

REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS

PROPIETARIO

D. FEDERICO RUBIO Y GALI

REDACTOR EN JEFE

ADMINISTRADOR

DR. LUIS MARCO

D. BRÍGIDO SEBASTIÁN

† NECROLOGÍA DE D. ANTONIO SALADO, POR D. F. R.

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

(JUEVES CLÍNICOS)

Notas clínicas:

- | | |
|---|---|
| 1.º POR QUÉ SE REPRODUCEN ALGUNAS FISURAS DEL ANO, POR EL DOCTOR FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ | 1 |
| 2.º LINFOADENOMA MALIGNO DEL CUELLO, POR D. JOSÉ MARÍA ARNAL | 4 |

Conferencias clínicas:

- | | |
|--|----|
| SOBRE DOS ENFERMOS DE TUMORES DEL CUELLO, POR D. FEDERICO RUBIO | 8 |
| LAS GRANDES PERTURBACIONES TRAUMÁTICAS DEL CODO EN LOS NIÑOS, POR EL DR. MARTÍNEZ ANGEI (con dos fototipias) | 20 |
| SOBRE LA FUNDACION Y ALGUNAS ENFERMEDADES UTERINAS TRATADAS POR EL RASPADO, POR EL DR. FELICARPO LIZCANO | 33 |

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

- | | |
|--|-----|
| FUENTES DE CONOCIMIENTO Y MÉTODO DE ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA CLÁSICA, POR EL DR. LETAMENDI (con 8 fotografados, 1 cromó y 2 fototipias) | 42 |
| APUNTES DE ANATOMÍA SOCIAL, POR D. FEDERICO RUBIO | 77 |
| SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA NUEVA MODIFICACIÓN DE LA EXCITABILIDAD EN LA EXPLORACIÓN ELÉCTRICA DE LOS NERVIOS DE LOS MÚSCULOS, POR EL DR. MARIANO ALDURALDE (con siete dibujos gráficos) | 114 |
| DE LAS ARTRITIS GONORREICAS, POR D. SATURNINO GARCÍA Y HUETADO | 123 |
| TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS UTERINOS, POR EL DR. D. EUGENIO GUTIÉRREZ (con una fototipia y dos láminas en cromolitografía) | 144 |
| ASCITIS LACTESCENTES DE ORIGEN LINFÁTICO, POR EL DR. R. MARTÍN GIL | 187 |
| UN CASO DE OVARIANTOMÍA POR QUISTE DERMOIDEO, POR D. FERMÍN ARANDA (con tres fototipias) | 189 |
| ISOTERMIA CUTÁNEA Y CRYANESTESIA EN EL BOCIO EXOFTÁLMICO, POR EL DR. DE LEÓN (de Montevideo) | 198 |
| TRATAMIENTO DEL PIE ZAMBO, POR EL DR. E. MARTÍN GIL (con 8 fotografados) | 199 |
| TEORÍA DE LA VISIÓN DE LOS COLORES, POR D. JOSÉ GÓMEZ OCAÑA | 214 |

REVISTA DE REVISTAS

- | | |
|---|-----|
| Ramón y Cajal, por el Dr. Márquez.—Instituto Cajal, por el Dr. Calatraveño.—El bromuro de etilo, por D. R. Figueroa.—El bromuro de etilo, por D. M. Carnouli.—La muerte súbita en los niños, por el Dr. R. E. Cicero.—Un caso de canceroides, por el Dr. E. Cisneros.—Bacteriología de los quistes hidatídicos, por el Dr. M. Viñas.—La vacuna y la viruela, por el Dr. A. de la Quintana | 218 |
|---|-----|

BIBLIOGRAFÍA POR LUIS MARCO

- | | |
|--|-----|
| Historia Natural y médica de Asturias, por el Dr. D. Gaspar Casal.—Lecciones de Antropología, por los Dres. Hoyos y Aranzadi.—Anatomía práctica, por J. Barcia Caballero.—Anatomía práctica, por el mismo y por D. V. Goyanes.—El tartarudeo, por D. A. Rius y Barrell.—La apendicitis, por el Dr. D. J. del Castillo.—Dislocación de los órganos pelvianos, por D. J. Cortiguera.—Estudio de la rija, por el Dr. J. Pongilioni.—Memoria acerca de la viruela en Penaranda de Bracamonte, por D. M. Golt y García.—Topografía médica de la Villa de Coca, por D. R. Navarro García.—La cistitis tuberculosa, por D. F. Carbonell y Soles.—Lecciones preliminares de Anatomía humana, por D. L. Peláez Villegas | 233 |
|--|-----|

VARIEDADES

- | | |
|--|-----|
| Hipócrates, por D. Donaciano M. Vélez.—Guidado con las medusas, por W. | 281 |
|--|-----|

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: Instituto Quirúrgico de la Moncloa.

MADRID

ESTABLECIMIENTO TIPOGRAFICO DE IDAMOR MORENO

Blasco de Garay, 9.

Se suscribe en la Administración y en las principales librerías. — Número suelto: 6 pesetas.

Precio de suscripción: en la Península Ibérica, 20 pesetas; en los demás países, 25 pesetas.

AVISO. *Será para nosotros distinción agradecida que la prensa científica nacional ó extranjera tome ó copie lo que tenga á bien de esta humilde REVISTA.*

En los trabajos del Director y Redactor jefe, doctores Rubio y Marco, concedemos libertad para hacer caso ómiso de los nombres. De los trabajos de los demás profesores, no podemos disponer; conviene indicar nombre y procedencia. Del nuestro sí; ya porque entendemos que los productos intelectuales son esencialmente comunistas; ya porque, al poner venal cualquier escrito, el que lo compra adquiere la propiedad del usufructo de las ideas que contenga. Esta doctrina solamente defrauda la vanidad personal; y es cosa que no viene mal tener á raya.

A los Profesores de las Repúblicas Latino-Americanas que asistieron al Congreso Internacional de Medicina en Berlín y el de Higiene en Madrid.

Hace bastantes años que tuve el placer de estrechar vuestras manos con la efusión del que encuentra personas de su propia familia, antes desconocidas por vivir separadas y á distancia.

En la efusión de nuestras conversaciones íntimas con alguno de vosotros, hubimos de deplorar el aislamiento en que vivíamos y discutir como recurso mejor para el remedio la publicación común de una REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS, donde estampar las producciones de los que hablamos la misma lengua.

Di palabra de acometer la empresa y desde entonces la pesado sobre mí ese compromiso.

Graves cuidados, urgentes atenciones, arduidad del proyecto, reconocimiento de la propia incapacidad, han diferido hasta ahora el cumplimiento de la promesa. Y ya caduco de cuerpo y de inteligencia, espoleado al ver cercano el término de la vida, sin restar otra cosa que la voluntad, pongo su esfuerzo en el cumplimiento de aquella palabra.

Más para que la obra no sea estéril necesito de vuestro concurso, del de vuestras Corporaciones y Sociedades y de vuestras prensas científicas. Eso os pido.

No acudo á vosotros ostentando autoridad ninguna, antes al contrario: acudo como un hermano venido á menos, que busca en su desgracia el calor del hogar de sus otros hermanos.

FEDERICO RUBIO.

CATÁLOGO BIBLIOGRÁFICO

Médico: tú, por la salud, sirve á la vida; y deja que la naturaleza sirva á la vida por la muerte.

FEDERICO RUBIO.

Esta plana, reverso de la cubierta, contendrá un «Catálogo Bibliográfico» de los escritores de Ciencias médicas y auxiliares (Ibero-Americanos) dignos de ser conocidos, ya por su originalidad, método y claridad de exposición, ya por otras circunstancias.

La inserción, de libre elección de la Revista, será gratuita y no podrá solicitarse por los suscriptores ni los no suscriptores, ni menos ser reclamada por el interesado.

La Redacción admite que se le llame la atención sobre los autores y trabajos que merezcan la distinción de ser incluidos en este Catálogo, principalmente de América y Portugal; incluyéndose también los autores cuyas obras vayan apareciendo sucesivamente y hayan sido criticadas por la Revista en la sección correspondiente.

La inserción de nombres y obras se continuará todo el tiempo que lo permita el espacio de esta plana y las dos últimas de la cubierta dedicadas al mismo objeto.

Propónese este Catálogo, no sólo dar á conocer los escritores que lo merezcan y sus producciones, sino también relacionarlos entre sí, salvando las distancias de tiempos y lugares.

OBRAS DEL DR. LETAMENDI

Curso de Patología general, basada en el principio individualista ó unitario.—Premiada por la Real Academia de Medicina de Madrid. La componen tres volúmenes. Se vende al precio de 30 pesetas en Madrid y 32 en provincias.

Curso de Clínica general, ó canon perpetuo de la práctica médica.—Dos volúmenes: el segundo, dedicado á la Aforística clínica, contiene 800 aforismos. Se vende al precio de 18 pesetas.

Obras completas, publicadas por la *Revista de Especialidades*.—Tomo I (y tomo I de dicha Revista). Dos volúmenes, 20 pesetas.

Director-Propietario: Dr. Rafael Forus. Plaza del Angel, 13 y 14, primero derecha.

CAJAL.—**Elementos de Histología normal y de técnica micrográfica,** para uso de estudiantes, con 215 grabados originales intercalados en el texto.—Precio, 12,50 pesetas.

—**Manual de Anatomía patológica general,** seguida de un resumen de Microscopía aplicada á la Histología y Bacteriología patológicas: 2.^a edición, con numerosos grabados en negro y color.—Precio, 15 pesetas.

DON ANTONIO SALADO HA FALLECIDO

No me duelo por él.

Hizo la carrera de su vida entre los buenos.

Goza del eterno descanso.

Duélome por los suyos, de quienes era la fortaleza y el amparo.

Duélome por Sevilla, de quien era decoro.

Duélome por mí, ya solitario de su dulce amistad y su cariño.

Bajó el 5 de Agosto á confundir sus huesos con la madre tierra el primer cirujano de su época en España.

Modestia era tan grande la suya, que toda su labor fue dirigida á no parecer sobresalir y nivelarse con los menos.

A su pesar, se distinguió y era distinguido.

Fue su persona un lábaro que llevaba por lema:

Cumple con tu deber.

Nombrado Catedrático de Anatomía robó las noches al sueño, para dedicarlas al estudio sobre los cadáveres, y dedicar el día á sus demás cuidados.

Puede afirmarse que, durante muchos años, trabajó diez y seis á diez y ocho horas diarias.

Rendido, no por el estudio ni el trabajo, sino por combates de su espíritu y los efectos de grave inoculación, quebrantó su salud, aunque no su voluntad.

Con ella solamente arrastró el cuerpo los últimos años de su vida, acudiendo allí donde alguna necesidad pedía socorro.

No fue afanoso de provecho, como no lo fue de honores.

No escribió ni publicó nada, que bien pudo hacerlo útil y bueno, por huir de la notoriedad.

Todas las cosas, desde las operaciones más arduas y brillantes, hasta sus frecuentes obras de caridad, las hizo silenciosamente.

A pesar de ello, Sevilla le proclamaba como el primer cirujano de Andalucía. Sus discípulos le consagraban el respeto amoroso que suelen alcanzar los grandes maestros.

Pero quien ha podido quilatar sus méritos de cirujano operador es quien esto escribe, por haber visto en funciones y comparado unos con otros á los más famosos operadores del mundo civilizado.

Reunía cualidades que pocas veces se encuentran asociadas. Su inteligencia era despejada, amplia, apta para comprender lo objetivo y lo subjetivo.

Bajo ningún aspecto era extraordinario. Ni dominaba en él la imaginación ni la memoria. Dominaba el buen juicio, resultando una inteligencia armónica, disciplinada y agrandada por la idea del deber.

Con esto, con un sentimiento innato de caridad y de justicia, resultaba un hombre superior, á quien su mismo empeño para no parecerlo le daba más realce.

Su hoja de servicios médicos es demasiado extensa para relata-da. Fue catedrático de Anatomía, de Clínica y de Operaciones.

Si por el fruto se conoce el árbol, buen árbol fue Salado. Numerosos clínicos y acreditados operadores, repartidos por Andalucía, Extremadura, Huelva y las Américas, son fruto de su enseñanza. Le deben su saber y su posición, su bienestar, su crédito, y algunos su clientela.

Siendo antiguo profesor del Hospital general, resistió fuertemente aceptar el cargo de Decano ó Director facultativo.

La causa de su resistencia es un secreto relacionado con sinsabores y combates.

Salado era católico por educación y propio convencimiento. El sentimiento que más dominaba en él era la caridad cristiana. Pero entre las aspiraciones prácticas de su propio sentir y las que informaban el régimen del Hospital, resultaba un contraste duro, constante é inconciliable.

Aquí, fuerza es decirlo, vivimos todos mal; España, por su historia y por infinidad de circunstancias, está desequilibrada. Corrientes opuestas en todos los órdenes de la vida chocan á diario. Sentimientos, ideas, opiniones y conducta nos llevan en direcciones contrarias. Así aparecen á la superficie en forma de habitual guerra civil, ya con un pretexto, ya con otro. De tal suerte consumimos la sangre y los recursos; y cuando el agotamiento hace cesar el combate exterior, no es sino para transportarlo más enconadamente en la interioridad de las conciencias.

La historia política de cada siglo no es otra cosa que la manifestación exterior del estado de ánimo de sus gentes.

Tales fenómenos colectivos ocurren porque pasan igualmente en el seno de cada individuo. Y luego cada persona, impregnada en la atmósfera de su tiempo, participa de su flujo y reflujo.

Los caracteres bravíos se vuelven fanáticos y contribuyen á aumentar el daño.

Establécese así un círculo vicioso interminable de la generalidad á los individuos y de los individuos á la generalidad, en que personas y corporaciones viven desesperadamente.

Bosquejada la de Salado, conviene conocer la escena en que tenía que moverse como profesor de un Hospital importante.

El Hospital general de Sevilla fue fundado por D. Perafán de Rivera y su esposa doña Catalina.

Fábrica de Herrera, bien demuestra por su grandeza la de la fundación.

Respondía á adelantos de higiene superiores á la época. Dotado generosamente, lo fue también después por otras muy cuantiosas. Asombro causa la suma; y más asombro leer la historia y ver por ella que con tantas riquezas, en aquellos tiempos que se presentan como modelo de piedad y buen gobierno, el Hospital vivía empeñado, y los bienes, como agua en cuba vieja, mermando más mientras más se le echaban. Resultaba, pues, una administración viciosa, si no queremos acusarla de infiel.

Debe advertirse que lo que pasaba en el Hospital sevillano era la simple reproducción de lo ocurrido en las demás fundaciones benéficas. Hecho general que sólo puede explicarse por una causa general; causa que dejamos señalada en el desequilibrio de ideas, sentimientos y opiniones que nos mantienen en constante desorden y crueles luchas, confirmando el adagio de: "A río revuelto ganancia de pescadores...". Quiere decir, que convirtiéndonos en paladines de una unidad religiosa para obtener así la mayor unidad *moral* y el mayor orden posible, hemos venido á obtener por fruto efectos enteramente contrarios.

Decíamos que la infiel administración de los patronatos é instituciones benéficas había malversado sus caudales; y debemos añadir que no era eso lo peor, sino que, á pesar de las medidas y precauciones que tomaban los fundadores para que los bienes no se pudieran enajenar, éstos desaparecían. La demostración patente de ese escándalo fue el motivo más poderoso para que prevaleciera el proyecto de la Ley de desamortización.

Cúlpase á ésta y los Gobiernos de la penuria con que se atiende á la beneficencia, á la instrucción pública, etc.; pero sobre que dichas atenciones estaban mucho peor, nadie duda que, de haber continuado regidos los patronatos como antes, no quedaría actualmente de ellos ni un árbol ni una teja.

¿Qué fueron de los bienes de las Universidades y sus Colegios mayores, antes, muchos años antes de la desamortización? ¿Qué ha sido del caudal de tanta obra pía?

La desamortización no encontró más que los restos, los cadáveres, los huesos pelados de unos bienes que fueron tan cuantiosos. Y si á alguien queda duda, vuelva la cara y mire la suerte que han corrido los que por cláusula especial ú otros motivos se exceptuaron. Veán que, no desamortizados, se han desvanecido también entre las manos de sus particulares administradores.

Procuren informarse del estado y cuentas de los fondos destina-

dos á la redención de cautivos, hoy que no hay cautivos que redimir, y es seguro que nadie podrá rendirlas.

No digamos inmuebles, hasta las láminas que se dieron en representación de la renta suelen ser objeto de saqueo. No hace mucho, un depositario recoleto, congregado, de continente beatífico, desapareció de la noche á la mañana, dando la fatalidad de que las láminas de la Universidad, de que era depositario, también desaparecieran.

Las guerras continuas, los empeños públicos, el desorden que esto induce en la administración general y particular, las corruptelas que se infiltran labrando canales subterráneos y encharcamientos insanos, todo suma un conjunto provocador de infidelidades y ruinas.

¡Desgraciado de aquel cuya rectitud le lleve á oponerse á esas corrientes: luchará en vano, si no se ahoga en ellas!

Corre la actual administración del Hospital general de Sevilla á cargo de una Junta de beneficencia que nombra un visitador. La consignación es escasa, á veces insuficiente. Según el visitador, así van las cosas. Si inteligente y celoso, bien. Si le falta una ú otra condición, mal. En este caso, que es el más frecuente, el orden y régimen del Hospital queda á las Hermanas de la Caridad, en los que la Superiora hace y deshace.

Tocó á Salado, durante el mayor tiempo de su servicio, la jefatura de una singular.

Hondo y recóndito es el corazón humano. Más hondo, si el corazón es de mujer. Ni ella misma logra darse cuenta de sus sentimientos. Organizada por la Naturaleza para el amor materno, cuando la educación, la sociedad ó las circunstancias la llevan á otro estado en concepto de mayor virtud, todo su sér sufre trastorno.

Aspiraciones, sentimientos é ideas, pierden su cauce y su corriente dulce, tornándola hacia uno de los tres brazos en que se divide el histerismo. El nervioso, conocido de todos. El afectivo, poco estudiado, y cuyos rasgos quedan confundidos generalmente por los del anterior. El volitivo, cuyos dos polos están constituidos: el uno, por el despejo intelectual para realizar los propósitos; el otro, por la demencia declarada. Esto es, por un avivamiento de las facultades mentales ó por una aberración de dichas facultades.

No traté lo suficiente á dicha Superiora para incluirla en tal clasificación.

Que estaba dotada de gran disposición, es indudable; de buena intención, no seré quien lo niegue. Inteligente, mucho. Su instrucción, escasa: la de mujer española. De voluntad, voluntariosa.

Tales cualidades modelábanse en el troquel correspondiente á su religión, ó sea, á la disciplina de comunidad, que aquí se dice

religión; y que, en efecto, si la religión *es cosa que liga*, nada liga tanto como la *regla* ó disciplina de las comunidades.

Instituciones humanas con fines espirituales, nacen al impulso del deseo de sus fundadores, para mayor honra y gloria de Dios. Pero por mucho estudio que se ponga en las constituciones, regla ó ley, poco á poco el elemento humano va tomando cuerpo, evaporándose el espiritual y quedando reducido al molde externo.

Previénese el pecado con la vigilancia y la clausura. Evítanse las sugerencias de la carne; se consigue anular sus impulsos por el desuso funcional, por los ayunos, las oraciones y el cilicio. Se procura sustituir el amor terreno con el amor divino, y cuando en este molde se troqueta á la criatura para sacar un santo, sale... lo que Dios quiere.

El hombre comprimido se deforma. Por apretarse la cintura, deforma su vientre la mujer. Propónese estar esbelta, y lo que alcanza á poco es convertirse en barriguda.

Lo mismo en lo moral. La humildad forzada hace cintura, pero acumula por debajo la grasa de la soberbia.

El rigor de la obediencia desenvuelve los impulsos de mando y las inclinaciones invasoras. El desprecio á la posesión de bienes terrenales se convierte en avaricia impersonal, que es la peor, la más hipócrita y viciosa de todas las avaricias.

No sin motivo gozaba autoridad la Superiora del Hospital de Sevilla. Austeridad de costumbres, dotes de mando, activa, constante en labores y propósitos, severa para los subordinados, modosa, complacedora é insinuante con las personas superiores en poder ó riqueza; procurando cubrir con su propia capacidad las escaseces de presupuestos y las perentoriedades de la necesidad. Tantas y tales condiciones, unidas al respeto de su estado, la rodeaban de un prestigio y un poder incontrastable en el Hospital y fuera de él.

A pesar de todo, el profesor Salado vivía contrariado y violento con señora de tanta estimación.

¿A qué se debía esto? Las condiciones intelectuales y morales de Salado, nadie podrá negarlas. El lector ya las conoce por lo poco que de él dejamos dicho. Su discreción y prudencia, exquisitas; su caridad, máxima, excesiva, si en ello cabe exceso; católico á fondo, por educación y convencimiento, interior y exteriormente. Crefa y practicaba. Esto último, más que en público, en secreto, ya porque así fuese su carácter, ya por no confundirse con ciertas gentes que afectan religiosidad para convertirla en modo de vivir.

¿Por qué, pues, la colisión entre dos personas superiores?

Pues primeramente, porque las iniciativas de la Hermana le llevaban á invadir atribuciones que no le pertenecían.

Corregla y castigaba con dieta y otros modos á los enfermos de

las salas, por su propia autoridad, desconociendo, contrariando y anulando la del Profesor.

Aumentaba ó disminuía los servicios, según su parecer.

Mudaba ó dejaba de mudar las ropas, aunque las órdenes del médico fuesen opuestas.

Acostumbrada á ser la suprema imperante en la administración y en la parte económica, lo quería ser también en la higiénica y facultativa.

La generalidad de los profesores murmuraban por lo bajo, pero se doblegaban con sonrisa de conejo ante la tiranía: unos por tener el tejado de vidrio y no ser exactos cumplidores de sus obligaciones; otros por debilidad de carácter ó diversos motivos.

Salado era el único que se atrevía á poner cara de palo á tales intrusiones y que protestaba manteniendo su derecho, no por fuero, sino por razón de humanidad.

Por estimables que fueran las cualidades de la Superiora, su ignorancia de la ciencia era absoluta, y á cada paso sufría Salado un nuevo disgusto. Ya un día no se daba el baño ordenado, porque la señora no lo consideraba necesario; otra vez se omitía en un paciente la prescripción del hielo, porque así lo determinaba.

El departamento de locos era una desdicha. Con excelente impulso tomó la Superiora á su cargo hacerlo nuevo. Procuró los fondos, nada más laudable; pero llevada por su invasora iniciativa en asunto tan arduo, resultó lo que tenía que suceder: un nuevo departamento de dementes tan malo como el anterior.

Mujer enérgica, acostumbrada á dominar sus corporales apetitos, daba suelta á sus apetitos morales; y lo que tenía de continencia carnal, se lo cobraba en incontinencia de voluntad.

Indeliberadamente, debía pasarle algo de lo que le sucede á las perdices enjauladas: que se convierten en crueles enemigas de las pasiones de sus congéneres.

Los enfermos venéreos, y principalmente las enfermas, eran objeto de su desamor y de su enojo. Para ellos, no sólo carecía de caridad, sino que se complacía en maltratarlos.

Consideraba casi como un deber castigar la falta de honestidad que el padecimiento suponía.

¿Y qué han de extrañarnos esos sentimientos en una mujer mal educada y preocupada en el sentido ascético, cuando arquitectos que afectan un supino saber, en sus proyectos de Hospital se lee lo siguiente?—*Sala de Prostitutas!*

¿Quién habrá autorizado á ese buen señor para confirmar con título *difamante* á unas pobres mujeres?

¿Sabe él sí, moralmente, son más ó menos prostitutas que muchas damas con cuyo trato se honra y pavonea?

¿Es modo de corregir cristianamente las costumbres sellar al pecador con el estigma público de su pecado?

Por el diseño que dejamos hecho del Dr. Salado, se colige que debía ser, y en efecto lo era, muy estimado en Sevilla, gozando del público respeto; pero no, ni con mucho, la autoridad é influencias de la Superiora.

En sus frecuentes diferencias siempre llevó aquél la peor parte. A sus quejas ante visitadores y juntas, se les daba carácter de denuncia; y á pesar de las pruebas obtenidas á través de mil dificultades, y hasta del perjurio de algún comprofesor, cercano anduvo de ser condenado por difamador.

En su largo período de vida hospitalaria sólo encontró un visitador que llegara á penetrarse de la razón, examinando las cosas por sí mismo y procediendo con justicia. ¡Raro contraste! No comulgaba en las ideas avanzadas, y era católico intolerante.

En cambio, personajes que habían llegado á mando y autoridad bajo los pliegues de las banderas liberales, á la segunda visita perdían los ojos y el entendimiento, sustituyéndolos por los de la Superiora.

Considero justo consignar un recuerdo al visitador Sr. D. Francisco Pagés del Corro, persona de ideas reaccionarias, de buena fe sustentadas y sentidas, de severo y exquisito sentido moral, inteligencia penetrante y genio adusto.

Durante su gobierno contuvo en su lugar á la Superiora. Esta luchó con todas armas, valiéndose de poderosas influencias masculinas y femeninas, civiles y eclesiásticas; pero el Sr. Pagés, firme como roca en que se rompe el oleaje, puso dique á varias corruptelas y permitió una tregua á los sinsabores de Salado.

La avaricia impersonal, ese vicio inestudiado ni casi señalado, vicio corroedor de ciertas corporaciones, tomando para honestarse el nombre de espíritu de cuerpo, es un anhelo insaciable de obtener logros para la clase, colectividad ó sociedad. Es el instinto natural de poseer, cuando, dificultado ó imposibilitado para el individuo, se convierte en pasión avara, que, no pudiendo recoger el oro en arca propia, lo acumula en la social.

No me atrevo á decir si algo de esto padecía la señora. No dudo que, con el buen propósito de atender á las necesidades del Hospital, cultivaba todos los medios de provecho.

Establecía una vaquería. Mimaba á los enfermos recomendados por personas acaudaladas ó influyentes, si bien esto ocasionaba diferencias irritantes.

Procuraba hacer reformas costosas en el departamento de distinguidos, para aumentar los ingresos.

Preparaba con tales motivos el ánimo de las personas que le habían de ayudar.

Contuvo el Sr. Pagés esas y otras cosas que juzgó dadas á abusos, pero no fácilmente.

En el negocio de los distinguidos tuvo que sostener recias batallas. Pero cesó el mandato del Sr. Pagés, y las cosas volvieron á su curso ordinario.

Tal continuaron hasta que llegó la última hora á la señora.

¿Qué pasó en su interior, quién puede saberlo?

La prensa daba cuenta de haber legado 60.000 duros al Hospital.

¡Cosa extraña! Tan buena obra no produjo el efecto que era de esperar. La generalidad de las gentes que en vida la admiraron, se han olvidado de ella después de muerta.

No son justos. Era mujer de grandes condiciones. Sólo Dios podrá juzgarla.

El Dr. Salado ha sido más sentido muerto que apreciado en vida.

¡Descansen los dos en paz y pidan al Todopoderoso que los católicos de España entendamos de igual manera la caridad cristiana!

FEDERICO RUBIO.

San Sebastián, 8 de Agosto de 1900.



REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

(JUEVES CLÍNICOS)

NOTAS CLÍNICAS

PRIMERA.—Por qué se reproducen algunas fisuras del ano.

Muy raro será el médico que en el transcurso de su práctica—por corta que sea la que lleve—no haya tenido ocasión de tratar algún enfermo ó enferma, especialmente de estas últimas, por ser en ellas más frecuente la dolencia de que vamos á ocuparnos, denominada *úlcera dolorosa de la terminación del recto ó fisura del ano*; que con ambos nombres designan los autores á tan frecuente como cruel afección.

Estoy seguro que, á pesar del cuadro más ó menos vivo con que los dolientes le hayan expresado sus sufrimientos (1), ninguno habrá vacilado en el diagnóstico y menos aún en el tratamiento que debe emplearse, tratamiento que puede denominarse clásico, porque lo practican todos los cirujanos desde que fue planteado por Recamier; pero alguna vez les habrá sorprendido que después de uno, dos ó tres meses de una curación, al parecer completa, los pacientes se les hayan presentado de nuevo, aquejados de sus molestias anteriores y generalmente con mayor intensidad que antes de haber sido operados, produciendo en su ánimo dudas y vacilaciones perjudiciales—á todas luces—para el porvenir.

¿En qué consiste esta decepción?

Sabido es que cuando una enfermedad, bien sea médica ó qui-

(1) Yo he tenido ocasión de asistir á una señora, en la calle del Arco de Santa María, atacada de un síncope de extrema gravedad, á consecuencia de los dolores luteales de que era víctima.

rúrgica, tiene multitud de *remedios*, acusa una prueba positiva de nuestra escasez de recursos para combatirla.

¿Cómo, pues, se explica que fracase la dilatación forzada del esfínter anal, único medio curativo en que todos los autores están conformes?

Trataremos de explicarlo tal y como nos lo ha enseñado en varias ocasiones la Clínica —ese gran libro en que todo Profesor debe estudiar los enfermos y las enfermedades.

Dos causas pueden contribuir al mal éxito obtenido.

Una, la de subsistir los estados productores de la dolencia.

Otra, por defecto en el procedimiento operatorio.

