

BOLETIN
DEL
COLEGIO DE MÉDICOS
DE LA
Provincia de Gerona

AÑO XX

COLABORADORES

DR. F. ALBAREDA Y MIRALBELL ... DR. J. ALZINA Y MELIS
E. BARNADAS ... DR. F. BERINI ... DR. F. BORDAS ... M. BOSCH MIR ... J. CODINA Y VIÑAS
DR. F. COLL Y TURBAU ... M. DE CHIA ... J. GENOVER Y CARRERAS
DR. J. M.^a MASCARÓ ... E. OBRADOR ... J. PASCUAL Y PRATS ... DR. A. PUIG Y OLLER
J. M. RIBO ... DR. J. SAU ... DR. F. TERRADES ... V. TEXIDOR VIVES ... R. VIDAL
J. VILA BATLLE ... J. M.^a VILA SABATER ... R. VILARDELL

1915

GERONA
Imprenta y Librería de D. Torres

Plaza de la Constitución, número 9

1915

1870

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

1870

1870

1870



ADDENDA

AL BOLETÍN MENSUAL N.º 229
correspondiente a Enero de 1915

PATENTES

Según previene el Real Decreto de 13 Agosto 1894 en la primera quincena del mes actual todos los médicos en ejercicio, deberán proveerse de la correspondiente Patente para ejercer la profesión. Al recordar tal precepto reproducimos a continuación lo terminantemente ordenado en los artículos 8 y 11 que deberán tener presente los señores médicos al adquirir tal documento y evitar torcidas interpretaciones y recelos.

«Art. 8 Los médicos a quienes se pruebe ejercen la profesión sin poseer la Patente que les corresponda, pagarán el duplo de la primera clase, con arreglo a la población de su residencia.»

Art. 11 Si dentro el primer trimestre de cada año económico la administración pública no hubiese recaudado por lo menos una suma igual a la del año inmediato, el Delegado de Hacienda de cada provincia ordenará el repartimiento del déficit entre los médicos de las poblaciones donde aquel resulte. El reparto lo verificará el Colegio oficialmente reconocido, fijando la debida Patente a todos los que la hubiesen adquirido de menor valor que el correspondiente a sus utilidades profesionales».

DONATIVO

El Colegiado D. Enrique Alabern que ahora reside en Alicante, ha remitido para la Biblioteca del Colegio un lote de 45 volúmenes (libros y folletos) que comprende las obras de medicina siguientes:

Colección completa de «La Medicina Rural» (Revista que se publicó en Blanes—1896-97 y de la que era director). — Sociedad española de Higiene—premios Roel, tres folletos) Instrucciones sanitarias para uso de las tripulaciones en buques mercantes, (en alemán) Berlín 1899—

y obras de Alabern.—Besnier—Bouillaud—Bourdoin—Brøemer—Buchan—Castillo y Domper—Chicote—de Diego—Fajarnes y Tur—González Castro—Hernández—Hernández Sanz—Lecha Martínez—Mattos—Mccaw—Nehtingale—Passerant de la Chapelle—Portal—Rada y Oriol—Rubio y Bellve—Sanchez Herrero—Sanz Romo—Suis—Sureda Massanet. Tissot y Wiart.

No médicos.—Ateneo de Mahón—Alabern—Benitez Carreras—Bergals—Ferrer y Aledo—Franceson—Gelabert—Hernández Sanz—Ribera—y Sitges.

AVISO

Con el presente número se reparte las «Instrucciones que para la aplicación del cuadro de inutilidades con relación a la aptitud física para el ingreso en el servicio del ejército a que se refiere el artículo 135 de la Ley de Reclutamiento de 27 febrero de 1912, y sirvan de complemento al folleto «Disposiciones de carácter legal que interesan al médico» publicadas por este Colegio en febrero de 1912.

REGALO

Los Sres. Colegiados recibirán junto con este número del BOLETÍN un interesante folleto, pulcramente editado; *Contribución al tratamiento de los abcesos y fístulas tuberculosas* que su autor, el colegiado Dr. Jacinto Martí, envía para que lo repartamos entre los médicos de esta provincia.

INDICACIONES BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS REGALADOS POR CORPORACIONES O PARTICULARES

614.542

Día de la Tuberculosis en Valladolid. Fiesta de la flor. Septiembre 1914.—Valladolid, Imp. Castellana.—24 pag. 15 × 23, contiene artículos de varios autores.

Sociedad española de Hidrología médica.

61 06

Discursos leídos en la sesión inaugural celebrada en 7 diciembre 1914. — Madrid. Imp. R. F. de Rojas. — 32 pag. 10'5 × 18'5.

Rodríguez Pinilla

Hipolito.

615.79

553.7

Limitación de las leyes físico-químicas en su aplicación al problema hidrológico. — Discurso leído en sesión de 7 diciembre de 1914, de la Sociedad española de Hidrología médica.

Fernández Checa

Salustiano

61.06

Reseña de las tareas realizadas por la Sociedad española de Hidrología médica, leída en la sesión del 7 diciembre 1912. — 12 pág.

LIBROS ENVIADOS POR EDITORES O LIBREROS

S. Calleja, Editor, Madrid. — Biblioteca de Ciencias Médicas. — 4 pesetas tomo.

Bodin

E.

616.969

Los hongos parásitos del hombre. Traducción de D. J. F. Mega. — Madrid s. a. — S. Calleja editor. — 200 páginas 7'50 × 14 con 22 figuras.

Bodin

E.

616.002

Condiciones de la infección microbiana. Traducción de D. L. Romero Ruiz. — Madrid s. a. — S. Calleja editor. — 192 pag. 7'50 × 14.

Gouget

A.

616.36.0086

La insuficiencia hepática. Traducción de D. R. Diaz Barea. — Madrid s. a. — S. Calleja editor. — 214 pág. 7'50 × 14.

Chatin

A.

Carle M.

615.831

Fototerapia. La luz agente biológico y terapéutico. Prólogo de M. D' Arsonval. Traducido por R. Diaz Barea. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 192 pág. 7'50 × 14 con ocho láminas.

- Megin** P. 616.968.5
 Los Acaros parásitos. Traducido por P. Pérez Sanchez. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 170 pag. 7'50 × 14 con 40 figuras.
- Megin** P. 340.624.6
 La fauna de los cadáveres. Aplicación de la entomología a la medicina legal. Traducido por J. F. Mega. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 186 pag. 7'50 × 14 con 28 figuras.
- Demelin** A. 611.965
 618.1
 Anatomía obstétrica. Traducido por A. Aviles Rodriguez — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 172 pag. 7'50 × 14 con 9 figuras.
- Hédon** E. 612.34
 Fisiología normal y patológica del Páncreas. Traducido por J. F. Mega. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 172 pag. 7'50 × 14.
- Marie** A. 616.953
 614.563
 La Rabia, con un prólogo del Dr. E. Roux. Traducido por J. Pastor y Cano, seguido de un caso notable de rabia en el hombre, por A. Aviles. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 182 pag. 7'50 × 14.
- Tripier** R. Paviot J. 616.38
 616.36
 La peritonitis infrahepática de origen vesicular. Traducido por J. F. Mega. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 184 páginas 7'50 × 14.
- Laveran** A. 614.53
 Profilaxis del paludismo. Traducido por S. Martínez Gatica. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — pag. 7'50 × 14 con 20 figuras.



BOLETIN MENSUAL

EL CONGRESO DE SANIDAD CIVIL

Habiendo sido delegado por mis compañeros del partido de Olot para asistir al II Congreso de Sanidad Civil, celebrado recientemente en la Corte y notando con sorpresa la ausencia de los delegados de los otros partidos de la provincia, principalmente del de Figueras, (por haber ellos suscitado la cuestión del pago de los titulares por el Estado, en la última Asamblea) y sin haber podido compartir con nuestro Presidente las *delicias de un viaje de tal índole*, por causas ajenas a su voluntad, me creo obligado a comunicar sucintamente mis impresiones respecto a tan importante acto.

No creo de oportunidad, reseñar los acuerdos y conclusiones ni las mociones presentadas, aprobados todos por unanimidad en medio del mayor entusiasmo, todos tendreis conocimiento de ellos por venir suficientemente descritos y comentados en los periódicos profesionales, alguno de los cuales, se ha repartido a todos los médicos de España.

La labor principal del Congreso hay que verlo en el proyecto de Ley de Epidemias en la cual van incluidas todas las aspiraciones de los médicos titulares, y en haber dado estado parlamentario a la cuestión, por haber sido leída dicha Ley en el Congreso nombrando una comisión parlamentaria de la que es Presidente el infatigable defensor de los intereses de los titulares y fogoso orador Doctor Moliner.

Transcurrieron las sesiones, con la mejor organización y rapidez dado el gran número de cuestiones tratadas, con bastante concurren-

cia de medicos españoles, si se tiene en cuenta la dificultad de abandonar, la mayoría de nosotros, los quehaceres habituales; puedo afirmar estuvieron presentes unos mil quinientos, siendo la región que dió mayor contingente la aragonesa y andaluza y era de ver en los variados semblantes de la mayoría reflejada la alegría de ver próximo el día en que poder vivir no diré con desahogo, pero sí lo menos con independencia para poner en planta sus iniciativas y subsanar deficiencias en la parte sanitaria de lo que hoy se ven imposibilitados, si han de obrar contra la voluntad del cacique rural, de quien dependen hoy exclusivamente.

Desgraciadamente este Congreso llevado a cabo tras muchas dificultades y esfuerzos, por parte de todos, ha sido una prueba más de la indiferencia y apatía en que vive la clase médico-titular de Cataluña.

Fuimos muy pocos, contadísimos los médicos catalanes presentes al Congreso, y esto tratándose de un asunto de capital interés para la clase, no tiene explicación satisfactoria. Conforme en que, apesar de nuestros repetidos lamentos, no estamos tan mal en Cataluña como en el resto de España, pero mucho podemos mejorar y esto es mas que suficiente motivo para hacer un pequeño sacrificio asistiendo a un acto de tal naturaleza.

Aun aceptando la posibilidad de que haya algunos médicos catalanes disconformes con esta reforma ¿son estos todos? ¿constituyen mayoría? De ninguna manera.

¿Que razón alegan los protestantes de esta Ley? la de que vamos a ser si se aprueba, funcionarios del Estado y bien ¿no lo somos hoy del Municipio y con escasa o ninguna retribución? No es mejor al fin y al cabo, depender del Ministro de la Gobernación, tener inmovilidad en el cargo, y sueldo regular que ser empleados de cualquier alcalde como un simple alguacil, que si tiene mayoría en el Ayuntamiento nos separa del cargo, porque no queremos hacerle el juego, y nos paga mezquinamente o no nos paga?

Después de todo, que vamos a ganar con nuestro aislamiento; que se apruebe la Ley, haciendo una excepción para Cataluña ya que nuestros diputados parece ser van a presentar muchas enmiendas dificultando su aprobación.

A quien daremos la culpa, cuando veamos a los médicos del resto de España formar un cuerpo legalmente constituido con su escalafon y su pago regular por el Estado, y nosotros nos quedemos como ahora a merced de un cualquier magnífico Ayuntamiento que nos tendrá

ojeriza porque valemos a pesar de todo y representamos más que él.

