxicos de las dosis elevadas: extracto 10 centigramos; tintura XX gotas, hiosciamina 3 miligramos.

ESTRAMONIO.—También dentro de la común acción moderadora, el estramonio tiene especial aplicación en la epilepsia complicada con preliminar excitación bulbar, ya con localización pulmonar ó ya cardiaca, esto es, en las epilepsias con aura respiratoria, de ahogo, de espasmo y de ansiedad, de palpitaciones ó de interrupciones circulatorias. Tintura XX gotas, extracto 10 centigramos diarios, unidos á los bromuros.

PIRIDINA.—En los casos que el aura bulbar es prolongada, da tiempo al empleo de las inhalaciones de la piridina, reforzando la acción del estramonio, pues al igual que éste es gran moderador de los centros respiratorios y medulares y excelente antiasmático.

En los intervalos de los accesos, juntamente con los bromuros y el extramonio debe darse la piridina en cápsulas de 0'05 hasta cuatro al día.

GELSEMIUM.—Cuando, más que irritabilidad periférica, el preludeo (aura) del ataque es una súbita é intensísima neuralgia craneal ó cerebral, si puede puntualizarse esta neuralgia en el trigémino debe recurrirse á la aconitina en los intervalos; pero como siempre no es fácil semejante determinación es preferible recurrir al gelsemium, que, á su acción analgésica, reúnese la acción moderadora: coadyuvante á la del bromuro, belladona, etc.

SULFATO DE MAGNESIA.—Es poderoso sedante neuromuscular, así como el carbonato y el óxido. Se emplea por la vía gástrica á cuatro gramos diarios. Por la vía hipodérmica ó intrarraquídea á cinco centímetros cúbicos.

Se emplean por algunos otras asociaciones.

OPIO (método de Flechsig).—Creyendo que el bromuro obra más intensamente si antes se ha amortiguado la irritabilidad de la corteza, administra Flechsig, preliminarmente, el opio de la manera siguiente: empieza por 0'02 de extracto de opio que aumenta diariamente hasta 1 gramo. Después suspende bruscamente el opio y lo reemplaza por 7 gramos de bromuro de potasio al día, por durante dos ó más meses, disminuyendo al cabo de seis. Los resultados no son superiores á los demás métodos.

Más atentos, otros, á los trastornos de la circulación, en concepto de generadores del ataque epiléptico, prefieren la asociación de los bromuros con los modificadores del corazón y de los vasos.

DIGITAL-ADONISVERNALIS (método de Bechterew).—Emplea ambas sustancias asociadas á los bromuros en los epilépticos ple-tóricos é irritables. Grasset ha adoptado este método bajo las siguientes fórmulas:

Br. K	} aa 40 gramos.	
Id. Na.		
Id. Am.		20 »
Infuso hojas Adonis vernalis		1 litro.

Desde dos hasta diez cucharadas grandes, aumentando una cada día y disminuyendo, del propio modo, dejando un intervalo de descanso.

Br. K	} aa 40 gramos.	
Id. Na.		
Id. Am.		20 »
Infuso de h. de digital		1 litro.

Igual prescripción.

En concepto de tratamiento sistemático considero impropio la asociación de la digital, del adonis, de la convalaria y demás tónicos ó regularizadores de corazón. Únicamente los he empleado en los deficientes miocárdicos, con la ventaja, además, de ser diuréticos y mediante la diuresis, desagobiantes del organismo.

MEDICACIÓN ANTIESPASMÓDICA.—Desde antiguo han sido empleadas contra la epilepsia multitud de sustancias de positiva ó supuesta acción moderadora refleja. Supuesta, digo, porque se han confundido los espasmos, que son daños del sistema nervioso periférico ó de los centros excitomotores inferiores, conexionados ó no con el simpático, con los hiperreflejos, que son trastornos del sistema de conexión central y de los órganos de recepción de las excitaciones externas ó internas. En rigor, los antiespasmódicos son excitantes de la cerebración superior, por intermediación del simpático y por lo mismo, ineficaces en la epilepsia propiamente tal, aunque muy útiles en las formas convulsivas de naturaleza histerica, pues que ésta consiste, primordialmente, en una alteración del simpático.

De aquí su empleo favorable en las *histeroepilepsias*, asociados á los moderadores reflejos. Entre ellos, los más eficaces son los valerianatos y el alcanfor, máxime este último, en forma de bromuro.

En estos casos empleo la siguiente fórmula:

D. Monobromuro alcanfor.	3 gramos
Valerianato de zinc	1 »
Extracto de belladona	15 centigramos
Excipiente c. s. para.	30 píldoras

Desde cuatro hasta ocho al día, aumentando una cada dos días. Puede emplearse también, con éxito, el valerianato amónico líquido, el bornival, la valerobromina, el valerianato de hierro.