Descartando las afecciones sífilíticas, en que á todo enfermo contaminado en la región anal, no estando sometido á un tratamiento específico enérgico, es inútil y aun perjudicial la operación por los nuevos focos de infección que ha de ocasionar necesariamente cualquier traumatismo; descartando, asimismo, los cancerosos, por el efecto corrosivo de la abundante secreción que de continuo fluye del recto, y cuyo contacto es imposible contrarrestar cuando la neoplasia es inoperable,—nos quedan los calculosos, los prostáticos y los que padecen estrecheces, bien de la porción terminal del intestino, bien de la uretra.

La sintomatología de los padecimientos anteriormente enunciados tiene como característica constante la producción de tenesmo siempre que los pacientes tratan de evacuar la vejiga, y pujos que les obligan á realizar esfuerzos extraordinarios, que empiezan por congestionar el recto, después, por producir fisuras, y en algunos, prolapsos y prostitis muy variables en intensidad; pero cuya curación es imposible mientras subsistan las causas ocasionales.

En igual caso se hallan los cirróticos, sobre todo cuando el estado de la circulación de la vena porta produce ascitis más ó menos acentuadas, y los estenosados, si las estrecheces se determinan un tanto.

En la mujer encontramos mayor número de causas, unas transitorias y otras permanentes, cuya índole especial mantienen de un modo desesperante la rebeldía del padecimiento. Pueden citarse—entre otras—los vermes, el estreñimiento habitual, embarazo, fibromas y miomas uterinos, retro-flexiones, retro-versiones y retro-verso-flexiones, quistes ováricos, procesos perí y paramétricos, cuyos exudados, á veces enormes, forman bloes que estrechan el recto y dificultan de modo notorio su funcionalismo. Todas estas causas producen obstáculos á la circulación de retorno; y como hay aumento en la vascularización, dicho se está que mientras ésta no se modifique, ya extirpando los quistes, miomas, fibromas, etc., ya dando á luz las que se encuentren en período de gestación,

serán inútiles, y algunas veces perjudiciales cuantos tratamientos se intenten.

No olvidaré jamás, porque es una precisa prueba de lo sostenido en el párrafo anterior, el caso de una joven que, el primer año de encargarme del *Dispensario de recto y ano* en el Instituto de Terapéutica Operatoria, se presentó en la consulta aquejando molestias que desde luego me hicieron sospechar se trataba de una fisura de ano, como tuve ocasión de comprobar por medio del reconocimiento; pero como al mismo tiempo tuviera una abundante leucorrea, verifiqué una detenida inspección de la matriz, descubriendo en ella una endometritis glandular y numerosos exudados, aún en estado agudo. Le recomendé se tratara su afección uterina para operarla tan pronto como mejorara, y le dispuse unas píldoras de extracto de belladona y una pomada de atropina, cocaína y opio, con el fin de hacerle más tolerables sus agudos dolores. Mas, no pareciéndole bien mi consejo, se hizo operar por otro Profesor.

Al mes y medio de operada, tuvo que recurrir á mí nuevamente por hallarse, según confesión propia, mucho peor que antes.

Sometida al tratamiento por irrigaciones calientes boratadas y curas con ictiol, que ya le recomendé, fue por segunda vez operada, sin que hasta la fecha haya vuelto á sentir molestia alguna.

Pasemos á ocuparnos de las fisuras que se reproducen por defecto en el procedimiento operatorio, prescindiendo de aquellas que son tratadas por los cáusticos, especialmente por el nitrato de plata, el cual, á cambio de alguna rarísima curación, ha producido infinitos fracasos.

Casi todos los enfermos de fisura son por lo general hemorroidarios; y los que no lo son tienen la mayoría de las veces una hemorroide, á la cual ha dado el nombre de *centinela* el célebre cirujano inglés Dr. Minghan. Detrás de ella existe invariablemente la fisura. Pues bien: si al hacer la dilatación forzada no se extirpa la hemorroide, es casi segura la reproducción de la fisura; y esta afirmación, que á primera vista parece paradójica se explica fácilmente si se tiene en cuenta que al retraerse de nuevo el esfínter, la fisura forma un fondo de saco en la hemorroide donde los excrementos se depositan é irritan aquel punto con su contacto, impidiendo la cicatrización, como acontece con todo cuerpo extraño que se introduce en una solución de continuidad.

Hay otra clase de fisuras cuyos bordes, ya por su antigüedad, ya por haber sido tratados con astringentes ó cáusticos, se hacen completamente callosos; al igual de algunas úlceras, que vemos con frecuencia en otras regiones, y cuya curación no se obtiene, si no es á beneficio de escindir dichos bordes.

Tal es, á grandes rasgos explicado, el por qué se reproducen las fisuras de ano, según me ha enseñado la práctica.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ.

SEGUNDA.—*Linfo-adenoma maligno del cuello.*

Con ser tantos y tan repetidos los casos de la misma ó parecida índole que á diario se presentan á consulta en nuestros Dispensarios todos, resulta al fin que por los Profesores adscriptos á cada uno de ellos llegan á hacerse los diagnósticos más precisos, por simple impresión, como confirma luego el estudio detallado del caso. Pero no siempre sucede así en todas sus partes, por más que la índole del padecimiento justifique la divergencia de opiniones sobre la verdadera naturaleza del mal y consiguiente indicación terapéutica.

Como en el caso siguiente:

La señora P. M., de treinta y seis años, casada, que menstruó siempre bien y tuvo varios hijos normalmente, bien nutrida y de carácter animado, se presentó en nuestro Dispensario general demandando curación de un tumor ó tumores que, al presentarse, tenía en el cuello. Ignoraba cuándo comenzaron, pero se apercibió de su existencia unos tres ó cuatro años antes, siendo á la sazón como avellanas, apreciando su crecimiento lento por mucho tiempo, para tomar un desarrollo rápido que le alarmaba desde hacía tres ó cuatro meses, y produciéndole á veces dolores en la media cara derecha y en el brazo derecho al verificar determinados movimientos.

Grande un tumor, poco más que la mitad del puño de un hombre, en el lado derecho, correspondiendo su mitad al ángulo del maxilar inferior; el otro tumor, más reducido, como una nuez, estaba situado en el espacio supraclavicular del lado izquierdo.

Ambas tumoraciones resultaban como de aspecto liso á la vista; pero la palpación dejaba apreciar que eran de constitución nodular y superficie desigual, como resultado de la agrupación de varios reunidos, duros, movibles, más los del lado izquierdo y menos los del lado derecho, principalmente por el extremo superior de aquel block, pareciendo invadir la región parotídea y se perdía por debajo del músculo esterno-cleido-mastoideo en sus ataduras superiores; cuyo músculo resbalaba mal sobre el tumor por la parte superior y bien por la parte inferior, cerca de su último tercio, donde los nódulos se hacían menores y aislados, adoptando la forma de rosario cerca de la clavícula.

Vemos á diario muchos enfermos parecidos á éste en nuestro

Dispensario general y tengo aprendido que tales tumores radican en los ganglios linfáticos, afectados *siempre* secundariamente, por propagación de otro afecto primitivo del sistema tegumentario, cuyos linfáticos aferen á los ganglios comprometidos y les llenan los productos patógenos; cuya creencia hago extensiva aun á la llamada enfermedad de Hodgkin, ya coincida con el estado general de leucocitemia, ó bien que sin alteración proporcional de los elementos figurados de la sangre se la haya llamado simplemente adenia por Trousseau, porque la regla general establecida para todos los demás afectos ganglionares hace suponer el mismo origen para estas adenias en el tegumento interno, como muchas veces se comprueba.

Ahora bien, ¿qué naturaleza patológica tenían estos ganglios y de dónde provenía su patogenia? Nada se apreciaba en el estado general de la enferma que favoreciera su afecto.

Estudiada en días sucesivos, su sangre resultaba normal; nada se apreciaba en la piel, ni en los oídos, ni en los bronquios; únicamente en la parte alta de la faringe y por detrás del velo se notaba una ligera inflamación folicular que nunca llegó á molestar á la enferma de un modo apreciable.

Nada más daba la anamnesia ni la objetividad, y aquí principiaron las discrepancias entre los Profesores del Dispensario; ganó votos la opinión de la naturaleza fímica ó estrumosa de los adenomas, alguien sospechó pudieran ser sífilíticos, y no faltó quien los denominase en evolución sarcomatosa. Como en las dos primeras modalidades se puede alcanzar tanto de un tratamiento médico bien dirigido, ganó esta opinión: se propuso á la enferma un tratamiento interno, primero con el ioduro potásico y cacodilato de sosa al interior y toques faríngeos de tintura de iodo ó cloruro de zinc, sometiéndola á observación; reservando para después el proyecto (y caso de no alcanzar los brillantes resultados que en otros casos *parecidos* se obtuvieron con tal tratamiento) de proponer á la enferma la extirpación de tales adenopatías, por medio del bisturí, antes que su crecimiento excesivo y adherencias con los órganos vecinos comprometieran el libre funcionamiento de éstos é imposibilitasen anatómicamente la intervención.

Poco conforme la enferma con esta opinión indecisa de los Profesores del Dispensario, y ganosa de ser operada cuanto antes, apeló en última instancia á nuestro sabio maestro D. Federico Rubio, que á su vista apreció una malignidad en dichos tumores que hacía comprometido el esperar, y pues que la enferma lo deseaba, procedía operarla.

En consecuencia, se le dió entrada en la enfermería y se dispuso para ser operada dos días después, por el que estos renglones escribe, en 20 de Junio de 1900.

Transportada la enferma á la sala de operaciones, previa desinfección local, se procedió á su anestesia clorofórmica por el doctor Redondo; y seguidamente operé así, siendo ayudado por el doctor Lozano.

Para el lado derecho hice una extensa incisión en la piel que, partiendo de detrás del lóbulo de la oreja y siguiendo, según el mayor diámetro del tumor, la dirección del músculo esterno-cleido-mastoideo por su borde anterior, finaba en mitad del tercio inferior de dicho músculo; ahondando con cuidado en dicha dirección, y puesto al descubierto el músculo, cuya vaina estaba unida al tumor, no permitiéndome ponerlo al descubierto ni atacarlo debidamente, seccioné de través la mitad del músculo, cuyos extremos, desviados arriba y abajo, me permitieron contemplar el block tumoral descansando y adherido sobre el paquete carotídeo, mejor dicho, en su mitad inferior sobre la yugular interna, de la que pacientísimamente hué de despegarle con el dedo, con la espátula de bocio y finos cortes de punta de tijera, en una extensión como de seis centímetros, consiguiendo volcarle adelante y arriba hasta su desimplantación total; ya en la región parotídea, por encima de la tira aponeurótica que limita ambas regiones carotídea y parotídea, (de cuya glándula, como de las aponeurosis y músculos circundantes, tuve que sacrificar alguna parte apropiada por el tumor) seccioné los tractus fibrosos que lo retenían y volví sobre el campo operatorio para desprender, por análogos procedimientos, algunos pequeños ganglios de los alrededores y parte inferior del lecho vacío del tumor principal.

Hecha seguidamente la hemostasia definitiva, sustituyendo con ligaduras de catgut las pinzas colocadas en los vasos al ser seccionados, tocadas las partes sospechosas de la superficie cruenta con una solución de cloruro de zinc, procedí á cubrir con un plano músculo-aponeurótico el paquete vásculo-nervioso, no lesionado felizmente en ninguno de sus importantes órganos; suturé asimismo el músculo esterno-cleido-mastoideo que había cortado de través al principio de la operación, para facilitar los tiempos sucesivos; suturé, finalmente, en su último plano la aponeurosis superficial, músculo cutáneo y la piel, menos en la extensión de uno ó dos centímetros en la comisura inferior, para, drenando, dar salida á los exudados, y pasé á la

Operación del lado izquierdo.—Hice con bisturí una sección de la piel sobre el tumor, situado, como tengo dicho, en el espacio supraclavicular; dí á dicha incisión el camino preciso de la bisectriz del ángulo que forman el trapecio por detrás, y el esterno-cleido-mastoideo por delante; ahondé con precaución, hasta llegar á la pequeña masa tumoral que, formada por un grupo de tres ganglios,

descansaba bajo la aponeurosis superficial, sobre el músculo homoplato-tiroideo; desprendí con los dedos la masa tumoral descubierta, y sin necesidad de ligadura alguna pues los estirajamientos hechos sirvieron para conseguir la hemostasia más perfecta), seguidamente suturé en un solo plano los labios de la herida en toda su extensión.

Puesto á continuación el apósito apropiado, fue transportada la enferma á su cama, ya despierta y en el mejor estado de ánimo, aquejando sólo cierta torpeza de la sensibilidad y movimientos en la parte inferior derecha de la cara y comisura labial correspondiente. Sin duda hube de lesionar la ramita cérvico-facial del mismo nervio; accidente por lo demás sin importancia, que se corrigió por completo á los pocos días.

Intrigado sobre la verdadera naturaleza patógena de tales adenopatías, tomé luego las piezas patológicas, que seccioné longitudinalmente en dos mitades, pudiendo apreciar macroscópicamente, como si estuviesen constituidas por tejido adenoide hipertrofiado, con cierta semejanza en su superficie de sección con el cáncer medular, blando, de color grisáceo, con puntitos rojos y algunos focos opacos, como caseosos; raspando dicha superficie dejaba salir un jugo semejante también al canceroso, á simple vista; y llevado al microscopio, se veía estar constituido por innumerables células redondas, como los corpúsculos blancos de la linfa. Endurecidos después algunos cortes del tumor, y examinados asimismo al microscopio, resultaban un apelotonamiento inmenso de tales células linfóideas en su fino estroma reticular, sólo apreciable cuando con un pincel se lavaba y barría de células su corte reciente. Las partes periféricas del tumor, tenían, además de los caracteres propios del tejido normal á que pertenecían, ya muscular conectivo, ya adenoide, etcétera, los caracteres del tejido inflamatorio con grandes células... ¿Embrionarias? ¿Sarcomatosas? ¡Lástima que se parezcan tanto! Excusado es decir que ni del examen microscópico, ni de inoculaciones que en dichos tejidos se hicieron en conejos, pudo comprobarse remotamente el carácter tuberculoso ni sífilítico del mal; teniendo, en conclusión, que aceptar la denominación de linfoma, quizá sarcomatoso, pero maligno al fin, dada su tendencia á crecer rápidamente por los tejidos circundantes. Y con esto, una vez más tuvimos que reconocer en nuestro incomparable maestro esa habilidad clínica que le distingue.

Tres días después de operada la enferma en cuestión, procedí á levantar su primera cura, y apareció la herida en vías de cicatrización normal; retiré el drenado de gasa, que salió con muy escaso exudado y aséptico, procediendo á cubrirla de nuevo. Nunca tuvo fiebre; desde el cuarto día se levantó de la cama, á los diez días de

operada le quité los puntos de sutura, y á los quince días fue dada de alta curada, aunque aconsejándole no exagerase los movimientos de la cabeza, y que por algún tiempo llevase como contentivo un vendaje á modo de ancha corbata.

Dos meses van transcurridos después de practicada la operación, y la enferma, que frecuentemente se me presenta para observarla, sigue bien, con las cicatrices flexibles y tendiendo á borrarse cada vez más, sin que hasta el presente se aprecien nuevos tumores. A prevención, sin embargo, le trato localmente con tintura de iodo su faringitis folicular, aconsejándole pulverizaciones con solución boratada á diario; y al interior toma soluciones discretas de ioduro potásico y cacodilato de sosa, más tolerable (sobre todo, en verano) que otros preparados arsenicales.

¿Subsistirá con todo esto la curación y se logrará que llegue á ser definitiva? El tiempo lo dirá.

JOSÉ M.^a ARNAL.

CONFERENCIAS CLÍNICAS

SOBRE DOS ENFERMOS DE TUMORES DEL CUELLO

CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA EL 7 DE JUNIO DE 1900

POR EL DR. D. FEDERICO RUBIO

DR. CASTILLO.—Presento á ustedes estos dos enfermos del Dispensario general, no para consultar la naturaleza de sus tumores (que para nosotros no ofrece duda), sino para determinar si se les da entrada ó no en la Clínica para ser operados.

Ambos pacientes son gruesos, rojos de color y de aspecto robusto; tipos como de taberneros ó carniceros; hombres de pueblo, en fin, bien alimentados y no consumidos por trabajos de pena; como de edad de cincuenta años, y próximamente de la misma estatura. *(Los Profesores que asisten á la conferencia se acercan á los pacientes, los interrogan, reconocen y les palpan los cuellos).*

—Basta. Con que se vean por todos y se reconozcan por alguno es suficiente. Si los treinta ó cuarenta Profesores que aquí estamos hubiésemos de tentujear esos tumores, bastaba y sobraba para hacer á los pacientes más daño que provecho.

(Al enfermo de la izquierda, que tiene bigote).—¿Usted ha sufrido alguna operación en el labio?

—Sí, señor, hace seis meses.

—A ver. Acérquese.

En el lado izquierdo del labio inferior presenta una pequeña y no deforme cicatriz.

(Al enfermo de la derecha).—¿Usted no ha sufrido operación ninguna?

—No, señor.

—Abra usted bien la boca. (*Deprímole la lengua, pasando el índice á la faringe por detrás del pilar*).

—¿Desde cuándo tiene el tumor?

—Lo empecé á advertir hace tres meses.

—Ya están ustedes vistos. Vamos á consultar. Pueden ustedes retirarse.

Señores: No sería humanitario dejar aquí esos enfermos para decirles en su cara que no tenían remedio.

El primero es un ejemplar común, que vemos repetirse todos los días. Un epiteloma del labio inferior que se extirpa, y más ó menos tiempo después aparece un infarto indeciso de las glándulas submaxilares, que luego se acentúa, crece, se difunde, se ablanda, se ulcera, corroe los tejidos del cuello, da abundantes secreciones icorosas, determina dolores atroces y concluye por la muerte.

Preséntalo aquí el Profesor Castillo, no para consultarnos el diagnóstico. Ni él ni los que asisten al Dispensario general lo necesitan. Estos enfermos, que tantas dudas y vacilaciones producen en los médicos que carecen de experiencia propia, cuando ya han visto cien ejemplares idénticos les basta la simple inspección visual para diagnosticarlos. Se presentan á nosotros para decidir si son operables ó no, si han de pasar á la enfermería ó no.

Cuestión es esta sumamente interesante. Si abriéramos discusión sobre ella, pedirían la palabra casi todos ustedes. La mayoría, probablemente, se inclinaría á la operación, otros á la abstención, y quedaría el asunto por resolver en el terreno clínico, teniendo que atenernos al mayor número de votos, que optaría por la operación, con lo que caeríamos en el escollo que suele ser frecuente en las mayorías: dictar un desacierto.

Esto os lo dice quien ha caído muchas veces en él, por lo cual ni debe lastimarse vuestro amor propio, ni podéis dejar de oírme atentamente.

Los infartos glandulares correlativos á los territorios de la circulación linfática son harto comunes, y bien lo sabéis, cuando en dicho territorio se verifica una función morbosa de cierta índole, principalmente cancerosa. En la mama, por ejemplo, son casi tan frecuentes los infartos axilares, como en el labio inferior el infarto de las submaxilares. Tarda más en la axilar el desenvolvimiento del proceso, pero se explica por la diferencia de trayecto á recorrer: en

uno desde la mama á la axila, y del labio al borde inferior de la mandíbula en el otro.

Pero dicha variación de crónica no es un hecho simple; hay variantes que parecen contradictorias y que no lo son ante la meditación clínica de los casos al parecer opuestos.

Sin duda, el factor «espacio ó distancia del foco enfermo al territorio glandular» tiene un tiempo proporcional á la longitud que debe recorrer. Pero hay caballos que andan una legua en dos horas, y hay caballos que en dos horas andan ocho leguas. Los caballos cancerosos que recorren la vía linfática, tienen el andar muy desigual. Los hay que se paran al principio ó en medio del camino y están así meses y años. De este modo se explica que operemos epitelomas del labio ó cánceres de la mama: y unas veces, á poco se presenten los infartos; y otras veces, tarden uno, dos y tres años en aparecer ó no aparezcan.

Cuando reinaba la teoría celular se explicaban estos hechos por la proliferación de célula á célula inmediata; hoy se explica mejor por las invasiones territoriales de los gérmenes vivos patogenéticos. Sin embargo, la proliferación de célula á célula es un hecho cierto de vecindad. Las inundaciones son más ó menos rápidas con relación á la cantidad de aguas, desniveles, etc. Pero las invasiones vivas ofrecen muchos más motivos de aceleración ó de retardo, de suspensión y reavivamiento.

Todavía conviene anotar otro aspecto del asunto. Hay muchos casos en que un epiteloma del labio ó un cáncer de otro órgano, subsiste descuidado y sin tratamiento largas fechas, sin que aparezcan infartos glandulares correlativos. Hacemos la operación, y antes de cicatrizar la herida se presentan de un modo agudo, y siguen tal rapidez en marcha y destrucción, que inclina el ánimo del práctico á suponer que era verdad y fundado el veto aquel que para grabarlo mejor se decía en latín: *Noli me tangere*.

Señores, estos casos son ciertos. El práctico que no los haya visto, es porque se considera práctico con haber extirpado una docena de tumores, ó porque le da empacho el declarar sus derrotas.

Digo á ustedes que más de una vez he dicho: «Hubiera sido mejor que este pobre enfermo no hubiese aprovechado mi habilidad».

Pero el *Noli me tangere* es la expresión de la desesperanza, es el quejido quejumbroso del que va por lana y sale trasquilado; es, en una palabra, una frase escéptica.

Triste enseñanza sería la nuestra, si por único fruto sacásemos no saber ni creer nada.

Sabemos que es verdad que ALGUNOS CANCEROSOS OPERADOS ESCAPAN PEOR QUE NO OPERADOS. Pero sabemos también ser verdad que MAYOR NÚMERO DE CANCEROSOS ESCAPAN MEJOR OPERÁN-

DOSE QUE DEJÁNDOSE DE OPERAR. Y puesto que sabemos ambas cosas, lo prudente es no entregarse al pesimismo ni al abandono, sino con bríos y afanosa constancia atacar frente á frente esas contradicciones del problema.

Vamos á ello.

Puesto que resultados diferentes presuponen *condiciones diferentes*, procede averiguar si dichas condiciones son *averiguables*, si pueden ser apreciadas, diversificables y distinguibles en la práctica.

Algo debe haber de esto. Pruébalo el hecho de habernos traído aquí estos dos pacientes el Profesor Castillo. Puedo asegurar que esta semana ha dado entrada á otros cancerosos para que sean operados; puede asegurarse que esta misma semana ha declarado inadmisibles á otros desgraciados cancerosos.

Y si le preguntamos el por qué de su varia conducta, de seguro que contestará: «porque los admitidos eran operables y los desahuciados inoperables.» Veán ustedes ya aquí una distinción radical de condiciones.

Hagámosle otra pregunta:—¿Por qué trae á consulta estos dos enfermos? Me adelanto á contestar por él, seguro de que asentirá á la contestación:—Porque duda.

Y ahora añado:—¿De la operabilidad, ó de la curabilidad?

Es posible que el Profesor Castillo no se haya hecho *in mente* esta pregunta. Es evidente que ha dudado y ha dicho:—¡Bah, recurramos á más señores!

La duda científica lastima el cerebro; y lo lastima tanto, que naturalmente se huye de esa lastimadura penosa, apartando la atención del objeto, como apartamos la mano del ascua que la quema.

¿Es operable? ¿Es curable?

Materialmente operable casi todo tumor lo es. ¿Se asimila la carótida? Pues se liga y extirpa la carótida. ¿El octavo par, el recurrente? Pues se disecan con arte y con cuidado. ¿Se apropia la tráquea y la laringe? Pues se extirpan laringe y tráquea.

¿Qué cirujano actual no ha hecho algo de esto más ó menos veces? De modo que, en la duda del Profesor Castillo entra por mayor parte la otra duda: *¿Estos enfermos son curables por la operación?*

Plantear una cuestión es lo primero que se necesita para resolverla.

Ya planteada, parece indispensable proceder al análisis de las condiciones del uno y del otro enfermo.

Ambos ofrecen muchos puntos de unidad. Iguales edades, igual constitución física, igual color, igual raza, igual talla, semejante posición social.

Diferencias: que el uno sufrió hace meses una operación en el labio. Evidentemente, la extirpación de un pequeño epitelioma.

Que el segundo no ha sufrido operación ninguna ni tiene epitelioma en el labio, la lengua ni los carrillos.

Que el primero tiene su tumor en la región submaxilar. El segundo, en la parte superior de la cadena glandular del lado derecho del cuello.

Que en el primero el tumor es como un huevo y tiene de fecha poco después de operado.

Que el tumor del segundo es mucho mayor, una naranja ordinaria, y tiene la mitad de fecha de advertido.

Ahora, con estos datos, discurremos sobre el primer enfermo y dejemos el segundo para después.

Partimos de la base de un diagnóstico nominativo cierto: esto es, que esos tumores son cancerosos. No es, por tanto, del diagnóstico de lo que hemos de ocuparnos, sino de la terapéutica quirúrgica ó paliativa.

Hay, pues, que analizar y examinar las circunstancias que hacen dudar á los Profesores del Dispensario, y por las que yo, con harto sentimiento, declaro la incurabilidad por la operación.

Enfermo primero: infarto canceroso secundario de los ganglios submaxilares.

¿Saben ustedes cuál es la conducta que se observa en el Instituto hace años en los casos de epitelioma de los labios? Se extirpan generalmente si son indurantes ó de marco. Se raspan y se cauterizan con el cloruro de zinc si son excrescentes, puramente costrosos ó rupiáceos.

Se extirpan las glándulas si se notan algo infartadas. Se dejan sin tocar en el primer acto; se observan algunos días después, cuando hay dudas; y si comparadas con las congéneres se percibe diferencia de volumen, de tactación ó dolorimiento, se extirpan en una segunda operación.

Parece, pues, que nuestra conducta con el enfermo que acabamos de ver es contradictoria con la práctica de este mismo Instituto. El paciente tuvo un epitelioma labial: lo extirparon. Poco tiempo después apareció el infarto glandular. Hoy es evidente. Tiene la magnitud de un huevo de gallina. ¿Por qué no se extirpa sin perder momento? ¡Ah, señores! Pues no se extirpa porque evidentemente llegamos tarde. Habréis observado que el tumor está fijo, enclavado en una región que ha perdido su consistencia normal y propia. Que la piel no es deslizable sobre la fascia subyacente; que dicha piel está túrgida, no es blanda ni fácilmente pellizcable, cual sucede normalmente en la región submaxilar. Estos caracteres declaran que el tumor, aunque del tamaño aparente de un huevo

de gallina, no reduce la neoplasia á su territorio intraglandular. Declara una de las circunstancias de que hablábamos antes, y que dan la clave explicativa de la variación en los resultados. Este tumor, aunque para ojos poco expertos parece limitado á los ganglios, es verdaderamente difuso; y la difusión es de la peor clase.

Oídme en confesión. Apenas comenzada mi carrera, me sucedió lo que á los cómicos aficionados, que sólo se contentan empezando á representar dramas y tragedias. Caí en la misma debilidad. El cáncer absorbió todas mis potencias. Estudiarlo, desentrañarlo, averiguar sus misterios, fue mi pesadilla. Llegué á cargar mi pobre entendimiento con tanto peso, que sentí la necesidad de descargarlo; y por espacio de algunos meses hice gemir la prensa de *El Siglo Médico* con artículos tras artículos. Las cosas que dije no las puedo recordar. Estoy seguro de que diría muchos disparates. La ciencia ha caminado velozmente desde entonces. Recuerdo, sí, que por aquella fecha sostenía que el cáncer era una enfermedad autógena, algo así como una infección crónica parecida á la uremia y relacionada con cierta regresión atávica de los epitelios, que cuando perdían los especializados para la función genética sus propiedades de reproducir la especie, la repartían aberradamente en la repululación morbosa de los epitelios generales. Y véase cómo nunca falta una teoría para salir de los apuros. De todas suertes, aquellos artículos gustaron á los lectores. Estaban inspirados en observaciones personales, mejor ó peor interpretadas. En esto, me encontré cortado por los trabajos de Virchow. Nada sabía de histología, fuera de lo que podía leer; hice punto redondo y me eché á estudiar histología.

Una vez que pude ver con el microscopio reanudé la tarea, pero silenciosamente. Adapté la teoría celular al fondo de lo que había discurrecido, y así iba echando remiendos con lo que otros investigadores iban adelantando.

Llegando á ocupar un asiento en la Academia, reincidí en la manía, presentando una clasificación clínica de tumores.

Entonces mi compañero y sincero amigo el Dr. Ortega Cañamero me dijo: «¿Por qué ocupa usted su tiempo y su inteligencia en una enfermedad incurable? En otras cosas podrá conseguir más resultados.»

Vi que tenía razón y dejé la manía en cuanto me ha sido posible, aunque no por eso he cesado de estudiar estos enfermos con la mayor atención.

Poco ó nada he podido adelantar respecto al objeto final de su terapéutica, pero algo he podido ver que no lo ví escrito: como la existencia de las letáldes ó erupciones cancerosas, por ejemplo.

Ahora toca que diga por qué considero la difusión del tumor sub-

maxilar del primer enfermo como de lo peor, más grave y de más mala clase.