Hemos visto transcurrir las sesiones de la finida etapa parlamentaria y la Ley de Epidemias no ha dado un paso a pesar de las declaraciones terminantes que unánimemente hicieron el actual ministro de la Gobernación y el Presidente del Consejo, cierto que tenemos la Comisión Parlamentaria nombrada y por otra parte los jefes de las minorías parlamentarias o casi todas a favor de la dicha Ley; y por otra parte el Conde de Romanones y el futuro ministro de la Gobernación Sr. Alba hacen de la cuestión Sanitaria programa de partido. ¿Cómo teniendo de nuestra parte el Gobierno y las oposiciones no se ha aprobado ya en el Congreso la citada Ley? En primer lugar por lo que he dicho ya, por la velada oposición de algún diputado catalán, por creerla atentatoria a la Autonomía Regional y en segundo y principal por la dificultad de gravar el presupuesto en mas de diez millones de pesetas, y esto hará que aun en el caso de aprobarse terminadas las actuales vacaciones parlamentarias no podría empezar a regir hasta el año de 1916.

Diez millones de pesetas que de aprobarse la Ley van a ser repartidas entre los médicos titulares; vamos a protestar de ello. No nos conviene ser funcionarios del Estado! renunciemos las titulares y seamos médicos libres, por lo que cobramos actualmente, creo no perderemos gran cosa.

Por las impresiones que saqué en el transcurso de las sesiones, creo no va a ser Ley el proyecto, hasta estar en el Gobierno los liberales; el Conde de Romanones, por las manifestaciones que hizo en la sesión de clausura, se ve, quiere redimir a los médicos, como redimió a los maestros, porque al fin y al cabo constituimos los médicos legión demasiado numerosa, para no ver un político como el Conde, la importancia que representamos, esparcidos por todos los rincones de la península y cuando este día llegue aunque no todo haya sido cariño a la clase y los redentores en vez de salir crucificados, como suele acontecer, vean premiado su labor con sendas actas de diputados y senadores, podremos decir hemos servido de pedestal para laborar reputaciones y probrendas pero, hágase el milagro aunque lo haga el diablo, habremos dado un paso de gigante en el camino de nuestras reivindicaciones y constituiremos una clase, sufrida sí, pero mas respetada y considerada que en la actualidad.

RAMÓN VILARDELL.

LAS SETAS COMESTIBLES Y VENENOSAS (*)

Ante todo creo del caso manifestar mi agradecimiento a todos ustedes por la galantería y molestia, al propio tiempo, que se toman en venir a escuchar a un novel orador que no posee ninguna de las condiciones que caracterizan a los conferenciantes de profesión puesto que es la primera vez que tengo el honor de hablar en público siendo así que a duras penas me hago entender hablando en privado y todo por falta de práctica en esta especie de gimnasia de la palabra y coordinación de las ideas. Pero confío me dispensarán ustedes la molestia que en estos momentos les estoy ocasionando.

No me guía el afán de exhibirme porque temo caer en ridículo y si tan solo al escoger el asunto que voy a tratar, he tenido en cuenta el fin práctico, o sea el disminuir en lo posible los graves accidentes ocasionados por las setas. Digo disminuir y no suprimir porque esto último es imposible; el vulgo no llegará nunca a distinguir las especies venenosas de las comestibles, no obstante ser cosa fácil tanto o más que el distinguir la cicuta del peregril o el melón de la calabaza pongo por ejemplo; siempre cabrá un descuido, una imprevisión una negligencia en hacer examinar las setas que se van a ingerir si no se está bien seguro de la especie.

No se crea por lo que acabo de exponer que soy yo el más autorizado para dar ante un público tan selecto esta íntima conferencia; mis conocimientos sobre las setas son muy recientes y si ahora mismo me hubiese de examinar ante un tribunal competente de esta asignatura, a buen seguro que no obtendría una calificación brillante. Con todo me veo con fuerzas y conocimientos suficientes para poder sentar una regla facilísima para distinguir las cuatro solas especies que hoy día se sabe con certeza que pueden ocasionar accidentes mortales y este será el objeto primordial de mi conferencia.

(*) Conferencia dada el 15 noviembre 1914, en el salón de actos del «Grupo Escolar» de Gerona.

SEÑORES: Antes de hablar de hongos creo indispensable dar una definición de lo que expresa esta palabra, pero como quiera que tiene mas de un significado y aun cabe el sentido metafórico y figurado especialmente de la palabra catalana *bolet* (1). Usaré indistintamente las palabras hongo y seta por ser en parte sinónimos pues si bien la palabra seta expresa solo las especies comestibles no dejan estas de estar comprendidas en el grupo general designado por la palabra hongo.

Los botánicos dicen que hongo es una planta celular, sin hojas, raíces, vasos, ni clorófila. El vulgo entiende por hongo, seta (o *bolet* en catalán) un producto que cría la tierra en tiempo y lugares húmedos generalmente de la forma de un paraguas abierto, de estructura carnosa y consistencia fofa.

Voy a ocuparme de los hongos tal cual los comprende el vulgo o sea los llamados hongos superiores o que tienen su organismo mas complicado, ya sean comestibles ya venenosos, descartando los hongos inferiores o microscópicos los causantes de enfermedades contagiosas en el hombre, en los animales y en las plantas; tales como el muguet (*cansas o mal blanch*) de los niños de pecho, algunas tiñas del cuero cabelludo, el mildew y oídium de la vid, los mohos o *floriduras* del pan los sacaromices que provocan la fermentación alcohólica, las royas y carbón de los cereales y gramíneas, debiendo advertir respecto a estos últimos que el carbón del sorgo (*melca*) y la *floridura* de las cañas provocan al que no toma ninguna precaución en su manejo un eritema y un eczema de la piel muy acentuados y molestos; de ellos he tenido ocasión de observar y tratar varios casos.

Para mejor comprensión del asunto que me ocupa he de dar algunas nociones botánicas de estos seres vegetales empezando por su estructura: Los hongos están formados exclusivamente de células redondeadas unas, alargadas otras en forma de tubo. El aparato de nutrición se llama mycelio siendo generalmente subterráneo y por tanto desconocido de los profanos; es lo que se llama blanco de setas y que se usa para el cultivo de algunas especies. Este mycelio que persiste vivo varios años en un mismo lugar, que los aficionados llaman una *rexera*, *tofunera*, *muxernonera*, según sea la especie, en

(1) En catalán es sinónimo de coscorrón o puñetazo, *li va plantar quatre bolets; li clavaré un bolet*; es también frecuente la expresión *está tocat del bolet* para significar que un sujeto tiene poco seso, y sería mucho eventurar si creyéramos que en la expresión *li donaré un bolet* va envuelta la perfidia de acarrear todo el daño que puede ocasionar un hongo venenoso.

medios apropiados crece, se extiende formando ramificaciones y mas tarde en varios metros de superficie produce el aparato de reproducción o esporífero que es la verdadera seta u hongo; de modo que un hongo en sentido vulgar y en su mas alto grado de complicación se compone de una parte subterránea (mycelio) correspondiendo a la raiz y tronco de un árbol y de otra parte, vistosa, que lleva el aparato esporífero que serían las ramas. Esta última parte tiene la forma de un paraguas abierto; el mango está representado por el pié o pilar, los hierros por las hojuelas o láminas, la tela por el sombrero, el cierre por el anillo y la funda por la volva.

Las hojuelas o láminas están tapizadas por unas células alargadas llamadas *básides* con cuatro prolongaciones llamadas *sterigmates* las cuales en su extremidad libre, llevan cada una una célula mas pequeña que la *báside*, generalmente redondeada llamada *espora* la que cuando es madura se desprende y en un medio apropiado forma un nuevo hongo y por tanto este es el verdadero germen de estas plantas. Las *básides* van mezcladas con otras células estériles llamadas *cistides*.

Esta suerte de aparato reproductor he dicho que se halla en las láminas; pero no todos los hongos llevan láminas sino que algunos en vez de láminas llevan tubos como los *ciurenyis*, otros en vez de tubos llevan agujas o prolongaciones en forma de estaláctitas, *lenguas de bou*, *peluxos* otros no tienen siquiera la forma de un paraguas abierto, sino que remedan uu arbusto como los *peus de rata* otros en fin tienen la forma mas o menos esférica, *pets de llop* y las *básides* están respectivamente en los tubos, en las agujas y en el interior de estos últimos que como he dicho tienen la forma mas o menos esférica.

Estos hongos en razón a llevar *básides* se llaman Basidiomycetos y forman el grupo más numeroso en especies comestibles y venenosas.

Otro grupo es el de los Ascomycetos que se diferencia del primero en que el aparato reproductor se compone de una célula alargada y abierta en su extremidad libre, dentro de la cual hay siete u ocho células mas pequeñas y redondeadas o elipsoideas que son los esporos. Estas células se llaman *thecas* o *asques* y de ahí el nombre de Ascomycetos dado a este segundo grupo, representado por las *múrgulas*, *barratets*, *ariganys* y *cassoletas*.

Hay aun otros grupos que no llevan *básides* ni *asques* como los Hipodermeos, Hyphomycetos y Mixomycetos pero como quiera que todos son hongos inferiores no hablaré de ellos por no ser esta la finalidad de mi conferencia.

El primer grupo o sea los Basidiomycetos lo subdividen los micólogos atendiendo a la colocación o disposición de los básides, en Agaricáceos si el hongo lleva hojuelas o láminas; Polipóreas, si lleva tubos; Hydnaceos, si lleva agujas o puntas; Clavariaceos si tienen la forma de un arbusto; Gasteromycetos si tienen la forma esférica y las básides están dentro.

Los Agaricáceos a su vez los subdividen en Leucosporeos, Rhodosporeos, Ocrosporeos, Yanthinosporeos y Melanospóreos según sea el color de los esporos blanco, rosa, ocráceo, púrpura o negro.

Es cosa fácil observar el color de estas diminutas semillas cuya magnitud solo puede apreciarse con el auxilio del microscópio. Para ello basta colocar el hongo encima un papel, una mesa o un vidrio plano de forma que las láminas miren hacia el plano en que descansa; al cabo de algunas horas se verán unas manchas pulverulentas que no son otra cosa que infinidad de esporos que se han desprendido de las láminas.

Los Polyporeos comprenden el género *boletus* cuyo carácter principal es el poder separar con facilidad los tubos de la carne; los géneros *polyporus*, *fávolus*, *daedalea* y en general los llamados hongos yesqueros; (*bolets d' esca*) cuyos tubos no pueden separarse con facilidad de la carne por estar fuertemente aderidos, y el género *fistulina* cuyos tubos están aislados.

Los Hydnáceos comprenden varios géneros siendo el principal el género *hydnum* representado por las *lenguas de bou*.

Los Clavariaceos comprenden también varios géneros siendo el más numeroso en especies el género *clavaria* ejemplo de él es el *peu de rata* y en los Gasterocuycetos hay los géneros *lycoperdón*, *bovista* y otros menos importantes.

El segundo grupo, el de los Ascomycetos comprende los tuberáceos con el importante género *tuber* representado por las criadillas, trufas o *tófunas* y los discomycetos cuyos géneros más importantes son *morchella*, *helvella* y *peziza* representados respectivamente por las *múrgulas*, *barratets* y *casoletas*.