* * *

Es obvio añadir que á la vez que el anterior tratamiento sintomático de las epilepsias por arterioesclerosis urge instituir el tratamiento causal. Los dos principales subtipos de este grupo, repito que corresponden etiológicamente al artrismo y á la sífilis. Los alcalinos, los oxidantes orgánicos y los hipercrónicos completarán el tratamiento del primero. Los arsenobenzoicos y los mercuriales el del segundo.

Las lesiones concomitantes, por último, que con la fundamental pueden existir en la epilepsia generalizada, serán objeto de respectiva terapéutica que formularemos al estudiar los demás tipos clínicos.

A. GALCERÁN GRANÉS.

(De los «Archivos de Terapéutica de las enfermedades nerviosas y mentales.»)

HISTORIA CLÍNICA DE UN ERROR JUDICIAL

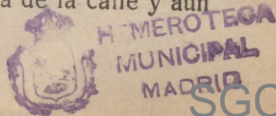
Conferencia dada en el Ateneo de Madrid el día 12 de Mayo de 1916, por el Doctor A. Piga, Médico de la Real Casa y Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

SEÑORAS Y SEÑORES:

No sería sincero, si, al comenzar esta conferencia, no expresase que se agitan en mi espíritu, tumultuosamente, diversos sentimientos: sentimiento de gratitud, sentimiento de alegría, sentimiento de temor. Sentimientos cuya génesis he de explicaros previamente para descargo y desahogo de la pesadumbre afectiva que me agobia, y con la cual no podría en modo alguno dar cima á la ardua empresa que se me ha confiado por un grupo de amigos necesitando para hacerlo de toda vuestra benevolencia y de toda vuestra atención.

El sentimiento de gratitud tiene su génesis en la merced que se me dispensa, en el galardón que se me otorga al permitirme ocupar este sitio, que es tribuna, sino sagrada, santa, porque constituye á modo de brillante espejo donde se ha reflejado, se refleja y se reflejará, la cultura española.

El sentimiento de alegría dimana de que este Ateneo se halla enclavado en el pueblo donde yo nací, muy cerca de la calle y aun



de la casa donde vi la luz primera, y que el acto que hoy rememora, trae á mi mente recuerdos casi olvidados de mi infancia, cuando yo, en actos análogos al actual, me paraba en la puerta de este Ateneo á contemplar la entrada á este templo del saber de unos señores que no sabía quiénes eran, que no podría denominar con sus nombres; pero que, en conjunto, les consideraba como los representantes genuinos de la ciencia, del arte, de cuantas manifestaciones del saber contribuyen al progreso social, á la perfectibilidad social y colectiva para el mejoramiento de los factores éticos capaces de contribuir á limar las asperezas en las rudas luchas que el hombre sostiene en su rápido paso por el planeta que habita.

El sentimiento de temor, porque el tema que voy á tratar no es un tema abstracto, de aspecto doctrinal; no es un tema de esos que pueden exponerse sin temor al fracaso; no es como el cuadro que lleva un pintor á una Exposición, ni como la Venus que cinceló un genial artista, ni como el poema que nace de la inspiración del poeta; porque en estos ejemplos, si hay fracaso, éste sólo hiere á la sensibilidad del artista, sólo menoscaba su amor propio; pero, en el caso actual, si por deficiencias de mis medios ó por torpeza fracasase, y no diera á esta conferencia su significado, el fracaso no sería mío, sino de la verdad y la justicia y, lo que es peor, de quien de la verdad y la justicia espera, tiene derecho á esperar que se derrame un bálsamo sobre el corazón de una víctima herida por la fatalidad. Además, yo no me atrevo á mirar; es difícil en estos momentos emocionales distinguir bien las personas; pero presumo que entre este distinguido auditorio tal vez esté el hombre á quien espiritualmente debo cuanto soy; tal vez esté aquí presente el prestigio más alto de la Medicina legal en España, mi querido amigo el Profesor de Medicina legal de esta Universidad, Doctor Maestro. Y aunque conozco su ingénita modestia y todo el cariño que me tiene, sé también que sabría pedirme severa responsabilidad si yo no ajustara en la tarde de hoy en esta conferencia, á los más severos dictados de la moralidad médica y de los principios de la ciencia, todo cuanto tengo que decir.

