



BOLETIN MENSUAL

LAS ELECCIONES

PARA LA RENOVACIÓN PARCIAL DE CARGOS DE LA JUNTA DE GOBIERNO

JUNIO 1913

De conformidad con lo ordenado por los Estatutos y la Convocatoria circulada con fecha 15 del pasado mayo, por durante los días 1, 2, 3 y 4 de Junio último se celebraron las elecciones para la renovación de la mitad de la Junta de gobierno, en ellas tomaron parte los Sres.:

E. Alabern.—J. Albareda Baylina.—J. Albareda Miralbell.—E. Arderius.—A. Ariet.—J. Batallé.—H. Batlle.—P. Boada.—F. Bordás.—J. Boré.—M. Bosch y Mir.—M. Burch.—J. Calonge.—E. Cardoner.—J. Centellas.—J. Codina Massot.—F. Coll.—J. de C. Conill.—E. Dalmau Juliá.—L. Dalmau Pla.—J. Danés Coldecarrera.—J. Danés Torras.—J. Figa Oliu.—M. Formosa.—E. Fornés.—J. Fuster.—J. Gabanach.—J. Gassiot.—G. Gelabert.—J. Genover.—J. Jordi.—R. Juli.—F. Martín Carbonell.—R. Martí Puig.—M. Martínez Bori.—J. Maruny.—J. Massa Corney.—S. Massa Pasapera.—J. M. Mascaró Castañer.—J. Matlleu.—I. Mele.—P. Monells Descamps.—J. Monells Gou.—A. Moret.—J. Nadal Bonet.—J. Nadal Mas.—E. Obrador.—J. Pascual Prats.—E. Pascual Vidal.—E. Peya.—J. Pi. Leonart.—R. Pi Pi.—F. Pi Puig.—J. Poch Coderch.—J. Poch Ester.—E. Pont.—L. Pons Heras.—J. Pons Serena.—E. Pou.—M. Ralló.—A. Regés.—A. Roca Mataró.—P. Roca Planas.—C. Roig.—F. Ros Galter.—R. Ros Llausás.—G. Roselló.—A. Rosich.—J. Salvá.—F. Sánchez.—J. Sau.—R. Sors Casadevall.—F. Sors Ruart.—J. Tarrús.—V. Texidor Vives.—A. Texidor

Casademont.—M. Verdaguer.—R. Vidal Mateu.—J. Vila Batlle.—
TOTAL 79 votantes.

Del escrutinio resultó que obtuvieron votos para

VOCAL 1.º, *representante del Partido de Girona*.—D. José Fuster, **71**;
— D. Manuel Burch, 1;—Dr. Francisco Coll, 1;— D. Jaime Figueras, 1;—D. Joaquin Jubert, 1; Dr. José M.ª Mascaró, 1;
— D. Agustín Riera, 1;—D. Juan Tarrús, 1;— una papeleta en blanco.

VOCAL 3.º, *representante del Partido de La Bisbal*.—D. Romualdo Vidal, **69**;—D. Jaime Maruny, 4;—D. Gumersindo Puig, 3; D. Marcelo Ralló, 2; D. Federico Ros y Galter, 1.

VOCAL 5.º, *representante del Partido de Puigcerdá*.—Dr. Juan Sau, **68**;
— D. Pedro Pujol Capdevila, 4;—D. Manuel Antem, 2;—
D. Lorenzo Bosom, 2;—D. Francisco Bosomba, 1; D. Jaime Durán, 1;— una papeleta en blanco.

TESORERO, D. Felipe Sanchez, **72**;—D. Joaquin Massa, 3;—Dr. Francisco Coll, 2;—D. Ricardo Ros Llausás, 1;— una papeleta en blanco.

Actuaron de Secretarios escrutadores los Sres. Dr. D. Francisco Coll Turbau y D. Laureano Dalmau Plá. Por durante los dias de la elección ni en el acto del escrutinio se formuló reclamación alguna.

Habiendo resultado con mayoría de votos los Sres. Fuster, Vidal, Sau y Sanchez, para los cargos de Vocal 1.º, 3.º y 5.º y el de Tesorero respectivamente, fueron proclamados individuos de la Junta, quedando ésta constituida para el bienio de 1913 á 1915 con los señores

D. José Pascual Prats	PRESIDENTE
» José Fuster Seguí	VOCAL 1.º
» José Vila Batlle	» 2.º
» Romualdo Vidal Mateu	» 3.º
Dr. » Marcos de Roca Ferreol	» 4.º
» » Juan Sau Santaló	» 5.º
» Felipe Sanchez García	TESORERO
» Miguel Formosa Riera	CONTADOR
» Pedro Roca Planas	SECRETARIO

Lo que se publica para conocimiento de los Sres. Colegiados.—Girona 5 junio 1913.—*El Presidente*, J. PASCUAL.—P. A. de la J. *El Secretario*, PEDRO ROCA Y PLANAS.