He aquí a grandes rasgos la clasificación de los hongos superiores admitida por la generalidad de los micólogos, pero a nosotros no nos interesa por lo complicado y como quiera que son pocas relativamente las especies comestibles y venenosas intentaré establecer otra clasificación, empírica si se quiere, pero sencilla y que satisfaga las aspiraciones de los aficionados buscadores de setas, haciendo de paso una

breve reseña de las principales especies comestibles mas comunmente usadas y de las venenosas vulgares tal como la que llevo publicada en el Calendari del Pagés del Instituto Agrícola de S. Isidro correspondiente al año próximo pasado y es como sigue:

a). Hongos con láminas y pié central que generalmente se crían en el suelo y viven aislados unos de otros; los hay de dos clases; con anillo y sin anillo.

a). Hongos con láminas y pié central que al cortarlos rezuman un jugo lechoso; todos son terrestres; tambien los hay de dos clases; con jugo lechoso blanco y con jugo lechoso rojo.

c). Hongos con pié central o lateral que viven sobre los árboles o troncos muertos; los hay de tres clases; con pié central y anillo, con pié central sin anillo y con pié lateral.

d). Hongos que en vez de láminas llevan tubos; pueden ser con tubos fácilmente separables y con tubos difícilmente separables.

e). Hongos que en vez de láminas o tubos llevan agujas; los hay de pié central y de pié lateral.

f). Hongos de forma irregular o esférica.

Para la reseña usaré los nombres vulgares catalanes por sernos mas familiares y conocidos.

A). Hongos con láminas pié central que se crían en el suelo y viven aislados.

Reig, Rey, Monjola, Cucou, Ou de reig Oronga. Creo que es sobradamente conocido gracias a sus buenas cualidades alimenticias; el sombrero es de color anaranjado, láminas, pié y anillo amarillo claro y volva blanca. Ya esplicaré mas abajo en que consiste este órgano y su importancia. Puede cogerse en verano y principios de otoño en los bosques de brezos, alcornocales y umbrias de castaños. Puede confundirse con el *Reig vermell*, venenoso, pero este último tiene el sombrero de color mas subido tirando al rojo y las láminas pié y anillo son blancos.

Paloma, Cuhoma, Matacandelas. Suele ser de gran talla, sombrero delgado escamoso color chocolate claro, láminas blancas, pié delgado con anillo y engrosado en la parte inferior pero sin volva. Es también comestible muy aceptable. Vive en otoño en los bosques, bordes de caminos etc.

Camparol, Bola de neu, Rovellol, Hongo común, Pan de lobo. Este hongo de forma redonda es blanco en todas sus partes excepto las láminas que siendo de color rosá claro al principio se tornan color vino-

so y más tarde negros con cuyas señas hay bastante para distinguirlas de las amanitas y volvarias. El pié es corto y grueso; lleva anillo. Vive en los prados secos, bordes de caminos y carreteras por la primavera y otoño. Es de los cultivados en mayor escala.

Cualbras, Puagras, Lloras, Escaldabechs, Crueldas, Criambes. Son en general poco buscados; no obstante a falta de otros también pueden aprovecharse. Son hongos quebradizos con el sombrero de colores vistosos y variados, el pié no es fibroso. Las mejores tienen color lila, púrpura o verde, la carne dulce. El *Escaldabech* que tiene el sombrero rojo escarlata y gusto picante, es nocivo. Vive en los bosques primavera y otoño.

Escarlet vermell, Carlet vermell. Se cosecha en otoño en los bosques de brezos y encinares; su forma es parecida a la de las *Cualbras* de las cuales se distingue por el pié fibroso, y las láminas llevan una muesca o escotadura muy cercana a su inserción en el pié.

Escarlet blanch. Parecido al anterior, es más rechoncho más tieso y el color blanco o amarillo claro, con el sombrero estriado en los bordes. Vive en otoño en parajes descubiertos de los bosques.

Moxern de primóavera, Moxernó de S. Jordi. Es inútil buscarlo en regiones de poca altitud y cálidas o templadas porque apetece los climas fríos. Vive en los bosques herbosos, márgenes y prados en primavera. El color es blanco y el olor recuerda el de la harina fresca. Es comestible excelente, alcanzando su precio diez y doce pesetas la libra en estado seco.

Fredeluchs, Negritos, Señoritos. Frecuentes a últimos de otoño en los pinares, donde suelen hallarse en manadas. Son de pequeña talla, muy quebradizos, sombrero color gris negruzco, pié blanco y láminas cenicientas.

Camasech, Correola, Mucerón falso. Hongo pequeño que se cría entre la hierba de los prados secos y bordes de caminos a últimos de primavera y otoño. El color es canela claro, pié largo, mazizo, delgado, pudiéndose doblar sin romperse.

Rossinyols, Vaquetas, Cabritos. Muy abundante en los umbrios y bosques húmedos en primavera y verano. El color es amarillo anaranjado; las láminas gruesas e irregulares descienden a lo largo del pié, de modo, que muchos tienen la forma de un paraguas invertido por un fuerte huracán. El aroma es fuerte y agradable.

J. CODINA

(Continuará)

ADENOFLEMONES DE LA FARINGE

Sus variedades. — Su tratamiento (*)

SEÑORES:

Recuerdo muy grato para mí es el de la sesión que celebrasteis el verano pasado, y a la cual tuve el honor de estar invitado; sesión en la que un distinguido compañero disertó con mucha elocuencia sobre un tema de actualidad y controversia, y en la que además uno de vosotros expuso algún caso clínico importante que suscitó alguna discusión. Pero sesión mucho más grata para mí es esta, pues me veo colmado de un inmerecido honor cual es el de dirigiros la palabra.

Aceptado con gusto el compromiso pensé en cual podría ser el tema de mi discurso. Todos conocéis mis aficiones y los estudios en que me he especializado; discurrir con vosotros sobre algo de patología exclusiva de auditiva, laríngea, etc., era expuesto a incurrir en la aridez de los asuntos o también en decir cosas vulgares, por lo que he creído preferible exponeros un tema que bien que perteneciente de lleno a los dominios de la especialidad, sea al propio tiempo de observación corriente y cuya resolución incumbe, por su urgencia, muchas veces al práctico general.

De aquí la elección del tema ADENOFLEMONES DE LA FARINGE.

Para exponer con la mayor claridad posibles las nociones que voy a reseñar, permitidme ante todo os recuerde en pocas palabras lo que hace al caso respecto de la anatomía de la faringe.

La faringe es un conducto irregularmente intundibuliforme, suspendida por arriba de la base del cráneo, y continuándose hacia abajo con el esófago. Pero este conducto es incompleto; le falta la pared anterior en la cual se abren la parte posterior de las fosas nasales por arriba y la boca por abajo.

La faringe está formada por un saco fibroso que le sirve de esqueleto suspendido de la base del cráneo. Esta suspensión no solamente tiene

(*) Comunicación presentada y leída en la reunión bimensual ordinaria de la «Agrupación comarcal de médicos de Olot». — 20 de febrero de 1914.

lugar por intermedio de la apófisis basilar y el cuerpo del esfenoides, sino también por la cara inferior de las pirámides formadas por los peñascos. Este sostén está constituido por una gruesa trama fibrosa que en la región media se expande en forma de abanico desde el tubérculo faríngeo hasta el límite anterior de la bóveda en donde penetra en la articulación esfenoido vomeriana.

En la periferia de este techo fibroso se inserta el saco esquelético de la faringe membranosa. Este saco fibroso está sólidamente adherido a la bóveda: en la línea media por el *ligamento suspensorio mediano de Luschka*, origen superior del rafe posterior de la faringe; en las partes laterales por un haz fibroso que se inserta en el cartilago de la trompa y en el peñasco y que Escat ha propuesto llamar *ligamento petrosalpingofaríngeo*.

El límite inferior de este tubo infundibuliforme que denominamos faringe esta constituido por el esófago.

Entre la columna vertebral y la faringe existe un espacio celuloso que se denomina *espacio retrofaríngeo*, y cuya importancia es muy considerable por ser el asiento de los abscesos retrofaríngeos.

En un corte horizontal practicado en el límite inferior de la nasofaringe este espacio queda limitado del modo siguiente: por delante, por la túnica fibrosa de la faringe, por detrás, por la aponeurosis prevertebral, hacia los lados por dos tabiques aponeuróticos laterales, sagitales, que separan este espacio del espacio máxilofaríngeo (hojilla sagital de Charpy).

Limitándonos a la línea media y no considerando más que la porción superior de la faringe o sea la nasofaringe, veremos que este espacio está dividido en dos compartimentos laterales por las adherencias y fusión del ligamento de Luschka con la aponeurosis prevertebral. En cada lado del rafe se encuentra uno de los dos ganglios retrofaríngeos de Gillette, origen del adenoflemón retrofaríngeo.

Pasemos por alto, por no convenir a nuestro estudio, la descripción de los músculos, detalles de la mucosa, etc., y permitidme os recuerde las relaciones laterales de la faringe. Para abreviar las citaré esquemáticamente.

En el segmento inferior, la faringe está en relación: 1.º Con la carótida primitiva que está inmediatamente aplicada contra ella; 2.º con la yugular interna que camina por el lado externo de la arteria; 3.º con el neumogástrico que desciende por detrás de los vasos, entre la arteria y la vena (comparación clásica de la escopeta de dos cañones con la baqueta); 4.º con los lóbulos tiroideos que por su parte posterior descansan directamente sobre la faringe.

En su segmento medio, las relaciones de la faringe son: 1.º Con la carótida externa; 2.º con la carótida interna; 3.º con las arterias tiroidea superior, faríngea inferior y lingual; 4.º con la yugular interna y ganglios que en su cara anterior y externa se encuentran; 5.º con el neumogástrico.

En el segmento superior la pared lateral de la faringe corresponde al *espacio maxilovertebrofaríngeo* limitado como sabemos por la faringe hacia adentro, por la rama del maxilar inferior con los músculos pterigoideos por fuera; y por detrás por la aponeurosis prevertebral.

Prescindamos de los demás detalles anatómicos, pues no nos interesan tanto como los expuestos.

Ahora bien: de todo lo que acabo de decir, quiero hacer hincapié en dos detalles sumamente importantes: la situación de los ganglios de Gillette y la presencia de ganglios al nivel de la carótida y yugular, y las íntimas relaciones que este paquete vascular presenta con la pared lateral de la faringe.

Los primeros, que como ya he dicho son dos, situados uno en cada lado de la línea media, están alojados en el espacio retrofaríngeo o prevertebral, que si por arriba está dividido por un tabique, más abajo las fibras de este se pierden y constituyen un espacio único.

Los segundos todos sabeis que son como unos satélites de la carótida y de la yugular, constituyendo la cadena carotídea y están preferentemente situados por detrás y por fuera de la misma.

Necesito también recordaros que los linfáticos que van a parar a los ganglios de Gillette vienen de la pituitaria, de la mucosa de la nasofaringe (donde existe la amígdala faríngea, cuya hipertrofia constituye las vegetaciones adenoideas tan frecuentes en los niños), de la trompa de Eustaquio y del oído medio.