Y para remate del exordio, vaya una confesión. Quien espere de mí sonoras frases, quien espere de mí bellos pensamientos, se equivoca. Aunque yo supiera hacer una conferencia en esta forma, no lo haría, porque entiendo que la oratoria lírica con vistas al logro de efectos estéticos, de pasajeros estados emotivos, sirve cuando más para crear reputaciones, sirve cuando más para conseguir aplausos; pero con ella, ni ahora ni nunca se ha conseguido poner los cimientos de la más humilde de las obras sociales, y por

esta razón, yo, lisa y llanamente, voy á deciros lo que pienso, respecto de un problema que tiene más complejidad de lo que á primera vista parece.

Y voy á comenzar mi conferencia considerando lo que se ha denominado «Tragedia del Pobo» como una entidad nosológica, como un proceso morboso, y, por lo tanto, como tal, con todos sus antecedentes hereditarios, con todos sus antecedentes personales, con su etiología, con su sintomatología, con su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Y precisamente por esto, por no ser un hecho aislado, exótico, individual, es por lo que tiene importancia, porque la tragedia del Pobo tiene su raigambre en la manera de ser social y jurídica de nuestro pueblo.

Antecedentes hereditarios

Desde los tiempos de la Medicina sacerdotal, desde los tiempos de los libros herméticos de los egipcios, de los Médicos levíticos del pueblo hebreo, se ha pasado por la magia de la Medicina griega, se ha pasado por la filosofía materialista de Thales, Anaxágoras, Heráclito y Demócrito; por la filosofía espiritualista de Platón, Sócrates y Pitágoras; por el vitalismo hipocrático, por el pneumatismo de Areteo, por el empirismo de Sextus; por Aristóteles, continuador de la doctrina espiritualista é inspirador de Galeno; para llegar á los compiladores de la Edad Media, á los árabes españoles que, no contentos con haber dado á la humanidad obras inmarcesibles, realizan en unión de los judíos, también españoles, aquel memorable éxodo, atravesando la frontera, pasando los Pirineos y llevando á Francia los primeros elementos básicos de la Escuela de Montpellier, en 1137, escuela gloriosa en los anales de la Medicina, que dos siglos más tarde, en 1376, había de vanagloriarse de haber realizado la primera disección en un cadáver humano.

Debemos, además, mencionar los nombres gloriosos de León el Africano, que unió la Filosofía con la Medicina; y después, sin pretensiones por mi parte de señalar los antecedentes históricos, pues sería un alarde de erudición de parte del más humilde de los Médicos, os citaré en síntesis los nombres de Paracelso, el más Médico de todos los locos y el más loco de todos los Médicos, como decía Leibniz: de Van Helmont, de Wharton, de Servet, de Riolan, de Vesalio, de Stenon, Sydenham, Claudio Bernard, de tantos otros, hasta llegar casi á nuestros tiempos, hasta llegar á Ehrlich, hasta llegar á otros nombres gloriosos de la Medicina española, como Ferran, Letamendi y Cajal, y dígaseme si hay al-

guna clase profesional ó social que pueda tener tan ilustre proge-
nitura.

Yo no voy á cantar un himno en loor de nuestros ascendientes de estos bienhechores de la humanidad que tanto la han beneficia-
do; pero sí voy á decir algo que, como está gravitando sobre mi
corazón, y es malo quedarse con cosas gravitando sobre el cora-
zón, es preferible que salga á flor de los labios, que lo conozca
todo el mundo, como una especie de desahogo moral. La humani-
dad es algo ingrata con nosotros, que tanto la beneficiamos. Para
poner un ejemplo práctico, indicaré que, mientras en una gran ciu-
dad, Madrid, por ejemplo, cualquier político de tercera fila,
da su nombre á una gran Avenida, la calle del Doctor Letamendi
está en lo más recóndito del Madrid viejo, en una calle en cuesta
y con cinco casas feas, y, además, no se si por la injuria del tiem-
po ó falta de cuidado en las autoridades, es un hecho que ni siquie-
ra pone «Doctor Letamendi», sino «octor Letamendi»; un pegote
lanzado por un muchacho, ha dado lugar á que desaparezca la pri-
mera letra, y ni siquiera se puede leer el título de esa gloria de la
Medicina española.

Voy á decir también, y perdonad este pequeño escollo, que ha-
rá próximamente unos dos años llegó á España el Doctor Roux,
esa gloria de la Medicina mundial, á entrevistarse con nuestro sa-
bio Ferrán en Barcelona; y la prensa dedicó á la visita del salva-
dor de tantos millones de niños, menos espacio que el que ordi-
nariamente dedica á cualquier becerrada aristocrática ó á cual-
quier novillada provinciana. (*Aplausos.*)

Antecedentes personales

Nada refleja mejor los antecedentes personales que la lectura
de una carta que hace días me mandó el Médico del Pobo, y que
dice así en algunos de sus párrafos:

«En la Universidad de Valencia hice los estudios de mi carre-
ra, habiendo obtenido en la mayoría de las asignaturas la nota de
Sobresaliente. Desempeñé el cargo de alumno interno por oposi-
ción en la Facultad de Medicina de la indicada capital, y en los
ejercicios de Licenciatura obtuve la honrosa calificación de Sobre-
saliente.»