SOBRE DOS CASOS DE SARCOMA Y SOBRE EL TRATAMIENTO DE ESTA NEOPLASIA (1)

En dos años y medio escasos de ejercicio profesional y en una comarca en que todo lo referente a las especialidades y a la cirugía casi siempre se nos escapa de la mano, se hace difícil reunir casos e historias clínicas sobre un punto concreto para la deducción de conclusiones más o menos personales.

Con todo, recuerdo un caso de sarcoma recidivado de la pared torácica izquierda (que vimos casi todos los médicos de la comarca), y entre mis notas clínicas tengo recogidas, completas las de dos enfermos que he operado por sarcoma, el primero una sola vez y el segundo dos veces. Eso de una parte, y de otra el carácter de estas conferencias, que a mi modo de ver debe ser siempre el de repastos de cuestiones prácticas, cuando más prácticas tanto mejor, me ha hecho escoger por tema esta lección tan conocida, sobre el tratamiento del sarcoma, fijándolo tan taxativamente como pueda, fundándolo en la lógica de los hechos y recomendándolo a fin de evitar desengaños para todos aquellos casos que aun remotamente puedan presentar alguna probabilidad y apariencia de sarcoma.

Lozano, cita una estadística de 10,829 autopsias hechas en Munich en el período transcurrido desde el 1900 al 1909, en las cuales hay 1,342 casos de tumores; ese 12% de tumores que matan, es una cifra demasiado grande para no inclinar decididamente al médico práctico a interesarse extraordinariamente por la oportuna terapéutica de todas las neoplasias, en su principio y cualquiera que sea su naturaleza. Y esta es, en concreto, la conclusión única a que aspira este trabajo: a recomendar la misma terapéutica para la mayoría sino para la totalidad de las neoplasias, pues también la mayoría sino la totalidad presentan la fatal circunstancia de poder evolucionar en un momento cualquiera de su curso en el sentido del sarcoma o del carcinoma, tu-

(1) Comunicación presentada en la sesión inaugural de la «Agrupación Comarcal de Médicos de Olot» en 18 de Febrero del presente año; leída y discutida en la inmediata del 18 de Abril.

mores malignos, de un pronóstico siempre grave y funesto.

Tambien es la única pretensión de este trabajo, que no necesita protestas de modestia, por cuanto yo sé bien su insignificancia y presiento de sobras sus incorrecciones.

* * *

Mi primer enfermo es una niña del vecino pueblo de Castellfollit, de tres años y medio de edad, sin antecedentes hereditarios, y en la cual, en un mes de Julio a Agosto del 1910, se había desarrollado en el extremo esternal de la segunda costilla izquierda, una tumoración del tamaño de una nuez, dura, no desplazable, sin adherencias con la piel, indolora, hemisférica, bien circunscrita y unilobulada, un tanto clástica y sin infartos ganglionares; dos meses más tarde, a mediados de Octubre, había aumentado su tamaño hasta el de un huevo de gallina, y estaba implantado encima de los extremos esternales de la segunda y tercera costillas izquierdas y encima de los cartílagos correspondientes y del borde izquierdo del esternón. Dejé en suspenso el diagnóstico: pensé en un condrosarcoma por tratarse de una niña, pensé con el cistocondroma por una pseudofluctuación debida a la elasticidad del tumor, y creí que era un encondroma puro por adaptarse mucho más a mi optimismo, del que me he procurado corregir en materia de tumores. El 15 de Octubre de aquel año, junto con el Sr. Pagés y mi señor padre, la operé, procediendo a la extirpación del tumor y aun raspado de sus puntos de inserción en el borde inferior de la segunda costilla y en el borde izquierdo del esternón, suturando y obteniendo de una manera sencillísima la cicatrización. La reproducción del mal no vino hasta a mediados del mes de Enero próximo: en aquella fecha se presentaban dos nódulos, y el más grande era del tamaño de una nuez; rectifiqué el diagnóstico en el sentido de que no se trataba de un encondroma puro sino de un condrosarcoma, y expuse el dilema de una expectación de resultados fatales próximos o de una intervención mucho más amplia que la primera; pasaron algunos días, el tumor llegó rápidamente al tamaño de una cabeza de feto, se cubrió de una piel tejida de venas gruesas y la caquexia acabó con aquella enferma a primeros del mes de Abril inmediato.