Observando en serie muchos enfermos cancerosos (no uno solo sino muchos), esto es, recordando con ahínco y comparando las variantes de las reproducciones en los unos y los otros, se advierte que, en el mayor número de casos, afectada la glándula ó glándulas de la región correspondiente, no se presenta la difusión hasta que la glándula rompe la cápsula. Entre tanto, el proceso parece limitado á su interior; las partes ambientes no ofrecen cambios perceptibles; si acaso la zona inmediata parece como algo reforzada en la superficie de contacto glandular. Así la glándula sigue creciendo más ó menos lentamente, hasta que se apropia la piel y los tejidos circundantes, en cuyo momento empiezan los dolores atroces, y las lanzadas, que antes eran tardías y soportables, se hacen insufribles. Ya traspasada la cápsula fibrosa por el cáncer, la difusión se hace tremenda de día en día, la ulceración externa sobreviene rápidamente y el enfermo nos ofrece ese terrorífico y lastimoso espectáculo que parte el corazón. Tal es lo que pasa en las difusiones comunes.

Pero hay otro tipo de difusión en que, siguiendo el proceso intraglandular la misma marcha, se acompaña de otro proceso extraglandular independiente y muy anterior á la rotura de la cápsula. Y ese es el tipo del enfermo primero que habeis examinado.

Que se llene un saco de víboras, que éstas procrean, rompan el saco y se esparzan por la habitación, se comprende muy bien; pero que sin romper el saco, sin dar libertad á su contenido, veamos víboras en la habitación, no se explica, como no hayan entrado por debajo de la puerta.

¿Por dónde ha venido esa difusión que no viene de la glándula? ¿Por filtración á través de la cápsula? Me parece que no. La crónica y la observación en serie, no abona ese supuesto. El que en cambio abona, es el de una inoculación operatoria.

Si, con seguridad. Por lo que atentamente he visto y meditado, sin saberlo, inoculamos muchos gérmenes en los mismos actos operatorios.

Respecto á la tuberculosis, no cabe duda: el Profesor Martínez Angel y los demás de su Dispensario, han presenciado numerosos hechos que lo confirman y nos han dado cuenta de ellos.

Respecto al cáncer, no ignoro que la opinión general de los experimentadores es que no se inocula; pero también hay experimentadores que afirman haber conseguido alguna vez inocularlo. Bien sabéis que en asuntos de esta especie vale más un hecho positivo que ciento negativos; y que por otra parte, no es lo mismo inocular á un conejo de Indias con el producto canceroso de un humano, que

transportar el producto canceroso del hombre canceroso á otra parte de su propio organismo predispuerto y en las condiciones más abonadas para la recepción.

Sí, lo digo con firmeza: reinoculamos la finia con harta frecuencia; inoculamos con menos frecuencia el cáncer, pero lo reinoculamos desgraciadamente. Ved como me explico que en unas ocasiones operemos tumores cancerosos y se muera de viejo el operado; y por qué y cómo, otras veces se reproduzean prontamente.

Además, si en el enfermo procediéramos á extirparle la glándula, tened por cierto que antes de cicatrizar la herida sobrevendría la reproducción, porque haríamos la operación en pleno terreno infartado, esto es, sobre el mismo campo canceroso. Ved aquí otro de los motivos de las reproducciones inmediatas. El cirujano inexperto sólo percibe el tumor; no tiene adiestrados los sentidos ni suficientemente educados para advertir, sino cuando son muy culminantes, los caracteres de la difusión.

Los antiguos cirujanos se explicaban estos hechos impropriamente y á su manera. Llamaban cáncer (*cangrejo*) al cáncer, suponiéndole patas numerosas que llegaban y se infundían más allá.

Lógicamente se presentan á la razón dos modos cómo el cáncer se difunde de su foco primitivo, á saber: por la trayectoria interior de sus vasos linfáticos ó venosos (*patas del cangrejo imaginado*) y por las lagunas linfáticas. Cuando aparece el infarto limpio de zona exterior, la infección glandular ha venido por el vaso linfático. Cuando, sin haberse roto la cápsula, la región en que se asienta ofrece indicaciones de infarto, la difusión ha venido propagándose de la laguna en laguna, de espacio en espacio linfático; y este modo de difusión solamente se efectúa cuando se inocula el cáncer en el acto quirúrgico ó cuando, rota la cápsula, invade el germen morbozo el territorio próximo.

Por igual forma y ley, la difusión á distancia (por ejemplo, de la mama al hígado, etc.) se verifica por el sistema venoso; y en este punto no hay cuestión. Todos los patólogos convienen en que así se explican los casos de metastasis.

Nadie niega ni puede negar el valor de la experiencia. Pero la experiencia es más personal que colectiva. Bien lo advierte el proverbio que dice: *Nadie escarmienta en cabeza ajena*. Esa experiencia personal adquiere más valor si el individuo ha experimentado las cosas y las ha estudiado á través de los varios cristales por donde se han mirado en diversas épocas y tiempos.

Antes de Virchow reinaba en la materia la doctrina humorística, que éste sustituyó por la celular. Entonces se daba mucha importancia al *succo canceroso*. La estructura epitelica, el hecho de predominar sus células en los cánceres, hizo olvidar el *succo* y todo lo que

se rozase con humores ó líquidos. Se llegó á suponer que la deformación que en tamaño y figura ofrecían dichas células era un carácter específico, y que se había encontrado en ellas la causa y la clave del problema. Hubo un breve momento en que se creyó en la célula cancerosa: momento breve, porque los mismos histólogos tuvieron que corregir el error, demostrando que tales deformaciones celulares las ofrecía normalmente la naturaleza en otras partes sanas (en la vejiga de la orina, por ejemplo).

Los que, guiados por las diversas corrientes de esas opiniones, participamos un tiempo de ellas para tener después que desecharlas, somos como los vasos que han contenido diversos líquidos unos en pos de otros, vertiendo los primeros para sustituirlos por los últimos. Y así como en el vaso que tuvo aceite y luego vino y después leche queda algo pegado y algún sabor de una y otra cosa, así nos queda algo recogido en el fondo del pensamiento, mezclado y revuelto con otros residuos que constituyen eso á que se da el nombre de experiencia.

Y así como hemos visto que el concepto y la idea de *cangrejo*, aunque al parecer impropios y algo caricaturescos, contenían hechos fundados en exacta observación mal explicada, así el *succo* famoso y la célula cancerosa tienen bastante que estudiar y meditar para darlos al olvido por entero.

Por lo pronto, declaro que el *succo* canceroso es cosa tan real y cierta como la materia caseiforme en la tuberculosis. Diré más, es mucho más constante. La materia caseiforme es propia solamente del período de reblandecimiento, y existen tuberculosis indudables donde en ninguno de sus períodos se presenta la caseificación. Por el contrario, todo tejido canceroso, ya encefaloide y blando, ya escirrótico y duro, impregna el bisturí que lo corta con un humor lactiginoso; y si rozamos por la superficie neoplásica el filo ó el lomo de la cuchilla, se recoge en ella una cantidad bastante apreciable de la referida materia. El hecho no sólo es constante, sino particular á dichos neoplasmas. En los sarcomas sólo se recoge un líquido seroso más ó menos sanguinolento; en los lipomas, grasa; en los fibromas, nada; en los adenomas, alguna serosidad. El aspecto y caracteres de dicho *succo* es particular al mismo é inequívoco. Para la patogenia podrá no tener valor ó tener alguno, que eso ya lo examinaremos en otra ocasión; pero para el diagnóstico estructural, tiene, en mi concepto, tanto ó mayor valor que el examen microscópico de la pieza anatómica.

La disposición en que las células epiteliales se presentan en los cánceres, sin ser específica, es particular y exclusiva á dichos neoplasmas. Merece un estudio más detenido del que se le concede. Ya volveremos sobre este y el anterior asunto. Por ahora, basta con lo dicho.

No voto, pues, la operación del primer paciente, porque su cáncer está difuso. No se circunscribe á la glándula submaxilar. Toda la región está impregnada del agente morbosó, y el acto quirúrgico aceleraría los períodos trágicos á que este infeliz se encuentra condenado.

El tumor del segundo paciente es mucho mayor. La escena morbosa está circunscrita aún, al parecer, dentro de la glándula. No hay difusión.

Tumores mucho mayores del cuello, los operan ustedes casi diariamente. ¿Por qué no voto para éste la operación? Voy á decirlo.

Si recapacitamos un momento sobre la naturaleza de las glándulas, advertiremos que se dividen en dos grupos: 1.º, glándulas-órganos de funciones particulares; 2.º, glándulas linfáticas ó de función circulatoria general.

Todas las glándulas del primer grupo pueden ser *primitivamente* afectas de cáncer, empezando por la parótida y siguiendo la tiroides, mamas, páncreas, testes, ovario, etc.

Pero ninguna glándula de la red linfática padece de cáncer *primitivamente*; todas se afectan de él consecutivamente por la propagación de un foco canceroso de su territorio.

Estas dos proposiciones cerradas constituyen ley, ley alcanzada á costa de dolorosas experiencias.

Como á las leyes suele dárseles interpretaciones equivocadas, conviene precisar lo que se deja afirmado.

Las glándulas del primer orden, se afectan primitiva y pueden afectarse consecutivamente; las del segundo, sólo de un modo secundario. Así, en el cuello, por ejemplo, puede presentarse el cáncer, como primera manifestación, en la parótida (glándula-órgano particular de secreción salival); puede presentarse en las amígdalas. Suele ocurrir, si bien con menor frecuencia, en la submaxilar y sublingual, glándulas todas ellas, excepto las amígdalas, de secreción salival; pero salvando las amígdalas, tanto la parótida como la submaxilar, para una vez que sean primitivamente afectadas, las más veces lo son secundariamente. Quiere decir, que las glándulas de la primera clase pueden afectarse primitiva y secundariamente. No así las linfáticas, pues la observación constante declara que no se afectan de cáncer primitivamente, sino que el mal proviene en ellas de un foco neoplásico anteriormente determinado en otro punto de su territorio linfático.

Si esto es así, el tumor canceroso que el enfermo ofrece en los ganglios linfáticos de la parte superior, anterior y lateral de su cuello, ó no es canceroso, ó en este individuo existe ó ha existido un neoplasma canceroso, original, en otro punto del territorio linfático.

De que la adenopatía es cancerosa y no linfosarcomatosa ni es trumosa, ni á los Profesores d el Dispensario les ha asaltado la duda, ni á mí tampoco. No es este el momento oportuno para ocuparnos de la cuestión de diagnóstico diferencial; nos llevaría demasiado lejos, y tendríamos que abandonar el importante tema que ahora nos ocupa. Tened, siquiera sea por un momento, seguridad en el diagnóstico.

Suponiéndolo evidente, nos habremos de preguntar: ¿Y dónde está ó estuvo el foco primitivo determinante de esa adenia cancerosa? El enfermo no ha sufrido, cual su compañero, operación. ¿Dónde está, pues, el foco original?

Pues está en un punto que ha pasado oculto; y que ha pasado inadvertido para mí, hasta que la repetición de los fracasos movió fuertemente mi atención, hasta darse cuenta de los hechos.

Hace bastantes años padecía de vanidades quirúrgicas. Llevar á efecto la extirpación total de la parótida, reputada imposible por bien reputados y expertos cirujanos, me producía la ufania y el placer de la victoria, el goce de la dificultad vencida. Por iguales impulsos acometí los grandes tumores cancerosos del cuello, iguales y mayores que el presente, y si ví coronado el éxito mecánico-operatorio, el resultado terapéutico no correspondió á las esperanzas.

En ese batallar me ocurrió hacer un examen retrospectivo de los recuerdos de la práctica, apareciendo varios hechos de cierta significación:

1.º Que los epitelomas del labio inferior no operados, y bastantes operados, retoñaban en los ganglios submaxilares.

2.º Que los epitelomas de la lengua retoñaban en los ganglios sublinguales, siguiendo la infección por las lagunas linfáticas hasta englobar también la submaxilar.

3.º Que los epitelomas del centro y parte posterior de la cara interna de los carrillos hinchaban y afectaban el territorio del bucinador por dentro y fuera de la boca, ganando prontamente la cara externa de la región parotídea.

Quiere decir: que ocurrían fenómenos de difusión guardando un cierto orden tópic, relacionado con el punto canceroso primitivamente afecto. O lo que es igual, que ocurrían cosas parecidas á lo que sucede en las roturas uretrales del hombre: donde se ven estos ó los otros puntos infiltrados por la orina, según y conforme esté la rotura uretral en la porción peniana, en la del bulbo, etc.

Puesto bajo tal punto de vista, lo demás del problema resultaba fácil. Era lógico inducir que en las amígdalas ó por detrás del pilar posterior debiera estar el foco canceroso original en los casos de infartos de los ganglios linfáticos superolaterales del cuello.

Con esta idea, esperé á que se presentara algún paciente análogo al que acabais de ver. Sus amígdalas no estaban ulceradas. Pretendí reconocerlo con el espejo laríngeo y nada pude conseguir, ya porque el interesado abría mal la boca, ya porque los espejos laríngeos y faríngeos carecen de la oblicuidad conveniente para que coincida la luz reflejada en ellos con la parte lateral de la faringe.

Entonces renuncié á la percepción visual é introduje el dedo por detrás del pilar de la faringe, tactando en su parte lateral donde el pilar acaba, una superficie ulcerada, saliendo la punta de mi dedo manchada de sangre.

Desde entonces, en todos los casos análogos he procedido como habéis podido ver.

Introduzco el dedo por detrás del pilar del lado afecto, y en todos los casos, como en el presente, mi dedo ha salido manchado de sangre.

Esas ulceraciones ocultas son úlceras epiteliales más ó menos pequeñas, á veces en período de leucoplasias. Pasan inadvertidas para el enfermo. Como la pared de la faringe es tan delgada, como sus linfáticos distan tan poco de las glándulas, prontamente se infartan éstas: el dolor ó las molestias se refieren al infarto que se ve y toca; y al consultar á los Profesores, como no han podido conocer estas particularidades por los libros, en el infarto se fijan y á él, como yo me dirigía, se dirigen.

Creo bastante con lo dicho para que ustedes conozcan las razones en que se funda la no admisión del enfermo.

Algo más quisiera decir sobre el *succo* canceroso y la célula cancerosa. En ambos hay algo del consabido cangrejo. Será preciso dejarlo para otra ocasión.

En resumen: estos dos enfermos nos han enseñado:

- 1.º Que una cosa es la operabilidad y otra la curabilidad.
- 2.º Que no hay constancia ni inconstancia, ni es cosa de casualidad ni de ventura la reproducción ó no reproducción del cáncer, sino que corresponde á varias circunstancias lógicas, y muchas de ellas apreciables.
- 3.º Que el cáncer se propaga á las glándulas por sus conductos naturales.
- 4.º Que el cáncer invade los tejidos no glandulares por las lagunas linfáticas.
- 5.º Que solemos inocular el cáncer en los territorios periglandulares en el acto de la operación.
- 6.º Que la recidiva inmediata postoperatoria del cáncer depende de dicha inoculación unas veces, y otras de que separamos las partes dentro del área de difusión cancerosa.

7.º Que el cáncer primitivo no se presenta en los ganglios linfáticos.

8.º Que todo ganglio canceroso depende de la transmisión del agente morbozo de un punto ya ulcerado ó afecto de su territorio linfático.

9.º Que las glándulas no linfáticas pueden padecer primitivamente de cáncer y pueden padecerlo también secundariamente.

10. Que los grandes cánceres de las glándulas superolaterales del cuello tienen su origen en un epiteloma oculto detrás y al lado del pilar posterior de la faringe.

LAS GRANDES PERTURBACIONES TRAUMATICAS DEL CODO EN LOS NIÑOS

CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA EL 14 DE JUNIO DE 1900

POR ANTONIO MARTÍNEZ ANGEL,

Jefe del Dispensario de Osteo-artropatías del Instituto Rubio.

SEÑORES: Cuando las comunidades, ya fueran religiosas, ya religioso-militares, tenían que resolver algún punto litigioso y difícil, solían reunirse en Capítulo; y todos nosotros hemos leído ó llegado á saber por referencias verbales cuán importantes eran éstos para las Órdenes que los convocaban. Dichos Capítulos tenían algo de nuestros Parlamentos, por lo que á mí se me figura; pero sin la charla y garrulería que los caracterizan, y son causa las más de las veces de la esterilidad de éstos.

Una cosa así como los Capítulos de las Órdenes religiosas ó religioso-militares son nuestras Conferencias de los jueves, y gracias á ellas se aclaran muchos puntos oscuros de la patología y de la clínica quirúrgicas. Fiado en esto, traigo ante ustedes este problema, en mi concepto poco claro hasta la fecha, de la especialidad que cultivo, para que lo examinen, compulsen las ideas por mí expuestas con sus recuerdos y den su opinión.

El problema, yo lo denomino *Las grandes perturbaciones traumáticas del codo en los niños*. Voy, ante todo, á explicarles tan, al parecer, poco concreta denominación. No hay nada más necesario, y al mismo tiempo más perjudicial, que las clasificaciones en ciencias naturales; gracias á ellas podemos ordenar y, después de ordenadas, barajar en nuestro cerebro las mil y mil percepciones que la Naturaleza ofrece á nuestros sentidos, los millones de millones de objetos que á ellos llegan del mundo exterior: sistematizar y clasificar es conocer. Mas, por otra parte, cuando se exagera el valor de los medios taxonómicos; cuando nos empeñamos en la variedad di-

fusa y llena de *matices* que aquélla presenta, recortarlos para meter, quieras ó no quieras, cada objeto en *la casilla* que le corresponde ó que á nosotros se nos figura corresponderle, entonces son perjudiciales y más bien contribuyen á aumentar el error que á disiparlo.

En este caso nos hallamos respecto al asunto que voy á someter á vuestra consideración. Prescindiendo de la contusión y el trombus subsiguiente, los efectos inmediatos de un traumatismo sobre el codo son, ó la *fractura intra-articular*, ó el *arrancamiento epifisario*, ó la *luxación*. De acuerdo con esto, todos los autores establecen cuadros de diagnóstico diferencial, en que tan perfectamente se hallan deslindados estos tres modos traumáticos, y cuyo desconocimiento implica tal grado de ignorancia, que el estudiante de Patología quirúrgica á quien tocara este punto en el examen y no supiera describirlos de corrido y con puntos y comas, como se suele decir, se ganaría unas calabazas dignas de la huerta de Totana; y sin embargo, en lo que á la traumatología del codo en los niños se refiere, yo no he visto todavía ni un solo caso de *luxación simple*, sin *arrancamientos apofisarios ó epifisarios más ó menos extensos*. He aquí el origen de la denominación genérica y poco concreta, *perturbaciones traumáticas*, que empleo. Y dirán ustedes, ó lo pensarán al menos:—Pero, hombre, ¿y cosa de tanto bulto se les ha podido escapar á clínicos tan expertos como Malgaigne, Astley-Cooper, Hamilton, Granger, etc.?—No lo sé; pero lo cierto es que yo no lo he leído en ninguna parte, que si lo he averiguado ha sido por propia observación de mis sentidos, y que, mientras no los pierda, á su testimonio he de atenerme en primer término: ellos me han enseñado que *en pacientes menores de veinte años, es decir, antes de que las apófisis y epífisis formen un todo continuo óseo con las diáfisis*, no hay *luxaciones simples*. Unas veces son luxaciones posteriores del cúbito con arrancamiento de la apófisis coronoides; otras, luxaciones posteriores también del mismo hueso, con desprendimiento de dicha apófisis y de la epitroclea; otras, luxaciones hacia adentro de cúbito y radio, con arrancamiento de la porción troco-epitroclear del húmero; otras, luxaciones cubitales hacia adelante, con arrancamiento de la porción aún cartilaginosa del olécranon.

Por eso las he llamado *perturbaciones traumáticas*, porque son luxaciones, y son fracturas, y son arrancamientos epifiso-apofisarios, y lo son todo á la vez; y por eso doy esta Conferencia, porque este es un asunto desconocido ó descuidado de todos cuantos se han ocupado de patología infantil, habiéndome causado grande y desagradable sorpresa el ver que Tratados tan extensos y completos en lo que á otras materias se refiere, como lo es el de Comby y Marfan sobre las enfermedades de la infancia, no digan una palabra acerca

de ello. Y no vayan ustedes á creer que el distingo es baladí; no vayan á pensar que el darles un nombre ó darles otro, que sean simples luxaciones ó luxaciones-fracturas, importa poco, no; pues en ello van implícitamente comprendidos graves problemas de pronóstico, y sobre todo de tratamiento, como luego verán si tienen paciencia para seguir prestándome atención.

Un niño sufre una caída, y recibe el golpe sobre la mano unas veces, sobre el antebrazo otras; grita y llora, y cuando acuden las personas de la familia en su auxilio, notan que no tiene el codo del miembro traumatizado igual al otro; rápidamente se hincha la articulación, y la criatura tiene la extremidad péndula y sin movimiento. Cuando el médico llega, por lo general, ya es difícil palpar las extremidades de los huesos, tanta es la tumoración producida por el derrame articular y peri-articular; sin embargo de lo cual, este tacto borroso y confuso *le basta*, en la generalidad de los casos, para diagnosticar, ya una luxación, ya una fractura intra-articular.

Si diagnostica lo primero, hace un pronóstico muy favorable; reduce la luxación, lo cual suele conseguirse con bastante facilidad, pone el apósito, y se quedan tan tranquilos y satisfechos, el médico de su ojo clínico, y la familia esperando ver al niño mover, como si tal cosa hubiese pasado, el brazo á los quince días. A los pocos de colocado el apósito, levanta éste, si el cirujano es de los de la nueva y racional escuela, para hacer movimientos pasivos, y nota con sorpresa y desagrado que la dislocación se le reproduce; entonces duda, vacila, atribuye el fracaso á haber levantado el apósito demasiado pronto; vuelve á hacer la reducción, y mantiene éste más tiempo aplicado; vuelta á levantarlo, y vuelta á luxarse ó subluxarse el codo. Entonces, por lo general, se declara ó le declaran vencido; pide ó le imponen consultar con otro ú otros compañeros. *Naturalmente*, éstos, si él dijo que se trataba de una luxación, ellos dicen que es fractura intra-articular; su crédito queda por los suelos, y el enfermito..... si Dios no lo remedia, se queda manco. Porque entonces empieza el tratamiento de la dicha fractura, que consiste en reducir los fragmentos ó hacer que se reducen, poner un apósito ó aparato inamovible, tenerlo aplicado durante quince ó veinte días, y..... cuando lo levantan, la reducción está mantenida, el codo está muy bonito, *pero se halla anquilosado y no funciona*.

Dirán ustedes, intrigados por el cuento,—que no lo es, sino una historia de las más verídicas y que se realiza todos los días:—¿Qué ocurre, pues, en los codos de los niños? ¿Qué conducta cabe seguir, si el mover la articulación pronto es malo, y el dejarla quieta durante mucho tiempo lo es también?

Lo que pasa es que en las criaturas no hay luxación de palancas huesosas con desplazamiento total de éstas, como sucede en el

adulto; lo que pasa es que al sufrir el impulso excéntrico que ha de dislocarlas, *jamás se rompen los ligamentos como en éste*, y los que se rompen son los puntos de atadura apofisaria; si asoma el extremo de un hueso por un ojal fraguado en la cápsula fibrosa, es dejándose pegado al otro su epífisis cartilaginosa y fácilmente arrancable. ¿No han observado ustedes en las intervenciones quirúrgicas articulares en los niños cuán fácil es dejarse pegadas en el fondo de la herida y desgarradas las epífisis, si al hacer las tracciones con la pinza, mal llamada de secuestros, no se han cortado precisamente todos los medios de unión ligamentosa, aunque el hueso esté sano? ¿Y esto qué les indica? Que en las criaturas el ligamento resiste más á las tracciones que las sínfisis diáfiso-epifisaria y diáfiso-apofisaria, que son más endebles éstas que aquél, y que en este caso las partes se quiebran como en todos, como se quiebra la sogá, según el dicho vulgar, por lo más delgado. Si el cùbito se disloca hacia adelante, rómpese el vértice del olécranon, en virtud de la resistencia que opone al avance de éste el triceps; eso por lo menos, que algunas veces se lleva por delante la tróclea también; si se disloca hacia atrás, arráncase entonces la apófisis coronóides por el mismo mecanismo que en el caso anterior hiciéralo el olécranon, sino que en éste es el músculo braquial anterior el causante. Si los huesos del antebrazo sufren las dislocaciones interna ó externa, enganchan y arrastran tras de sí en la violencia la tróclea ó el cóndilo, ó los dos puntos epifisarios á la vez, no soldados, ni entre sí ni á la diáfisis, hasta la edad de diez y seis ó diez y siete años; y el ligamento externo en el primer caso y el interno en el segundo no se rompen ó arrancan, como sucede en las luxaciones del adulto, sino que desprenden el epicóndilo ó la epitróclea. En las dislocaciones de codo en los niños, ya lo he dicho antes, no es un ojal que se abre en la cápsula fibrosa, por donde se asoman *íntegras* la extremidad ó extremidades del hueso ó huesos desplazadas, en cuyo caso basta, empleando manipulaciones más ó menos hábiles, buscar aquél y por él mismo reintegrar los huesos á su antigua posición—*posición en la cual se mantienen, una vez reducidos, mientras el ligamento ó ligamentos se reponen, gracias á la yuxtaposición de partes, al engranaje respectivo de los entrantes con los salientes en las superficies epifisarias del codo cuando están normales, y no arrancados y dislocados*;—no, en los niños, rotas las superficies articulares en totalidad ó en parte, este engranaje, este acople, es imposible de mantener, y en cuanto falta la contención del apósito cada cosa va por su lado. Agréguese á esto el que, siendo como son los puntos apofisarios, coronóides, olécranon, tróclea y epitróclea, al mismo tiempo que puntos de atadura ligamentosa, de inserción muscular; una vez libres, quedan á merced de la retractilidad de los

primeros ó de la acción tónica de los segundos, contribuyendo esto poderosamente á su dislocación y á la imposibilidad que hay para retenerlos en su puesto. Si lo que se arrancó fue parte ó toda la apófisis coronóides, el triceps queda sin uno de sus más poderosos antagonistas, y en cuanto empieza á actuar, y sin actuar motrizmente, con su simple acción tónica, se lleva al cúbito hacia atrás: lo propio ocurre, pero en sentido inverso, cuando se arranca la apófisis olécranon, y lo mismo sucede en los arrancamientos epitrocleares y epicondíleos, quedando estas apófisis ó sus fragmentos á merced de la acción de los ligamentos que en ellas se insertan unas veces; otras, que son las más, á merced del pronador redondo, palmares mayor y menor, cubital anterior, flexor superficial de los dedos y anóneo en el primer caso; y á la del extensor común de los dedos, cubital posterior, segundo radial y supinador corto, en el segundo.

Esto en cuanto á las acciones que pudieran llamarse vivas y secundarias; pues hay otra muy poderosa primitiva inmediata y que pudiera llamarse muerta, cual es la acción de gatillo ó forceps de la mortaja cubital, que suele con mucha frecuencia arrancar y arrastrar consigo la tróclea: porción epifisaria, como todos sabemos, mucho más retrasada en su evolución osificativa que el cóndilo y más endeble, por consiguiente, que éste—sobre todo, esto ocurre en las luxaciones anteriores del cúbito—colocándola en la flexura del codo y dejándosela allí cuando se hace la reducción del hueso.

Voy á suponer que el cirujano es tan hábil, que consigue reponer los pequeños fragmentos cartilaginosos—pues no se trata en estos casos de arrancamientos epifisarios ni apofisarios en totalidad como en las lesiones de codo que llevan este nombre, ni de verdaderos fragmentos huesosos como en *las fracturas intra-articulares de los adultos*, sino de *pequeñas briznas de cartilago*; y que es capaz de colocar un apósito tan diestramente dispuesto, que los mantenga en su lugar anatómico y fisiológico. Si preocupado, como debe preocuparse, de la función ante todo, acude pronto á imprimir movimientos pasivos al antebrazo, *reaparece acto continuo la luxación*; si no lo hace y mantiene el apósito durante tres ó cuatro semanas aplicado, vean ustedes lo que sucede. En cuanto una articulación se inflama—excuso decirles que esto ocurre inmediatamente después de un traumatismo, no digo capaz de luxar sus partes, sino de otros mucho más leves—pierden el líquido segregado por la sinovial todas sus condiciones normales, entre ellas la de ser un líquido eminentemente antiplástico, *de simplemente adhesivo se transforma en plástico y organizable*; los cartilagos de incrustación dejan de estar untuosos y suaves y toman la forma aterciopelada. Si en estas condiciones dejamos inmovilizada mucho tiempo (este mucho es naturalmente relativo, tres ó cuatro semanas bastan) la ar-

ticulación, créanse bridas pseudofibrosas al principio, fibrosas de hecho después, que van de una superficie articular á otra, de un punto de la sinovial á otro, las cuales, al intentar los movimientos, hacen que éstos sean imposibles ó extraordinariamente difíciles. Es decir, que el cirujano en cuestión dejará el codo de la criatura como dejó el artifice del cuento el órgano de marras, muy bonito pero con un *pequeño defecto*: que no sonaba. En cambio, si pronto (á los seis ú ocho días), en cuanto los primeros fenómenos inflamatorios de exudación han pasado, empieza á hacer el *massage* articular, á fin de reabsorber los exudados é imprimir movimientos pasivos que eviten los efectos de plasticidad de los que queden, la *articulación se deformará de nuevo*: para aquellos que buscan el ideal de reducción á *outrance* no habrá hecho nada ó habrá hecho un disparate, *pero el codo se moverá y será útil*.