.....
«Para que comprenda usted lo poco placentera que ha sido mi
vida, le diré que padezco de insuficiencia aórtica hace más de
quince años, con fenómenos cerebrales graves, y que ahora, con
el horrible sufrimiento que tengo, se ha agravado en tales térmi-

nos, que si algún beneficio obtuviera por el esfuerzo de usted y clase médica, como se demorase mucho tiempo, no respondo de que mi dolencia no dé un funesto resultado.»

«De todos los disgustos y persecuciones que tuve en El Pobo, sólo le diré, como muestra, lo siguiente: Que me llevaron engañado con el objeto de quitar la titular al Médico del bando contrario, y cuando ya consiguieron esto, empezó la guerra para arrojar me del pueblo empleando toda la clase de medios; y, al efecto, citaré lo que pasó una noche terrible de ventisca y hielo. Serían las once de una noche del mes de Febrero del año anterior, cuando se presentó un peatón del pueblo de Tordillejo, diciéndome que inmediatamente fuera al indicado pueblo á visitar un enfermo grave; mi pobre señora (q. e. p. d.) me prohibía terminantemente que fuera en tan peligrosísima noche; pues el termómetro marcaba una temperatura de once grados bajo cero; pero yo fui. Después de caer el caballo varias veces por efecto de la mucha nieve que había, con exposición de mi vida y otras muchas vicisitudes, llegué al pueblo á que fui llamado, y «no había tal gravedad» en el enfermo, y en cambio, yo tenía los miembros entumecidos y en plena congelación. La intención era, si no iba al susodicho pueblo, destituirme por falta de cumplimiento, y yo, comprendiéndolo así, fui, arriesgando mi existencia.»

Luego explica la escena desgarradora que se desarrolló en la cárcel de Molina al ver llegar á sus hijos y á su mujer rendidos de fatiga y con el terror impreso en el semblante, y termina con este párrafo:

«Diga en mi nombre á los que escuchen en la conferencia del Ateneo, que un infeliz Médico está consumiendo su vida en las lóbreguezes de una prisión, que no lo olviden, y que su martirio no caiga en el vacío y sea el primer eslabón para la redención de la clase médica rural. Si por efecto de mi enfermedad muero prematuramente, y si, como confío, logran sus ideales, yo, desde el sepulcro, sonreiré de satisfacción por haber contribuído con mi calvario á la emancipación de los médicos.»

¡Estos son los antecedentes personales de un Médico condenado á catorce años, ocho meses y un día de prisión! (*Sensación.*)

Etiología: hostilidad del ambiente social y caciquismo

El ambiente social, sobre todo en algunas pequeñas urbes, es hostil al Médico, porque éste representa autoridad, supremacía cultural, y tal autoridad y tal supremacía choca, pugna con la autoridad y la supremacía del cacique, con su omnímoda influencia, con

su espíritu de dominación, que viene á ser ridícula parodia del feudalismo medioeval, y por eso rara vez logra el cumplimiento total de su misión, que no es ni debe ser puramente individualista, pues tiene otro aspecto, el social, tal vez más importante y trascendental.

¿Habrà algo más chocarrero y burdo que esa antimonia entre las ideas del monterilla analfabeto y despótico, presto á toda clase de chanchullos electorales, compendio de cuantos vicios y defectos tiene el mal ciudadano, enemigo de la higiene, desoidor de la voz del progreso, y las del pobre Médico que, sin más armas que su bagaje científico y su deseo de hacer el bien, llega á la aldea para librar descomunal batalla, predicando la buena nueva de los adelantos sanitarios privados y públicos, cargándose sobre las molidas espaldas cuantos improperios salen de la boca de los maldicientes y, en ocasiones, á ese mismo maldiciente muerto de viuela, abandonado como un perro por sus *compasivos* vecinos y sin más amparo en vida y en muerte que el Médico á quien difamó y despreció? Es verdad que un sabio alemán ha dicho que la humanidad se pasa media vida hablando mal de nosotros y otra mitad colgada de los llamadores de nuestras puertas. Pero es verdad también que la misión del Médico rural merece otros respetos, otra independencia, otra norma de vida, para que las estadísticas vergonzosas de la salud pública en España modifiquen su textura numérica y quepa la esperanza de una incorporación al siglo y al continente europeo en este aspecto.