La indicación operatoria en aquella niña era bien justificada: de una parte los tumores de los niños pueden ser como en los adultos y viejos, un cáncer o un sarcoma, si bien tiene más propensión al sarcoma que al cáncer; de otra, por más que se diagnostique un tumor benigno, quién puede asegurar que el diagnóstico ¿y, sobre todo, quién puede asegurar que este tumor benigno, si ha nacido en pleno tejido conjun-

tivo, no tenga tendencia a transformarse en sarcoma? Nadie y mucho más si este tumor benigno se diagnóstica de encondroma, y si se halla localizado en un punto de preferencia para el desarrollo de un condrosarcoma. La intervención quirúrgica, pues, era justa y lógica, y la mejor prueba de que no era intempestiva consiste en no haberse presentado la reproducción del mal hasta tres meses después de la operación. De otra parte, la reproducción de la neoplasia no es de extrañar en el condrosarcoma, tumor maligno con toda la extensión de la palabra, localizado de más a más de una región, donde era difícil, sino imposible, hacer una completa extirpación de los tejidos próximos infiltrados.

Téngase presente que los sarcomas de las paredes costales casi siempre se propagan a la placera subyacente, y hasta alguna vez se han propagado a la parte de pulmón más inmediata; este año último, el Dr. Raventós, de Barcelona, pneumectomizó una enferma por sarcoma de la pared costal propagado a la pleura y al pulmón. Es muy probable que mi enferma tarde o temprano presentase esa propagación de la neoplasia a la pleura, como es probable eso mismo, y más que probable, seguro, en ese otro enfermo de que he hecho mención al principio, hombre de unos 50 años, operado dos veces en Barcelona y recidivado siempre, presentando en la pared torácica izquierda un sarcoma multinodular, inoperable, que abarcaba tres o cuatro costillas, en la región subaxilar, y que hasta tenía afectados algunos ganglios de de la axila, a pesar de lo poco frecuente que es en los casos de sarcoma la propagación al sistema linfático y ganglionar.

* * *

El segundo caso es una enferma que operé dos veces con el Sr. Morret y con mi señor padre. Tenía 60 años de edad; y desde el Junio último le había empezado a crecer una pequeña tumoración en el espesor de los labios vulvares del lado derecho; dicha tumoración era móvil, sin adherencias con la piel, del tamaño de una manzana, propagada por arriba hacia la vagina, y producía algunas metrorragias y algunos dolores espontáneos y molestias que atormentaban a la enferma. La extraordinaria rareza de los sarcomas vulvo-vaginales me hizo de jar en suspenso el diagnóstico: la falta de adherencias con la piel y la mucosa vaginal me hicieron excluir por completo la idea de que pudiera tratarse de tumor epitelial; y entre el sarcoma y el fibromioma, me quedé con mis dudas, que a falta de examen microscópico se ha encargado de resolver el tiempo. El 22 de Octubre de este último año, la operé, practicando la extirpación del tumor tan completo como permitía la región: estaba la neoplasia medio encapsulada, granujiente, y en

su región central contenía un detritus de tejidos inclasificables, probablemente constituidos por la degeneración esteatosa, y en su periferia estaba rodeada de tejidos embólicos y telangiectásicos. El diagnóstico de sarcoma vulvo-vaginal ya no era de mucho tan aventurado, sobre todo, cuando dada de alta el 31 de Octubre, en 28 de Noviembre la operé de nuevo de la recidiva, que había comenzado a mediados de este mismo mes y que se presentaba en forma de un tumor más reducido, como una manzana pequeña, emplazado más allá de la cicatriz de la primera operación y ulcerado ya desde el principio, presentado de más a más una notable acentuación de la caquexia y un dolor localizado en la región torácica derecha, con una crepitación constante en la base pulmonar de este mismo lado, que ya nos hicieron sospechar, al Sr. Moret y a mi, la probable contingencia de una metástasis pulmonar. Esta vez, después de extirpados los tejidos neoplásicos y sospechosos, cautericé con el cauterio actual el fondo de la cavidad, también sospechoso, y, como la otra, no suturé por completo, dejando un pequeño drenaje, haciendo un ligero taponamiento vaginal y dejando colocada una sonda permanente; a los seis días, al levantar los puntos de sutura, ya los bordes de la cavidad drenada estaban infiltrados de nuevo, y la apoteosis me fué comunicada por el Sr. Moret el 23 de Diciembre diciendo que la enferma había sucumbido el anterior y con síntomas pulmonares.

A propósito de ese caso conviene recordar lo poco frecuentes que son los sarcomas vaginales y vulvares: Sãnger, en 1880, describía 7 casos, que correspondían, dos a Kaschewarowa, dos más a Spiegelberg, uno a Franckel, uno a Meadows y uno a Mann; pueden añadirse los que han observado Sũnger, Ahffeld, Bacardi, Simpson, Soltman y otros; hasta son menos frecuentes que los cánceres vulvo-vaginales; es particular también que se hayan descrito algunos casos en niñas de pocos años; de tres casos, en niñas, la mayor tenía tres años y medio de edad.