En mi concepto, y lo que de mi experiencia he podido deducir, es que *la reducción é inmovilización*, hasta consolidar la unión de las partes arrancadas, con la diáfisis, en las grandes perturbaciones traumáticas del codo en los niños, es una malísima práctica. Eso en el supuesto nada probable, mejor dicho, casi imposible, de que pueda obtenerse la reducción y de que haya apósito capaz de mantener inmovilizados fragmentos tan sumamente pequeños, que no ofrecen punto de apoyo para la sujeción.

Habrà de ustedes alguien que piense no ha de quedar fuerza motora á aquellos músculos cuyos puntos de atadura se hayan arrancado. ¿Qué acción tendrá el triceps humeral, dirán éstos, si en su acción tónica llevóse la punta del olécranon arriba, qué el braquial anterior si hizo lo propio con la apofisis coronoides, y así de los demás músculos? Pues las que les queda á todos los músculos tenotomizados. ¿Qué más da, para los efectos motores subsiguientes, que la solución de continuidad se haya verificado en pleno tendón ó en su punto de atadura? La reposición á distancia, merced al tejido inodular igualmente se hace; y lo que resulta en uno y otro caso es un músculo con un brazo de palanca, funicular, más largo, y por consiguiente que tiene que adquirir una mayor energía contractil y tónica si ha de dar el mismo rendimiento de fuerza que anteriormente daba.

Los signos de arrancamiento parcial epifisario ó apofisario en la luxación de codo de los niños hasta el descubrimiento de la radioscopia y radiografía, eran pura y exclusivamente racionales; los daba la razón diciéndonos que, en el estado infantil de las articulaciones, los ligamentos no son lo más frágil que hay en ellos, pues lo más frágil son los puntos aún cartilaginosos de sus ataduras, son las epifisis en vías de formación ósea, con sus nódulos de osificación aún rudimentarios. El tacto nada decía ni nada dice, porque los fragmentos

son muy pequeños para poderse palpar al través del tejido célula-adiposo, por lo común abundante en los niños, y en especial alrededor de las articulaciones en donde forman esos rodetes tan característicos; y sobre todo, al través de los exudados, que inmediatamente después del traumatismo se fraguan y tanto deforman y abalonan las articulaciones. La crepitación es inútil buscarla: en primer término, porque siendo porciones de cartílago arrancadas de otras porciones cartilaginosas ó semi-cartilaginosas, el ruido de frote característico es imposible, ó por lo menos muy problemático el percibirlo; y en segundo término, porque arrastrados los fragmentos fuera del campo articular, no frotan con otras superficies duras ó semiduras, sino contra superficies blandas. En la actualidad, con el poderoso medio diagnóstico de la radiografía ó el de la radioscopía, la inspección ocular de las partes profundas es factible, y por consiguiente aquel es *relativamente fácil*; y digo relativamente, porque una radiografía puede conducir al error y al absurdo, tanto ó más que la palpación y la visión externa. Para diagnosticar bien radiográficamente, se necesita: primero *saber ver*, es decir, tener presente ante los ojos ó presente en el cerebro, por medio de la memoria, cómo están dispuestas las articulaciones normales en individuos de igual edad á la del paciente; segundo, *estar muy acostumbrado á ver radiografías de regiones normales*, porque la imagen radiográfica, y lo mismo la radioscópica, siendo una proyección en un plano de un objeto con tres dimensiones y sin claro-oscuro, es de interpretación muy difícil (esta dificultad se remedia en parte, hoy día, con las radiografías estereoscópicas); y tercero que la radiografía esté bien hecha, y no me refiero, al decir que esté bien hecha, tan sólo á los procedimientos electro-fotográficos, sino también, y principalmente, al modo de incidencia de los rayos Roentgen. Como lo que se obtiene por este medio de observación no es, al fin y á la postre, otra cosa que la *fotografía de una sombra*, para conseguir ésta con la mayor claridad y mayor exactitud representativa del objeto, es necesario que los rayos caigan sobre el objeto perpendicularmente, y que la placa de recepción de dicha sombra, así como el objeto y la ampolla luminosa, estén entre sí lo más próximos posible; pues sabido hasta la saciedad es de todos ustedes, que las sombras se modifican perdiendo en claridad y alterando sus dimensiones y hasta su forma, conforme se modifiquen las distancias y el paralelismo de sus ejes entre la placa, el foco luminoso y el objeto. No entro en detalles acerca de esto, porque fácil les será á ustedes comprobar estos extremos con sólo dedicar algún rato perdido á hacer sombras chinescas.

Veán ustedes estas cuatro radiografías (figuras 1.^a, 2.^a, 3.^a, 4.^a); están tomadas habilísimamente por nuestro compañero Dr. Buisen,

de un muchacho de unos nueve años de edad, que sufrió una caída, hará uno, sobre el codo izquierdo. Diagnosticada la lesión, por varios profesores de la localidad donde el paciente reside, de luxación anterior del cúbito, hicieronle la reducción, ocurriendo lo que antes he referido que ocurre en estos casos. Excuso decirles que, en vista del fracaso, atribuido por la familia á impericia de los compañeros, trajeron al muchacho á Madrid, y aquí se hizo, por profesores de indiscutible competencia quirúrgica, cuanto había que hacer; no obstante lo cual, el resultado no pudo ser más lamentable, como puede verse por el siguiente estado actual. El antebrazo se halla anquilosado en flexión, ó á lo menos inmodificable en su actitud sin gran violencia, formando un ángulo de unos 80 grados con el brazo; y la articulación se aprecia deformada al hacer una visión y una palpación comparativas con el lado sano, sobre todo por la parte posterior en donde se nota la ausencia del saliente olecraneano.

Voy á examinar analíticamente ante ustedes las radiografías. La figura 1.^a representa el codo enfermo (izquierdo), habiendo colocado la placa sensible contra la cara antero-interna; la figura 2.^a representa el codo sano (derecho), teniendo la placa sensible, como en el caso anterior, aplicada á la cara antero-interna; la figura 3.^a es también el codo enfermo, como en la figura 1.^a, pero con la placa situada en su cara postero-externa; y por último, la figura 4.^a representa al codo sano proyectado en la misma disposición que en la figura 3.^a lo está el deforme. He de advertir, antes de pasar al análisis comparativo, que en las figuras 2.^a y 4.^a, que representan la articulación normal—y me fijo en éstas, porque ellas han de servir de referencia al hacer dicho análisis—las porciones más obscuras son el hueso completamente formado, el espacio transparente, ó mejor dicho, de gran traslucidez de la articulación, lo forman los cartílagos de revestimiento, los cuales dejan pasar los rayos X como los dejan pasar las partes blandas, á causa de la absoluta carencia de sales minerales: igual fenómeno se observa, é igual motivo reconoce, en las apófisis coronoides y olécranon, sobre todo esta última, la cual se ve incompleta y parece que ha sido reseca. El punto *a* (figuras 2.^a y 4.^a) es la tróclea en principio de osificación y en un período menos avanzado de ella, como todos sabemos por la ontogénesis humana, que el cóndilo *a* (figura 4.^a).

Comparen ustedes ahora las radiografías que representan partes semejantes de ambos codos, figuras 1.^a con 2.^a, figuras 3.^a con 4.^a, y verán que en la 1.^a (codo patológico) el cúbito está resbalado en su porción articular hacia adelante, hasta el punto de cubrir casi por completo la cúpula del radio; el espacio cartilaginoso articular, (porción traslúcida de la figura 2.^a), *ha desaparecido*, y están en contacto íntimo el hueso propiamente tal del húmero con el del cúbito;

así que el vértice del olécranon y aquél parecen un todo continuo. Esto es debido á que, en el movimiento de avance brusco del cúbito, *arrastró hacia adelante todas aquellas partes, como los cartílagos de incrustación y porciones epifisarias, débilmente consolidadas y aún más débilmente unidas al hueso subyacente*; lo demuestra la presencia del nódulo en principio de osificación *b* (fig. 1.^a) en la flexura de la articulación, el cual nódulo no es otra cosa que la *tróclea a* (fig. 2.^a) dislocada. Comparando las figuras 3.^a y 4.^a, se ve mejor la *debacle* articular: las redondeces de la polea humeral han desaparecido, el cóndilo *a'* (fig. 4.^a) está desgarrado en la figura 3.^a; y la tróclea, aun cuando no tan claramente como en la figura 1.^a, se ve, sin embargo, dislocada hacia la flexura, en el punto *c*. El espolón piramidal *d* es un resto, también desgarrado, de la apófisis epitrocLEAR. Creo innecesario hacerles notar que en la figura 3.^a aparece tan distinto ó más que en la figura 1.^a el desplazamiento anterior del cúbito, causa de todos estos desperfectos de la articulación.

Podrán ustedes creer que estas radiografías que he presentado son de un caso insólito, no común; podrá alguno de ustedes calificarlo de fractura *intra-articular*. Si lo segundo, les diré que no estando unidas aún en los niños las diversas partes que forman las extremidades articulares, no puede haber fractura de éstas; no se puede romper lo que no es un todo continuo. Si lo primero, yo les ruego que en todo caso de luxación de codo en sujetos menores de veinte años, por sencillo que les parezca, se tomen la molestia de hacer radiografiar, como en este caso, las dos articulaciones, la sana y la enferma, y que hagan el estudio comparativo entre ambas, y en todas verán estos destrozos, ú otros análogos, en el territorio epifisario; claro está que si se trata de un niño muy pequeño, en el cual los puntos de osificación epifisarios y apofisarios no han aparecido aún, sus sombras radiográficas no aparecerán en la placa y sucederá lo que sucede aquí con el vértice del olécranon, el cual, arrancado como está en el codo izquierdo, no se ve dónde pára, como no se ve en su sitio anatómico y fisiológico en el derecho. Si yo no hago aquí esto que les recomiendo, y no les presento una serie de veinte ó treinta casos lo menos, que muy bien pudiera, es por no cansar vuestra atención y no seguir la moda actual en esta clase de trabajos médico-quirúrgicos, que los convierte en una especie de proceso judicial con toda su interminable cohorte de pruebas testificales en forma de casos clínicos; como esto á mí me carga sobremanera, cumplo el precepto cristiano de no hacer ni desear al prójimo aquello que no hagas ni desees para ti.

Ahora diré á ustedes cuál es la conducta que sigo con las perturbaciones traumáticas del codo en los niños. Cabe seguir dos caminos, según se trate de una articulación recién traumatizada ó de

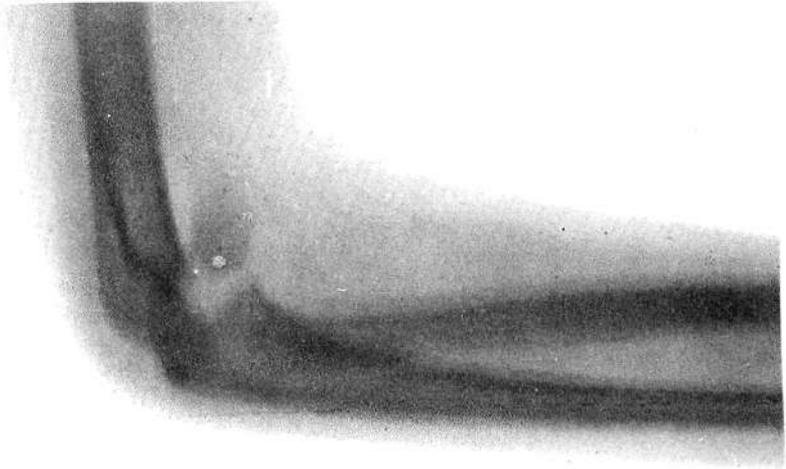


FIGURA 1.*



FIGURA 2.*

© Espasa Calpe, S.A. - Madrid - España

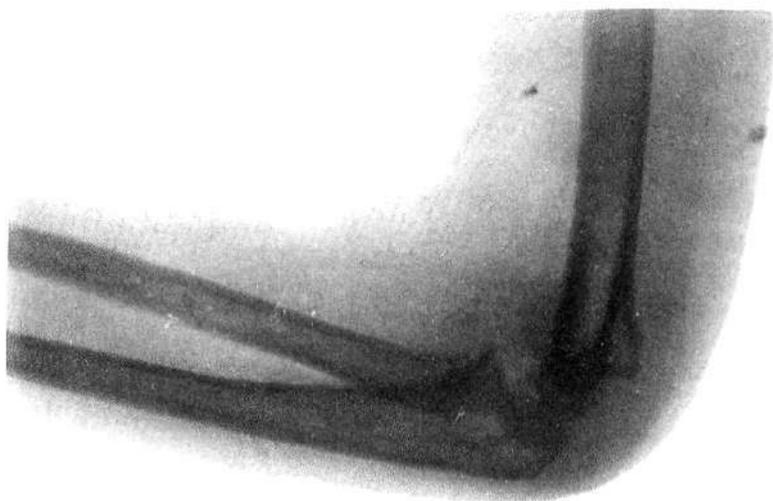


FIGURA 3.^a

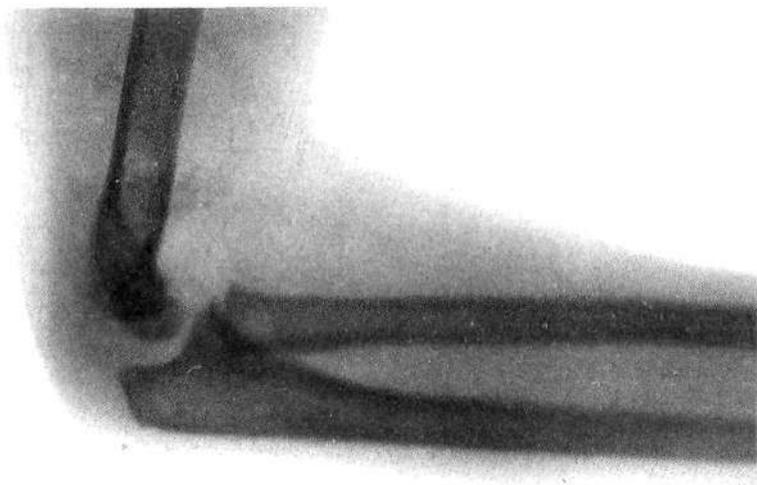


FIGURA 4.^a

© Fig. de Barcia y Bosch (1934)

una que lo fue hace tiempo. En el primer caso, la inmovilizo después de hacer una *reducción suave y sin violencia*: más bien que reducción, una aproximación de las partes á la normalidad, lo cual se consigue siempre fácilmente, y coloco el codo *en flexión*. No acierto á comprender qué idea se llevan al poner el miembro torácico extendido los que recomiendan y siguen esta conducta, pues si por cualquier contingencia sobreviene la anquilosis, un brazo en extensión es un brazo completamente inútil; mientras que en flexión, y con la superamplitud de movimientos que la gimnasia y el instinto de las criaturas hacen adquirir á las articulaciones del hombro y de la muñeca, puede llegar á ser un órgano apto para los usos de la vida en general, á pesar de la anquilosis del codo.

El objeto que me lleva al inmovilizar éste, no es el de obtener una consolidación de partes, sino el de dejarlo en reposo mientras pasa el estado inflamatorio agudo; por lo cual, y para evitar las adherencias, empiezo á hacer el *massage* articular á los seis ó siete días lo más tarde, así como los movimientos pasivos de flexión y extensión, pronación y supinación del antebrazo, colocando mi mano izquierda con su cara palmar vuelta hacia arriba, abarcando el codo por la cara posterior, y el pulgar apoyado en la misma polea humeral ó en sus rectos, y mi mano derecha, que es la encargada de imprimir los movimientos, sujetando en forma de pulsera prieta, la articulación cúbito-radio-carpiana. Estos movimientos han de hacerse todo lo más amplios posible, aunque sin violencia ni sacudidas: nada de tirones bruscos, sino empleando una fuerza gradualmente intensa y sostenida.

Si en la primera sesión, la cual no debe pasar de diez minutos de duración—reservando el hacerlas más largas para la quinta ó sexta, cuando se haya visto que no hay susceptibilidad inflamatoria—no obtengo toda la amplitud de movimientos fisiológicos, aunque con violencia, á la séptima ú octava es indudable que lo consigo; y es indudable también que *el resultado mediato es perfecto*, sin más que cuidar de hacer el *massage* de la articulación y de aquellos músculos que por habérseles arrancado sus puntos de atadura quedan, como dije antes, en la condición de un músculo tenotomizado; y sobre todo no descuidar un solo día los movimientos pasivos amplos y *sin contemplaciones ni mimos*, movimientos pasivos que no interrumpo aun cuando ya el niño disponga de cierta amplitud y libertad en ellos para hacerlos activos.

En este período, lo que hago es sostener éstos por medio de la gimnasia activa, poniendo á contribución todo el ingenio para hacer que ésta sea distraída y la criatura solicite el hacerla; y amplío cada vez más aquéllos por la fuerza, pues de otra manera se estanca el tratamiento, una vez que el paciente puede valerse

de su bracito para sus juegos. Pedir que un niño haga espontáneamente movimientos que le son dolorosos, sin más estímulo para su infantil y rudimentario modo de enjuiciar que la utilidad que pueden reportarle el día de mañana, es no conocer su naturaleza y es pedir peras al olmo.

Esto es lo que hago, sin fijarme ni parar mientes en si el olécranon está aquí ó allá, en si la epitroclea está más arriba ó más abajo: *sino proponiéndome hacer un órgano nuevo como los hace la Naturaleza por medio de su función.*

En el segundo caso, cuando errores en la práctica quirúrgica, que desidias y meticulosidades por parte de la familia han hecho que sobrevenga, la anquilosis más ó menos completa, y digo completa en el sentido de fijación máxima de las partes, no en el de soldadura ósea,—fenómeno que en los muchos casos que llevo tratados de esta especie no he tenido lugar de observar, permitiéndome dudar de su existencia por esta razón de experiencia y por la de que, no habiendo llegado el trabajo fisiológico de formación huesosa á las epífisis sino muy incompleta ó imperfectamente en los niños, mal puede haber sales fosfatadas y calcáreas para pegar unas á otras las palancas óseas.—Decía que una vez el codo anquilosado, procedo del modo siguiente: anestesia con cloroformo hasta relajación al enfermito, y lo anestesia con un doble objeto: el de evitar el dolor y el de restar uno de los factores más importantes de fijación articular, cual es el tono y la contractilidad musculares exacerbados por aquél. Una vez dormido hasta relajación, rompo todas las adherencias que se opongan á los movimientos de flexión máxima, extensión máxima, pronación y supinación, los cuales ejecuto á la fuerza durante el acto quirúrgico, sin que me preocupe si con alguna de ellas *le arranco* algún punto huesoso; *de lo único que me ocupo es de obtener todos, absolutamente todos los movimientos del antebrazo sobre el brazo.* De lo único que me cuidó también mucho (cogiendo muy por bajo y en la forma que indiqué anteriormente, con la mano izquierda, la extremidad inferior del húmero) es de no producir el desprendimiento total de su epífisis ó su fractura á nivel de la línea supraepifisaria: cosa muy fácil en los niños, y de graves consecuencias para el porvenir funcional del miembro.

Fijo luego, con un vendaje escayolado, el codo en ángulo recto, ó mejor un poco agudo; no demasiado, por ser ésta una posición muy dolorosa y sobre todo muy comprometedora del riego arterial del antebrazo y mano. Todos ustedes saben que el acodamiento de las arterias dificulta el paso de la sangre cuando es muy acentuado; como en el caso anterior mantengo durante poco tiempo la inmovilidad, y por medio de la gimnasia pasiva me dedico á hacer una neo-artrosis.

Trabajo es éste largo, doloroso para el paciente y que exige una gran paciencia por la parte del médico, y una gran constancia y fuerza de voluntad por la de la familia, para ver sufrir al enfermito sin esas protestas y desconfianzas que originan los tratamientos largos, molestos y de resultado, si seguro, poco visible, por lo lentamente que se manifiesta. Sin embargo, siempre que he tenido que habérmelas con una familia ilustrada, constante y de fuerza de voluntad, he conseguido resultados asombrosos por la perfección, amplitud y soltura de los movimientos.

Dicha gimnasia pasiva ha de ser enérgica, pero no brusca; conviene no confundir un adjetivo con el otro. —Esto de la energía en los movimientos es un punto acerca del cual no me cansaré de insistir, porque casi todo el mal resultado que obtienen los médicos con este tratamiento, lo mismo en las luxaciones infantiles del codo que en las demás lesiones análogas en las cuales se hace preciso el tratamiento en cuestión, es debido á la timidez con que ejecutan dichos movimientos; y todo el resultado brillante, brillantísimo (preciso es confesarlo aunque con rubor) que suelen obtener los curanderos, algebristas y *rabuteurs* (claro es que, á la vuelta de alguna que otra barbaridad) es debido á la desaprensión, á la osadía ignorante de éstos, que los permiten ejecutar aquéllos sin miedos anatómicos, ni fisiológicos, ni hasta sociales. Yo les recomiendo á ustedes en estos casos, un poco menos ciencia y un poco más de sentido común, y que se acuerden del artificio del órgano de iglesia.

Hay que hacer una articulación nueva; y hay que hacerla como se hacen las superficies de desliz en la naturaleza, como las hace la industria, frotando unas partes con otras hasta redondear lo que es anguloso, suavizar lo que es áspero, despegar lo que está pegado y se opone, por consiguiente, al movimiento apetecido. Empeñarse en restituir las partes á su primitiva posición es empeño vano, so pena de obtener la anquilosis. En el caso cuyas radiografías he presentado á ustedes, cuantas veces procuremos encajar, una vez movilizada la articulación, la extremidad humeral en la mortaja del cúbito retirando éste hacia atrás, otras tantas el bíceps y el braquial anterior vencerán al tríceps tenotomizado por el arrancamiento del vértice olecraniano, y por consiguiente desfavorecido en la lucha de fuerzas tónicas y contráctiles por tener que hacer tracción de una cuerda (su tendón) más larga que lo era en el estado normal.

No hay más remedio sino habituar las partes á que deslicen unas sobre otras, á pesar de hallarse descentradas; no hay más remedio sino redondear mecánicamente los restos angulosos de tróclea y de cóndilo; tenemos que hacer nueva cara articular al cúbito para con el radio, en el momento en que la luxación anterior de

aquél le ha colocado en un plano más anterior con relación á éste; comparen ustedes las dos radiografías, 1 y 2.

¿Que el tratamiento es largo, penosísimo y cruel...? Ya lo he dicho; pero es eficaz, eficacísimo; gracias á él he obtenido resultados perfectos. Ahora bien, para esto he citado á Capítulo y he expuesto los hechos tal y como son, tal y como yo los he observado: para que aquellos de ustedes que en su práctica hayan obtenido *mejores resultados á menos coste*, lo digan con la misma sincera claridad que yo lo he hecho. Así entiendo yo y se entiende en este Instituto la Clínica y sus efectos, en los artículos, conferencias y notas que en la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS se publican: una exposición honrada de lo que se ha visto y se ha observado, lo que se sabe de ello, sea poco sea mucho, y lo que se ignora; no una competencia mercantil de géneros averiados, envueltos en papel de plata.

Mis conclusiones son estas:

1.^a En los codos de los niños no se dan nunca las luxaciones simples, como sucede en el adulto; entendiendo por niños todos aquellos individuos cuya edad es inferior á la de las soldaduras apofisarias y epifisarias.

2.^a La reducción perfecta de estas luxofracturas (que yo llamo. creo que con propiedad, *perturbaciones traumáticas del codo*) sin negar su posibilidad, es sumamente difícil.

3.^a En el supuesto de que se obtenga, no puede mantenerse so pena de que resulte la anquilosis.

4.^a Como, ante todo, lo que debe buscarse en una articulación es el movimiento más amplio y libre que se pueda obtener, yo prescindiendo de aquélla y busco éste á todo trance.

5.^a Los resultados conseguidos por mí son perfectos en este sentido: á los enfermos que se han sometido *en absoluto* á mi tratamiento, casi de algebrista ó curandero (no me da pena el confesarlo), les ha quedado *tan útil y casi tan perfecto en todos sus movimientos el miembro lisiado como el otro*. Pero éste es deslucido á la vista, la articulación *queda fea*, deformada y al parecer, al principio del tratamiento inútil, largo y muy doloroso. Si alguno de ustedes conoce otro *tan eficaz*, y que no ofrezca estos inconvenientes, ruégole que me lo enseñe para bien de la humanidad y mío.

SOBRE LA FECUNDACIÓN Y ALGUNAS ENFERMEDADES UTERINAS TRATADAS POR EL RASPADO.

CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA EL DÍA 21 DE JUNIO DE 1900

POR EL DR. POLICARPO LIZCANO

del Instituto Rubio.

La circunstancia de asistir á la Clínica ginecológica del Instituto quirúrgico de la Moncloa, más el cultivo de la especialidad en nuestra clientela privada, nos han ofrecido ocasión frecuente de practicar el legrado uterino, y anotar las relaciones observadas entre la función generadora, las afecciones sexuales y aquel acto operatorio.

Como la índole de estas Conferencias clínicas no permite tratar á fondo tan interesantes cuestiones, sobre todo la relacionada con la fecundación, de importancia suma, tanto bajo el punto de vista de la perpetuidad de la especie, como en el aspecto social y político, limitaremos nuestra labor á señalar las causas que en las enfermedades observadas hayan podido anular la capacidad generadora y la influencia benéfica del legrado.

La mujer que no concibe goza de funciones sexuales sin el natural desarrollo, una vez que el útero y las mamas quedan libres de la influencia periódica que les imprime la gestación.

La triada ovárica, uterina y mamaria, que alternativamente asumen la preponderancia de las actividades genitales en el orden fisiológico, sufre intensa perturbación al limitarse tan sólo á la puesta ovular. La ausencia de las otras dos (uterina y mamaria) consecuencia necesaria de la infertilidad, coloca á la mujer en especiales condiciones, más cerca de lo patológico que del estado de salud. Y aparte de las molestias que experimenta significándola que algo padece, es víctima de tristes presentimientos, de penosas sensaciones, que originadas en el cumplimiento de las funciones de generación, suelen alcanzar á la vida psíquica, sumando á los padecimientos del cuerpo otros graves desórdenes en lo moral.

Penetrado el instinto femenino del papel que le señala la Naturaleza en la reproducción de la especie, no se aviene fácilmente á vivir bajo vergonzosa incapacidad; de lo más íntimo de sus afectos surge dolorosa protesta, rebelándose silenciosa y desconsolada contra su mala estrella, que la priva de saborear el inefable amor maternal; y considerándose desairada, no sirven honores ni riquezas para borrar de su alma la indeleble y amarga huella de la impotencia.

Estas infelices enfermas del cuerpo y del espíritu, no solicitan los auxilios de la Cirugía en tiempo eficaz; debiendo el médico

considerar que por laudables razones es de pudor rehusan uno y otro día el examen de su aparato genital, dando así incremento á sus males, que progresivamente causan tan serias consecuencias; y cuando se deciden, resulta ya impotente la medicación más acertada.

Todo cuanto el Profesor haga en el sentido de vencer esos respetables escrúpulos será digno de alabanza; una exploración á tiempo salva á muchas enfermas de los penosos efectos de la esterilidad.

Hemos de advertir que las consideraciones acerca de la fecundación, las enfermedades útero-ováricas y el legrado contenidas en esta nota clínica, se refieren exclusivamente á los casos estudiados en la adjunta estadística, cuyos elementos he recogido en la nutrida consulta de la matriz que dirige nuestro querido maestro el eminente ginecólogo D. Eugenio Gutiérrez.

Por tanto, hacemos caso omiso de gran número de procesos morbosos que, aunque de influencia reconocida en las funciones de generación, no han sido estudiados por nosotros bajo el aspecto que nos ocupa por haber exigido tratamientos distintos á el legrado.

Como la terapéutica empleada en todos los casos que siguen á continuación ha sido el raspado del útero, entendemos como un deber de gratitud y justicia evidenciar los fructíferos resultados que esta sencilla operación ha ofrecido en las enfermas que recurrieron á ella.

La rápida generalización del raspado demuestra positivamente la eficacia y ventajoso resultado de esta modesta operación ginecológica, que, á pesar del rango humilde que ocupa en las categorías quirúrgicas, en la brillantez de sus triunfos no envidia á las más renombradas.

Por cientos se cuentan las enfermas que arrastraban una existencia precaria, sombría, llena de fundados temores por sus continuos flujos, que en breves días han conseguido restaurar su salud.

Si esto no fuera verdad, pronto el buen sentido clínico que informa nuestras determinaciones profesionales habría abandonado semejante terapéutica, como olvida tantos otros remedios muy ensalzados en las elevadas regiones de investigación científica, y que al descender á su aplicación en el enfermo nos proporcionan amargos desencantos.

La curación de la enfermedad uterina por el raspado, ha reintegrado muchas veces á la mujer en su aptitud prolifera, seriamente comprometida por alteraciones del endometrio; y si estos felices triunfos no han alcanzado á numerosas enfermas, explícase por la antigüedad de las lesiones, cuyos incesantes progresos esterilizan los esfuerzos de la terapéutica.