Esto en cuanto á lo general. Lo particular es aún peor. Yo he sido Médico rural. Yo sé lo que es saltar á obscuras por los altibajos del empedrado pueblerino, en una noche de invierno, cuando la nieve y el viento azotan furiosos al osado que los desafía. Yo sé lo que es no tener sosiego ni reposo, ni disponer de nuestro tiempo ni en los momentos en que la mujer que llevamos al altar comparte por vez primera nuestro hogar, ni en los que el hijo adorado yace muerto en lecho de flores. Yo sé lo que significa el curar heridos, sin temor á las posibles agresiones, sobre el mismo lugar de la pelea en una algarada popular, y lo que representa el visitar tíficos ó coléricos á cambio de la mísera soldada que, llegado el plazo de su vencimiento, puede sernos negada por quien contempló los sacrificios realizados.

La recomendación, emblema nacional

Tan cacique es el monterilla ofensor del léxico, que dice «haiga» y «maniantal», sin impedirle disponer de los intereses de la

salud pública, de la higienización del lugar y de otros parecidos asuntos, como el amparador del parasitismo social, prepotente entre nosotros hasta el extremo de trabar todas las manifestaciones de la vitalidad nacional en las mil ataduras de corruptelas basadas en el *favoritismo*, en el *compadrazgo*, en la *conveniencia de partido*, en cuantos términos hipócritas se utilizan para despistar la rectriz conciencia ciudadana, conduciéndola, de grado ó por fuerza, hacia el inmundo terreno de la recomendación: suprema síntesis de la vida española en los tiempos que corren, puesto que sin ella no se concibe *llegar*, sin ella no hay posible medro por muchos y muy evidentes que sean los méritos de un individuo.

Mas lo repito: es preciso afirmar con valentía que ese caciquismo rural prospera por la protección interesada del *otro*, del que se halla separado del terruño extrayendo de él solamente el jugo de una política preñada de egocentrismos y miras interesadas. Y que por eso no debemos fulminar nuestra ira contra el ignaro monterilla, sino apuntar más alto, tanto que, sin llegar á ciertas alturas donde, por fortuna, alienta un ser magnánimo, generoso, cultísimo, lleno de entusiasmos, vibrante de amor á la patria, no debemos bajar demasiado la puntería de querer hacer blanco con el dardo de nuestra crítica.

Servilismo médico

El servilismo médico es hijo legítimo de la miseria. Se cree que la clase médica es una de las que gozan mayor independencia económica, y desgraciadamente no es así.

En las poblaciones, prescindiendo de los privilegiados de la fortuna, prescindiendo de los que viven en dorados alcázares, se dibujan dos planos profesionales de una manera admirable; la mesocracia médica, que vive sin pena ni gloria, pasando algún que otro apuro cuando llega la época de pagar la patente, y que al fin y al cabo se defiende, y el proletariado médico, que toma lo que le dan, desde los 6.000 reales de trabajo con descuento por diez horas de trabajo hasta un puesto en cualquiera de esas sociedades que prometen Médico, botica y entierro, y suelen cumplir las tres cosas, y principalmente la última, y que constituyen una modalidad del ejercicio profesional, que no hemos de tratar nosotros, porque usaríamos palabras que no son propias de esta cátedra. Y en las pequeñas poblaciones, en los pueblos, sabéis de sobra que el Médico rural no tiene posible redención, y no la tiene, porque si en un momento de dignidad é independencia quiere defenderse de aquella situación, está plenamente convencido de que á los diez

días una pléyade de titulados en Medicina, con notas admirables con toda clase de informes laudatorios y recomendaciones caerá sobre aquella piltrafa que deja él, y, si es preciso borrar, destruir, la silueta moral de aquella pobre víctima, se hará con toda clase de injurias y de calumnias. Y como sabe eso, se calla, sucumbe y se resigna.

Hay otro factor etiológico que yo me permito llamar la *polititulis*; al fin y al cabo á los Médicos nos gusta dar nombres un poco raros. Esto de *polititulis* ya comprenderéis que no quiere decir ni más ni menos que hay un exceso de profesionales en Medicina. Los señores Lasala, Tapia, Juarros, Lojo, Tortosa, Melguizo y otros muchos vienen clamando contra esta plétora profesional; pero hasta ahora en vano, completamente en vano. Y el hecho es de una verdad incontrovertible; mientras que en España, en estos últimos veinte años la población crece en progresión aritmética, la clase médica crece en progresión geométrica, y hay una desproporcionalidad evidente. Fijaos en las estadísticas y veréis que en poblaciones de unos cuantos miles de habitantes, que en 1890 tenían 10 Médicos, hoy hay 35, y de ellos seis especialistas y cuatro que han estado en el extranjero, que pasan en el extranjero todos los veranos, y saben todo lo que en Medicina se debe saber. Como es natural, en este reparto cada vez se toca á menos, y como cada vez se toca á menos y la calidad no está en relación con la cantidad, como ha dicho muy bien el ilustre Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, señor Tapia, hay algo que no es lo que debe ser, y este algo da por resultado un malestar interno en la clase médica, que cada día se va acentuando más.