Conocidos estos detalles anatómicos, entremos ahora de lleno en el estudio de los adenoflemones de la faringe.

Empezaré por decir que los hay *retrofaríngeos* y *laterofaríngeos*. Estudiemos los primeros.

ADENOFLEMÓN RETROFARÍNGEO.

La flogosis de los ganglios de Gillette es lo que constituye el adenoflemón retrofaríngeo, pues si bien es cierto que aquella empieza por un ganglio generalmente, no tarda en correrse la inflamación al tejido celular que le rodea produciéndose la periadenitis, y como ya he dicho que el tabique que separa ambos ganglios solamente existe en la parte más superior del citado espacio, de aquí que al poco tiempo todo el tejido ce-

lular y el ganglio del lado opuesto inclusive formen un todo flogoseado, un magma de pus.

Hace un momento os recordaba la situación anatómica y topográfica de los ganglios de Gillette, limitados hacia adelante por la túnica fibrosa de la faringe, hacia atrás por la aponeurosis prevertebral, y hacia los lados por la hojilla sagital de Charpy. De la resistencia de los planos anterior y posterior nadie puede dudar; en cuanto a los laterales queda demostrada su resistencia recordando que Escat y Charpy han practicado inyecciones en el citado espacio retrofaríngeo valiéndose de gelatina coloreada introducida de arriba abajo después de la resección de la apofisis basilar, o de abajo hacia arriba por la región cervical y siempre han visto que la inyección quedaba limitada al espacio mencionado.

De modo que ello nos explica que los citados abscesos queden aprisionados en el mencionado espacio, sin tendencia a correrse hacia las partes laterales y además que el paquete vasculonervioso del cuello quede siempre por fuera de la coiección.

Lo que en ocasiones ha ocurrido es que la supuración se ha corrido hacia abajo penetrando en el mediastino o alrededor del esófago determinando complicaciones muy graves.

De lo expuesto se deducen dos hechos y son: que los abscesos retrofaríngeos, si bien en su principio pueden ser ligeramente laterales (adenitis de un solo ganglio), no tardan en ser centrales o medianos por la razón expuesta poco ha; y también que dada su situación, los vasos quedan forzosamente por fuera del mismo.

¿Cuál es la etiología de estos abscesos? La comprendereis perfectamente recordando lo que os he dicho a propósito de los linfáticos que a ellos van a parar. Linfáticos de la pituitaria, de la mucosa de la nasofaringe, de la trompa, etc., van a desembocar en ellos y como no ignorais las múltiples causas de infección a que están sometidas estas partes, de aquí su frecuente inflamación. Para no citar más que algunas, mencionaré los brotes agudos de adenoiditis, las otitis medias, las localizaciones faríngeas de las fiebres eruptivas, el coriza heredosifilítico. Los microbios más a menudo encontrados son el neumococo, el estafilococo y sobre todo el estreptococo.

Pero me direis: si tan frecuentes son estas causas de infección, ¿como es que no se observan mas a menudo estos flemones? A ello contestaré diciendo: No son tan raros como parece, pero lo que por fortuna ocurre es que no siempre llegan a supurar. La mayoría se resuelven como se resuelve también generalmente la adenitis sube Chaisaignac, expresión de las amigdalitis palatinas.

Al reconocer un enfermo con amigdalitis palatina, lo primero que se os ocurre es inspeccionar el ganglio de Chaissaignac porque lo sabeis infartado y al mismo tiempo porque es accesible al tacto. Pues lo mismo cabría hacer con los ganglios de Gilette si fueran accesibles. De aquí que mas bien seamos los especialistas los que tengamos ocasión de observarlos.

Por ser muy raro, nada diré del flemón retrofaringeo sin adenitis, por infección directa, por cuerpo extraño, herida por arma de fuego, etc.

Para terminar estas nociones de etiología os recordaré que el absceso retrofaringeo es una afección propia de la infancia (pues los ganglios se atrofian luego), observándose preferentemente en los niños de teta, cosa que no es de extrañar teniendo presentes las causas que mas a menudo los determinan.

Veamos ahora los síntomas que ocasionan. Haciendo justicia a la descripción que Gautier, de Ginebra, hace en dos períodos: uno *anginoso o preflemónico* y otro de *infección ganglionar*, podría describiros los síntomas propios de cada uno de ellos, pero sobre no ser frecuente ver los enfermitos en el primer período, o mejor dicho, pasando desapercibidas las primeras manifestaciones ya que se confunden con el proceso que las determina, alargaría demasiado mi trabajo.

Supongamos ya constituido el absceso. Los padres nos dirán que hace unos dias el niño está afecto de un fuerte coriza, de una angina, fiebre eruptiva, etc., y que hace uno o dos dias el niño tiene fiebre alta, vómitos, convulsiones, etc.

Observando al niño veremos que presenta disnea y disfagia. La primera vá acentuándose a medida que pasan dias, sin que nos la explique ninguna localización pulmonar. Si os fijais en el detalle que voy a referiros la disnea podrá ya poner os en camino del diagnóstico. En efecto, observareis que al poner sentado al niño, la disnea aumenta algo y que al acostarlo disminuye (signo de Roustan). Ello os hará pensar en algo que se desplaza con los movimientos, y nada mas natural que atribuirlo a una colección de pus, frente a un cuadro de infección mas o menos acentuada.

En ocasiones la disnea es muy considerable llegando al tiraje y haciendo sospechar un edema de la glotis, una laringitis estridulosa, o el crup.

La disfagia es tambien muy acentuada y quizás es anterior a la aparición de la disnea. Todos comprendereis su mecanismo. El dolor que experimenta el niño al tragar le hace rechazar el pecho y gemir, con lo cual la alimentación se hace imposible.

Si el niño es mayor y sabe expresar con la palabra sus sufrimientos, nos señalará el sitio del mal, al hablar observareis tiene una rinolalia cerrada, etc.

Puestos ya sobre la pista de la localización del mal, veamos lo que nos enseña la inspección de la región afecta. Esta inspección debemos practicarla valiéndonos de la vista y del tacto.

Prescindiendo de las dificultades que un exámen de esta clase presenta siempre en un niño, y mas cuando este es pequeño y tiene dificultad para respirar, al abrir la boca y dirigir un chorro de luz hacia el fondo de la misma, nos llamará inmediatamente la atención una rubicundez generalizada en todo el istmo de las fauces y la presencia de un abultamiento mas o menos voluminoso que ocupa la pared faríngea posterior. Este abultamiento es liso, redondeado, ocupando la parte central de la farínge y obstruyendo mas o menos completamente la comunicación entre la orofaringe y la faringe nasal.

DR. F. BERINI DERVAUX.

(Continuará)

JUAN DE PORTOLÁ ALÓS

Médico de Figueras

En edad ya avanzada y consecuencia de una dolencia que por durante algunos meses le retuvo en casa, falleció en 1.º del pasado noviembre el mas antiguo de los médicos de Figueras.

Había nacido en Borrassá el año 1847; al graduarse en junio de 1869 en la Universidad de Barcelona, establecióse en Figueras, donde sin abandonar la clientela de medicina general especializó su práctica dedicándose a la oftalmología.

De carácter bondadoso, probo y correcto, no tenía enemigos entre los compañeros y era altamente considerado por el común de vecinos.

Con su muerte ha perdido el Colegio un entusiasta consocio; ingresó en él al constituirse éste en noviembre de 1894. cuantas veces fué solicitado su concurso, prestóse gozoso a ello. Su modestia y el no haber contendido nunca con los colegas, tal vez explique el porque éstos han estado remisos en participar su fallecimiento.

Era bueno, era viejo, debia desaparecer! según la ética de muchos.

Reciba la apreciada familia del amigo Portolá la mas sincera expresión de pésame que en nombre del Colegio les trasmite,

J. P.

CUENTA GENERAL DE 1914

Ingresos

		Pesetas
Sobrante del año anterior.		150'68
Cuotas atrasadas	120	
Id. de 1913, deducido premio de cobranza.	571'30	691'30
Sellos tipo antiguo	39	
Id. bonificados	15	54
Anuncios.		328
Reintegro por tiradas supletorias		192'25
	TOTAL	1416'23

Gastos

Alquiler		240
BOLETIN		696'50
Memoria XVII Asamblea		110
Tiradas a parte		270'75
Varios impresos.		28'75
Secretaría		67'55
	TOTAL	1413'55

Resumen

Ingresos.	1416'23	pesetas
Gastos	1413'55	»
SOBRAN.	2'68	»

N. B — Están en poder de los recaudadores las cuotas de 1914 que importan mil cien pesetas, que deben considerarse superavit de la cuenta precedente.

Gerona, 31 Diciembre 1914. — *El Tesorero*, FELIPE SANCHEZ. — *El Contador*, MIGUEL FORMOSA. — V.º B.º *El Presidente*, J. PASCUAL. — Publicase por A. de la J. *El Secretario*, PEDRO ROCA PLANAS.



ADDENDA

AL BOLETÍN MENSUAL N.º 230
correspondiente a Febrero de 1915

CAMBIO DE LOCAL. — Desde el próximo marzo, el domicilio social del Colegio, quedará establecido en los bajos de la casa N.º 8 de la calle de la Forsa, de esta ciudad.

La Junta se ha visto obligada a efectuar el traslado por resultar deficiente el local que actualmente ocupaba el Colegio, pues no había medio de instalar cómodamente los libros que hoy posee (2.500 volúmenes. Obras, Folletos y Revistas) a los que se ha de acumular los procedentes de los donativos de los Sres. Fuster y Martí que suman algún centenar de tomos.

Tan pronto quede arreglada la librería, se establecerá un servicio de Biblioteca circulante entre los Sres. Colegiados.

EN JUSTA RECIPROCIDAD. — La Sección de Ciencias del benemérito *Institut d' Estudis Catalans*, al recibir para su flamante biblioteca el donativo de lo publicado por este Colegio (19 tomos y 17 folletos) que le hizo la Junta, se ha apresurado a remitirnos sus importantes publicaciones, *Arxius de l' Institut de Ciències*, (los seis números publicados desde noviembre de 1911 a diciembre de 1914), *Flora de Catalunya*, por J. Cadevall (en publicación) y *Treballs de la Societat de Biologia*, any I-1913.

Cada número de *Arxius* contiene varias Monografías de materia relacionadas con las ciencias puras o aplicadas, una Reseña en la que se esbozan asuntos que merecen un mas amplio estudio, un Análisis de los libros de ciencia recién publicados y una somera indicación de los artículos científicos insertos en periódicos y revistas.

En los seis números hasta hoy publicados si bien en su mayoría los trabajos están escritos en catalán el criterio de *Arxius* no es exclusivista, pues publica trabajos de autores nacionales y extranjeros conservando en ellos el idioma de sus autores y así se ven monografías en alemán, castellano, francés, inglés e italiano. Si algún defecto tienen los *Arxius* es su tamaño y lo lujoso de la edición.