No faltan detractores de esta inofensiva operación, acusándola

de ser peligrosa: en todos los libros se lee que la perforación del útero, las inflamaciones pelvianas, procesos sépticos, hemorragias, etc., pueden ser ocasionados por esta sencilla intervención. Todos estos accidentes *deben ser* sumamente raros, por cuanto ni en uno solo de nuestros casos se ha presentado. Hecha la operación con delicadeza, sin violencias traumáticas, descendiendo suavemente el útero, dilatando sus orificios con igual blandura, al abrigo de las prácticas asepto-antisépticas, se tiene la certeza de no perjudicar á la enferma con semejantes complicaciones. Claro es que hay que partir de un diagnóstico exacto como base de la *indicación verdad*, y no legrear á troche y moche, sin fijarse en las circunstancias que contraindican ese acto quirúrgico.

Legrando sistemáticamente á todas las enfermas de padecimientos uterinos, no es de admirar que ocurran los señalados accidentes. Sin que esto tenga otro objeto que probar la rareza de tales contratiempos, he de manifestar que en las numerosas legraciones llevadas á cabo en la Moncloa se desconocen en absoluto semejantes complicaciones.

Por lo que respecta á la acción nociva del raspado sobre la fecundación, basta fijarse en las consideraciones que se consignan después del estudio de los varios grupos de nuestra estadística, para desechar esos temores y convencerse, por el contrario, de su influencia altamente conservadora.

Noventa y seis enfermas legradas.

Antes de la legración.	}	Fecundas	54
		Estériles	42
			96
Después	}	Fecundas	12
		Estériles	84
			96
Las doce operadas que recobraron la fecundidad padecían	}	Endometritis post-abortum . . .	6
		Endometritis glandular	4
		Endometritis hiperplásica . . .	2
			12

Edad de las operadas.

De 20 á 30 años	89 enfermas.
• 30 á 40 •	86 •
• 40 á 50 •	22 •
	96

Fecundidad en relación con la edad.

De 20 á 30 años	}	Fecundas	14
		Estériles	24

De 30 á 40 años	Fecundas	22
	Estériles	14
De 40 á 50 años	Fecundas	16
	Estériles	6

Edad de las doce enfermas que recobraron la fecundidad.

De 20 á 30 años	4
" 30 á 40 "	8
" 40 á 50 "	0
	<hr/>
	12

Fecha de la esterilidad en cuarenta y seis enfermas fecundas que no recuperaron la capacidad después del legrado.

Eran estériles hacia 1 año	3 enfermas.
" " " 2 años	9 "
" " " 3 "	7 "
" " " 4 "	5 "
" " " 5 á 10 años	22 "
	<hr/>
	46

Las enfermas que reintegraron su fecundidad después del legrado.

Esterilidad temporal antes de operadas 4 meses	2 enfermas.
" " " " 6 "	4 "
" " " " 1 año	2 "
" " " " 2 años	2 "
	<hr/>
	10

Esterilidad primitiva curada por la operación 2 enfermas.

Total de enfermas fecundas después de operadas . . . 12

Enfermas de salpingo-ovaritis: 30.

22 en un solo lado. — 8 en ambos lados.

Salpingo-ovaritis doble	}	Gonocócica	4
		Post-abortum	2
		Congénita	2
		<hr/>	8

Salpingo-ovaritis unilateral { del derecho 14
del izquierdo 8

Función generadora de estas 30 enfermas. { Fecundas 12
Estériles 18

Procesos genitales que acompañaban á la inflamación anexial.

Endometritis hiperplásica	14 (seis en ambos lados).
Endometritis post abortum	4 (dos en id.)
Endometritis glandular	0
Metritis intersticial (parenquimatosa)	2

Todas las enfermas comprendidas en el grupo de las salpingo-ovaritis tenían de 22 á 30 años.

Endometritis hiperplásica: 30.

Antes de la legración: Fecundas, 22. — Estériles, 14.

Después: Fecundas, 2. — Estériles, 34.

Endometritis post-abortum: 20.

Antes: Fecundas, 20.—*Después:* Fecundas, 6.—Estériles, 14.

Endometritis glandular: 26.

Antes: Fecundas, 6.—Estériles, 20.—*Después:* Fecundas, 4.—Estériles, 22.

Metritis parenquimatosa: 6.

Antes: Fecundas, 6.—Estériles, 0.—*Después:* Fecundas, 0.—Estériles, 6.

Estas seis enfermas tenían de 26 á 30 años.

Retro-verso-flexiones: 14.

Antes: Fecundas, 12.—Estériles, 2.—*Después:* Fecundas, 0.—Estériles, 14.

NOTA: Hay enfermas que figuran en dos grupos, resultando, por esta causa, la suma total superior á la verdadera de casos observados.

Los padecimientos uterinos en los que la legración está frecuentemente indicada, comprenden el periodo de más actividad sexual, descendiendo las cifras de modo brusco á partir de los 40 años, á pesar de incluir en el último grupo (de 40 á 50) muchos casos en que la terapéutica principal no ha sido el legrado, por haberla precedido la ablación de pólipos fibrosos. Por tanto, pudiéramos señalar el periodo de los 25 á 35 años de edad, como el máximun cronológico de la legración uterina.

De las 38 enfermas comprendidas entre los 20 y 30 años encontramos 24 estériles; proporción alarmante, pues de cada 3 hay 2 infecundas. Merece ser atención esta desconsoladora cifra, por afectar á mujeres en la edad más hermosa de la vida, cuando todo debería sonreírles, ceder todo á los encantos de su belleza, si no cayera la cruel esterilidad sobre sus más delicados sentimientos, agotando las dulces ilusiones de una maternidad frustrada.

Esta angustiosa proporción se atenúa ligeramente en el grupo de 30 á 40 años, que reduce los casos estériles á menos de la mitad; alcanzando en el de 40 á 50 más favorable cifra, pues que representa sólo la cuarta parte. Más bien aparente que real este descenso de ineptitud prolifera en los dos últimos grupos, halla su explicación en que las mujeres en ellos comprendidas concurren en menor número á las Clínicas especiales, por haber obtenido en edad más joven los beneficios de la terapéutica.

El grupo de 46 enfermas cuya fertilidad fue aniquilada por afecciones útero-anexiales, demuestra la nociva influencia de la antigüedad del mal, una vez que 27 llevaban más de 4 años infecundas cuando fueron raspadas. Confirma la misma idea el examen del grupo de casos fecundos después de la operación, pues la mitad de ellos contaban sólo de 4 á 6 meses de impotencia sexual.

Otro factor de interés sumo, bajo el punto de vista que venimos estudiando, lo ofrece la naturaleza y la localización del proceso ginepático sobre cuyas particularidades haremos ligeras consideraciones.

De las 30 enfermas con lesiones de los anejos, todas (menos dos) quedaron estériles. Hay que notar que 20 lo eran antes del legrado y precisamente dos de las últimas adquirieron la fecundidad después de la intervención. Las diez restantes perdieron su aptitud por la lesión salpingo-ovárica, sin lograr recuperarla por la terapéutica indicada.

Es un hecho observado por todos la nociva influencia de ciertas causas que, determinando lesiones en lo más oculto del aparato sexual femenino, acarrear en breve plazo la esterilidad. A la cabeza de estos factores patogénicos debemos considerar la gonococia más ó menos atenuada, que invadiendo las tubas imposibilita el ósculo amoroso del óvulo y el zoosperma, mediante las flexuosidades é infiltraciones que experimenta, cuando no se traduce por purulenta flogosis. Recuérdese que suele atacar á ambos lados, y no sorprenderá que dificulte en absoluto la impregnación: como lo evidencia nuestra estadística, que en 8 casos de anexitis doble, todos estériles, cuatro eran debidos al virus blenorragico.

No menos fatal resulta bajo el mismo punto de vista, la influencia de las afecciones salpingo-ováricas de origen congénito. En este concepto etiológico se incluyen lesiones de desarrollo ha tiempo expuestas magistralmente por Freund, consistentes en la persistencia de la forma espiral de las trompas por defecto de evolución en el período de la pubertad, no sufriendo el enderezamiento normal, ni tampoco el aumento de su diámetro; cuya viciosa disposición las coloca en aptitud mórbida, capaz de obstruir su tortuoso calibre á la menor flogosis pelviana.

En esta mala conformación de los oviductos hay que buscar la causa de gran número de padecimientos genitales en mujeres vírgenes y nuliparas, sin atribuirlos, como á la ligera suele hacerse, al socorrido gonococo. Obra entónces la acción hiperemianante del molimen catamenial, auxiliada por la concurrencia de microbios intestinales; sobre todo el coli-bacilo, que adquiriendo virulencia extrema en todas las infecciones del aparato digestivo, pasa muchas veces á la serosa pelviana, y da lugar á esas peri-salpingo-ovaritis silenciosas que agravan lenta y constantemente la función genital, de antemano comprometida por la existencia de dicho vicio de conformación.

Sólo dos casos figuran en nuestras observaciones que reconozcan esa etiología, pero son muy numerosos los que encontramos en la práctica ginecológica.

Las alteraciones del endometrio consecutivas al aborto guardan estrecha relación con la flegmasia de los anejos. En efecto, la cuarta parte de salpingo-ovaritis doble de nuestros casos no reconocen otra patogenia que infecciones de restos ovulares propagadas. Pero cuando á beneficio de una pronta intervención se impide la afección anexial, la mucosa se reintegra en la plenitud de sus funciones, como lo prueba el hecho de haber recobrado la fecundidad seis de nuestras operadas. Estas últimas estaban ciertamente condenadas á perpetua ineptitud generadora, si la legración no se hubiera efectuado á tiempo.

La endometritis hiperplásica desenvuelve una acción altamente nociva sobre la fertilidad de la mujer. Lo testifica el dato que de 36 casos observados quedaron 34 incapacitados. No debe sorprender esta fatal influencia, si se considera que de los 36 casos, 14 estaban complicados con lesiones de los anejos, seis de ellos afectando á los dos lados.

También causan serio detrimento en las funciones de generación las endometritis glandulares, como lo revela el estudio de los 26 casos de nuestra estadística, puesto que descontando 12 complicados con lesión anexial, sólo dos de los 14 restantes recobraron la aptitud prolifera, más otros dos de las complicadas con salpingo-ovaritis. A pesar de tan deletérea influencia, que de 26 casos eran primitivamente estériles 20, la legración ha reintegrado en su fecundidad á dos enfermas, y hecho concebir á otras dos estériles.

La metritis parenquimatosa se opone á las funciones de procreación; como lo prueban los seis casos de nuestra observación, que todos quedaron estériles, aunque recayeron en mujeres que habían sido aptas para la maternidad.

No menos nociva resulta la retro-verso-flexión, puesto que de 14 enfermas que aquejaban la indicada dislocación, ni una sola recuperó su fecundidad, no obstante que doce habían tenido prole antes de su padecimiento uterino.

Ateniéndonos sólo á lo que se deduce de los casos observados, resulta que las retro-verso-flexiones y metritis parenquimatosas anulan en absoluto la fecundidad; y que la comprometen en orden decreciente las salpingo-ovaritis, las endometritis hiperplásicas, las glandulares y los procesos consecutivos al aborto.

La modesta legración puede vanagloriarse de haber redimido del melancólico cautiverio de la esterilidad á doce de las 96 que apelaron á su bienhechora influencia. Mas contando que sólo 52 eran fructíferas, resulta una proporción altamente satisfactoria, muy cerca de un 24 por ciento, en que el acto quirúrgico ha reintegrado el aparato genital á su estado fisiológico.

Aparte de estos legítimos éxitos, de gran trascendencia por lo

que atañe á la conservación de la especie, puede invocar otros no menos brillantes, como los alcanzados en enfermas agonizantes y desfallecidas por tenaz hemorragia, desahuciadas por la ineficacia de los recursos terapéuticos empleados, volverlas á la vida cohibiendo radicalmente el antiguo flujo que las aniquilaba.

Al escribir estas líneas brota en nuestro espíritu el recuerdo de un caso de anemia tan pronunciada, que la pobre enferma era víctima de repetidos síncope, de sensaciones alarmantes de acentuado desfallecimiento vital, que la hacían temer la inminencia de la muerte: tan grave se encontraba, que no podía abandonar el decúbito supino sin experimentar serios desvanecimientos. Impotentes los medios empleados, se le practicó el *raspado* á vida ó muerte, teniendo la satisfacción de observar que no perdiera después del acto operatorio ni una gota de sangre, restableciéndose en pocos días y gozando de excelente salud hace ya dos años. Esta afortunada mujer no tenía otro mal que una endometritis fungosa climatérica.

Estos brillantes triunfos de una operación sencilla, cuya técnica está al alcance de los médicos todós, con instrumental que en casos de apremio puede limitarse á una cucharilla, sin exigir especiales aptitudes quirúrgicas, puede ostentarlos como el timbre más legítimo de su importancia y utilidad, mereciendo figurar al lado de las más estimadas en Cirugía ginecológica.

El incesante progreso de la terapéutica trata de sustituir el raspado uterino por otras operaciones más ventajosas. Entre las muchas propuestas, merece especial atención la atmocausia y zestocausia practicada y defendida por Pincus.

Nada menos que 833 observaciones presentó este Profesor en el 71º Congreso de naturalistas y médicos alemanes celebrado en Munich en Setiembre de 1899; según las conclusiones del autor, exige dominar la técnica para evitar obliteraciones del cuello por la acción demasiado enérgica del vapor ó del agua caliente; precisa además amplia dilatación y el empleo de medios protectores, con una aplicación brevísima del remedio (unos segundos), para prevenir los inconvenientes de la cauterización profunda. Considera requisito indispensable el estado sano de los anejos y la ausencia de procesos blenorragicos.

Analizando los resultados obtenidos por el autor y otros Profesores, se observa que de 20 casos logró la curación en 15. En otros 65 de hemorragia la contuvo en 56, y de estos últimos sólo 46 curaron por completo.

Por lo que arroja nuestra estadística, los éxitos del legrado superan en mucho á los aducidos en favor de la atmo-zestocausia, puesto que de los 96 todos curaron su afección uterina y en ningún caso persistió la hemorragia.

Sin negar la utilidad del nuevo procedimiento, mientras no reciba la sanción de la Clínica daremos la preferencia al raspado, por su fácil técnica y por lo inocuo de sus efectos.

El estudio de los anteriores datos puede concretarse en las siguientes conclusiones:

La esterilidad es más frecuente de los 20 á los 30 años.

Las 30 enfermas de salpingo-ovaritis, tenían de 22 á 30 años de edad.

Las lesiones anexiales comprometen seriamente la fecundidad, y cuando son dobles la originan sin remedio.

La metritis parenquimatosa y la retro-verso-flexión, dificultan la aptitud generadora.

La endometritis hiperplásica y la glandular conducen á la esterilidad muchas veces.

La fecundidad tiene su mayor cifra entre los 30 y 40 años.

La fecundidad se recobra en la mitad de los casos de endometritis post-abortum no difundida á los anejos.

Las dos terceras partes de fecundación restablecida corresponden á enfermas de 30 á 40 años de edad.

El legrado salva la fecundidad amenazada en un 24 por 100.

El legrado es una operación sencilla, sin los peligros que señalan sus detractores.

Obtiene brillantes éxitos en todos los procesos del endometrio.

Sin anestesia, sin ayudantes y con exiguo instrumental puede practicarse.

Todos los casos de hemorragia han curado con el legrado.

En los 96 casos operados no ha ocurrido ningún accidente.

En la actualidad encontramos preferible el raspado á la operación de Pincus.

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

FUENTES DE CONOCIMIENTO Y MÉTODO DE ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA CLÁSICA

POR EL DR. D. JOSÉ DE LETAMENDI (1).

(Conclusión).

PARTE SEGUNDA

Fuente refleja.

SECCIÓN ÚNICA.—ELEMENTO PERSONAL.

A fin de evitar que nadie al leer estas páginas confunda ni crea que yo confundo el *sujeto que ha de conocer* con las *fuentes del conocimiento* objeto de la presente obra, debo comenzar por fijar en qué acepción empleo aquí la frase *elemento personal*.

De sentido común es la verdad de que *todo lo que sabemos, menos la facultad de saber, lo hemos adquirido por instrucción*; y repito que esta verdad es de sentido común, por más que la Filosofía haya necesitado dos grandes hombres para formularla, uno que dió el borrador y otro que lo puso en limpio (2), pues nunca entre los más ignorantes labriegos se pondrá en pie de discusión un hecho tan palmario. Indudablemente, para defender ciertos despropósitos no basta con ser ignorante, sino que parece condición precisa ser filósofo.

Ahora bien: si en cualquier momento de la vida científica hallamos en la inteligencia del hombre cierta suma de conocimiento que, sin versar sobre el objeto concreto de una ciencia determinada, aumenta, no obstante, la aptitud para entenderla; si aquellos conocimientos, sean los que fueren, emanaron á su tiempo de alguna *f fuente directa (objeto, libro, maestro)*, que determinó su *adquisición*; y finalmente, si aquella suma de ilustración constituye, en tanto que adquirida una cosa *lógicamente* distinta del sujeto que la adquiriría (aunque substancialmente en él subsista), ¿por qué razón hemos de *abstraer* de este sujeto aquella suma de ilustración general, y considerarla y valorarla como *una de tantas fuentes* de aquel mismo conocimiento particular de que tratamos, por más que parezca ajena al objeto de éste? Claro es, pues, á todas luces, que *este elemento personal ó reflejo* reclama un formal inventario. FUENTE positiva es, porque nos proporciona conocimientos; REFLEJA la llamo, porque para influir en la adquisición de una ciencia

(1) Véase el tomo III, página 278.

(2) «Nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu» (ARISTÓTELES).—«Nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu; nisi intellectus ipse.» (LEIBNITZ)

dada, es menester que antes haya venido á identificarse con nuestro entendimiento, pero de suerte que aunque al tiempo de utilizarla se ve que emana de éste, no puede confundirse con el sujeto mismo inteligente, á menos de que creamos en la *ciencia infusa*. Así, por ejemplo; entre dos alumnos de igual aptitud nativa que emprenden el estudio de la *Economía política*, uno de ellos conocedor del Derecho y el otro no, es indudable que aprenderá más y mejor el primero que el segundo; no porque el *Derecho* se escape del *interés*, que bien sabe todo el mundo cuán distintos son entre sí estos dos objetos, sino porque poseyendo identificada el primero la noción del *Derecho*, la utiliza desde luego, y con gran fruto, como una fuente propia de *depuración*, de *precisión*, de *limitación*, etc., de la idea de *interés*; logrando por la intervención de esta *fuentes refleja*, una comprensión más *rápida*, más *cumplida* y más *práctica* de la ciencia económica que estudia. Y cuenta que este fenómeno de las fuentes reflejas, no es privativo de las regiones intelectuales, es universal; es la manifestación de una ley que me atrevería á llamar la *ley de las utilidades reflejas ó incrementicias*. ¿Quién en el orden fisiológico no ve que el alimento *asimilado* á mi cuerpo ayer, es hoy, en tanto que *adquirido*, un alimento reflejo que vigoriza toda mi aptitud funcional? ¿Quién en el orden industrial no ve que el sudor con el cual regué ayer mi campo será mañana, en tanto que trabajo *adquirido* por la tierra, un *trabajo reflejo* que acrecienta su feracidad? ¿Y cómo no ha de cumplirse esta ley en el seno de una actividad espontánea como lo es la del espíritu humano?

De aquí que sean, como he dicho, tan distintos el modo y el grado de un conocimiento particular, según sea la instrucción, la ciencia general *adquirida*, *capitalizada*, *asimilada* que el sujeto posea. (*Quidquid recipitur ad modum recipientis recipitur.*)

Sentado esto, conviene advertir que las fuentes reflejas del conocimiento pueden desempeñar, por razón de tiempo, dos funciones muy distintas, según obren, ó como *elementos preparativos* ó como *complementos magistrales*: así es, que para estudiarlas con el debido fruto convendrá que nos sujetemos á esta natural división.

Los estudios preparativos para el conocimiento **Cap. I** *anatómico*, ó que disponen el entendimiento al cultivo de esta ciencia, son de dos suertes: unos *formativos* ó que desenvuelven, vigorizan y sancionan la *facultad de pensar*; y otros *materiales* ó que enriquecen, es decir, llenan de *objetos* la *capacidad del pensamiento*.

Suponiendo ya constituido un régimen de primera y segunda enseñanza, en fuerza de una conveniencia indiscutible, sólo me ocuparé de aquellos estudios que merecen más capital interés, y de algunos de los cuales la necesidad ha sido y es discutida.

Entre las asignaturas de esta naturaleza que constituyen parte de la segunda enseñanza, las hay que son de una utilidad imponderable para desenvolver y preparar la inteligencia del futuro anatómico, y son: la *Lógica*, la *Psicología positiva*, las *Matemáticas*, el *Dibujo* y *Lenguas sabias* antiguas y modernas.

PSICOLOGÍA.—La *Psicología positiva* es el natural é indispensable preparatorio del estudio del organismo, como éste lo es, á su vez de los estudios psicológicos. Sobre este particular téngase en cuenta que ni el objeto definitivo de la Medicina es el *cuerpo del hombre*, ni el de la Filosofía el *hombre sin el cuerpo*; sino que ambas á dos se proponen el *hombre íntegro* tal y como se rebulle sobre la haz de la tierra. Desde luego se echará de ver que *ni el anatómico que no sea psicólogo será nunca un buen clínico, ni el filósofo que desconozca nuestro organismo dominará jamás el conocimiento práctico del mundo*. Es, pues, la *Psicología* para el anatómico, el complemento de la *noción sintética* del hombre, de cuya salud un día ha de cuidar, y el eslabón natural que enlaza la Medicina con la Filosofía; de lo cual se deduce que el estudio psicológico en calidad de elemental ó preparatorio de los estudios anatómicos es indispensable, puesto que la *noción positiva* de la unidad individual es la pre-noción natural de la análisis orgánica.

LÓGICA.—Claro es que la *Lógica* debe cultivarla quien quiera que en esta vida no desconozca sus verdaderos intereses, porque es la *Lógica* algo más que el Arte de discurrir: es la economía de las relaciones morales interhumanas y una de las fuerzas más positivas del mundo. Bastaría, pues, esta sola consideración para que el cultivo de la ciencia lógica fuese recomendada al joven que se dispone á cursar la Anatomía; pero existe además para obrar en este sentido otra razón de especialísimo interés.

Si difícil es discurrir bien de los asuntos generales, inmensamente más difícil es razonar con acierto de cosas relativas á la organización. En la ciencia del *individuo* hay peligros lógicos peculiares, derivados de una misma *individuación*; y así sucede que no pocos de los mejores textos anatómicos están, como quien dice, acribillados de defectos de razonamiento cometidos en la apreciación *ya de causa y efecto, ya de origen y término, etc., etc.*, errores hasta cierto punto perdonables (aunque nunca admisibles) tratándose de explicar un *todo* tan indescifrable.

La trascendencia de estos vicios lógico-anatómicos, es de las más graves. De un *vicio lógico-anatómico*, nació el *solidismo*; de otro, el *humorismo*; de otro, la *yatroquímica*, así la antigua como la moderna; de otro..... no quiero proseguir; no hago más que indicar á los hombres de comprensión rápida, el asunto de su libro que muy bien

podiera intitularse *De la influencia de ciertas omisiones lógicas en la marcha histórica de la Medicina*.

MATEMÁTICAS. — La importancia que para el anatómico tienen los estudios matemáticos, es mucho mayor de lo que los mismos suelen atribuirle. Por punto general, debemos lamentarnos de que a ciencia matemática cuente con muchos más admiradores que amantes. Las más de las gentes creen que las Matemáticas sólo sirven para inventar caminos, para proyectar catedrales, para calcular eclipses y para ciertas otras cosas de este jaez que asombran, sí, pero que pueden ser reducidas á una esfera concreta de conocimientos, que la sociedad confía á los hombres del Arte, bien así como el pueblo egipcio abandonaba á sus sacerdotes el cultivo y aplicación de toda ciencia. ¡Crasa, perniciosa ignorancia! ¡Abandono punible! Las Matemáticas, como *ciencia de la cantidad*, constituyen un *elemento general* de educación de la inteligencia, ya que todo en el mundo está sujeto á medida.

La **GEOMETRÍA**, sobre todo, *en tanto que se ocupa de la forma extensiva*, constituye el fundamento primordial de todo estudio de formas reales sensibles, y no escapa por cierto de la dura necesidad de cultivarlas quien pretende dominar el conocimiento de las formas orgánicas; porque todas ellas, por caprichosas é indeterminadas que parezcan, están virtualmente *contenidas* en lo que llamaré *caja geométrica fundamental*. Dígalo si no el escultor, dígalo el pintor; ni uno ni otro, en su ordinario trato con las formas orgánicas, pueden dar un paso metódico y seguro para la ejecución de sus obras, *sin que antes paguen tributo á la Geometría de esas mismas formas*, desde los primeros tanteos, así del contorno pictórico, como del desbaste escultórico de cada obra, hasta los últimos toques de sus más acabados detalles. Pues bien; el espíritu matemático de que el escultor necesita para ver las formas orgánicas, con el fin de *ejecutarlas*, ilustra igualmente al anatómico para estudiar estas mismas formas anatómicas con el fin de *comprenderlas*. Esta es precisamente la base, el alma de dos asuntos anatómicos importantísimos; á saber: uno, la *Anatomía de las proporciones individuales*, y la *Anatomía trascendental*.

Las Matemáticas, finalmente, consideradas como *prototipo de las ciencias de razonamiento aplicado*, son una excelente escuela práctica lógica de hábitos de precisión y de disciplina intuitiva; y aunque estoy conforme con la imponente autoridad de Descartes y de Hamilton en lo de que el cultivo *exclusivo* de las Matemáticas llega á esterilizar la razón del hombre, incapacitándole (á fuerza de operar sobre lo absoluto y exacto de la sola cantidad) para atemperarse en la vida real á aquella flexibilidad de juicio que el *curso total de la naturaleza* nos impone, y que llamaremos tino

práctico,—estoy á mi vez seguro, segurísimo, de que esos dos grandes genios no habían de negar que el estudio exclusivo de las formas y las funciones orgánicas, de suyo tan vagas, conduce por opuesto extremo á una perniciosa vaguedad, y que el mejor remedio contra este mal consiste en templar el espíritu con los hábitos de precisión que el cultivo de las Matemáticas despierta.

En uno y otro caso, en uno y otro extremo, *el mal no está en la cosa que se profesa con exclusivismo, sino en el exclusivismo con que ésta cosa se profesa*. Dios arrojó al mundo la cantidad y la calidad, y de ellas formó la existencia, cual del oxígeno y el hidrógeno formó el agua; juntas nacieron, juntas subsisten; juntas, pues, deben concurrir á todo buen conocimiento.

DIBUJO.—El arte del diseño es tan esencial al estudiante de Anatomía como el arte de leer y escribir; sólo la ciega rutina pudiera oponer reparos á este juicio.

El dibujo es para el anatómico un poderoso *apoyo pneumotécnico* de las formas orgánicas. Lo que una vez se ha dibujado no se olvida jamás. El dibujo es para el anatómico un *gran medio de comprensión*, al par que un rápido y elocuente *medio de expresarse*; porque en la enseñanza de las cosas sensibles ó físicas constituye el diseño un lenguaje tan natural, tan rico y adecuado como lo es la palabra para la enseñanza de las cosas irrepresentables ó metafísicas. Es, finalmente, *el dibujo para el anatómico, muy eficaz apoyo de la imaginación* en sus funciones científicas y un poderoso medio de educación perceptiva. En este sentido la enseñanza preparatoria de ciencias gráficas, como la Anatomía, la Geografía, la Física, etc., ha de sufrir una reforma vigorosa y resuelta. Yo, por mi parte, he hecho cuanto he podido; y apoyado en algunos años de experiencia, diré que en estos casos, como en otros muchos, se puede lo que se quiere. El malogrado Fourquet y yo fuimos, simultáneamente, sin conocernos, los primeros en hacer formal aplicación del dibujo á la enseñanza anatómica, tanto oral como práctica. Eso era por los años del 50 al 54 (1); hoy ya son muchos, así maestros como alumnos, los que siguen nuestro ejemplo, porque han reconocido que con ello se satisfacía una necesidad positiva.

LENGUAS.—El conocimiento de algunas lenguas científicas produce un despejo intelectual y una facilidad de comprensión tan universalmente reconocidos, que me considero excusado de hacer de

(1) Aunque sólo desde el 57 soy catedrático en propiedad, conviene saber que ya desde el 54 regentaba, por ausencia del catedrático propietario, Dr. Seco Baldoz, la misma cátedra que luego gané en propiedad; y que, además, desde 1850 daba yo como ayudante de dirección, una conferencia bastante numerosa de Anatomía Clásica, en la que comencé á ejercitarme en la aplicación del diseño á las explicaciones dirigidas á una colectividad. (N. del A.)

ellas especial recomendación. Sólo diré que, dada la facilidad que la infancia goza para aprender lenguas, convendría en gran manera que se procurase en esta parte sacar mayor partido de esa tan inexplorada cuanto inexplorada edad.

La necesidad de lo que en este artículo debo recomendar es de tan inmediata evidencia, que su simple enunciado ahorra todo comentario. En efecto, se comprende que á ciertos espíritus sea menester probarles la importancia de los estudios formales antecitados para la preparación intelectual del joven que aspira al conocimiento anatómico; empero, ¿no sería de todo punto ocioso el esfuerzo empleado en demostrar que sin la Física, la Química y la Historia Natural todo estudio anatómico claudica por su base material?

Acercá de esto puedo decir, repitiendo una felicísima frase de Larra, que «cuanto dijera de más estaría de menos»; así, pues, añadiré todas mis recomendaciones á aquella tan concisa de Horacio: *Nocturna versate manu, versate diurna*.