¿Y por qué razón hay esta desproporcionalidad y el número de Médicos cada vez es más grande, mientras que las necesidades no son cada vez mayores? Pues, sencillamente, porque los Gobiernos no se han preocupado del problema; porque no han visto adónde vamos de una manera cada vez más directa, y porque, por otra parte—y hay que decirlo esto con valentía,—nosotros mismos, es decir, aquellos que están encargados de ser los educadores de la juventud médica, no han tenido la suficiente energía moral para desde el primer momento poner coto á este desbordamiento, á esta inundación, en la cual, señores, nos vamos á ahogar todos dentro de muy poco tiempo.

Deficiente enseñanza universitaria

Y voy á hablar de un asunto, también como factor etiológico, para lo cual no se necesita una gran cultura, pero si se necesita

una energía grande y una fuerza de voluntad considerable, porque se está expuesto á ser fulminado por los rayos de Júpiter tonante, porque es de lo que se puede decir francamente más que en un grupo de amigos. Me refiero á la insuficiencia de la enseñanza universitaria. Pero yo, precisamente porque no soy nadie, lo voy á decir.

A mi juicio hay dos clases de profesores: unos, los pedagogos, los verdaderos maestros, las figuras venerables y veneradas, las que todos conocéis y admiráis, y otros, los que hacen de la cátedra como escalón para su medro personal, que hacen de la cátedra como escudo que sea capaz de librarles de una muy poco disimulable incompetencia, ó que hacen de la cátedra —y esto es lo peor— como mostrador de mercader para expender libros de texto, tan admirables, que cuando muere el autor desciende su precio desde un buen puñado de pesetas hasta cuatro perros grandes que cuestan en cualquier librería de viejo. (*Muy bien. Aplausos.*)

Y voy á seguir en el estudio de los factores etiológicos, diciendo que no todas las culpas, claro está, son del profesorado. El profesorado necesita una revisión; pero solamente parcial, porque parcialmente es gloria de la patria; parcialmente está integrado por los hombres más conocidos en el extranjero, por los hombres que con gran amor y altruismo desean hacer el bien de la patria y contribuyen á los fines de la cultura. Mas también es verdad que no se ha colocado la enseñanza superior en aquellas lindes que se debía colocar, porque ha habido penuria, pobreza, la sigue habiendo, y otra cosa que también es necesario decir: que se ha convertido en dádiva ó limosna á intereses regionales lo que no puede tener ese carácter, porque viven con vida lánguida una porción de Facultades que no cumplen hoy su cometido; vivimos en el siglo XX, estamos en 1916, y no basta que se dé una enseñanza rudimentaria, sino que es indispensable que las Facultades tengan laboratorios, grandes clínicas y todos cuantos medios exigen los adelantos modernos, y dígaseme, con la mano puesta en el corazón, si la mayor parte de las Facultades españolas han podido llegar á realizar este ideal. ¿Qué ocurriría si, prescindiendo de los intereses regionales, se intentara reducir á cinco las Facultades españolas, que son las que realmente puede sostener el Gobierno en debidas condiciones? Pues que aumentaría en primer lugar el precio de los billetes de ferrocarril; tal sería el número de señores que vendrían á la corte para que aquello no se llevase á efecto.

Miseria profesional

Y voy al último de los factores etiológicos sosteniendo que la miseria extrínseca, lo que se refiere á la falta de pago del titular, se une á la miseria intrínseca que antes he señalado. Traía una larga lista de los débitos que tienen los Ayuntamientos con los Médicos, podría de memoria decíroslo; pero creo que no se debe hablar de esto; pasa lo mismo que con el caciquismo: es un asunto manido. Además, la sensibilidad moral de los Municipios, considerados en sus relaciones con los Médicos, se ha ido amortiguando; ya no hace efecto que se diga que deben; no importa que se haga público que á los Médicos rurales les deben tres ó cuatro millones de pesetas; puede haber desgraciadas criaturas poco menos que pidiendo limosna, en tanto que á sus padres, en el momento de morir, les adeudaba el Ayuntamiento, como Médicos titulares, cuatro, cinco y hasta 10.000 pesetas: es una desgracia más; hay una pobre familia que se queda en mala situación ¡qué se le va á hacer! Es indiferente. Los pueblos están tan acostumbrados á eso, que yo creo, por un sentimiento de rubor, de dignidad y de hombría, que debemos callarnos nuestra miseria y procurar poner los medios para que esta situación desaparezca.