La historia clínica de esta enferma, el curso postoperatorio, al aspecto de la neoplasia y la evolución de la enfermedad, nos autorizan suficientemente para diagnosticar el caso de sarcoma vulvo-vaginal, y, probablemente, de la variedad de cédulas redondas, por su blandura; hasta lo confirma el producirse la defunción de la enferma con síntomas respiratorios, porque el pulmón es un punto predilecto para la localización de las metástasis sarcomatosas; indudablemente antes de operarla por segunda vez, ese dolor de costado y aquella acentuación de su estado caquético y sobre todo la crepitación constante en la

base pulmonar derecha, justifican, por la metastasis que en el pulmón se estaba labrando, la defunción con síntomas respiratorios, como escribía el Sr Moret.

Pero de esta enferma llevo aun la deducción, tan lógica como cien veces repetida, de lo mucho que conviene procurar obtener la cicatrización inmediata, por primera intención. Aunque sea un detalle de técnica quirúrgica, de poco interés para el médico práctico, creo de necesidad insistir sobre lo mucho que conviene cicatrizar de esa manera el vacío que deja la extirpación de las neoplasias. Las dos veces, después de la operación, dejé unos puntos de sutura, pero sin cerrar por completo la herida, dejándola drenada; parecíame que el drenaje, el taponamiento vaginal y la sonda permanente, facilitaban más a posteriori la cicatrización, asegurando en principio la asepsia de la región. Y en eso si que debo de reconocer mi equivocación, contribuyendo, fatalmente, a adelantar la inmediata reproducción, las dos veces, pues como dice el Dr. Cardenal, los tejidos cicatriciales jóvenes, si son conjuntivos, degeneran facilmente en sarcoma, si son epiteliales, facilísimamente degeneran en cáncer. En la enfermita de Castellfolit, que cicatrizo por primera intención, la reproducción no vino hasta los tres meses, y en esta, cicatrizando por segunda intención como llevo dicho, la primera vez de operada apenas tardó un mes a reproducirse el mal, y la segunda vez, casi que la reproducción fué inmediata. Fortuna de que me excusa suficientemente el haber previsto, la última vez, la existencia de una metastasis pulmonar. De todos modos la perfecta conservación del campo operatorio en las mismísimas condiciones de los dias de la operación, me garantizaba de sobras que la herida hubiera cicatrizado sencillísimamente por primera intención, tal vez retardando un algo más la reproducción del tumor.

Tambien tiene disculpa, en este caso particular, la reproducción de la neoplasia, si se tiene en cuenta su localización, en una región esencialmente conjuntiva, llena de fáscias y aponeurosis y ligamentos, y vecina de una porción de órganos que conviene respetar y no lesionar en lo más mínimo, como son la vejiga y la uretra, y vecina tambien de regiones peligrosas como son el fondo de Douglas y los fondos de saco peritoneales, por todo lo cual se comprende perfectamente lo dificultoso de la extirpación de un tumor sarcomatoso de tantos escollos rodeado, sobre todo, si como en el caso de mi enferma al reconocer el tumor se descubre su propagación mucho más arriba de lo que exteriormente aparentaba.

Los dos casos míos, operados, representan, pues, los extremos de la vida en que se puede presentar esta neoplasia; el primero tenía 3 años y el otro 60; de otra parte dan una idea exactísima de la rápida evolución del mal, que en el primero duró nueve meses escasos y en el segundo seis; son dos ejemplos de lo más característico para el estudio general del sarcoma.

La enseñanza más notable que de ellos se desprende es la de siempre, la de la fatalidad pronóstica de esta terrible enfermedad, que hace parejas con el cáncer para contribuir a aquel 12% de las autopsias de Munich. Otra de las enseñanzas, es lo amplia que ha de ser la extirpación de esa neoplasia si se quiere evitar la inmediata reproducción: véase sino mi segunda enferma, en quien la imposibilidad absoluta de hacer una amplísima extirpación, culpa de la topografía anatómica especial de la región enferma, precipitó la recidiva, como más arriba decía. Caso de haber intervenido más pronto en mis dos enfermas operadas, indudablemente hubiera sido mejor el éxito: téngase presente que el sarcoma es una neoplasia que evoluciona muy aprisa, y sin embargo la niña fué operada a los tres meses y la otra enferma a los cuatro, después de presentada la afección; si a eso se añade que cuando los enfermos se dan cuenta de los tumores jamás es al primer día, ni al primer mes de presentarlos, ya se comprenderán las probabilidades de reproducción que ofrecían esos dos casos de sarcoma. Finalmente, por mi parte, he sacado la enseñanza mejor de todas, la de un pesimismo tal vez exagerado en materia de tumores, pero siempre más beneficioso para los enfermos, puesto que me prohíbe el dar jamás el terrible consejo de una farmacología completamente inútil o de una expectación más o menos corta y nunca de resultados prácticos en materia de tumores.