Al tratar de las fuentes reflexas en general, he dicho que pueden éstas desempeñar, por razón de tiempo, dos funciones muy distintas, según obren, ó como elemento preparatorio, ó como complementos magistrales del conocimiento anatómico. Llegados, pues, á este segundo punto, convendría que ante todo nos hagamos cargo de cuál sea la verdadera diferencia que distingue una de otra estas dos formas de estudios. Si por una parte todos los conocimientos de este género convienen en la circunstancia de versar sobre objetos distintos de aquel en que se ocupa la Anatomía humana (ó cualquier otra ciencia en su respectivo caso), difieren, sin embargo, por otra, en que si los estudios preparatorios son de necesidad elementales, es decir, anteriores á la recepción del conocimiento anatómico y encaminados á aumentar la aptitud de la inteligencia para comprender el conocimiento que se le va á dar, en cambio, los magistrales son complementarios, es decir, posteriores á esa recepción y dirigidos á determinar el dominio intelectual sobre el conocimiento ya recibido.

De ahí que los primeros nadie los puede eludir, so pena de resultar un mal anatómico; al paso que los segundos pueden muy bien omitirse, con tal de renunciar *ípsa facto*, quien así proceda, al carácter de maestro en Anatomía.

Empero, ¿cuál es el conjunto de conocimientos que marca la diferencia específica entre el verdadero maestro y el mejor de los discípulos, es decir, entre el anatomista y aquel hombre que, sin profesar la ciencia de la organización, la ha cultivado, sin embargo,

lo suficiente para ejercer la Medicina de un modo aceptable, digno y provechoso? Esto es lo que nos toca determinar, y henos aquí otra vez ocupándonos del Profesorado.

Nótese, empero, que si de nuevo aquí nos ocupamos de la entidad «Maestro», no es bajo el punto de vista de sus funciones, sino para examinar las fuentes de su propia elaboración. Quiero decir que nuestro actual objeto no lo constituirá el MAESTRO-FACTOR, sino el MAESTRO-PRODUCTO.

Al llegar á este punto, me anima la consideración de que, debiendo por necesidad la presente OBRA ser leída y juzgada por consumados Profesores, natural es que, así la verdad como la trascendencia de lo que acerca de la educación magistral voy á exponer, no pasen inapercibidas; nadie, por otra parte, podrá mejor que ellos justipreciarlas.

En cuanto al humilde autor de estas páginas, sólo diré que, tan cierto está de que no se halla en posesión de los atributos de perfecto maestro, como afanoso vive por obtenerlos, á fuerza de aplicación incesante y de emulación cada día creciente.

Volviendo, pues, al tema, expondré, en primer término, la regla de criterio que para la formación del PERFECTO MAESTRO conviene adoptar; y bosquejaré luego el plan de los estudios magistrales en general, seguido del especial del Profesorado anatómico, que constituye nuestro fin concreto.

No hay para qué negar que la preocupación, la pobreza de espíritu y la rutina conspiran de consuno á que la educación profesional no siempre alcance el nivel que su carácter reclama; procuremos, pues, herir con resuelta mano en el corazón de estos obstáculos.

Dos misiones *igualmente esenciales* tiene encomendadas el Profesorado: una *analítica*, que consiste en separar del *sistema universal el objeto particular del conocimiento* que debe dar y *descomponerle* luego, á fin de que los alumnos aprendan las distintas partes que lo constituyen; y otra *sinética*, en cuya virtud el Profesor, volviendo sobre sus pasos, *recompone* el dicho objeto y le *reincorpora al sistema universal*, á fin de que la juventud *comprenda* cuál es la verdadera situación que dicho objeto ocupa en el mundo real y práctico. APRENDER y COMPRENDER, he aquí las dos necesidades del discípulo. ANALIZAR y REINTEGRAR, he aquí los dos deberes del Maestro.

Estas dos funciones no constituyen en el fondo más que una sola: comunicar CIENCIA para infundir PODER, mediante un primer movimiento *crítico*, ó de *trituration objetiva*, que enriquece la inteligencia *aperceptiva* del alumno; y un segundo movimiento *arquitectónico* ó de *reconstrucción objetiva y reintegración universal*, que da al conocimiento una forma *completa definitiva y práctica*.

Ahora bien; para que la enseñanza de ese objeto infunda poder práctico, no basta con que al alumno se le hagan *aprender* los elementos de ese objeto, en tanto que *convencionalmente aislado*, sino que, además, es necesario hacerle *comprender* el objeto mismo, en tanto que, naturalmente incorporado al sistema del Universo Mundo, puesto que á la hora de llegar á ejercer el discípulo su profesión, no le será dado habérselas con su *objeto* mondo, recortado y limpio, cual se lo ofrecen los Museos, los libros y demás lugares académicos, sino que le encontrará revuelto en la intrincada red del mundo real, y sentirá la voz de ese mismo mundo, que le dice: *Ahí tienes el objeto de tu ciencia; á ver, á ver, cómo te gobiernas con él.*

Así, pues, tan esencial es á la enseñanza el *segundo* tiempo como el *primero*.

Dedúcese de esta doble misión del profesorado, la necesidad de que el maestro posea un conocimiento inmensamente mayor que el de la particular materia que enseña, ó en otros términos: la necesidad de que el Profesor conozca *todo el árbol para enseñar cualquiera de sus ramas.*

Empero, ¿se tiene siempre esta idea clara y plena de la verdadera misión del Profesor? Desgraciadamente, no; muy corriente la preocupación de que la ciencia magistral consiste en una *especialidad abstraída de la Enciclopedia general*, siendo así que la ciencia magistral es, á todas luces, la *Enciclopedia misma puesta al servicio de una especialidad de aplicaciones.*

Más breve: se cree que el Profesor es esto, siendo así que el verdadero Profesor es estotro: no un polígono *real, aislado* (fig. 1), sino

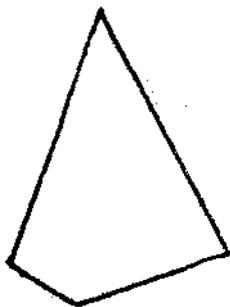


FIG. 1

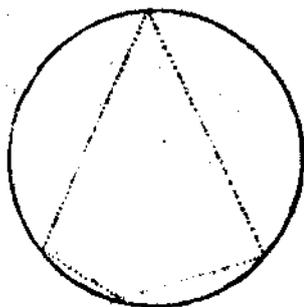


FIG. 2

un polígono *virtual inscrito en la esfera del total saber* (fig. 2); no, en fin, un *quebrado de ciencia*, sino la *total ciencia al servicio de un quebrado de su total aplicación.*

Desconocer esta verdad es exponerse, como crítico, á juzgar mal; como Profesor, á dar una enseñanza estéril siempre y pernicioso.

ciosa á las veces. EN PRIMER LUGAR, el Profesor que se atiene al solo ramo de ciencia que le incumbe enseñar, nunca llegará á poseer lo que llamaré *identidad de criterio*, que consiste en aparecer el mismo hombre con los mismos principios y el mismo *desideratum* final, en todos los asuntos que con su enseñanza se relacionan. Tal aislamiento trae un daño de suma trascendencia, así para el provecho de la enseñanza como para el prestigio del mismo Profesor.

¿Qué podremos esperar, qué habremos de decir, por ejemplo, de un Profesor de Derecho civil que en medio de un gran caudal de conocimiento interno de su asignatura, se muestre tan ajeno á las otras formas del Derecho y *tan falto de identidad*, que en una sola pieza se nos aparezca *conservador* en Derecho político, *librecambista* en Economía política; *centralizador*, en Derecho administrativo; *antirregalista* en Derecho canónico y, por añadidura, ignorante completo de las ciencias fisico-naturales? ¿Qué haremos de este hombre? ¿Puede darse en humana cabeza mayor Babel, más lamentable anarquía? Y, sin embargo, esto se ve, y no por cierto con extrema rareza.

EN SEGUNDO LUGAR, es fuerza reconocer que al Profesor que se atiene exclusivamente á su materia especial, le pasa lo que al artista que sólo se educa para determinada y reducida especie de producciones: y es que poco á poco, sin sentirlo, se va amanerando.

En este caso, lo que del hombre de ciencia se *amanera* no es la *percepción*, como en el escultor ó el pintor, sino el *entendimiento*; resultando de este *vicioso entender*, que á la larga el Profesor concluye por perder, como el mal artista, el *sentimiento de la naturaleza*; ese vital sentimiento que así en el campo de las Ciencias como en el de las nobles Artes, así en el orden físico como en el moral, sólo medra con el *influjo del Universo entero sobre el espíritu humano*; ese sentimiento íntimo y grandioso sin el cual artistas y sabios degeneran en ridículos copistas ó inconscientes relatores de lo que en la creación debe pasar ó pasa.

Si un pintor que se dedica á pintar flores sólo porque no sabe ni puede pintar nada más, es tenido por impotente y amanerado artista, ¿por qué razón no se ha de juzgar de un modo análogo al hombre de ciencia que explica v. gr., Botánica, sólo porque no ha cultivado ningún otro ramo del humano saber? *Pinte ó explique* en buen hora las maravillas de la vegetación quien sepa lo bastante para *hacer sentir*, en el lienzo ó en la lección, á aquel concurso latente de la naturaleza toda, que forma el encanto común de la inteligencia y del sentimiento, la savia de su común vida, el pólen de su inagotable facundia.

La enseñanza no es la gota recogida con pena á fuerza de exprimir en congojoso esfuerzo el humano cerebro; la enseñanza es la

gota que rebosa del vaso de la sabiduría. Para dar enseñanza no basta quererla dar; la vocación de enseñar no es legítima, si no es el estallido de una verdadera plétora de conocimientos.

He aquí el *desideratum* del Profesorado.

¿Quién es el que al contemplar las composiciones pictóricas de Kaulbach, desde sus ilustraciones humorísticas del *Reinecke Fuschs* de Goethe, hasta la ornamentación del Museo de Berlín, no se embelusa sorprendiendo arrojados allí á borbotones los más concienzudos conocimientos de *Historia Natural, Historia social, Filosofía, Letras, Anatomía, Cosmografía, Heráldica* y *Suntuaria* de todo tiempo y lugar... de cuanto, en una palabra, es dado acaparar en el mercado de la Ciencia universal para hacer SENTIR BIEN un asunto concreto?

¿Quién es el que al leer *La teoría fisiológica de la Música* ó bien la *Óptica fisiológica* del joven y renombrado Helmholtz, no se admira viendo cómo allí, revueltos en espontánea armonía el *fisiólogo* y el *físico*, el *artista* y el *calculista*, el *anatómico* y el *fisiólogo*, concurren poderosos é idénticos para hacer COMPRENDER el maravilloso misterio de *dos solas funciones*, de dos solos órdenes de fenómenos físico-vitales?

He ahí las vías, he ahí los modelos que el profesor debe seguir, desentendiéndose de preocupaciones, arrojando dificultades, y persuadido de que si el programa de los estudios del Profesorado puede espantar á quien lo debe seguir, más, mucho más debe la sociedad ilustrada espantarse á la idea de un Profesor que no sienta necesidad de ese programa.

Examinados los obstáculos que pueden cortar el vuelo á los estudios magistrales, vengamos á su determinación (cromolit., fig. 1.^a)

Sea el punto x (fig. 3) el objeto de una ciencia dada; su estudio desenvuelve en la inteligencia del discípulo, tres órdenes ó áreas de conocimientos de aquel mismo objeto, y son: el *filosófico*, el *histórico* y el *práctico*, cuya simbólica representaremos así.



FIG. 3.

Ahora, para verificar la *conversión de esta figura, representativa del conocimiento escolar ó común á la representativa del conocimiento magistral*, no haremos mas que: 1.^o prolongar los tres lados en una extensión arbitraria, para indicar el *movimiento ampliativo* del conocimiento, 2.^o prolongar asimismo las tres perpendiculares de altura del triángulo primitivo, y 3.^o sobre estas líneas ya prolongadas, y tomando por centro su confluencia en x , trazar una circunferencia de círculo que simbolizará el *carácter trascendental* de los nuevos estudios; hecho lo cual, TENDREMOS UNA FIGURA EXCLUSIVAMENTE MAYOR Y ESPECÍFICAMENTE DISTINTA DE LA PRIMERA, que será la SIMBÓLICA DE LAS FUENTES REFLEJAS DEL CONOCIMIENTO MAUISTRAL, para la misma ciencia x , conforme viene

trazada y explicada en la 2.^a figura de la lámina cromolitográfica.

Definido este simbolo como planta *general* de los estudios magistrales, fácil será determinar los *estudios superiores que más convengan al profesor de Anatomía clásica ó normal del hombre*, lo cual lograremos extrayéndolos, no de lo que se *contiene* sino de lo que se *comprende* en cada una de las seis áreas (tres principales y tres de enlace) de la figura anterior.

Y así, reiterando la figura, haremos su aplicación á nuestro caso concreto en la forma que representa la figura 3.^a de la misma lámina en cromo.

Con lo cual obtenemos un CUADRO SISTEMÁTICO DEL CONJUNTO DE FUENTES REFLEJAS DEL CONOCIMIENTO ANATÓMICO MAGISTRAL, cuya determinación nos habíamos propuesto y cuyo contenido conviene dividir en dos grupos por razón de su naturaleza, en esta disposición.

1.^o ESTUDIOS AMPLIATIVOS.—Anatomía y Fisiología comparadas.—Estudios superiores de Historia Natural.—Etnografía actual.—Paleontología.—Historia de la Anatomía.—Historia de los descubrimientos.—Biografía y Bibliografía anatómicas.—Historia del arte de preparar.—Práctica de investigaciones histórico-anatómicas.—Práctica de disección comparada.—Práctica de toda suerte de ejercicios corpóreos para el mejor conocimiento fisiológico diferencial de las Artes, los Oficios, la Gimnástica, la Equitación, la Natación, la Esgrima, etc. (orden de conocimientos de inmensa utilidad).

Estudios superiores de Psicología positiva, tanto *directa* como de *relación*.

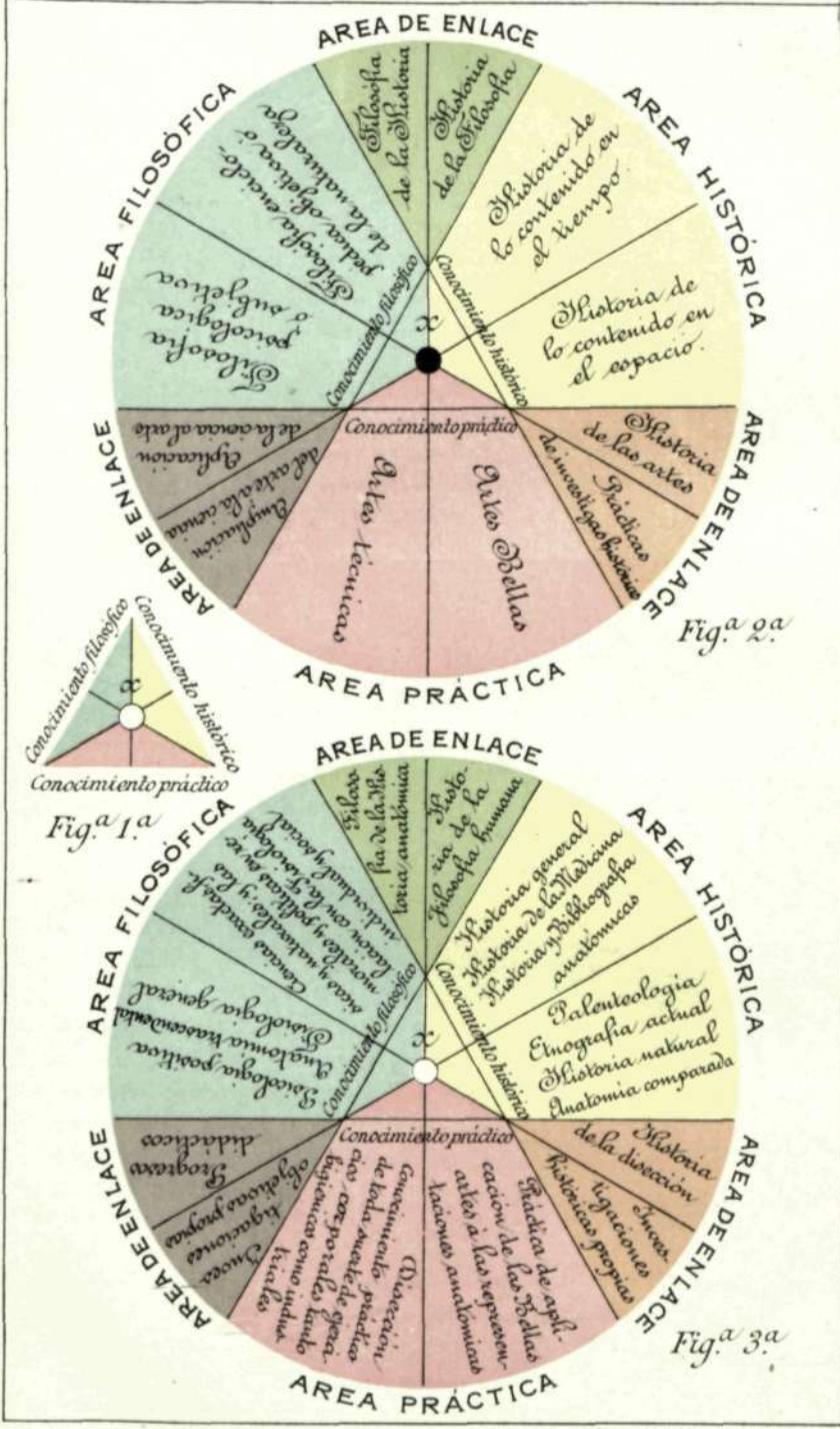
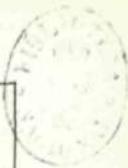
2.^o ESTUDIOS TRASCENDENTALES.—Anatomía trascendental.—Fisiología general.—Revisión de las ciencias Exactas, Físicas y Naturales.—Ciencias morales y políticas en sus relaciones con la Fisiología.—Historia general.—Historia de la Filosofía y Filosofía de la Historia anatómica.—Revisión de la Historia de la Medicina.—Bellas Artes (estudios y ejercicios).—Investigaciones propias, así científicas como didácticas.

Tal es la idea que tengo formada del complemento de educación científica, que el Profesor en general y el de Anatomía clásica en particular deben proporcionarse, si ha de ser debidamente desempeñada la tarea que la sociedad le confía. ¡Dichoso el país donde el Profesorado realice tan levantadas aspiraciones!

LIBRO II

DEL MÉTODO DE ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA

PRELIMINARES.—Al llegar á este segundo extremo del tema, ¿qué hay que hacer? ¿Deberemos acaso dar una novísima edición del *Novum organum*? No por cierto; lo que en él está consignado



Dr. Felipe P. Rojas. Madrid.

no ofrece entre personas ilustradas la menor controversia. Está admitido con carácter de universal adopción, siendo de advertir, además, que la ciencia anatómica conoce y practica de más antiguo que ninguna otra (desde antes que el *Novum organum* viese la luz) el método clásico de observación, pues tuvo en la insigne personalidad de Vesalio, verdadero precursor de Bacon y Descartes, la encarnación de su esencia y la norma de su desenvolvimiento. No debemos, pues, emplear el tiempo en lo que de puro sabido y aceptado no ofrece dificultad, ni duda, ni menos aún, razonable disentiimiento (1).

Además de todo, ¿es lo mismo el *método de cultivar* una ciencia que el método de enseñarla? No tal; una cosa es *investigar*, otra *exponer* el resultado de las investigaciones, y aquí se trata de **CUÁL DEBE SER EL MÉTODO EXPOSITIVO Ó DIDÁCTICO MÁS ADECUADO Á LA ÍNDOLE DE LA ANATOMÍA**. ¿Habrà, empero, necesidad de que discurremos acerca del *Método didáctico en general*? Tampoco. La intención del Gobierno, al imponer este trabajo á los opositores (y si me permito este juicio de intenciones es porque se las supongo lógicas é ilustradas), es sin duda que, *dadas las condiciones diferenciales, dada la IDIOSINCRASIA de cada ciencia*, se investigue, se discuta, se resuelva, *cuál es la forma didáctica diferencial expresa que á la enseñanza de cada una conviene*. Para ello, pues, necesitamos ante todo fijar en qué consiste esa *idiosincrasia*, ese carácter propio de la Anatomía, cuya particular enseñanza constituye nuestro asunto completo.

Dos son, á mi juicio, las dificultades características de la enseñanza anatómica, dos no mas; pero que juntas forman la perenne pesadilla de todo Profesor que toma á pecho la tarea de ser útil á sus discípulos.

Y aquí reclamo, y no dudo que obtendré de mis profesores, la atención más profunda. Estas dificultades afectan una al MÉTODO MATERIAL y otra al MÉTODO LÓGICO, y son:

1.^a La de SIMULTANEAR LA EMISIÓN DE LA PALABRA Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA FORMA.

2.^a La de HACER LA ANÁLISIS ORGÁNICA DEL INDIVIDUO SIN DETRIMENTO DE LA NOCIÓN SINTÉTICA INDIVIDUAL; punto *objetivo* y *práctico* de la Medicina.

La consideración de estas dos dificultades da lugar á la formación de la siguiente

(1) En tanto que mi abstención de tratar en la presente *Memoria* este punto es ajeno á todo conato de esquivar elucidación, en cuanto que el primer trabajo mio que vió la luz pública fue el *Discurso sobre los elementos generales de Ciencia con aplicación á la Medicina*, editado por el *Instituto Médico de Barcelona* (1868). De suerte que para ocuparme aquí de este asunto, me vería obligado á copiarlo.

Sinopsis de las materias contenidas en este Libro II.

	PARTES	CAPÍTULOS
MÉTODO DE ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA.....	<i>Método material...</i>	Pinturas colosales.
		Nuevo sistema de explicaciones.
	<i>Método lógico.....</i>	Composición y exposición... de la asignatura de Anatomía.
		Definición, división y clasificación... de las nociones anatómicas.
		Descripción.... de los objetos anatómicos.

PARTE PRIMERA

Método material.

DE LA DIFICULTAD DE SIMULTANEAR LA EMISIÓN DE LA PALABRA Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA FORMA

Quando de forma sensible se trata, pierde la palabra todo su valor si la forma no está presente á la vista del auditorio. De ahí que la enseñanza en cátedra no dé de sí en el mundo anatómico la utilidad que de ella la juventud se promete. Y si no dígase (y apelo para esto á la conciencia de maestros y discípulos) ¿qué resultado puede ó no producir la descripción del *etmoides*, del iris, del conducto inguinal, del bulbo raquídeo, del laberinto, etc., etc., dada á quinientos alumnos, á cuatrocientos, trescientos, doscientos, ni á cien, ni tampoco á los cincuenta, por un hombre que no ha más recurso que la palabra en los labios, para hacer comprender la estructura del diminuto ejemplar que su mano sostiene conforme así lo vemos? ¿Cómo subsiste aún esta práctica en todos los países? ¿Será que la enseñanza de las formas sensibles se presta á ser dada, como quien dice, *bajo palabra de honor*, ó ejecutada á puro razonamiento, como el Derecho, la Lógica, la Filosofía moral ó cualquier otra materia del orden metafísico?

Se me dirá, no obstante, que bueno debe de ser este sistema, ya que con él se han venido elaborando los anatómicos más insignes de todos tiempos; mas esto no es cierto.

Bajo este sistema han salido, sí, grandes anatómicos; mas no *por* este sistema. En las salas prácticas es donde nuestras *celebridades* se han formado; y, aparte de esto, no se olvide que los verdaderos anatómicos han sido *muy pocos, poquísimos*, en relación con el número de médicos. Regular patólogo, mediano terapeuta al estilo de su tiempo, lo es todo el mundo; mas, por desgracia, los medianos anatómicos no abundan ni en apariencia ni en realidad; y este mis-

mo hecho ya autoriza *a priori*, á sospechar que algún defecto cardinal impide á la enseñanza generalizar todo su fruto. Y, en efecto, si de las escuelas médicas no han salido de continuo nuevas *generaciones* anatómicas, numerosas y robustas, ha sido precisamente por ese defectuoso sistema de enseñar; él ha impedido que en el ánimo del discípulo se formase aquel gusto, aquel interés que el estudio del organismo, tan difícil de suyo, despierta, y á cuyo impulso los conocimientos se graban en la memoria, se identifican con el entendimiento y se diseñan en la imaginación con indelebles tintas.

Pues entonces (se dirá), suprimir la cátedra.

No. De la imperfección de una cosa útil en principio, no se concluye su abolición, sino su perfeccionamiento á todo trance. Y que la cátedra es útil en principio, ¿quién lo podrá negar? ¿No es la cátedra anatómica el sitio donde la voz del Profesor debe dar vida á lo que de suyo es todo muerte y putrefacción? ¿Acaso porque el asunto del anatómico es de formas, no hay que lograr de las formas más que noticias de formas? Una cosa es que la audición de la palabra no pueda prescindir de la visión de las formas, y otra muy distinta es dar por inútil cuanto sobre ella se puede y debe enseñar de viva voz, acerca, ya de la relación, ya de la acción, ya del desarrollo, ya de las leyes de analogía, ya, en fin, de las nociones trascendentales de utilidad clínica ó filosófica. A la *Sala práctica* se ha de ir para *ver las partes*; á la cátedra para *entender, á presencia de ellas, la doctrina que organiza, vivifica y fecunda su conocimiento*.

Y, pues, siendo esto así, se me replicará:—¿cómo resuelves la dificultad de simultanear en cátedra la percepción de la forma y la de prehensión de la palabra?

Al llegar aquí creo que lo más breve y directo será transcribir textualmente la *Exposición razonada* que ya en Octubre de 1863 creí necesario elevar al *Real Consejo de Instrucción pública*, por mediación del *Excmo. Sr. Ministro de Fomento*. Por ella se verá si al protestar contra el *sistema tradicional* me asisten ó no los fundamentos morales que para ello se requieren.

•Excmo. Sr.: D. José de Letamendi y de Manjarrés, Catedrático de Anatomía descriptiva en la Facultad de Medicina de la Universidad literaria de Barcelona, tiene el honor de exponer á V. E.: Que habiendo concluido tres cuadros anatómico-pictóricos, expresión modesta pero genuina de un pensamiento susceptible de gran desarrollo y de utilidad suma para la enseñanza, y deseando sujetarlos al elevado criterio de V. E. y del Real Consejo de Instrucción pública, tanto para los efectos académicos de mérito en la carrera del exponente, cuanto para los de mayor desenvolvimiento posible del progreso didáctico; y colocados ya los ex-

presados cuadros en las galerías públicas del Museo de ese Ministerio, suplica á V. E. se digne verlos por sí, y hacer por su iniciativa que los examine el Real Consejo de Instrucción pública y emita sobre ellos dictamen, esperando que V. E. no hallará fuera de propósito que para este caso consigne el recurrente en esta exposición algunas breves consideraciones que no se desprenden del simple examen de los cuadros y que, por referirse al fondo del pensamiento y á las condiciones especiales del autor, pueden suministrar al Real Consejo datos importantes no ya para emitir el más atinado juicio sobre las tres obras presentadas, sino para producir más fundada opinión acerca de la utilidad y las dificultades del proyecto mismo.

»A pesar de la multitud de piezas anatómicas de todo género que llenan los Museos, así nacionales como extranjeros, no obstante la delicadeza y maestría con que muchas de ellas están elaboradas, y con ser el exponente el primero en proclamar su gran utilidad y reconocer el mérito de sus autores, un hondo vacío quedaba aún por llenar en la enseñanza de la Anatomía. Las cátedras de esta ciencia han sido hasta hoy de escasa utilidad con relación á la mucha y trascendental que deben y pueden tener, siendo como es el estudio de la organización el gran firme en que pueden descansar los conocimientos médicos. En esta parte confesaremos ingenuamente cuantos ejercemos el profesorado anatómico sin más que traer á la memoria el periodo de nuestros estudios: que las impresiones recibidas en la cátedra fueron fugaces; que las doctrinas allí aprendidas no se afirmaron por esa misma fugacidad de las impresiones de forma que constituyen su natural asiento; y que la fuente de la verdadera enseñanza de cada cual ha sido el estudio particular, ora en los Museos, ora principalmente en las salas de disección junto al cadáver. No se oculta á la clara penetración de V. E. que el estudio colectivo ó la cátedra de toda ciencia física, requiere comunidad y simultaneidad de dos suertes de percepciones, la de la palabra como *revelación lógica* del modo de ser de las cosas y lo que puede llamarse *objetivo* de las cosas mismas. La segunda es la que falta en las cátedras anatómicas, porque como quiera que si la demostración del cadáver precede á la explicación, se pierde la impresión del cadáver, y si la explicación precede á la demostración se pierde la comprensión de la idea, resulta que ese gran vacío de la enseñanza sólo se puede llenar suministrándole un medio de llegar á la simultaneidad de aquellos dos actos. Siendo esto así, excelentísimo señor, le será lícito al exponente fijar de una manera precisa el verdadero carácter de la reforma que ha intentado. No se trata de una novedad didáctica impuesta á los Profesores de Anatomía, de los cuales el recurrente se considera el último; se trata, sí, de un progreso económico en el procedimiento y en los medios. *Dada la potencia científica del Catedrático, aprovecharla toda:* he aquí, excelentísimo señor, el núcleo del pensamiento, el problema que convenía resolver con los datos preconsignados.