(Se continuará.)

¡VEINTICINCO CÉNTIMOS AL MES!...

«Este es el epígrafe que pone el *Siglo Médico* á un suelto en el que se da cuenta de la idea de nuestro compañero Juan Fernández para socorrer á los compañeros que se encuentran necesitados. Ese epígrafe ha de constituir el tema que grabaremos en la bandera de la caridad que levantamos con entusiasmo cada día más creciente... «¡Veinticinco céntimos al mes!»

A algunos colegas, *Segovia Médica* y *Andalucía Médica*, no les ha parecido desacertada esta idea. La *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* dice que debe ponerse en práctica, y *Los Progressos de la Clínica*, en un suelto publicado en su Suplemento número 57, y en el que se nos hace objeto de una respetuosa con-

sideración que agradecemos infinito, se ponen incondicionalmente á nuestro lado.

No necesitamos más que esto. No necesitamos más sino que nuestros compañeros de la Prensa profesional, y aún política, nos presten su apoyo, para que, inmediatamente que sea conocida una desgracia que aflija á un compañero, todos se sirvan insertar la noticia en sus respectivas publicaciones y rueguen á sus colaboradores, redactores y suscriptores que contribuyan con la ínfima cuota de *veinticinco céntimos cada mes*.

Los Progresos de la Clínica dicen que, «si bien es cierto que cuesta pequeño esfuerzo adquirir un sello de veinticinco céntimos, no lo es menos que resulta algo más difícil y costoso remitirle con probabilidades de que llegue á su destino.» No, querido colega, no. Ese sello se pone dentro de un sobre, que se dirige con franquicia, puesto que la tienen, al Administrador de Correos de la localidad donde resida el destinatario, para que haga el favor de entregarlo á éste. Ni al remitente ni al destinatario les cuesta un céntimo tal remisión. Ya se me alcanza que el procedimiento puede, si la cantidad que se recauda fuera un tanto crecida—no sé cómo decirlo sin agraviar á nadie,—que se ofrecerían en la práctica descuidos, negligencias, extravíos, etc., que dieran por resultado el que no todo lo remitido llegara á su destino.

Pero no debemos comenzar así, ni siquiera abrigar sospechas de nada ni de nadie. Al contrario, tratándose de una obra de caridad, todo el mundo prestaría su desinteresado concurso; lo demás significaría suspicacias, celos, que obligarían á complicar y encarecer el procedimiento. No es este asunto de reglamentos, ni leyes, ni trabas. Para que surja la trampa se precisa antes establecer la ley. Queremos decir con esto que, á nuestro parecer, nada tan sencillo ni viable como el *sello de á real*. Otro cualquier medio obligaría á molestar á mayor número de personas y hasta á llevar datos ó cuentas que no creemos pertinentes ni necesarios.

Tenemos, por otra parte, y gracias á esa benéfica Institución que se llama «Ahorro postal», un medio práctico y seguro de que todo lo que llegue á manos del desheredado de la fortuna, se convierta en dinero contante y sonante. Para esto no hay más que enviar ese real en *sellos especiales de ahorro*, en lugar de sellos ordinarios de franquicia.

Lo repetimos. Solicitamos humildemente, fervorosamente, el apoyo de la Prensa para que divulgue esta idea. No hay compañero, por modesto que sea su peculio, que no pueda desprenderse de la pequeña cantidad asignada, y lo que buscamos, ya lo hemos di-

cho, son los *muchos pocos*, porque creemos sinceramente que ha de dar mejor resultado que los *pocos muchos*.

Ya veremos lo que se recauda para nuestro compañero Alegre, y es de saber que es el *primer caso* en que la Prensa se ha ocupado con verdadera solicitud de esta desgracia, sin duda por las circunstancias trágicas que le han rodeado; pero, ¿cuántos otros no ha habido y habrá que devoren sus tristezas y aflicciones en algún rincón de una aldea, sin que nadie les preste la más insignificante ayuda?

Ya lo sabe, pues, mi amigo y colega el doctor Núñez Grimaldos, cuyas bondades para con nosotros—volvemos á repetirlo—nos obligan á eterno agradecimiento. A reserva, y no obstante esa noble y hermosa «Fundación Santa Cándida», ¿por qué no aliviar las pasajeras angustias de nuestros hermanos con un pequeño sacrificio (casi no debe llamarse *sacrificio* á tal desembolso) que la que la *clase* debe realizar? Todo el éxito, si lo tiene, corresponderá á la Prensa. ¿Qué médico vivirá que no reciba algún periódico profesional? ¿Y qué suscriptor de éstos se niega á desprenderse de *veinticinco céntimos* cuando se lo pida «su» *España Médica*, ó «su» *Clinica Castellana*, ó «su» *Siglo Médico*, ó «su» *Gaceta Catalana*, etc., etc., hasta mil y uno?