La *Flora de Catalunya* a deducir por los tres fascículos publicados (288 páginas), será una obra que formará época en la bibliografía española, de esta rama de ciencia, pues, a mas de ser un acabado catálogo de las especies que espontáneamente viven en tierras catalanas, su autor Dr. Cadevall a quien todos reconocen suma pericia y afición para esta clase de estudios no solo ha utilizado los trabajos de nuestros paisanos Sres. Bolós, Teixidor, Tremols y Vayreda y los de los Sres. Colmeiro, Costa, Companyó, Mas-

ferrer y tantos otros que en tratados generales y estudios monográficos han desbrozado el camino a recorrer, ha sabido aportarse la colaboración de aficionados a herborizar en nuestros valles y planicies, habiéndolo logrado con ello poder puntualizar de cada planta que enumera o describe, una abundante sinonimia y detallada noticia de los lugares en que vive o ha sido hallada. Si ha esto añadimos que de toda especie importante de cada género que reseña, acompaña un pulcro dibujo de la misma, queda evidenciado que la *Flora de Catalunya* es obra de vulgarización científica digna de todo encomio.

Treballs de la Societat de Biología. - Any I (1913). — Volúmen de 266 páginas en 4.º publicados bajo la dirección del Dr. Pi Suñer. — Ha de considerarse esta obra como obligada secuela de *Arxius*, pues ellos abarcan el conjunto de los conocimientos que en Bibliografía se acoplan con la rúbrica general de Ciencias y en ellos debería publicarse lo que se relaciona con el estudio de los seres organizados (Biología), pero tiene esta rama de la ciencia tal atractivo, son tantos los problemas que en ella hay que resolver que bien puede asegurarse que tres cuartas partes de los que sienten amor al estudio se dedican a la observación de los fenómenos que se desarrollan en el organismo vivo y por ello necesitan palanque propio donde exteriorizar su labor. En el tomo publicado se dilucidan con severa disciplina científica puntos de fisio-patología cardíaca, anafilasia, hematología, embriología y paleontología. Como era de esperar dada la ilustración del Dr. Pi Suñer, director de esta publicación, al igual de los *Arxius* no hay exclusivismo en la elección de autores, pues si bien la mayoría de los trabajos que publica son catalanes los hay castellanos, galantería muy laudable y que hace entrever la esperanza de que en los tomos sucesivos los Cajal, Gomez Ocaña, Rodriguez Carracedo, los Murillo, R. Lavin, Zuloaga Mañueco y tantos otros que en el resto de España viven en el Laboratorio, aporten su colaboración a la *Societat de Biología* y juntos contribuyan a desvanecer la leyenda de que en asuntos de análisis e investigación somos en Europa la Turquía de occidente. — J. P.

SE AGRADECE. — En los números de octubre y noviembre de los «Anals de l'Academia y Laboratori de Ciencies mèdiques de Catalunya» se publican traducidas al catalán, las Notas para la Climatología de la zona marítima de la provincia de Gerona, que publicó este BOLETÍN el año próximo pasado

En el número de diciembre último, «La Especialidad Práctica», revista que se publica en Zaragoza, reproduce *ab integrum*, las «Someras consideraciones al tratamiento de las fracturas», que constituyen el tema desarrollado por el Sr. Cardoner, en la XVII Asamblea de este Colegio, celebrada en Olot.

En la «Revista de Medicina y Cirugía» de Barcelona, en su número de noviembre último, los Sres. C. Comas y A. Prio, publican un extenso análisis de la «Semiología radiológica» de J. Gassiot.

La «Revista Médica» de Sevilla, en su número de diciembre, copia el artículo sobre «Nuevo fenómeno post-anestésico en la raquiestrovainización», que publicó J. Massa,

Y según la «Revista de Higiene y Tuberculosis» de Valencia, número de diciembre, en los «Internationales Centralblatt Tuberculose Forschung» y «Rèvue Internationale de la Tuberculose» se publicaron extractos de la «Colapsterapia» de J. Danés.

UN RUEGO. — El Dr. F. Terrades Pla, uno de los ponentes del tema sobre patología del cáncer en el próximo Congreso, de Obstetricia y Ginecología, nos comunica que ha remitido a todos los médicos de Cataluña una hoja, con indicación de los datos que precisa se le faciliten para formar la estadística del cancer en la comarca catalana y por ella deducir la orientación que ha de tomar en el desarrollo del tema que tiene a su cargo. No dudamos que al igual de otras veces los médicos de esta provincia facilitarán la labor del colega. Si algún señor colegiado no hubiese recibido la hoja, puede reclamar ejemplares de ella al Dr. Terradas (Paseo de Gracia, 77), Barcelona.

PRO SCIENTIA. — En la última reunión de la Junta de la «Associació General de Metges de Llengua Catalana» se acordó, que el segundo Congreso se celebre en octubre próximo y que los temas que han de ser objeto de estudio sean:

- 1.º Régimen alimenticio como agente terapéutico en las diversas enfermedades.
- 2.º Tratamiento del cáncer.
- 3.º Contribución a la fisiología de las glándulas de secreción interna.
- 4.º Anestésias locales.

Los Sres. Colegiados que deseen desarrollar alguno de los temas o tan sólo aportar datos para facilitar el estudio de los mismos, se servirán comunicarlo cuanto antes para ponerlos en relación con la Comisión ejecutiva del Congreso.

INDICACIONES BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS ENVIADOS POR PARTICULARES

- | | | |
|---|----------------|----------------|
| Sociedad Española de Higiene. | | 61.06 |
| Sesión inaugural del año académico 1914-15.—Madrid 1914.
—Imp. Arahuetes Villorca.—74 pág. 9'50 × 16. | | |
| de Eleizegui. | José | 362.3 |
| La infancia anormal. — Discurso en la sesión inaugural del curso de 1914-15 de la Sociedad Española de Higiene. — Madrid 1914. | | |
| García Gomez | Nieves. | 371.231 |
| Las colonias escolares y las escuelas al aire libre en su aplicación al mejoramiento de la salud y de la enseñanza primaria.—Memoria que obtuvo el premio Roel en 1914. — Madrid 1914.—Imp. A. Ungría.—35 pág. 10 × 16. | | |

- Novoa Santos.** **R.** **616.006.46**
 Sobre una nueva reacción de precipitación para el diagnóstico del cancer. — Santiago 1915. — Imp. de «El Eco». — 8 pág. 12 × 18.

LIBROS ENVIADOS POR EDITORES O LIBREROS

Biblioteca de Ciencias Médicas. — 4 pesetas tomo
 S. Calleja, Editor, Madrid.

- Chatin A.** **Carle M.** **616.831**
 Fototerapia. La luz agente biológico y terapéutico. Prólogo de M. D' Arsoval. Traducido por R. Díaz Barea. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 192 pág. 7'50 × 14 con ocho láminas.
- Megin P.** **616.968.5**
 Los Acaros parásitos. Traducido por P. Pérez Sánchez. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 170 pág. 7,50 × 14 con 40 figuras.
- Megin P.** **340.624.6**
 La fauna de los cadáveres. Aplicación de la entomología a la medicina legal. Traducido por J. F. Mega. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 186 pág. 7'50 × 14 con 28 figuras.
- Demelin A.** **611.965**
618.1
 Anatomía obstétrica. Traducido por A. Aviles Rodríguez. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. 172 pág. 7'50 × 14 con 9 figuras.
- Hédon. E.** **612.34**
 Fisiología normal y patológica del Páncreas. Traducido por J. F. Mega. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 172 pág. 7'50 × 14.
- Marie A.** **616.953**
614.563
 La Rabia, con un prólogo del Doctor E. Roux. Traducido por J. Pastor y Cano, seguido de un caso notable de rabia en el hombre, por A. Aviles. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 182 pág. 7'50 × 14.
- Tripier R.** **Paviot J.** **616.38**
616.36
 La peritonitis infrahepática de origen vesicular. Traducido por J. F. Mega. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — 184 páginas 7'50 × 14.
- Laveran A.** **614.53**
 Profilaxis del paludismo. Traducido por S. Martínez Gatica. — Madrid s. a. — S. Calleja, editor. — pág. 7'50 × 14 con 20 figuras.



BOLETIN MENSUAL

Algo sobre el modo de prevenir la fiebre puerperal

Es muy común todavía, cuando se quiere asistir a un parto con todas las reglas del arte, proceder a lavados vaginales frecuentes mas o menos antisépticos, antes y despues del mismo, para asegurar una perfecta aseptización de la vagina y prevenir infecciones. Esta práctica, que no vacilo en calificar de inútil casi siempre y perjudicial muchas veces, arranca del descubrimiento de la etiología de la fiebre puerperal. En aquel entonces, cuando se andaba desorientado todavía respecto del papel de los microbios en las enfermedades y de las defensas orgánicas, se pensó en llevar las sustancias antisépticas a todos los rincones del organismo para esterilizar su campo de acción y prevenir o curar todas las afecciones microbianas; pero los antisépticos, sobre no cumplir su cometido, resultaban perjudiciales a aquél, pues al par que mataban unas cuantas bacterias, destruían tambien sus defensas. La vagina, donde abundan un sin número de especies microbianas, no debía escapar a las doctrinas en moda, y a fuerza de irrigaciones vaginales primero y hastra intrauterinas mas tarde, se quiso evitar con seguridad la fiebre puerperal.

Era cosa corriente quince años atrás someter a la parturienta a una serie de lavados minuciosos de la vagina, antes, durante y después del parto, con soluciones fenicadas o sublimadas fuertes, y hasta se llegó a las irrigaciones intrauterinas, post partum naturalmente, para prevenir la infección del útero. Para los casos en que apesar de todo se declaraba la fiebre, se inventó la auto-infección por vía sangui-

nea o a través de las paredes intestinales, con lo cual se satisfacía el amor propio del tocólogo sin mermar el valor de la antisepsia preventiva. La verdad es que los casos en que había de recurrirse a tamaña explicación, eran bastantes, y sin embargo la infección por vía sanguínea no existe fuera de una enfermedad intercurrente; en cuanto a la de origen intestinal, conceptúo imposible que el colibacilo pueda atravesar el intestino, sano o poco enfermo, para infectar la cavidad uterina; ni en puérperas, ni en laparotomizadas he podido encontrar casos semejantes. De hecho, todas estas *pretendidas* infecciones de origen intestinal de los tocólogos y cirujanos, han disminuído mucho y acabarán por desaparecer. Aunque sea haciéndolo una pequeña digresión, diré que nunca he visto que la simple parálisis intestinal después de una laparotomía, produjese la peritonitis; lo que si hay, es parálisis producidas por la peritonitis, que no es lo mismo; esto es lo que he deducido del estudio de mas de 400 laparotomias que he practicado y de mas de un millar a que he asistido. *La infección del útero puerperal, como la del peritóneo en las operadas, viene del transporte directo de microbios sépticos a los mismos.*

Las irrigaciones vaginales preventivas siguen usándose todavía bastante por muchos médicos, y hasta en la asistencia particular es reclamada a menudo por las familias, que en cuestiones médicas, es natural que lleven unos cuantos años de retraso; pero su uso va ya restringiéndose. De mi puedo decir que no las he usado, mas que cuando una gonococcia manifiesta o un proceso supurado de la vulva o vagina me han obligado a ello. Lo aprendí de estudiante hace 20 años en la Clínica del Profesor Fargas; los resultados me mostraron lo bueno de tal práctica a pesar de las deficiencias de la sala de partos de Santa Cruz; la explicación me demostró lo bien fundado de la misma. (1).