»Por lo que dice á las explicaciones de la Osteología, la distribución de huesos á todos los discípulos para que los tengan en la mano durante la descripción y la presentación en cátedra de esculturas colosales de alguno de los poquísimos huesos en los que el alumno de mediana com-

preensión halla dificultad en reconocer todos los detalles, á que el alumno reconozca en ellos todas las partes con el solo recurso de la palabra del Profesor, satisface todas las necesidades; y este es el sistema que tiene adoptado el exponente desde 1854, sin embargo de lo fatigoso que es para la imaginación del que explica, pues que este método exige para producir toda su utilidad, que el Profesor describa sin fijarse en ejemplar alguno, á fin de atender con mayor expedición á la posibilidad de todas las variedades y anomalías que en los cincuenta, ciento ó más huesos repartidos puedan presentarse.

»Para los demás tratados anatómicos ya era imposible llenar el objeto con los medios establecidos y aceptados. Las disecciones naturales, tanto frescas como conservadas, ni se pueden multiplicar á voluntad, ni permiten que el alumno perciba desde su sitio en ellas más que los órganos de mayor tamaño; y como quiera que en éstos la importancia didáctica y la magnitud real están en razón inversa, resulta que hasta el final de la lección no es posible sacar del cadáver provecho alguno mayor ó menor, según mayor ó menor sea el número de los alumnos; aunque en todo caso es inútil, excelentísimo señor, que en la clase nos prometamos de la Naturaleza más de lo que ella buenamente puede dar de sí; porque siempre será la sala de disección y no la cátedra el lugar donde el cadáver se preste á mejor examen, como siempre la cátedra será el sitio donde las ideas se ordenan y fortifican, con tal que esté á la vista la parte orgánica á que se refieren.

»Las piezas artificiales de tamaño natural ofrecen la misma dificultad que las precedentes en punto á la magnitud de sus partes, sin presentar, en cambio, ninguna de sus ventajas.

»El adecuado destino de estas obras, verdaderas supletorias del cadáver, está en los Muscos; y su útil explicación, en los repasos privados particulares, en esos ejercicios tan útiles para adquirir el dominio de la forma anatómica, y que por desgracia, ni en España ni en el extranjero han recibido el impulso que se merecen.

»Por lo que toca á las láminas, ya reunidas en Atlas, ya intercaladas en los textos (orden de trabajos en el cual el ingenio ha llegado á la última perfección apetecible), su destino es, á todas luces, auxiliar al alumno en el estudio que en la hora de vela prepara su ánimo á recibir con fruto las próximas lecciones ó á recordar las pasadas.

»Si estos diversos medios no han dado aún de sí toda la utilidad que entrañan, ha sido justamente, Excmo. señor, porque se ha pretendido rebasar los naturales límites de su aplicación: es de esperar que cuando se vaya sosegando ese entusiasmo febril por hallar nuevos supletorios del cadáver, entusiasmo que, de unos cuarenta años á esta parte, sostiene una grande actividad en todas las escuelas, cada una de las inmemorables especies de representaciones anatómicas será discretamente aplicada á su especial utilidad, y entonces crecerá mucho más la importancia de todas ellas; de igual manera que las varias piedras que han de componer un mosaico acrecientan su importancia, por valiosas que ellas sean en sí, tan luego como cada una viene á colocarse en el lugar que le corresponde, según el plan del artista que lo ideó.

»Un nuevo género de piezas anatómicas conviene examinar bajo el punto de vista de las presentes consideraciones, y es el de las esculturas anatómicas de proporciones colosales; piezas utilísimas, pero de una esfera de aplicación mucho más reducida de lo que generalmente se cree; piezas, en fin, que, si á primera vista parece que llenan todas las condiciones exigidas para la resolución del problema de que aquí se trata, no las cumplen en realidad sino en muy contados casos. Y la razón, excelentísimo señor, es muy obvia. La escultura imprime carácter, mas no produce la ficción completa de las cualidades físicas de un cuerpo: la estatua de piedra siempre aparece de *piedra*; y si, agobiándola con una encarnación por demás difícil, queremos añadir á la pura imitación de forma la de color, entonces aparecerá á los ojos de todo el mundo *estatua de piedra pintada*. Este inconveniente, que constituye una de las grandes dificultades ó tal vez la mayor en la elaboración de piezas anatómicas de tamaño natural, sube de punto hasta lo insuperable cuando se trata de agrandamientos en proporciones colosales, tanto más cuanto que las partes más nobles de nuestro organismo, siendo, como son, por regla general, las más diminutas, exigen por lo mismo un agrandamiento en proporción más gigantesca; y así resulta que, ya por las dificultades inherentes á la escultura, ya porque á las ampliaciones debe corresponder la solidez, se sienten esas figuras colosales de una *dureza visual* insoportable, siempre que en ellas se ha de distinguir lo húmedo de lo seco, lo transparente de lo opaco, lo denso de lo esponjoso ó liviano, etcétera, etc., siendo por esta misma razón muy apropiados estos trabajos para la representación del sistema óseo, duro de suyo y pétreo, en el cual se puede decir que, como en la misma escultura, toda cualidad corpórea desaparece ante la forma y la consistencia. Además, las esculturas anatómicas colosales ofrecen, entre otros varios inconvenientes secundarios, uno muy digno de tenerse en cuenta. Si satisfacen la necesidad de que la palabra y la forma sean percibidas simultáneamente en la cátedra, no pueden servir para representar en un grupo un orden lógico, un sistema completo de doctrina; y esta es una necesidad muy vital para la cátedra, en donde es necesario educar, al compás de los *sentidos del disector*, la inteligencia del anatómico.

»Así, pues, excelentísimo señor, el único recurso para llegar á la más completa ficción posible de las cualidades físicas de los órganos dentro del sistema de agrandamientos á discreción, y el único medio de encerrar al alumno en un mundo especial con sus límites y sus seres, su luz y su ambiente, todo ordenado, todo por un sistema en que la verdad y el atractivo campeen juntos, es la Pintura.

»En esta convicción y á despecho de la natural desconfianza, persuadido el exponente de que para lograr el recurso que buscaba, tratando de obtenerle en el pleno de su utilidad y á la altura del propósito, era forzoso que el mismo autor del pensamiento lo fuera de los cuadros; pues si para una clase de geografía, por ejemplo, en que la naturaleza se presenta de una manera convencional y siempre reducida con relación á la realidad, basta con encomendar la copia, igual ó mayor que un tipo dado á persona que no posea aquella materia, en el caso en cuestión esto era imposible,

como de ello se podrá convencer cualquier anatómico que intente realizar una obra del género de que se trata, asociándose á un pintor que bajo su dirección trabaje; y aun pasando por alto muchas razones que prueban este aserto, bastará aducir dos que merecen consignarse. La primera es que en las grandes amplificaciones de los objetos de ejecución más comprometida é importante (como, por ejemplo, la retina, el cerebro) no es posible *retratar*, sino que es forzoso *componer*: primero, porque el objeto fresco, no tiene sostén; segundo, porque no ofrece duración; y tercero: porque al amplificar enormemente no basta imitar la entonación que se percibe como claro-oscuro del color local de un pequeño espacio, sino que es menester que, apelando el autor á lo que se denomina magia del colorido, sepa analizar los elementos crómicos de aquel reducido objeto y descomponerlos al desarrollar el colosal agrandamiento en mil tonos diversos que acierten á producir una justa interpretación. Para esto es necesario trabajar á favor de apuntes de claro-oscuro y bocetos sacados del natural; y, además, poseer un verdadero dominio del conocimiento anatómico, ya para el manejo del colorido, ya para no caer en amaneramiento al entrar en el compromiso de extender en grandes plazas, como á forma: accidentes naturales apenas perceptibles en el objeto real. Es decir, que se hace forzoso *componer*. La otra razón consiste en que muchos cuadros, y particularmente los de principio y fin de tratado (como, por ejemplo, el que ocupa el centro entre los tres presentados) necesitan de la composición científica, la cual ofrece una dificultad anatómica tanto mayor cuanto que, tratándose de grandes cuadros al óleo, es imposible desentenderse de las exigencias del Arte en lo tocante á la presentación y al agrupamiento de los objetos, y esto convierte en *pie forzado pictórico* el agrupamiento científico y en *pie forzado científico* el agrupamiento artístico; resultando de todo esto que sólo para disponer atinadamente los grupos se necesita tanto conocimiento práctico del Arte y de la Ciencia como para ejecutarlos. Deja, pues, el recurrente á la consideración de V. E. las dificultades que ha tenido que vencer, habiendo proyectado, ejecutado y costeado él mismo sus obras, puesto que para ello le fue necesario cultivar el Arte de la pintura, debiendo pasar en el estudio sus breves y contados ocios, y teniendo que dorrochar en la parte material muchísimo más de lo que en ella invierta aquél para quien la pintura forma la ocupación ordinaria. De esta suerte, ha llegado el que suscribe á obtener los tres cuadros concluidos ya, y seis más (entre ellos uno de Anatomía microscópica) que están en vía de conclusión; vistos todos y examinados en el estudio del propio recurrente, en Marzo del presente año, por el M. I. Sr. Rector Dr. Don Victor Arnau, el Sr. Decano de la Facultad de Medicina Dr. Don Francisco de P. Folch y el Sr. Director de la Escuela de Bellas Artes, señor D. Claudio Lorenzale, como asimismo los apuntes, estudios, bocetos y borradores.

•Debiendo añadir que dos de los tres cuadros primeros, ó sea los ya acabados y que ofrezco al examen de V. E. y del Consejo, han sido presentados en el Anfiteatro anatómico y aplicados con gran éxito á la enseñanza, en Abril del presente año, y son el de la musculatura de la pierna y del pie, y el del órgano de la vista. Cada uno de estos tres cuadros es el

resultado del esfuerzo dirigido á vencer una de las tres mayores dificultades que el detalle del proyecto ofrece. En el de la *musculatura de la pierna y del pie*, la dificultad general de la ejecución de la musculatura; en el de la *historia del globo ocular*, la dificultad de los mayores agrandamientos de que pueda haber necesidad; y en el de la *Introducción á la historia del centro nervioso humano, razonada y simplificada por la Anatomía filosófica*, la dificultad del agrupamiento de multitud de objetos de entonación fría y uniforme; siendo este último, además, un ensayo de ese género de cuadros de *asunto científico* que, en el orden de la ciencia, merecen el más alto lugar, y que, como antes se ha dicho, corresponden al principio y al fin de cada tratado, y representan, más que una agrupación de objetos, un discurso en imágenes.

•Mucho le ha valido al exponente, excelentísimo señor, para aleutarle, su ya dilatada experiencia en la apreciación de las formas orgánicas, bajo el doble punto de vista de la Ciencia y del Arte; de otra suerte, no hubiese en modo alguno intentado la ardua empresa de conciliar las exigencias anatómicas con las conveniencias pictóricas. A V. E. compete, Excelentísimo señor, juzgar si el exponente ha estado á la altura de su propósito.

•Si á pesar del esfuerzo supremo hecho á impulso de una vehemente pasión por la ciencia y por los discípulos, la obra es imperfecta, ella, en cambio, refleja un legítimo deseo, y consigna un acto de iniciativa, del cual le será lícito al autor congratularse, sin vanidad, por amor al país; tanto más cuanto que, generalizando el medio en muchas escuelas, bien podrá afirmarse, sin sombra alguna de exageración, que en punto á *Cátedras* de Anatomía, las de España tendrían el material á mucha mayor altura que el extranjero. A la sabiduría de V. E. y del Real Consejo de Instrucción pública, deja el exponente encomendados su pensamiento y sus trabajos, ya que no puede menos de acompañar á tan elevada ilustración un vivo interés en favor del progreso de la Instrucción pública en España.

•Madrid 10 de Octubre de 1863. = EXCMO. SR.: José de Letamendi. — Excmo. Sr. Ministro de Fomento (1).

Y ahora se me preguntará: y bien, ¿qué resultado tuvo de este paso? Muy SENCILLO: que aquellos cuadros anatómicos, que en Barcelona merecieron el aplauso unánime de anatómicos y artistas, la más explícita sanción de parte de los jefes respectivos de la Escuela de Medicina y de la de Bellas Artes, y un razonado y favorable informe elevado al Gobierno por el M. I. Sr. Rector; aquellos cuadros, cuya exhibición en San Carlos me obligó á permanecer en Madrid quince ó veinte días más de lo que yo me había propuesto, á causa de la continua afluencia de las muchas personas inteligentes

(1) Los cuadros á que se refiere esta Exposición, tienen cada uno 2,3 metros por 1,4 de grandor, tienen la disposición apaisada y fueron cedidos gratuitamente por su autor á la Facultad de Medicina de Barcelona, donde decoran la sala de disección.

que me manifestaban deseos de verlos; aquellos cuadros que en otro lugar lograron de los Sres. Nelaton y Tardieu la más entusiasta y espontánea protección en momentos que una cuarteta de pintores, amamantados con biberón de intriga, pretendían abusar del *abandono digno* en que yo dejo y dejaré siempre mis obras; aquellos cuadros, que movieron á varios profesores del Norte á hacerme instar vivamente para que llevase á su completo desarrollo el pensamiento; aquellos cuadros, en fin, que si en Octubre de 1863 quedaron en las galería del Ministerio de Fomento, no fue por mi antojo sino porque así lo exigió el Real Consejo, *á fin de mejor juzgar*..... aquellos cuadros, á vuelta de dos años, mi amigo el Sr. D. Miguel Elías, actual jefe de Contabilidad de Barcelona, tuvo la caridad y la diligencia de recogerlos, por encargo mío, de dicho Ministerio, llenos de polvo y averiados los marcos, y acompañármelos á mi casa, donde sin sorpresa los ví llegar tales que no parecían que habían sido huéspedes de una corporación ilustrada y decente.

Este resultado no me afectó por mí, pues en realidad era el que más convenía á mis intereses materiales, pero confieso que me lastimó el corazón. De lo primero no dudarán cuantos saben que, desde que concebí el pensamiento, luchaba yo entre mi honra y mi provecho. Si entonces el Consejo y el Gobierno me hubiesen estimulado, halagado en alguna forma, hubiera sucedido aquello de Larra: «Decidle á un hombre que le llevais á la Gloria y se dejará conducir al suplicio». Los mejores años, es decir, los más decisivos de mi carrera médica, los hubiera perdido en un taller de pintura; «perdido digo» porque dos ó tres años de un trabajo artístico *de aplicación*, y además personalísimo, no me podrían valer nunca lo que dos ó tres años de medicina operatoria. Que aquel resultado lastimó mis sentimientos, no lo he de probar dirigiéndome á personas dignas. Pasára yo por que el Real Consejo de Instrucción pública hubiese declarado que ni mi pensamiento era útil ni mis cuadros buenos; mas no pasé, ni pasaré nunca, por que después de dos años de silencio del Consejo, hubiese yo de mandárselos reclamar, para recobrarlos, no atendidos y además averiados.....

En vista de ello juré que aquel Real Consejo no había de recibir jamás obra mía, por mí remitida, y así lo he cumplido; de suerte que cada vez que la prensa nacional ó extranjera se ha dignado ocuparse de alguna de mis modestas producciones, ha podido aplicarse aquella superior comparación, casi á la letra, aquel dicho de nuestro insigne Ventura de la Vega:

.....

 «Todo Madrid lo sabía,
 todo Madrid... .. menos él.»

Ningún encono, ninguna malquerencia siento para con los señores componentes de aquel Consejo; para acertar á hacer esta distinción, no se necesita poseer gran dosis de mundo, y tratándose de Madrid mucho menos (1).

Además de que para mí fue aquello un mal que vino por bien, puesto que con ello, sin dejar de ganar en consideración pública por efecto de la exposición de mis cuadros y de la consignación de mi pensamiento, ahorréme la parte de perjuicio que su prosecución me irrogara, mientras que aquel Consejo y aquel Gobierno perdieron mucho en la consideración de cuantas personas tuvieron entonces ó más tarde noticia del hecho. «Poco daño es», se dirá, mas al fin y á la postre perder es perder, y la suma de un sín fin de esas pérdidas mínimas fue lo que hizo posible la Revolución de Setiembre.—También la moral tiene sus *Matemáticas*, y no lo echen en olvido, ni los caídos, ni mucho menos los levantados.

Siento haber tenido que extenderme tanto en ciertos detalles históricos referentes á la reforma didáctica que nos ocupa; pero hay que tener en cuenta que siendo yo iniciador me interesaba, digo mal, interesaba al asunto mismo, que yo desarrollara su puntual historia. Así todo el mundo sabrá cuál ha sido el obstáculo que ha detenido en mitad de su camino la realización de un plan que tanto hubiera facilitado á la juventud estudiosa la comprensión de aplicaciones anatómicas.

Cap. II. Desde 1865, época en que mandé retirar del *Nuevo proyecto de* Ministerio de Fomento mis obras pictóricas, hasta *Cátedra Anatómica.* la fecha, lejos de escarmentar, antes bien me he declarado más contumaz é incorregible que nunca en mi propósito, tanto, que á mi concepto ya hoy día, los cuadros sólo constituyen una parte secundaria del plan material de enseñanza anatómica que creo más convenientemente, y que como último resultado de mis ensayos prácticos voy á permitirme proponer; siempre con el bien entendido de que, lo mismo esta vez que la pasada, no es el autor sino el Estado quien puede salir ganancioso de la adopción del proyecto.

A fin de conciliar en la exposición del nuevo sistema el mayor faconismo posible, con la mayor claridad, lo reduciré á dos factores: 1.º el Proyecto en sus BASES ORGÁNICAS; y 2.º PLANOS ARQUITECTÓNICOS, necesarios para proceder á su realización.

(1) Pudiera citar buen número de Consejeros que fueron á visitar los cuadros á San Carlos, y que unánimes decían que el Consejo debía prestarte todo su influjo, á fin de que, siquiera los Colegios de Medicina más concurridos de España fuesen dotados con una colección.... Indudablemente, González Brabo, al pronunciar aquella célebre frase «FUE ASÍ VERA PERRO», halló la verdadera fórmula de muchos fenómenos de España. Toda mi falta consistió en no haber pedido alguna goltería ni intrigado para obtenerla. En esta parte sí que no me arrepiento ni me propongo enmendarme.

Bases orgánicas del nuevo sistema de enseñanza de la Anatomía clásica.

BASE 1.^a *El Catedrático estará auxiliado por dos profesores ayudantes (nombrados por oposición), quienes tendrán á su cargo:*

- 1.º Sustituir al catedrático en ausencias y enfermedades.
- 2.º Auxiliarle en las operaciones y demostraciones de Cátedras.
- 3.º Cuidar cada cual de uno de los dos Museos y por turno de la Galería pictórico-anatómica (véanse los planos).
- 4.º Dirigir cada uno los trabajos anatómicos de una mitad del curso en su sala práctica respectiva (v. los pp.)

BASE 2.^a *Los estudiantes, ó mejor, los concurrentes de hecho á las sesiones de Anatomía, que se habrán inscrito en un registro especial para la buena administración de la Cátedra, se dividirán en dos mitades ó Secciones, cada una de las cuales estará al superior cuidado de uno de entrambos Profesores ayudantes. Cada sección tendrá su sala práctica y ocupará en la Cátedra su correspondiente mitad (v. los pp.)*

Nota. *Para los oyentes ó concurrentes no inscritos, habrá en la Cátedra un lugar expreso sin comunicación con el recinto general de los inscritos (v. los pp.)*

COMENTARIO.—Esta medida es de forzosa necesidad. Sin ella, se verá más adelante, no habría base alguna de cálculo para la ordenación material de las agrupaciones.

BASE 3.^a *Cada sección se dividirá en el número de GRUPOS que el catedrático estime conveniente; y cada GRUPO constará del número de estudiantes que convenga entre diez y veinte, como mínimo y máximo prudenciales. Cada grupo tendrá en la Cátedra su mesa respectiva (v. los pp.)*

COMENTARIO.—La experiencia enseña que toda demostración anatómica que se hace para más de 20 ó 25 alumnos es ilusoria; y aun si propongo que las agrupaciones demostrativas lleguen á 20, (es decir, más allá de 10 ó 15 alumnos), es por que, en medio de todo, lo que me propongo no es lo mejor que cabe apetecer, sino lo mejor que se puede realizar.

BASE 4.^a *Para cada grupo anatómico habrá un CABECERA sujeto á tres requisitos esenciales:*

- 1.º Ser escolar.
- 2.º Haber cursado y probado ya toda la Anatomía.
- 3.º Entrar por oposición.

Este CABECERA será director y pasante de los estudiantes de su GRUPO, bajo la inmediata dependencia del PROFESOR AYUDANTE de su sección.

COMENTARIO.—De suerte que las categorías son: CATEDRÁTICO, PROFESORES AYUDANTES (Jefes de sección), CABECERAS de grupo, y GRUPOS de discípulos.

BASE 5.^a *Las plazas de cabecera de grupo se adjudicarán por una oposición basada en un solo ejercicio, el cual consistirá en una preparación impuesta á la suerte, ejecutada inmediatamente en estado de incomunicación y explicada en público al terminarse el tiempo dado para ejecutarla.*

COMENTARIO. Propongo esta forma de oposición por ser la que mejor revela el mérito real, así absoluto como relativo, de cada opositor.

BASE 6.^a *Las oposiciones se verificarán durante el periodo en que el catedrático enseña la Osteología; es decir, cuando conocido ya el número definitivo de nuevos alumnos, y por lo tanto de los grupos que será necesario formar, se pueda determinar el de los CABECERAS que, á juicio del catedrático, se necesiten para aquel curso.*

COMENTARIO.— Favorece esta disposición la circunstancia de poderse dar muy bien la Osteología sin cabeceras oficiales y sólo nombrando para cada grupo un cabecera provisional entre los mismos cursantes, para el solo objeto de recoger y devolver los 2, 3 ó más ejemplares osteológicos que á cada grupo se destinan. Esta es al menos mi práctica, de cuyos resultados estoy del todo satisfecho.

BASE 7.^a *Las plazas se adquirirán para dos años, ó mejor, para la duración total del curso completo de Anatomía, séase la que se fuere; sin embargo, en caso de ocurrir vacantes por muerte, traslación, renuncia, etc., de uno ó más Cabeceras, se procederá inmediatamente á cubrir las vacantes.*

BASE 8.^a *El Cabecera tendrá por vía de estímulo y retribución:*

- 1.^o Una medalla especial de honor.
- 2.^o La dispensa de derechos del título que habilita para ejercer la Medicina.
- 3.^o Un diploma de «RECOMENDABLE ANATÓMICO» que resolverá legalmente cualquier empate ocurrido en la votación verificada en oposiciones ulteriores para ingresar, así en los cuerpos de Sanidad Militar de mar y tierra como en cualesquiera otros de carácter facultativo que dependen del Estado.

COMENTARIO.— Creo que esta institución de los Cabeceras de grupo sería bastante por sí sola á asegurar en cualquier nación una numerosa, brillante y siempre renovada falange de buenos anatómicos, y el consiguiente esplendor de la clase médica. Reflexione el Estado qué es lo que le trae más cuenta: si el cobro de unos miserables reales, importe de los llamados depósitos para títulos que no equivalen á fin de año á la mitad de lo que un mal Administrador de rentas le merma un mes; ó la renuncia á aquellas exiguas cantidades en gracia á los seguros beneficios morales que acabo de consignar y que, además de todo, habían de producir á vuelta de pocos años y por el mismo concepto económico un alza notable en las contribuciones de la clase médica, puesto que pronto el gremio de médicos VALDRÍA más.

En cuanto al valor de la retribución que pido para los CABECERAS, nada tiene de exagerada, pues si justo es pagar bien toda suerte de servicios, creo que los impuestos á los CABECERAS son, como se verá, bastante improbos, útiles y trascendentales para merecer un espléndido galardón. Claro es que, aparte de esto, los padres de los estudiantes pudieran hasta dar dinero encima, como suele decirse, por lograr que sus hijos desempeñasen cargos de cuyo ejercicio han de sacar tan inmenso provecho; más, con todo, el Estado sólo ha de ver en esto un servicio que se debe retribuir, cuya retribución ha de estar á la altura de su propia trascendencia.

BASE 9.^a *El cargo de CABECERA consistirá en desempeñar las tareas siguientes:*

- 1.^o Dirigir y adiestrar á los alumnos de su GRUPO.
- 2.^o Ejecutar diariamente para uso de éste la preparación cadavérica de la lección inmediata, pidiendo, á falta de cadáver, la pieza anatómica artificial correspondiente y que el PROFESOR AYUDANTE cuidará de facilitarle con las oportunas condiciones.

3.º Dar todos los días á los alumnos de su GRUPO, y sobre la indicada preparación, una instrucción elemental que les disponga al mejor aprovechamiento de la lección de Cátedra.

4.º Concurrir al local de la Escuela media hora antes de la Cátedra, y una vez todo dispuesto, instalar su GRUPO en la MESA que le corresponda del Anfiteatro, ocupando él la tetera y habiendo hecho antes colocar encima de la dicha mesa la preparación (v. los pp.)

5.º Ejercer durante la Cátedra el cargo de *demonstrador mudo*, es decir de *manos del catedrático*.

Nota. Para las preparaciones y demostraciones histológicas se seguirá análogo sistema; siendo de cuenta del catedrático indicar, durante las lecciones, *los altos* ó suspensiones que, en razón de las especiales exigencias demostrativas de este ramo, pueden ocurrir.

COMENTARIOS.—Esta organización equivale á identificar la Cátedra con la Sala práctica, multiplicando las ventajas teóricas y prácticas de entrambas instituciones respectivamente. Esta es en el fondo toda la fuerza del NUEVO SISTEMA que propongo, y del cual conozco por experiencia toda la facilidad de mecanismo y toda la inmensa utilidad. UNA SALA PRÁCTICA, atendida á UNA SOLA EXPLICACIÓN PARA TODAS SUS SECCIONES: he aquí el pensamiento reducido á la mayor simplicidad de expresión. De advertir es que además quedan, como se ha dicho, dos SALAS propiamente operatorias para que el alumno ejercite la disección. Por mi parte estoy firmemente persuadido de que esta fusión virtual de la Sala y la Cátedra (es decir, la utilidad de la *división del auditorio en grupos* para el hecho de *ver*, sin perjuicio de la *unidad de curso* para el hecho de *oír*) satisface el último *desideratum* de la enseñanza anatómica en lo tocante al método material.

BASE 10.ª Dado el caso de que uno ó más Cabeceras cumpliesen mal ó no cumpliesen su deber, será de la incumbencia de los PROFESORES AYUDANTES proceder á primera amonestación; de la del catedrático, si hubiese lugar á segunda; y si á tercera, ó á corrección de falta grave, entenderá de ello el Consejo Universitario ó un equivalente. La mayor pena que por faltas de jurisdicción se podrá imponer, será la destitución, la cual siempre implicará la pérdida de los derechos adquiridos como CABECERA.

BASE 11.ª Los PROFESORES AYUDANTES estarán sujetos á la disciplina general de los empleados facultativos; pero además responderán de un modo efectivo de los objetos coleccionados en los Museos ó galerías de su departamento, cuyo catálogo, registrado cada año, obrará cuadruplicado en poder del jefe de la Facultad, del catedrático y de los dos profesores ayudantes. Sin embargo, cuando se trate de desaparición ó desperfecto de piezas múltiples empleadas para uso de los alumnos, el profesor ayudante podrá exigir responsabilidad efectiva á los Cabeceras, como éstos, á su vez, la podrán reclamar de los alumnos de su grupo ó de cualquier otro, si así fuere justo.

BASE 12.ª El catedrático también estará sujeto, por su parte, á un pequeño código penal reducido al siguiente ARTICULO ÚNICO: Siendo la asistencia absolutamente libre, el catedrático que no esté á la altura de su cometido sufrirá la pena de quedarse sin auditorio.

BASE 13.^a *Para el debido abastecimiento de la Escuela, se declara de libre contratación la utilización anatómica de los cadáveres por medio de una disposición gubernativa que, acabando con las regalías de los poderes judicial, militar, eclesiástico y municipal, concilie las garantías del bien público con la satisfacción debida á las legítimas necesidades de la ciencia de curar.*

COMENTARIO.— Todos deseamos (los médicos más que nadie) que la mortandad sea la menor posible; mas ya que la normal da de sí, por desgracia, más que lo suficiente para proporcionar á las Escuelas médicas bastantes cadáveres con que realizar el nuevo sistema de enseñanza, justo es que deseemos obtenerlos. En el estado actual, ni por el viejo método pueden las Escuelas de Medicina formar buenos anatómicos; y á pesar de las atinadas disposiciones del Reglamento de Anatomía práctica del Plan de Pidal, el más razonado y aceptable de nuestros tiempos, no se ha podido nunca recabar, ni de las Corporaciones semi-clericales que las cumplieran bien, ni menos de las militares que las acataran.

Opónese por muchos, á la idea del sistema de abastecimiento que recomiendo, y que es el adoptado en varios puntos del extranjero, un reparo, y es: que por este sistema, la disección resulta gravosa para el alumno; á lo cual replicaré que sobre ser de poco momento ese gravamen, lo que la experiencia enseña es, que el estudiante disecciona más y mejor si la utilización del cadáver le exige un sacrificio, que no si la disección es gratuita. Parece condición humana desestimar aquello cuya adquisición nada nos cuesta. Por eso, sin duda, la Providencia quiso que los hijos resultasen tan caros á sus padres; único medio de que éstos se portaran como tales. Quiero decir, pues, que el carácter oneroso del cadáver, lejos de ser un óbice debe aceptarse como una razón de más en pro de la conveniencia del sistema que propongo.