* * *

Y toda vez que esta cuestión de indicar siempre desde el primer momento la necesidad de una extirpación quirúrgica de todos los tumores y en especial en los cánceres y sarcomas, parece una cuestión de conciencia, con dificultades para sentarla en un criterio taxativo, pasemos a analizarla con calma, y trabajando, de una manera general y para todas las neoplasias, en pró de dejar fundamentado ese criterio taxativo y unánime, en beneficio de la profesión y de los enfermos.

DR. J. DANÉS Y TORRAS

(Continuará)

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA PUERPERAL

(Continuación)

En efecto entre los tocológicos partidarios de otros medios terapéuticos (cloroformo, cloral, morfina, veratrum, &), se pueden citar las estadísticas siguientes:

Bruner de Basilea.	30 % mortalidad
Pinard » »	19 % »
Bar » »	34 »
Ribemont-Dessaignes	30 »

A la verdad que comparadas estas cifras con las anteriores resulta un balance tan favorable para la sangría, que causa impresión profunda en el ánimo más proveniente en contra de la misma.

¿Este retorno al antiguo método, este cambio radical ha sobrevenido como quieren algunos a consecuencia de una natural reacción inherente al espíritu humano, o es debido a las tendencias de la Medicina, actual que se va hacia el humorismo? Yo creo que a esta última condición se debe el resurgimiento del método, de cuyo valor real no podemos formar criterio cerrado, hasta más amplia información. Convengo en las excelencias de una terapéutica llevada hasta la brutalidad si se quiere (que en esta condición se funda) porque parece que las grandes sustracciones de sangre no son de temer en la enfermedad que nos ocupa, conforme lo demuestran las observaciones de aquellos excelentes clínicos; me explico también la eficacia de la sangría, precisamente porque actúa sobre todas las grandes funciones de la economía; modificaciones vasculo cardiacas, más perfecta repartición del líquido nutritivo, en todos los tejidos, depuración o desintoxicación brusca, modificaciones en la respiración y en la tensión, perturbación en los actos dialíticos especialmente los del sudor, y escreción renal, principal vía de descarga de residuos tóxicos, de donde se infieren los cambios nutritivos que prueban que el influjo de la sangría, se extiende hasta la vida orgánica más íntima. Lo que no comprendo debido tal vez a mis cortos conocimientos y esto hace preveer su desaparición como

en épocas pasadas, es que el método, se aplica indistintamente en todos los casos, es decir, de una manera sistemática; ya que en mi sentir no hay una *eclampsia* que tratar, si no *una mujer* en estado eclámptico, a la que hay que atender y puede darse más de una vez el caso de que algunas de ellas no se avengan muy bien con un tratamiento tan sistemático.

Otro de los medios físicos empleados para combatir la enfermedad, son los sueros salinos. En Inglaterra continúan todavía empleándose. En Francia y entre nosotros alguno que otro clínico los conserva en su práctica, pero han decaído mucho habiendo a ello contribuido el mismo Porák que había sido su más decidido preconizador quien es estos últimos años ha hecho notar sus grandísimos inconvenientes. El profesor Jardine (1) inyecta en el tejido celular subcutáneo de la pared abdominal o en la región mamaria un suero fisiológico normal al que añade 8 gramos de acetato sódico con el intento de estimular la diuresis; pero a pesar de sus buenos resultados (la mortalidad que antes era de 41 % ha descendido a 17 %) no son tan eficaces, que compensen los graves inconvenientes a que da lugar la inyección salina. Añadir suero a la masa sanguínea de una mujer en hipertensión es a todas luces ilógico, porque el aumento de presión puede acarrear más rápidamente las hemorragias que según ya hemos visto, aquella presión determina. Además por la mayor fatiga que impone al corazón, compromete su hidráulica a consecuencia de una mayor masa líquida que debe poner en movimiento, aumenta por otra parte la concentración molecular de la sangre sobreañadiéndole una sal que como el cloruro de sodio tan importante papel desempeña en los edemas. Por todos estos motivos, no son de aconsejar las inyecciones sub-cutáneas de suero y mucho menos las intravenosas, que elevando súbitamente la tensión arterial pudieran ser causa de gravísimos accidentes.