En aquella época, también un tocólogo eminente, Leopold, logró en su maternidad, estadísticas mejores que los que desinfectaban a todo trance, sin mas que suprimir el tacto vaginal. Actualmente la mayoría han abandonado las irrigaciones vaginales preventivas, porque son mas a menudo perjudiciales que útiles. ¿Porque estos resultados al parecer paradójicos, de una práctica aparentemente racional?; lo expoudré en pocas palabras.

(1) Me complazco en hacer constar, para que no se pretenda siempre importar como descubrimiento extranjero de última hora lo que estamos hartos de conocer, que las enseñanzas de mi querido maestro, eran entonces admitidas en muy pocas escuelas, aunque después se hayan ido aceptando casi con unanimidad.

Se ha confundido demasiado a menudo, *asepsia*, con *ausencia de microbios sépticos*; y por esto, mas de una vez, en presencia de un traumatismo sucio pero que no debía contener microbios sépticos y que ha curado por primera intención, se ha hecho menoscabo de la escrupulosa asepsia que busca el cirujano en las heridas que él produce.

El parto, como función fisiológica que es, debe producirse normalmente; y así como el tocólogo no debe intervenir mientras no lo juzgue perturbado, tampoco debe trastornar el mecanismo por el cual la naturaleza evita la infección. El organismo que ha creado la gran herida uterina después del parto, ha dispuesto poderosos medios de defensa, hasta ahora ignorados por nosotros, contra la causa de la infección, que también nos fué desconocida hasta hace poco; lo que pasó, es que los hombres de ciencia (con excepción de algunos clarividentes) conocieron primero las fuerzas ofensivas que las defensivas, y se apresuraron a prestar auxilio a la naturaleza, auxilio que solo necesita en casos anómalos.

La vagina no es un órgano amicrobiano ni mucho menos, porque en su interior vive una flora microbiana abundantísima; pero precisamente gracias a ella y a las propiedades bactericidas del moco cervical los microbios patógenos especialmente el estrepto y el estafilococo que son los mas comunes causantes de la infección puerperal, son aniquilados a los pocos días de estar en la vagina, según ha demostrado la experimentación y la observación; hay que exceptuar el gonococo que convive a menudo con los saprofitos vaginales, si bien muy amortiguada su virulencia. La vagina, por tanto, no solo es una zona pura con respecto a microbios piógenos, sino que posee defensas propias contra los mismos, a los que se puede añadir la corriente hacia el exterior que producen los loquios en los primeros días del puerperio. Cuanto tienda a aniquilar estos saprofitos útiles, a barrer prematuramente el moco cervical, o a producir descamaciones epiteliales, debilita considerablemente la defensa que la naturaleza ha colocado delante del utero; esto es lo que producen las irrigaciones antisépticas. Si en estas condiciones un microbio séptico es introducido en la vagina, sea por existir en la cánula o en los dedos del tocólogo (que no pueden asepticarse con seguridad absoluta), sea porque con tantas manipulaciones se arrastren de la vulva, cuya limpieza suelen descuidar los que mas se esmeran en asepticar la vagina, la infección uterina se producirá apesar de los antisépticos y aun de las irrigaciones intra-

uterinas, las cuales son también tóxicas, a menudo traumáticas y perturban el trabajo de cicatrización normal de la herida uterina.

Quiere esto decir que hay que proscribir siempre la práctica de las irrigaciones? No; pero solo deben emplearse los vaginales antes y después del parto, cuando haya una gonococia manifiesta o una vaginitis aguda; y en este caso, hay que proceder antes a un lavado previo con jabón y procurar que el antiséptico sea muy diluido y abundante, obrando así más por arrastre mecánico y continuidad de acción, que por su intensidad. Es más, en un parto normal, si no fuese por el natural deseo de saber la marcha del mismo y sobre todo la proximidad del fin, nada absolutamente debería hacerse. Pero en la práctica, no puede evitarse alguna exploración y hay que tener presente la posibilidad de tener que reparar una rotura perineal; por todo lo cual, debemos proceder de modo que el parto se parezca lo más posible a lo normal.

La asistencia a un parto por lo que respecta a la profilaxia de la infección, debe basarse en que: 1.º la vagina no contiene microbios sépticos, salvo casos contados que pueden reconocerse clínicamente; 2.º la vulva contiene casi siempre microbios patógenos cuyo grado de virulencia no podemos saber de antemano; 3.º los dedos del tocólogo, están en condiciones analogas, y cuando ésta haya tocado un foco séptico uno o dos días antes (gangrena, erisipela, fiebre puerperal, etcétera) no puede estar seguro de haber esterilizado sus dedos ni aun después de haber hecho las prácticas que voy a detallar.

En consecuencia, nuestro proceder debe ser el siguiente:

En los últimos días del embarazo, prohibir las relaciones sexuales, curar todo foco piógeno existente (forúnculos, cistitis) y lavados vulvares de limpieza; ninguna maniobra vaginal. Cuando hay sospechas de que ha empezado el parto, comprobadas quizás por un tacto discreto con los dedos asepsizados, se procede a la desinfección vulvar. Esta se hace con jabón y agua caliente, frotando todos los repliegues con algodón o una gasa limpios (el cepillo resulta demasiado recio); después de este lavado minucioso de los grandes y pequeño labios, horquilla, periné y raíz de los muslos, se quita el jabón con agua hervida, tibia y se da otra frotación con solución de sublimado al 1 por 2000, de oxicianuro de mercurio a igual concentración o de otro antiséptico poco irritante. La vulva queda así suficientemente esterilizada, y para que no se ensucie se protege con una gasa esteril o simplemente con algodón mojado en la solución antiséptica del lavado; si el parto es

largo, se lava la vulva de vez en cuando con la misma solución.

Los tactos vaginales deben ser muy escasos, pero uno es imprescindible después de la rotura de la bolsa de las aguas para observar si hay prociencia de cordón.

La desinfección de las manos se hará con jabón (y mejor ayudados de un cepillo recio hervido), luego con alcohol, que puede ser de orujo, y después con solución de sublimado al 1 por 1000; para los tactos subsiguientes bastará lavarse antes con esta solución. La vaselina para labrificar las manos, si está limpia no hay necesidad de esterilizarla porque no es séptica; pero si la tenemos por sospechosa se puede calentar hasta 100. Con esto tenemos las manos suficientemente asépticas para lo que dura un tacto vaginal; (1) pero si tenemos en tratamiento un enfermo séptico, para tener completa seguridad de nuestra asepsia es absolutamente preciso que nos pongamos guantes de goma esterilizados. Esta esterilización se logra en el autoclave o hirviéndoles 5 minutos en agua (mas práctico) en cuyo caso, para ponerlos facilmente hay que llenarlos de la solución antiséptica que usamos para las manos.

Terminado el parto, se limpia bien la vulva con agua hervida y si la hemorragia no nos obliga a ello, no se hace irrigación vaginal alguna hasta pasados 5 o 6 días, en que se pueden hacer de agua hervida por limpieza. Si el desgarró perineal es de importancia, nada cuesta colocar 2 o 3 puntos de sutura con crin de Florencia que haya hervido 1 minuto en agua, medianamente apretados, con lo cual, al par que se refuerza el periné, se suprime una superficie cruenta en sitio sucio. Durante el puerperio, la vulva se limpia alguna vez con agua hervida, nuevamente.

Con esta práctica. tan sencilla y nada molesta para las familias, no recuerdo haber tenido una infección, y por esto la recomiendo sin vacilar.

FRANCISCO TERRADES

*Profesor Auxiliar de Ginecología y Obstetricia
de la Facultad de Medicina de Barcelona.*

(1) Hace ya muchos años pude comprobar experimentalmente, que la esterilización no llega hasta la profundidad de los folículos cutaneos, los cuales conservan microbios vivos que pueden ser virulentos; en las intervenciones de larga duración, las glándulas son exprimidas y los microbios acaban por salir al exterior; por esto, en las operaciones de larga duración, es preciso el uso de guantes de goma.

LAS SETAS COMESTIBLES Y VENENOSAS

(Continuación)

B). Hongos con láminas y pié central que al cortarlos rezuman un jugo lechoso: todos son terrestres.

Niscaló, Pinatells, Pinencas, Rovellons, Esclatasanch. Es de entre todos los hongos el de mayor consumo, invirtiéndose hoy día en su comercio fuertes capitales. Vive exclusivamente en otoño y en los pinares. Es en vano buscarlo en otros lugares y épocas. El sombrero es de color amarillo naranja con círculos y zonas, húmedo y un tanto viscoso. El jugo lechoso es de color rojo y dulce. *La Cabra* o *Pinatell bord* parecido a éste, tiene el jugo lechoso blanco, picante y es nocivo.

Lleterola. Sombrero de color chocolate claro uniforme sin zonas, jugo lechoso blanco y dulce; no es tan buscado como el anterior.

C). Hongos con láminas pié central o lateral que viven sobre los árboles o troncos muertos.

Pollancrons, Flota d' abra. Vive agrupado en los troncos muertos y tocones de chopos y otros árboles de madera blanda. Tiene el pié central y lleva anillo; el color del sombrero es blanco o de café con leche. El color de los esporos es ocráceo.

Flotas y bolets de roura, d' alsina y de bruch. No coger ninguno que no lleve los esporos blancos, no han de llevar anillo y utilizar no más que el sombrero. Los hay de color canela y las *Flotas de bruch* son blancas o grises.

Orellanas de poll, Girbolas d' abra. Este tiene el pié muy corto y lateral o carece de él, color blanco gris, sombrero liso y esporos blancos. Es muy buscado hallándolo en los troncos muertos y tocones de chopo.

D). Hongos que en vez de láminas llevan tubos.

Ciurenys, Surenchs, Moxins, Mollerichs, Pinatells, Boleta comestible, Rodellóns. Todos tienen pié central y los tubos son fácilmente separables. Pueden aprovecharse los que al cortarlos no se vuelvan color

azul, si la carne es dulce y el pié o los tubos no son de color rojizo o azul. Los *Pinatells* y *Mollerichs* viven en los pinares especialmente a últimos de otoño.

Girbola de castanyer, Gamarús. Carece de pié, el sombrero, en forma de abanico y dividido como las hojas de una escarola. Es negruzco y los tubos blancos y no separables. Vive en los troncos de los castaños.

E). Hongos que en vez de láminas o tubos llevan agujas.

Llengua de bou, Agullas. Crecen a últimos de otoño en los bosques húmedos y avellanares abandonados etc. El color es amarillo claro; pié central y las agujas se quiebran con facilidad. Olor agradable y carne dulce.

Pelutxo, Bolet carner, Barba. Parásito de los robles en países fríos. Es blanco, carece de pié y las agujas largas. Muy bueno si no es demasiado joven o excesivamente adulto.

F) Hongos de forma irregular o esférica.

Ariganys, Múrgulas, Virgulas, Cagarria, Gallarda. La forma es la de un ciprés, especialmente la del *Arigany*, el pié es blanco o amarillo claro y lo que remeda el sombrero es sinuoso, negro gris o amarillo claro. Se crían en el mes de Abril en los bosques y no es raro hallarlos en los campos de alfalfa, viñas y avellanares abandonados.