A nuestros colegas periodísticos, á nuestros plumíferos todos, acudimos con el sombrero en mano, rogándoles soliciten de sus amigos y favorecedores un *sello de veinticinco céntimos* (si mayor cantidad no pueden) para el señor Alegre, hoy; para otro compañero, mañana.

Y ya lo hemos dicho y lo repetiremos. El envío debe hacerse sin firma ninguna; el sello no más. Es la *clase*, debe ser la *clase médica* la que proteja á sus compañeros.

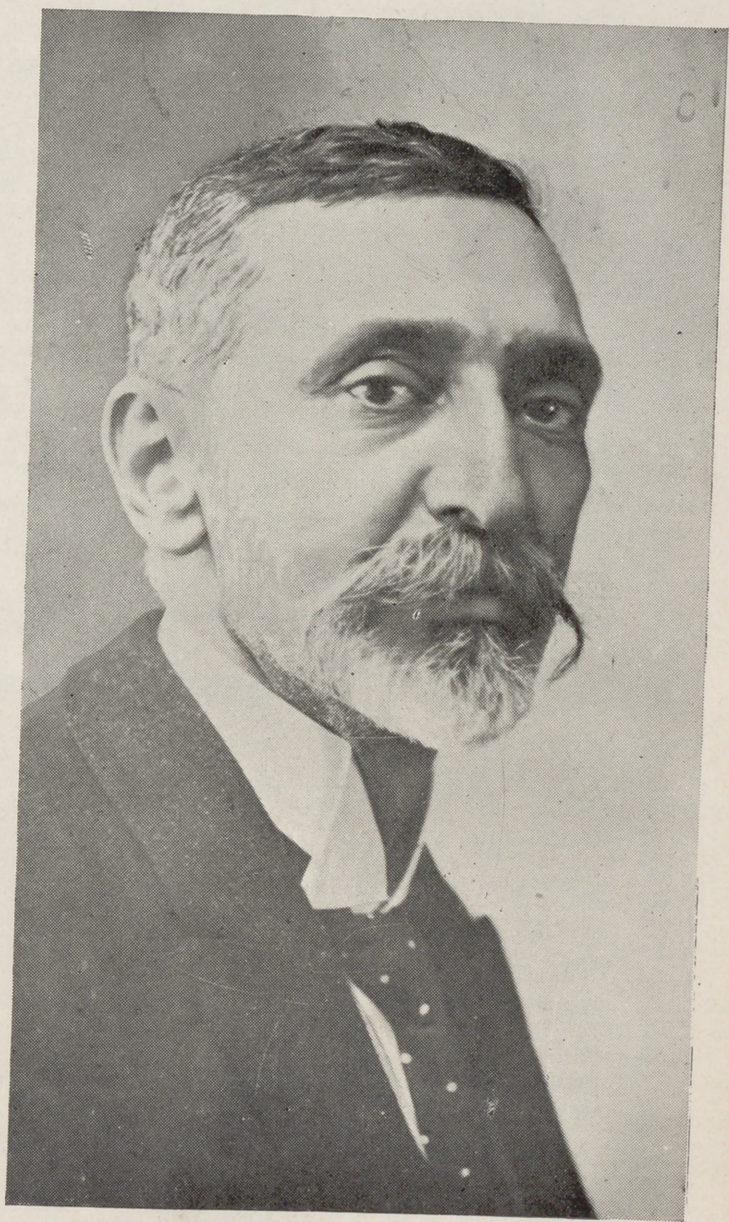
A. MUT.»

(«Boletín de la Revista Ibero-América de Ciencias Médicas.»)

*
* *
*

La GACETA MÉDICA DEL NORTE, se adhiere con verdadero cariño y entusiasmo á esta idea, y recomienda á todos sus lectores y muy especialmente á los señores socios de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, se compenetren de este asunto y contribuyan, en la forma que el señor Mut indica, á aliviar la triste suerte del desvalido.

C. MENDAZA.



DR D. TEODORO APARICIO ARJONA
Médico de la Sala de niños del Hospital civil de Bilbao. Nació en Jaraiz de la Vera
(Cáceres). Falleció en Bilbao el día 23 de Julio de 1916 (D. E. P.)

100-33000
100-33000
100-33000