El *oxígeno* en inhalaciones, es otro de los medios físicos empleados para combatir la eclampsia, sobre todo es aquellos casos en que existe anhematosis. De uso corriente en todos los países sería sin embargo en Rusia, donde consigue mayor predicamento. La prensa pública a diario casos de eclampsia curados por medio de aquél agente. El oxígeno según los prácticos de aquél país activa la oxidación de los albuminoides, oxidación insuficiente en la enfermedad. Obraría además como calmante del sistema nervioso y por ende moderaría los reflejos

(1) R. Jardine Glasgow M. J. 1900.

exagerados. Liepmann aconseja la respiración artificial prolongada; en seis mujeres tratadas en la clínica del Dr. Bum, curaron todas a pesar del coma profundo en que se hallaban a su entrada.

Un medio físico de mucha estima es el baño general a la temperatura de 38° a 40° c. repetido cada seis horas y de quince minutos de duración. Calman el sistema nervioso, producen una revulsión, descongestionan el cerebro y órganos viscerales, y provocan una sudoración abundante. Pero no es muy hacedero y todo el mundo conoce los inconvenientes de bañar a una ecláptica, motivo por el cual se ha sustituido por las envolturas húmedas calientes, repetidas dos veces al día y en cuya técnica no me he de ocupar.

Ahlfeld en 36 mujeres, de las cuales 23 eran primerizas en completo eclampsismo (albuminuria, cefalea, gastralgia y edemas), no ha visto surgir los accesos convulsivos en ninguna de las tratadas por este método.

La punción lumbar, otro de los medios físicos empleados en época reciente, ha de ocuparme solamente breves momentos, con tanto mayor motivo, en cuanto no constituye un verdadero tratamiento. Por lo menos así se desprende de la comunicación de los profesores Audebert y Fournier (1) que se han esforzado en propagar el método. Para nosotros dicen, la punción lumbar no constituye un tratamiento de la eclampsia, sino de las convulsiones, lo cual no es lo mismo.

La eclampsia, todo el mundo con raras excepciones, lo admite hoy día, en una auto-intoxicación de orden materno o fetal, originada por una insuficiencia del hígado o riñones. Y lo prueba la existencia casi constante de las lesiones de la célula epática y del epitelio glomerular. ¿Sustrayendo por la punción sub-aracnoidea algunos cent. cúb. de líquido cefalo-raquídeo, se cree obrar sobre la célula hepática o sobre el epitelio renal?

Esta confesión que excepción hecha de Thies, es la de todos los que han practicado la raquicentesis, me dispensa entrar en más detalles acerca de su valor terapéutico; parece probado que tiene una favorable acción, sobre las crisis que disminuiría, y sobre el coma que abreviaría. La mortalidad resulta algo elevada (35 %) lo que no debe extrañar, porque generalmente se acude a la punción *in extremis*. De todos modos, en la lucha contra la intoxicación ecláptica no debe re-

(1) Audebert y Fournier. Comunicación a la Sociedad de Obs. de Gyn. y de Ped. en París sesión 15 de Abril de 1907.

chazarse un método, cuya inocuidad es incontestable y cuya eficacia, está bien demostrada en los casos de compresión cefalo-raquídea.

Entre la série medicamentosa o agentes químicos, de uso constante en la práctica de todos los países, contamos el cloroformo, cloral y opio clasificados como hipnóticos y sedantes del sistema nervioso; el veratrum viride, calomelanos y ioduro potásico como purgantes y alterantes, a los que hay que añadir como medicación opoterática el extracto tiroideo y para tiroideo y algunos otros que por su infrecuente uso, no han llegado a arraigar en la práctica.

Cloroformo. — Hasta hace poco tiempo, las inhalaciones de cloroformo eran de uso constante para detener o aminorar la violencia de las convulsiones. Una vez la eclampsia declarada, se le administraba a dosis quirúrgica, sosteniendo su acción por largas y dilatadas horas, (300—400—500 gramos, servicio del Prf. Tarnier).

Además de la narcosis, produciría el cloroformo según algunos una vaso dilatación, que contribuiría al descenso de la presión arterial. Schauta y Hhlfeld, han protestado contra este *modus faciendi* con muy acertadas razones, puesto que han evidenciado los peligros que entraña el medicamento administrado a dosis continuadas. Este producto, a las cantidades exageradas que supone su larga administración, es un tóxico y de efectos tanto más temibles, en cuanto va a impregnar un organismo previamente intoxicado. El cloroformo además, ejerce una acción nefasta sobre el producto de la concepción que la mayor parte del tiempo muere o viene al mundo en estado de muerte aparente. El golpe de gracia le vino al cloroformo, de las observaciones de Doyon y Morel, que comprobaron la nociva acción que ejerce sobre el hígado. En consecuencia hoy ya no se le usa más que de una manera incontinua y sólo se va a la narcosis quirúrgica en los casos de una intervención que por lo cruenta o dolorosa, pudiera producir nuevos accesos.