Peus de rata, Manetas, Mancillos, Colmenicas, Bossas, Cassoletas, Pets de llop, Cuesco de lobo, etc. Su especial forma me dispensará de describirlos. Todos son comestibles aunque no muy apetitosos.

Ulls de perdiu, Trompetas, Trompeta de los muertos, Cuerno de la abundancia. En forma de embudo de color gris negruzco. Frecuente en los bosques y barrancos. Si bien puede aprovecharse poca cosa de este hongo y necesitarse muchos, sin embargo tiene un gusto que recuerda el de la trufa y sirve a maravilla para aderezar platos de carne.

Tófonas, Trufas, Criadillas de tierra. De forma esférica, viven ocultos dentro la tierra, parásitos sobre las raíces de encina.

Hecha esta suscinta reseña pasare a ocuparme de los hongos bajo el aspecto tóxico o venenoso que es lo que mas nos interesa. Hay sujetos tan pesimistas que opinan no se ha de comer ninguna seta por el peligro de envenenarse. Otros dicen que hay reglas seguras para conocer si un hongo es o no venenoso fundándose en el resultado de ciertas manipulaciones y éstos al contrario creen que pueden comerse todos o casi todos. Yo he de decir á Vds. que adopto un término

medio. ¿Hemos de rehusar un alimento tan nutritivo y agradable que el Divino Hacedor ha puesto a la disposición del hombre aunque subsista el mandáto de la fruta prohibida impuesto a nuestros primeros padres? De ninguna manera.

No hay ninguna regla para conocer si un hongo es o no venenoso. Los que se fundan en el cambio de color al quebrarlos, si ennegrecen una moneda de plata, si segregan jugo lechoso, si son picantes, etc., están en un error y todas estas falsas reglas pasarán a la historia. Hoy día no hay mas regla segura que los caracteres botánicos para distinguir unas de otras especies y por tanto las venenosas de las comestibles. Lo único que se sabe con certeza es que no mas hay cuatro especies que matan; muchas más que causan trastornos graves pero que ordinariamente no matan y otras que son tan solo indigestas. Las primeras o sea las que matan si bien se confunden con suma facilidad con las comestibles, puede no obstante evitarse comer ninguna si se pone un poco de cuidado y atención al cogerlas. Me explicaré: He dicho que solo hay cuatro especies mortales; pues bien; todas cuatro llevan volva en la base del pié y no comiendo ninguna seta que llevé volva no hay ningún peligro de morir envenenado. Veamos en que consiste esto de la volva. La volva o vaina es una especie de membrana de color blanco que cuando el hongo es jóven lo envuelve completamente y a medida que este va creciendo y engrosando esta membrana se rasga a semejanza de un huevo empollado cuyo cascarón seria la volva y el polluelo el hongo. Esta membrana unas veces queda entera aunque rasgada, naturalmente, en la base del pié y entonces parece como si hubiesen plantado el hongo en un diminuto tiesto y no se hubiesen cuidado de rellenarlo de tierra. Otras veces parte de esta membrana queda encima del sombrero en forma de placas blancas, mas o menos grandes pero siempre separables fácilmente de la cuticula o piel quedando el resto en la base del pié formando círculos.

Esta membrana es tan friable, tan quebradiza que muchas veces si no se pone cuidado en el arrancar la seta, queda enterrada y pasa desapercibida corriéndose grave riesgo de equivocarse la especie. Pero esta diligencia solo es obligada en los hongos del grupo *a*) porque los demás son fácilmente distinguibles unos por el jugo lechoso, otros por vivir sobre los árboles, otros porque llevan tubos etc. y ninguno lleva volva.

En cuanto a los que no matan pero que causan trastornos graves

ya he dicho que no hay regla ninguna para poderlos reconocer si se exceptúan los caracteres botánicos; no obstante es de notar que muchas de ellas son amanitas, esto es que llevan volva y en cuanto y en cuanto a las demás especies todas pertenecen a los grupos b.) y c.). Una de ellas quizás la más dañina es el *Enteloma lividum*, hongo de buena apariencia cenicienta pie grueso y olor que recuerda al de la harina fresca. Otro el *Pleurotus obarius* de hermoso color anaranjado y láminas decurrentes como el *Russinyol* pero de talla mas grande y láminas mas anchas y delgadas.

Resumiendo: ¿Tenemos alguna regla para distinguir unas de otras especies si se exceptúa el estudio particular de cada una? No. ¿Podemos evitar el comer alguna seta de las que matan? Sí. ¿Cómo? No comiendo ninguna que lleve volva.

Se me objetará quizás que una buena parte de los del grupo a.) especialmente entre los que llevan volva hay muchos que son comestibles y de gusto delicado y por no citar otro tenemos el *Reig* de todos conocido. Si! Es cierto; pero éste es el único recomendable por ser fácilmente reconocible pues tiene las láminas de color amarillo claro y todas las demás especies llevan las láminas de color blanco o rosado. Además ¿Que importa abstenerse de comer todas las setas de esta clase si se sabe con certitud que con las demás no se corre riesgo ninguno de morir envenenado aun cuando ocasionan algún trastorno o malestar? No es preferible un mal relativamente pequeño a otro mal mayor y de conveniencias irreparables?

Ved, pues, que para evitar accidentes desagradables hoy dia no hay otra solución que la que acabo de exponer esto es; que para no morir envenenado por las setas no comer ninguna que lleve volva y para no correr riesgo ninguno con las que no matan pero que dañan no hay mas remedio que resolverse a estudiarlas una por una. Y aquí he de solventar otra objeción. Se me dirá que la policía sanitaria sobre la inspección de sustancias alimenticias especialmente de las carnes, verduras, frutas y legumbres está encomendada a los veterinarios y por tanto estos tienen el ineludible deber de inspeccionar todas las setas que se llevan al mercado e inutilizar todas las que ofrezcan peligro para la salud pública. Pero pregunto yo ¿Hay suficiente garantía en esta medida sanitaria? Puede confiarse en la pericia de estos funcionarios públicos si la inmensa mayoría de ellos ignoran los datos que aporta la Mycología y esta ciencia está aun en ciernes en España? Y que más! si yo mismo he visto en el mercado de esta ciudad cestos

de hongos venenosos sin que nadie los mandase retirar! Ahora no vayan Vdes. a creer que yo haga estas manifestaciones por el prurito de molestar a la respetable clase veterinaria. No; no es esta mi intención sino que creo es un deber de conciencia señalar el peligro que corren los que tal fian en esta medida sanitaria. En los mercados no debiera permitirse mas que la venta de dos o tres especies solamente, al menos mientras esta inspección no puede confiarse a personas peritas.

En presencia de un caso de envenenamiento por las setas ¿qué procede hacer? ¿Cuáles auxilios se han de prestar a estos enfermos? Lo primero que se debe hacer es procurar su expulsión lo mas pronto posible ya por medio de sustancias vomitivas, ya provocando el vómito por medio de titilaciones en la campanilla o en los tances con las barbas de una pluma, ya administrando un purgante 30 ó 40 gramos de aceite de ricino, por ejemplo, ya, en fin, por medio de copiosas lavativas y llamar enseguida al médico.

J. CODINA

(Continuará)

ADENOFLEMONES DE LA FARINGE

(Conclusión)

Tocando este abultamiento con la punta del índice notaremos que es fluctuante, observándose con bastante claridad lo que se llama *choque de retorno*, el cual nos indica hay fluctuación.

El que tenga alguna costumbre de practicar estos tactos apreciará inmediatamente la extensión del absceso que en ocasiones puede llegar a ser tal que la presión combinada con el tacto cervical nos pondra de manifiesto una fluctuación evidente.

Con lo expuesto hay mas que suficiente para hacer el diagnóstico. Claro que tiene sus dificultades, sobre todo en los niños muy pequeños, pero estas dificultades, mas dependen de la indocilidad del niño, del reducido campo de observación, etc. que de la confusión que pueda presentar con otros procesos.

Sin embargo, para completar este capítulo no estará de mas recordar los caracteres diferenciales que presenta con la *adenoiditis*, con el *absceso latero faríngeo* y con el *absceso frio del mal de Pott occipitoatloaxoideo*.

La adenoiditis, o amigdalitis faríngea aguda, tambien muy frecuente en el niño, tiene como caracter común con el absceso retrofaríngeo la imposibilidad de mamar y la dificultad de respirar por la nariz, acompañado todo ello de un estado febril mas o menos acentuado.

Pero sí, como es natural, completamos el exámen, no encontraremos la hinchazón o tumoración de la pared faríngea posterior como causa de la dificultad de respirar por la nariz, sino una masa blanda, como un pelotón de gusanos. que sangra fácilmente y llena por completo el cavum.

Además, un buen caracter diferencial es el signo descrito por Marfan: Si apretamos las alas de la nariz veremos que el ronquido inspiratorio y expiratorio desaparece cuando se trata de vegetaciones en tanto que continua igual si hay un absceso retrofaríngeo.

El diagnóstico diferencial con el adenoflemon laterofaríngeo lo estableceremos en virtud de los siguientes signos. En primer lugar entre los antecedentes encontraremos una angina, que si bien es cierto determina disfagia y dolor. estas manifestaciones van menguando a medida que aumenta la tumoración que se observa debajo del esternastoideo.

Examinando la faringe notaremos inmediatamente una elevación de la pared lateral que la rechaza hacia adentro, junto con la amígdala del propio lado.

De modo que debemos fijarnos mucho en la situación del abultamiento, pues ello constituye el verdadero caracter diferencial: si es central es manifestación de un adenoflemón retrofaríngeo; si es lateral lo será de un absceso laterofaríngeo.

En cuanto al absceso frio del mal de Pott. nos servirán para diferenciarlo los siguientes signos: en primer lugar el mal de Pott no es una afección de la primera infancia, y en segundo lugar el absceso frio tiene una marcha lenta y apirética, en tanto que los adenoflemones tienen una marcha aguda o subaguda, siempre pirética. Durante la evolución del absceso frio, el enfermo viene quejándose desde muchos meses de un dolor espontáneo, profuso y sordo, mas acentuado durante la noche, al nivel de la fosita suboccipital. Podremos despertar y aumentar el dolor ejerciendo una presión al nivel de la fosita suboccipital, sobre la apófisis transversa del axis, o tambien haciendo ejecutar a la cabeza movimientos de flexión, extensión o rotación. El enfermo tiene la cabeza inmóvil y generalmente en flexión.

En los abscesos retrofaríngeos puede observarse una marcha en dos

tiempos separados por una remisión completa que puede durar varios días entre el primero y el segundo, o sea entre el período anginoso y el de adenoflemón.

El pronóstico es casi siempre mortal en los niños de poca edad cuando no se trata el absceso convenientemente.

El adenoflemón retrofaríngeo puede producir la muerte por uno de los siguientes mecanismos:

1.º Por asfixia (caso el más frecuente) producida por el obstáculo que la bolsa purulenta opone a la entrada del aire, ya que esta cuando es muy desarrollada descansa sobre la base de la lengua e impide la entrada del aire en la laringe.