Al lado del cloroformo, se usa el *Cloral* que ha sido por largo tiempo el medicamento de elección, entre los prácticos de nuestra tierra y muy especialmente entre los clínicos franceses. Se administra por la vía bucal, por la rectal, o bien en inyección hipodérmica o intravenosa. Estas dos últimas han caído en completo desuso, puesto que por la vía venosa el cloral puede producir la muerte coagulando las albúminas de la sangre; e hipodérmicamente porque la inyección sobre ser muy dolorosa, produce escaras.

Fochier de Lión, cuna de la medicación cloralica, que se irradió

más tarde por toda Europa, merced a los trabajos de Oré y de su discípulo Testut, Fochier repito, prefiere administrar el medicamento por la boca. Practica un lavado del estómago, introduciendo después en él, por medio de la sonda, una solución de dos o tres gramos de clorál, en doscientos gramos de agua destilada, o mejor leche, para evitar su acción irritante, llegando a hacer tomar a la enferma, once o doce gramos en el espacio de 14 horas. La tolerancia del organismo para el medicamento es tal, que en los casos graves llega a administrarle a dosis que varían entre doce y veinticuatro gramos al día, sin trastorno apreciable. Para la escuela de Lión, la medicación clorálica, ha de ser intensiva para que surta buen efecto. Es muy compleja la acción del medicamento sobre el organismo; se desdobra el cloroformo, y en ácido fórmico, llegando de esta suerte a ser un sedante, y un antiséptico; la parte del clorál que no se desdobra, obraría como hipnótico. Las estadísticas de la medicación clorálica, comportan una mortalidad que varía entre 9 y 11—62 $\%$. Lo cual hace que se le tenga con justo motivo, por un buen medicamento y que en defecto de una terapéutica específica o patogénica venga llamado a ser conservado por largo tiempo en la práctica.

Opio y morfina.—En casi todas las localidades del norte de Alemania, además de los baños calientes, usaban desde mucho tiempo y con preferencia a toda otra medicación, el opio. El tratamiento consistía en administrar fuertes dosis de opio hasta que la enferma sucumbía a un sueño profundo. Generalmente empezaban dando 40 gotas del extracto en enema, repitiéndolo hasta alcanzar la narcosis. Cuando se notaban en la enferma síntomas de envenenamiento (palidez, sudores profusos, pulso pequeño, etc.), se suspendía inmediatamente la medicación, administrando por la misma vía rectal 25 ó 30 gotas de tintura de almizcle para estimular los centros nerviosos. Si la palidez tegumentaria desaparecía y el pulso remontaba haciéndose más fuerte, se volvía otra vez al opio. Estas prácticas llevaron a Veit a la concepción de su método, pues por tal se conoce el de las inyecciones hipodérmicas de morfina, que en realidad, hay que confesarlo, han dado mejores resultados, que la administración del opio en la forma anteriormente descrita. Como fácilmente se adivinara, para Veit, las inyecciones de morfina, son una verdadera panacea para curar la eclampsia. Empieza inyectando tres centigramos de morfina, de hora en hora. En el espacio de cuatro a siete horas la enferma recibe de doce a veinte centigramos del alcaloide. De este modo consigue mantener a sus

enfermas en un estado de soñolencia, o sueño profundo que prolonga el mayor tiempo posible, tanto, que si el acceso se inicia con los dolores del parto, no cesa la medicación hasta la completa terminación del mismo. Löhlein ha tratado 87 casos con este método, y ha visto descender la mortalidad de 19% á 13.8%, König, no fiándolo todo a la morfina, combina el tratamiento con inhalaciones de éter y cloroformo. Comienza haciéndolo respirar esta mezcla, hasta resolución muscular completa, inyecta luego dos centigramos de morfina de una sola vez. Los resultados serían también satisfactorios, puesto que en tres mujeres ha podido detener los accesos, y hasta en una, suprimirlos. Stroganoff en vez del cloroformo y éter, se vale del cloral que asocia a la morfina. He aquí la técnica del tratamiento que lleva su nombre. Inmediatamente después del primer acceso, hace una inyección de quince miligramos de morfina, una hora después o antes, si la mujer se agrava, se repite la inyección a la misma dosis. Dos horas después de esta segunda inyección, o antes si se teme que repita el acceso, se administra un enema con dos o tres gramos de cloral, disuelto en una solución gomosa; cuatro horas más tarde, se repite el enema a la misma dosis o en menor cantidad, si la enferma continúa sosegada, se reitera seis horas después, y luego ocho horas más tarde, el mismo tratamiento. En los casos más graves se puede aumentar la dosis y en los accesos subintrantes, disminuir los intervalos. Con mucha frecuencia la enferma sucumbe a un sueño profundo, que es preciso saber respetar, puesto que indica que es inútil, la continuación del tratamiento. En una serie de 92 casos (año 1900) Stroganoff notó 5.4% de mortalidad. En otro de 360 casos (año 1907) 6%. Otros autores adheridos al método, Primo, Rott de Dresde, han llegado a un promedio de 5.7%. En cuanto a la mortalidad infantil, sería muy inferior a la de todo otro método conocido; bien es verdad que el infante viene al mundo soñoliento y apneico y por más que se le reanime pronto, es preciso vigilarle muy estrechamente, durante las primeras horas.

Pero el ópio y su alcaloide, la morfina, considerados un tiempo como específicos de la eclampsia, congestionan los centros nerviosos, y yo creo que vale la pena de reflexionar mucho antes no se llegue al uso sistemático, de tales drogas, *en la eclampsia, sobre todo* cuando se sabe que poseen la propiedad de elevar la tensión arterial, de acelerar el pulso, de disminuir la diuresis y de favorecer el estreñimiento.

Y sin embargo la morfina cura, me diran Veit y Löhlein y tantos otros que la utilizan en sus enfermas, con resultado sorprendente. No

sé..... muchas veces he pensado. que la eciampsia como tantas otras enfermedades agudas, *cura a pesar* de los tratamientos y que debe bastarle al médico, desplegar tan sólo los cuidados de una entendida *hipurgía* ya que la naturaleza complaciente en todo, se encarga siempre de la *grosse besogne*.

DR. FRANCISCO ALBAREDA

(Continuará)

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de la Gobernación.

614.542

La lucha contra la tuberculosis en España, edición oficial.
— Madrid 1912. — Imp. V. Fordesillas. — XII. — 464 páginas 9 × 16, con varios estados.

Castillo y Domper.

Julio del

351.774.7

Real expedición filantrópica para propagar la vacuna en América y Asia (1803...) y Progresos de la Vacunación en nuestra península en los primeros años que siguieron al descubrimiento de Jenner. — Madrid 1912. — Imp. Ricardo F. de Rojas. — 160 pág. 10 × 18.

Danés y Torras.

Joaquin

616.246

Cirujía de la tuberculosis pulmonar, Estudio de los procedimientos directos. — Tesis de Doctorado. — Gerona 1912. — Imp. D. Torres. — 32 pág. 18 × 11'5.

Plá i Armengol.

R.

335

El Problema social devant l' Igiene. Conferencia académica.
— Barcelona 1913. — Imp. F. Badía. — 16 pág. 19 × 11'5.

Zuloaga Mañueco.

Pedro

616.0836

Estudio de la medicación hipofisaria. — Discurso en el acto

de recepción en la Academia de Medicina de Valladolid.—
Valladolid 1913.—Imp. Cuesta.—66 pág. 16 × 24.

Domenech Moreno de Monroy. Félix 616.0836

Contestación al discurso de P. Zuloaga Mañueco, Estudio de
la medicación hipofisaria.—Valladolid 1913.

Benitez. Victoriano 616.246

El diagnóstico precóz de la tuberculosis pulmonar.—Madrid
1913.—Imp. La Editora.—30 pág. 8 × 14.

Linares Enriquez. Antonio de 614.521

Historia de la viruela y su profilaxis.—Conferencia.—Málaga
1905.—Imp. J. Supervielle.—26 pág. 9 × 16.

AGUSTÍN MEYA MANAUT

Médico de Cabanellas

Era natural de Estoll (municipio de Urtg) en la Cerdaña española; cursó el bachillerato con los P.P. Escolapios de Puigcerdá, estudió la Facultad en Barcelona y se graduó en junio de 1877.

Ejerció los primeros años en Bellver, Cerdaña española, provincia de Lérida y al casarse establecióse en Vilademiras, distrito municipal de Cabanellas, donde tiene la casa solariega su esposa y en ella falleció el día 1.º del pasado junio.

Infatigable en el ejercicio de la profesión era apreciado de sus clientes, cierto que éstos retribuían mezquinamente la asiduidad con que los servía y por ello el amigo Meya extendía su acción a grandes distancias de su residencia.

Excelente amigo, su muerte será sentida en la comarca y los compañeros habremos perdido un asiduo concurrente a nuestras asambleas.

Reciba su apreciable familia la expresión de nuestro sentido pésame.

E. LLANSÓ