2.º Por la entrada del pus en las vías respiratorias durante el sueño.

3.º Por colección purulenta en el mediastino.

4.º Por bronconeumonía.

5.º Por síncope cardíaco debido a la compresión del neumogástrico o del simpático por la colección purulenta.

6.º Por ulceración de la carótida y hemorragia fulminante.

Conforme vemos, numerosas y variadas son las causas por las que el absceso de que tratamos puede producir la muerte, y por consiguiente deber nuestro es oponernos a ellas mediante un tratamiento adecuado.

Veamos ahora cual es este.

Durante los primeros días puede intentarse, bien que sin grandes esperanzas de éxito, el tratamiento resolutivo o antiflogístico a base de ingestión de trocitos de hielo, revulsión al nivel del cuello, pomada mentolada en la nariz, etc.

El tratamiento quirúrgico consiste en la abertura de la colección purulenta. Esta abertura debe hacerse en cuanto reconozcamos la presencia de pus, pues la muerte por síncope se ha observado más a menudo cuando se espera demasiado.

Dos caminos pueden seguirse para llegar hasta el pus: la vía faríngea (método antiguo y ya recomendado por J. L. Petit) y la vía cutánea preconizada por Chiene, de Edimburgo.

La primera es la más clásica y basta siempre para asegurar la curación; es la que aconsejo y deriva del estudio anatomopatológico y experimental de las colecciones del espacio retrofaríngeo.

Puesto que ya hemos visto que la colección es mediana y tiende a rechazar la pared lateral, y con ella los vasos hacia afuera, no hay ningún peligro en llevar el bisturí sobre la pared posterior de la faringe.

Nos proveeremos de un bisturí de hoja estrecha que rodearemos hasta un centímetro de la punta con una tira de esparadrapo y practicaremos

una incisión vertical y mediana de dos centímetros de largo. Un ayudante sostendrá el niño sobre sus rodillas manteniéndole en la posición clásica para la extirpación de las vegetaciones adenoides, y una vez bien sujeto, colocaremos un abrebocas e iluminaremos intensamente el fondo de la boca. Si el niño es muy pequeño, y se tiene la costumbre de estas intervenciones, no se necesita el abrebocas bastando el índice de la mano izquierda, o un depresor de la lengua, para reconocer el punto donde debe practicarse la incisión.

Otros recomiendan practicar una incisión mas pequeña, casi puntiforme, para que el pus salga muy lentamente y no haya temor de que caiga en la laringe. En efecto, este es uno de los mayores peligros de esta intervención, pues por su causa han fallecido algunos niños.

Siempre recordaré lo que a este propósito me contó un amigo mio, distinguido cirujano de Barcelona. Operaba un niño afecto de absceso retrofaríngeo y al practicar la incisión fué tan violenta la salida de pus, que, a pesar de todas las precauciones, incluso la de colocar el niño con la cabeza hacia abajo y los pies arriba, no pudo evitar que el pus se introdujera en la laringe y sobreviniera la asfixia. Ni la traqueotomía practicada inmediatamente, ni la respiración artificial, etc. bastaron para librarle de la muerte.

De aquí que lo mismo si practicamos una incisión larga que una corta, siempre es conveniente tener avisado al ayudante para que inmediatamente que retiremos el bisturí, incline hacia adelante la cabeza del niño.

Para evitar este accidente, algunos cirujanos, tales como Gallegos y Barajas, de Madrid, emplean un trócar especial con el que aspiran un poco de pus.

Yo ejecuto siempre una incisión pequeña con objeto de que el pus salga despacio y me dé tiempo para ir secándolo con torundas de algodón que tengo a mano, al mismo tiempo que el depresor de la lengua introducido hasta tocar la pared faríngea forma un obstáculo y se convierte en camino por el que vá el pus hacia afuera, agrandando luego la incisión cuando el absceso está medio vacío. Se ejercen luego presiones por medio del índice, el depresor de la lengua o torundas de algodón para acabar de vaciar la bolsa purulenta.

No practico nunca inyecciones de ninguna clase dentro de la bolsa, pues sobre no servir de nada útil, tienen el inconveniente de que el agua se mezcla con el pus que queda y saliendo por el orificio puede producir algunos trastornos. Todo lo mas toco los bordes, con un poco de solución de cloruro de zinc al 2 por 100 ó tintura de yodo y aun procuro penetrar algo dentro de la cavidad del absceso.

Con objeto de que la incisión no se cierre demasiado pronto, y sobrevenga retención de pus, algunos aconsejan practicarla con el galvano cauterio; pero si bien es cierto que tarda mas en cerrarse, en cambio tiene el inconveniente de que a menudo no se dispone de un aparato portátil para llevarlo al domicilio del enfermo. De modo que esta práctica es recomendable cuando la intervención puede hacerse en el gabinete del cirujano.

Una vez se ha dado salida al pus, el estado general del niño mejora notablemente y al poco rato respira sin dificultad, llora con fuerza, y toma el pecho con avidez.

Durante los días siguientes, será necesario introducir en la abertura practicada un estilete esterilizado, con objeto de evitar el cierre prematuro de la bolsa. Al propio tiempo ejerceremos ligeras presiones alrededor de la misma para dar salida al pus que se hubiese coleccionado de nuevo. Generalmente la curación sobreviene al cabo de 3 a 4 días.

Si a causa de ser muy pequeña la incisión que habíamos practicado esta se cerrara de una a otra cura, no habrá ningún inconveniente en practicar una nueva, a ser posible en el mismo punto que la anterior, a poco que observemos nueva colección de líquido.

Veamos ahora la abertura por vía cutánea. Este procedimiento ha sido practicado por primera vez por Chiene, de Edimburgo, y después lo han ejecutado también con éxito Saint-Germain, Watson Cheine, Burkharwt, Pollar, Kramer, etc.

Los partidarios de este método han tenido que exagerar los inconvenientes del anterior para dar alguna fuerza a su procedimiento. Así, han dicho que con la incisión faríngea era posible producir una hemorragia de consideración y también que el pus tragado puede determinar una infección grave de las vías digestivas del niño. Pero la experiencia de centenares de casos ha demostrado cuan falaces eran estas razones, siempre y cuando haya seguridad en diagnóstico y se tenga alguna práctica en estas intervenciones.

Para practicar la incisión cutánea, el enfermo debe estar anestesiado. Se traza una incisión siguiendo el borde anterior del esterno mastoideo o también el borde posterior del mismo músculo. Se incinde capa por capa hasta llegar al espacio retroesofágico, el cual, distendido por la colección se presenta al bisturí del cirujano. Después de la incisión se pone un drenaje y un apósito ocluser. Al decir de los que lo han practicado, las consecuencias son muy sencillas y el enfermo cura en pocos días.

Ahora bien, ¿cual de estos dos métodos es el mejor?: por mas que no he tenido ocasión de practicar nunca el segundo, puedo afirmaros, y a mi

lado figuran respetables cirujanos y conocidos especialistas, que la incisión faríngea es muy sencilla y fácil de ejecutar, que no determina nunca hemorragias si practicamos la incisión exactamente en la línea media, y finalmente, que con ella curan muy bien y en pocos días, los enfermos.

No negaré que la incisión cutánea sea muy elegante y dé también buenos resultados, pero la necesidad de la anestesia, el llevar el bisturí a una región archipeligrosa, los inconvenientes inherentes a toda incisión cutánea, la posibilidad de complicaciones sépticas cuando se opera cerca de gruesos vasos, etc. etc., son desventajas de gran peso que puede sortearlas con relativa facilidad un cirujano de Hospital, pero nunca el médico general.

En definitiva, creo que la incisión faríngea está siempre indicada, y solamente por excepción, cuando haya propagaciones cervicales, por ejemplo, estará indicado seguir la vía cutánea.

ADENOFLEMÓN LATEROFARINGEO.

Conforme os decía al principio de este trabajo, el absceso laterofaríngeo es un absceso perifaríngeo desarrollado inmediatamente por fuera de la pared faríngea, en la región de la amígdala, por debajo del hioides y al nivel del ángulo de la mandíbula. En este punto la pared faríngea tiene una escasa resistencia. Entre el constrictor superior y el constrictor medio pasan linfáticos y venas en el hiato creado por la separación de las fibras musculares, encontrándose a su nivel pequeños ganglios linfáticos.

Este adenoflemón es consecutivo a la infección de la red linfática de la faringe y de la base de la lengua. Es más frecuente en el adulto que en el niño.

Los signos físicos que presenta difieren poco de los que hemos descrito en el absceso retrofaríngeo, debiendo solamente mencionar que la disnea es siempre menor, ya se trate de un adulto, ya de un niño, que en el absceso retrofaríngeo. En cambio, la disfagia es poco más o menos igual.

La inspección del enfermo nos demostrará una tumefacción al nivel del ángulo de la mandíbula y en el borde interior del esterno mastoideo. Esta tumefacción es dura y dolorosa a la palpación, pudiendo observarse edema en toda la región próxima.

Puede también observarse rigidez del cuello, verdadero torticolis y trismus frecuente.

Examinando la faringe, veremos una tumoración lateral que levanta la fosa amigdalina, la amígdala y los dos pilares hacia adentro; esta tu-

moración forma como un grueso rodete vertical por detrás del pilar posterior, dando a la faringe un aspecto asimétrico. El punto culminante de la tumoración está situado por detrás de la amígdala.

Para abreviar todo lo posible diré que este adenoflemón laterofaríngeo puede resolverse espontáneamente. Cuando llega a supurar, el pus puede abrirse por la piel o por la faringe. Dice Morestín, que algunas veces el absceso toma la forma de un reloj de arena, en cual caso las dos bolsas tienen comunicación por una abertura practicada en la pared faríngea.

Las complicaciones que produce el adenoflemón laterofaríngeo son, la posible ulceración de los grandes vasos y la compresión del neumogástrico.

Aparte estas complicaciones, por fortuna muy raras, esta afección es generalmente benigna, cosa que la distingue del adenoflemón retrofaríngeo.

Poco diré del diagnóstico diferencial, pues ya me he extendido lo bastante a propósito de él al describir el absceso retrofaríngeo. Una vez más recordaré el aspecto asimétrico de la faringe, la presencia de un rodete vertical por detrás del pilar posterior, y la tumefacción de los ganglios angulomaxilares.

Todo ello nos indica claramente el camino que debemos seguir para abrir la colección purulenta. En este caso nunca practicaremos la incisión faríngea, sino siempre la cutánea, incindiendo por delante del esterno mastoideo y disecando capa por capa, valiéndonos de la sonda acanalada hasta llegar a encontrar el pus.

Vemos, pues, cuan importante es hacer un diagnóstico exacto de estas dos variedades de absceso, ya que el camino que debemos seguir para alcanzar el pus es totalmente diferente. Si solamente una mayor pericia reclama la incisión cutánea en caso de absceso retrofaríngeo, inconvenientes graves, por no decir mortales, tendría la incisión por la boca en caso de absceso laterofaríngeo. (1)

DR. F. BERINI DERVAUX.

(1) Para no alargar demasiado este estudio paso por alto lo referente al *flemón difuso perifaríngeo*, así como también los abscesos *periamigdalinos*.