BASE 14.^a *En virtud de las razones aducidas en el articulado «CUERPO VIVO» del Libro primero de esta obra, habrá en el punto conveniente de la cátedra una meseta ó tambor giratorio para que en ella tome posición el natural, cuando el catedrático creyere útil el concurso de éste. (v. los pp.)*

BASE 15.^a *Detrás del sillón de Cátedra y por ambos lados, deberá quedar suficiente lienzo de pared libre, á fin de que á buena luz puedan colocarse cuadros anatómicos de figuras colosales, así descriptivas como histológicas, encerados, cartones, etc.; y bastante espacio para disponer y ordenar, en distintas mesas que, ó por lo singulares ó por lo anormales, fuesen destinadas por el profesor á especiales demostraciones, durante la explicación ó al final de ella.*

La meseta del natural podrá convertirse, cuando convenga, en punto de situación de un microscopio fotogénico, para demostración de determinados objetos microscópicos.

COMENTARIO.— Hace dos años escribí á mi distinguido amigo el oftalmólogo de Madrid, Dr. Delgado Jugo que viera si había en la Universidad Central algún buen microscopio de esta naturaleza. Mi objeto fue, por entonces, dar una serie de sesiones de Histología, por este medio de demostración; el cual veo que hoy ha sido ensayado en Londres con grande éxito. (V. *Independencia Médica* del 15 de Agosto). Sin embargo, dadas las BASES del nuevo sistema de enseñanza y los PLANOS que propongo, apenas tiene oportunidad la aplicación del microscopio fotogénico.

DOS PALABRAS ACERCA DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO

En la composición del proyecto que los adjuntos planos representan, he partido del principio arquitectónico de que la forma de un

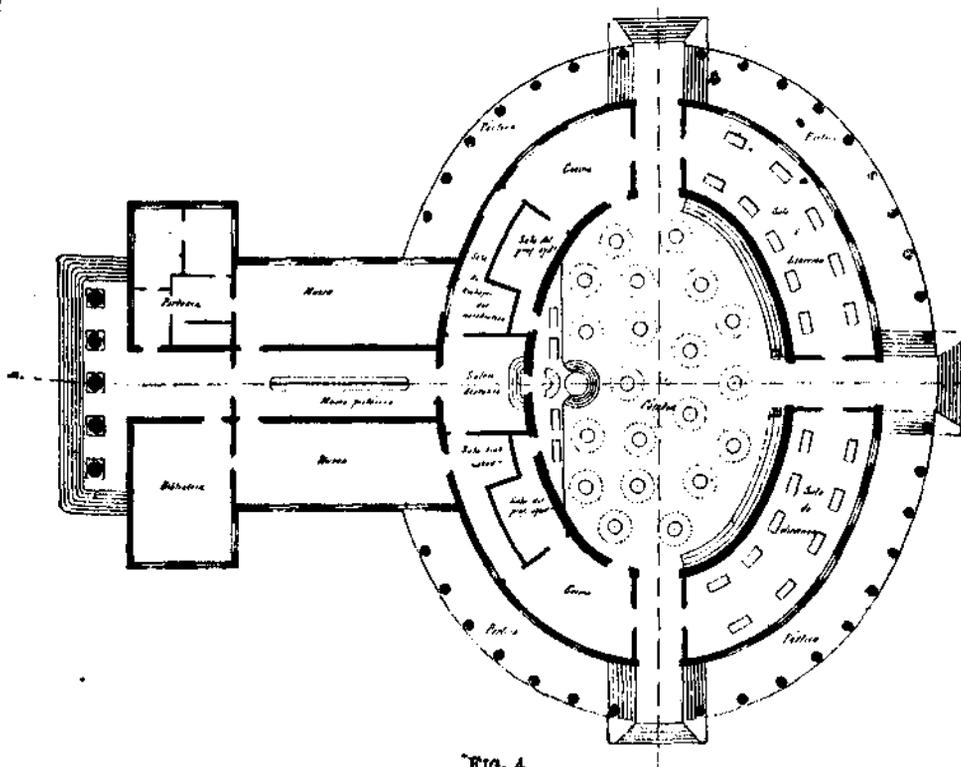


FIG. 4

edificio debe ser la expresión fiel de su destino. Y así he procurado que el edificio tenga espacio, disposición acústica, luz, ventilación y todo lo apetecible en grandiosidad, sin menoscabo de aquella sobriedad que, encomendando al concurso natural de las líneas *motivadas* la armonía del conjunto, imprime á la construcción rasgos de belleza análogos á los que la ciencia posee, como base de un poderoso atractivo. Esta expresión queda, en fin, acentuada y caracterizada por la presencia de un símbolo del organismo que ideé para ocupar el centro del frontón del edificio y con la estatua colosal de Vesalio, que corona la cúpula.

Del *detalle* nada debo explicar aquí, habiendo ya consignado en los mismos planos todas las noticias necesarias: y por si un día este proyecto se hubiera de realizar, declaro desde ahora que estos ad-

juntos planos deben ser mirados como un primer borrador, y que, en su consecuencia, atenderé gustoso á cuantas observaciones me sean dirigidas, á fin de solventarlas é introducir en el proyecto todo aquello que pueda hacerle más acabado y provechoso. Acompaño,

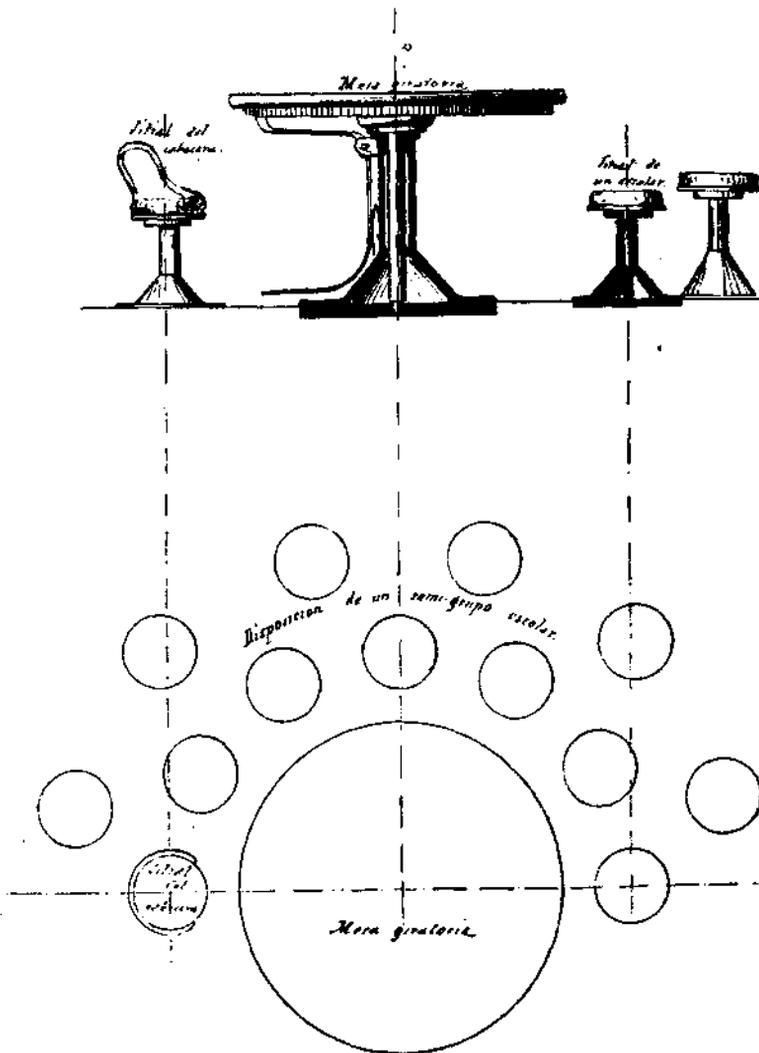


FIG. 5

finalmente, un bosquejo del efecto de conjunto del nuevo sistema en acción, suponiendo tomada la vista desde un punto interior del mismo anfiteatro de nueva planta.—Véanse las figuras 4, 5, 6 y 7, así como las láminas litográficas 1.^a y 2.^a.

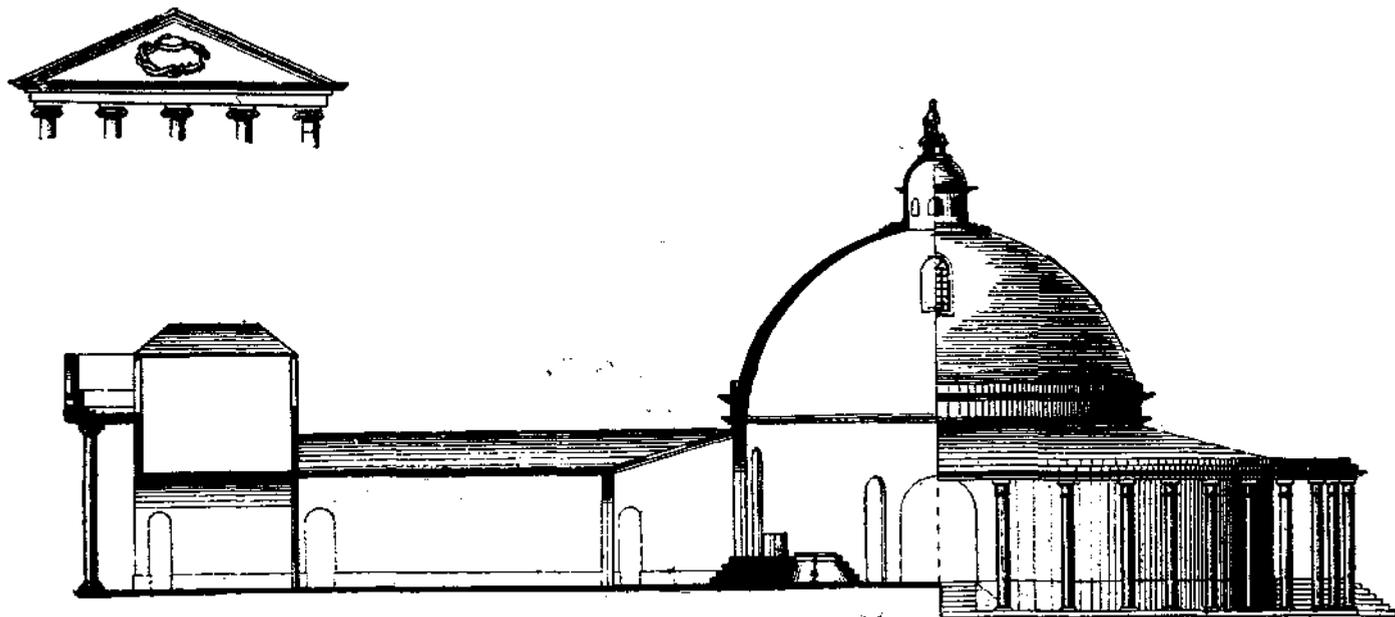


FIG. 6

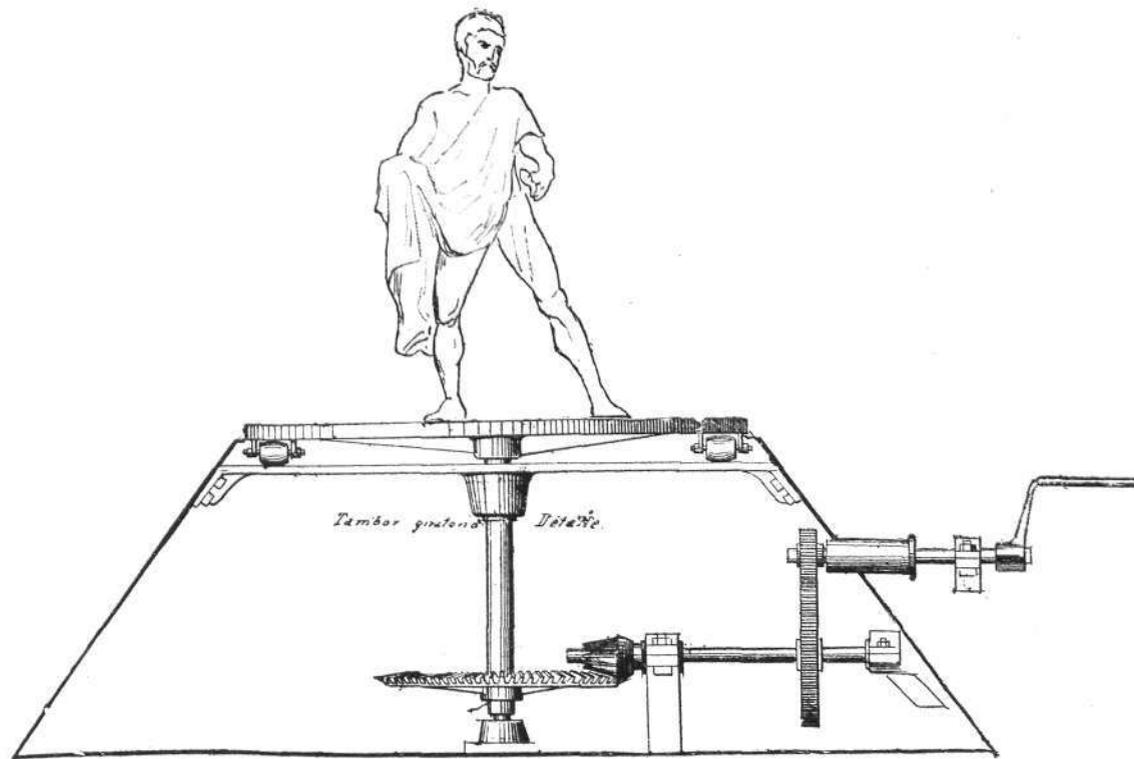


FIG. 7





Fotografía de Hauer y Benet

ESTÁTUA DE VESALIO

BOCETO ORIGINAL DE LETAMENDI

PARTE SEGUNDA

Método lógico.

DIFICULTAD DE HACER LA ANÁLISIS ORGÁNICA DEL INDIVIDUO SIN DETRIMENTO DE LA NOCIÓN INDIVIDUAL

En el examen de este segundo y gravísimo obstáculo que la naturaleza de las cosas opone á la desahogada marcha del Profesor de Anatomía, es necesario proceder con atinado pulso y riguroso método á fin de obtener, si no una victoria, un resultado al menos ventajoso y plausible. El método es más necesario cuando del mismo método se trata: así, pues, me ocuparé sucesivamente de la *composición*, la *exposición*, la *definición*, la *división*, la *clasificación* y la *descripción*, como elementos metódicos en sus relaciones con la enseñanza de la *Anatomía clásica*.

Cap. I
*Composición de
la asignatura.*

A primera vista parece que para la composición de un curso de Anatomía sólo hay que contar con los materiales que van comprendidos en la noción misma de esta ciencia; mas si á fondo se reflexiona, se echa de ver que esto no es exacto. Si por punto general un Profesor tiene más deberes que un libro, tiene el Profesor de Anatomía más deberes que sus compañeros de claustro. El Profesor de Anatomía es el que sale al vestíbulo del templo de Esculapio á recibir á la juventud ansiosa de iniciarse en los misterios de la Ciencia; y ese acto de recepción intelectual, distinto del acto intrínseco de explicar Anatomía, es un acto superior á ésta y de carácter ineludible, porque forma su precedente lógico. El Profesor de Anatomía es el que debe hacer ver á sus nuevos discípulos de dónde vienen y adónde van, cual es la síntesis de los estudios que llevan hechos; y á la luz de esta condensación filosófica mostrarles el panorama de los estudios médicos, bien así como aquel guía que al subir á una cumbre para tomar á su cargo desde aquel punto la conducción de unos viajeros, les detiene algunos instantes á fin de hacerles reconocer á grandes rasgos y contemplar en conjunto la nueva región que á su vista se aparece. En esta tarea conviene emplear la primera sesión del primer curso; conviene porque es lógico; conviene, además, porque en ella la nueva generación escolar siente brotar de su seno el sacro entusiasmo, el noble afán que la misión de la Medicina inspira á todo corazón generoso. Esa lección le presenta identificado en un solo sér, el hombre de la Naturaleza, el hombre de la Anatomía, el hombre de la Medicina, el hombre de la Filosofía y el hombre real y práctico. Esa lección descubre la inmensa distancia que va del hombre al cadáver, y por lo tanto la suma de nociones *no anatómicas* que del hombre conviene tener para ser

verdadero anatómico, puesto que el hombre final del anatómico es el mismo del médico: aquel que á deshora nos llama reclamándonos que le salvemos no un órgano tal ó cual, sino su vida íntegra y aun quizá su honra. Por esta primera lección se logra tomar desde luego por punto de partida la individualidad real de la noción sintética *hombre*, lo cual constituye el medio más lógico de llenar el fin propuesto.

Analizada en esta forma la personalidad humana y vista la diversidad de ciencias que á su estudio concurren, reconócese, ante todo, que la *Anatomía* no es sino una parte de la ANTROPOLOGÍA, y que, por consiguiente, las *deducciones de aquella no tienen valor práctico* si no están en armonía con las demás ciencias antropológicas. Por esta verdad fundamental se afirma en el ánimo del alumno la noción sintética del hombre, mientras que adquiere la Anatomía mayor prestigio, ya que al mostrar ésta sinceramente sus propias limitaciones, da á la juventud leales garantías de no acarrearle, tarde ó temprano, decepciones clínicas fatales. De esta suerte la Anatomía se presenta al discípulo desprovista de exageraciones insensatas, como una parte de la Antropología, como una base, no la única de la Medicina, como un elemento de la Filosofía y como la ancha puerta del conocimiento práctico del mundo.

Esta introducción á los estudios médicos en general, y anatómicos en particular, ningún otro profesor de la Facultad viene obligado á darla; por esto antes he dicho que, bajo el punto de vista de la COMPOSICIÓN DE LA ASIGNATURA si el PROFESOR DE ANATOMÍA tiene, como *Profesor*, más deberes que el libro, tiene también, por serlo de Anatomía, más deberes que ningún otro Profesor.

Cap. II
Exposición de la
asignatura.

ART. 1.º
Orden formal.

Dos son las formas expositivas de que el maestro puede disponer en cualquiera enseñanza: una, es la llamada histórica; otra, la denominada filosófica. ¿Por cuál de ellas optaremos en la enseñanza anatómica para mejor mantener en la inteligencia del alumno la noción de individualidad?

Por entrambas. Me explicaré.

Proscritas tengo para los principios de *Tratado* aquellas lecciones llamadas *generalidades*, que sobre ser estériles para el entendimiento, resultan indigestas para la memoria y soporíferas para la atención. Si las lecciones *generales* se llaman así por tratar cosas *in genere*, si han de producir luz en la inteligencia, economía en la memoria y estímulo en la aplicación, menester es que, partiendo de las *necesidades del individuo*, consideradas como *razones de existencia*, condensen en sí mismas toda la fuerza de la noción sintética de *individuo*. Entonces es cuando la lección *general*, no sólo expone, sino que además *funda* y legitima la razón de existencia del *género*

en cosas de cuya exposición se ocupa. Entonces la lección general arroja, si me es lícita la imagen, *luz, calor y electricidad didácticas*.

Así, por ejemplo, si me propongo clasificar los metales y los metaloides, y con ellos formar células, y con las células órganos, aparatos, sistemas, y con los sistemas un cuerpo, fatigo al auditorio y no llego nunca á la unidad, porque *de ninguna de estas cosas puede de la razón humana deducir la que la sigue*. Mas si, por el contrario, partiendo de la unidad individual humana y tomando sus tres facultades morales, deduzco de las *necesidades* directas el sistema nervioso, con todos sus accesorios de la vida animal; y dada la suma de atributos de ésta, deduzco de sus *necesidades* el sistema circulatorio, con todas sus inherencias de vida vegetal; y luego de éstas deduzco los elementos *anatómicos*, y de éstos los *atómicos*, y al fin, volviendo bruscamente el rumbo, concluyo con una reconstrucción formal,—entonces se han verificado el *sistole* y el *diástole* del método expositivo, entonces la razón ha dado un latido completo, entonces la ciencia ha ofrecido á la vista mental del alumno el *movimiento FILOSÓFICO de la investigación humana*, seguido del *movimiento HISTÓRICO de la creación*, entonces es cuando *se deja satisfecho á Horacio*, llevando al último punto el *atractivo* y la *utilidad* de una lección general: el *atractivo* porque en ciencias siempre agrada más aquello que mejor enseña, la *utilidad* porque en Anatomía sólo es práctico lo que nace de la consideración individual.

Se dirá que esta no es la marcha natural del progreso, y lo particular es que también yo soy de este sentir; pero aquí no se trata del progreso de la ciencia, sino de la eficacia de la enseñanza, y enseñar no es investigar. *Investigar* es buscar uno mismo lo desconocido, y *enseñar* es comunicar á otro lo conocido; y como quiera que, *sin nosotros sospecharlo, en el acto de investigar, toda la serie de progresos viene ensartada en un hilo no interrumpido de consecuencias y sucesiones racionales que echamos de ver tan luego como hemos realizado el nuevo progreso*,—de suerte que, *si bien el hombre progresa por un procedimiento analítico ó histórico, es lo cierto que la Naturaleza nos revela sus secretos por una exposición sintética ó filosófica*,—resulta que si al adoptar para las lecciones *generales* este segundo método me aparto del que yo mismo empleo cuando investigo, hágolo para acomodarme al que sigue la gran maestra Naturaleza para enseñar á la humanidad. Es decir, que por este método se enseña á los alumnos lo que el maestro ya conoce, pero sin los penosos tanteos que al género humano ha costado el llegar á conocer. Dar á los alumnos las lecciones generales en esta forma, es tomarse la molestia que las madres solícitas se toman cuando dan de comer á sus hijos: quitarles de la carne el hueso, del pescado la espina, de la fruta el pellejo, para evitarles atragantamientos, disgusto ó indigestiones.

Y el hecho histórico es que si la investigación no ha progresado de este modo, no es porque el curso natural de las cosas no se haya prestado á ello. A Hipócrates le mostró el *hombre*; á Herófilo el *cuerpo*, deducido el espíritu; á Galeno, los grandes sistemas *anatómicos*; á Vesalio, los *aparatos*; á sus sucesores, los *órganos*; á Bichat, los *tejidos*; á Schwann, las *células*; y á los contemporáneos, los *elementos químico-orgánicos*. ¿Qué es esto sino la serie sintética ó filosófica con que la Naturaleza nos ha expuesto á lo largo de los siglos, de *deducción* en deducción, la *idea general del hombre* desde su dualismo real hasta la reducción de su cuerpo en amoníaco y agua? ¿Qué es esto sino la serie de lecciones preliminares que en el programa que acompaña se consigna?

Debemos, pues, adoptar para toda lección de las cosas *in genere*, no el sistema de exposición analítica llamado de *generalidades*, sino el verdadero sistema sintético ó de desenvolvimiento filosófico del asunto, á fin de establecer sobre una base racional el *género* de que se trata.

En cambio, las lecciones que versan sobre *lo particular* deben tener por alma y norma el método expositivo histórico: no sólo porque en ellas la naturaleza de las cosas reclama una paciente y extremada análisis (lo cual ya cae de su peso, pues que, en definitiva, *anatomizar es analizar*), sino que también porque el más poderoso auxilio racional que para la comprensión de los detalles orgánicos poseemos es la Anatomía comparada, esa resplandeciente lumbrera cuyos vivísimos rayos nunca se derraman en balde sobre las formas de nuestra intrincada organización.

La *Anatomía comparada* es la historia auténtica de la creación viviente; y al inspirarnos en ella vemos con pasmosa claridad el por qué especial de cada aparato, la razón de las diferencias y semejanzas que entre todos los análogos existen y, sobre todo, la marcha progresiva del plan universal en cuya virtud las partes fundamentales de cada aparato han sido realizadas antes que las accidentales. Así, por ejemplo: analizando el aparato auditivo, hallamos en el *molusco cefalópodo* las piezas esenciales (nervio, vestibulo, otolinfa y otolitos), es decir, aquellas piezas sin las cuales la razón anatómica no concibe *oído*; y más tarde en los *peces*, los *anfíbios*, los *reptiles*, las *aves* y los *mamíferos*, encontraremos sucesivamente y por orden inverso al de su importancia los *conductos semicirculares*, las vueltas del caracol, la *caja timpánica* y el *pabellón de la oreja*.

En resumen, pues, diré:

1.º Que en la armazón de las *lecciones generales* conviene adoptar la exposición filosófica apoyada en un criterio positivo, sacado del progreso mismo; y que en este método deben las lecciones ge-

nerales dividirse en dos tiempos: uno, inicial de división, y otro, final, de reconstrucción que cierre lo expuesto en el mismo tratado.

Y 2.º Que las lecciones *acerca de lo particular* deben seguir el método histórico ó analítico en toda su comprensión, es decir, apoyando el análisis de las formas (descripción) con los ejemplos más importantes del reino animal (Anatomía comparada).

De esta suerte, la *Anatomía*, sin dejar de ser esencialmente analítica, como es por su mecanismo, conserva al través del análisis la noción de individualidad que constituye su *objeto final*.

Aquí vuelvo á reclamar el interés de mis ilustrados Profesores, puesto que se trata de una re-

Orden material. forma urgente y perentoria. Hora es ya de que cese para la enseñanza la distinción entre Anatomía descriptiva y Anatomía general en tanto que distinción de asignaturas. Esta separación es perjudicial. La práctica me ha convencido de ello y de las consiguientes ventajas que á los alumnos proporciona su fusión en una sola. Por infundada que parezca esta tesis, confío demostrar su verdad hasta la evidencia.

Llamamos á nuestra asignatura, no *Anatomía descriptiva y general*, sino *Anatomía clásica*, es decir, *Anatomía de Anatomías*, considerando que cada una de sus *historias* comprende *ab origine*, además de la *descripción* de los *órganos*, sus *relaciones*, su *textura*, sus *anomalías*, su *desarrollo* y sus *cursos*. Y pronto se echará de ver que la *Anatomía clásica*, seguida de un *cursillo* de Anatomía general, establece, *hoy por hoy*, un contrasentido práctico; pues una de dos, ó el artículo «textura» de las historias descriptivas del órgano está de más, ó lo está el *cursillo* dedicado al atributo *textura*.

Y si de buena fe se me dice que, no obstante tratarse en la *Anatomía Clásica* las *relaciones*, las *anomalías*, el *desarrollo* y los *usos*, existen aparte las asignaturas de *Anatomía topográfica*, de la *patológica*, la *ovológica* y la de *Fisiología*, replicaré: 1.º, que la llamada *topográfica* no tiene por objeto las relaciones, sino su aplicación clínica, y aun ha perdido, años ha, el nombre y hasta la naturaleza topográfica; 2.º, que en la *patológica*, las *anomalías*, en el sentido de variantes normales, apenas tienen cabida ni formarían nunca el cuerpo principal del objeto de dicha asignatura, si en ella se tratasen *in-extenso*; 3.º, que la *ovología* quese explica en Fisiología y en Obstetricia no es la que se explica en Anatomía, pues en aquéllas se trata del *desarrollo* hasta el fin de la gestación, y en ésta se da hasta los veinticinco años; y 4.º, que la Fisiología sólo se ocupa de las funciones *in genere*, como en otro lugar llevo demostrado (v. lib. I, art. «Cuerpo vivo») y no de las particulares de cada músculo, ó de cada membrana, etc. Por lo cual repetiré que, ó se ha de pretender que se funde un *cursillo* especial para cada uno

de los capítulos *relaciones, anomalías, desarrollo y usos*, ó se me ha de pasar que defienda la incorporación de la *Anatomía de textura ó histología* á la Anatomía clásica.

En último trance, se me dirá que debe darse la enseñanza tal y como se da, porque así están escritos los libros de Histología, como tratados especiales, y yo á esto repetiré lo que en otra ocasión he dicho: *una cosa es el libro, otra el maestro; una la investigación, otra la enseñanza*. Precisamente, de todos los libros notables de Histología, no conozco ninguno propiamente didáctico; todos parecen escritos para leídos en familia, entre los histólogos mismos, y aquí está el *quid* de la cuestión.

Examinemos rápidamente la Historia. Desde Vesalio hasta Malpighi, es decir, por espacio de un siglo, la Anatomía general vivió infiltrada en la Anatomía clásica. Preparóse en esto la reforma que estalló luego en Bichat, y desde entonces, la *Anatomía general* tomando de ese ilustre cuanto malogrado joven, el *plan*, y de Schwann más tarde las investigaciones y las leyes fundamentales, vino á ser la pasión de los nuevos anatómicos, tanto mas, cuanto que, agotada ya la Anatomía de las partes naturalmente visibles, pudo el microscopio, puesto al servicio de un buen plan de observación, satisfacer la sed de descubrimientos que á la actual generación devoraba.

Es indudable que el estímulo latente de los micrógrafos (que no es más que una manifestación determinada de la tendencia filosófica en general) consistía en el levantado afán por conocer la *substancia* de las cosas. El programa de Bichat anunciaba no las *formas*, sino la *textura*, la *naturaleza íntima*, la *esencia* de los órganos. ¿Qué ha sucedido? Lo de siempre: que buscando la *substancia*, no hemos hecho más que dilatar el conocimiento de las *formas; inventando la Anatomía general*, sólo hemos *ampliado* la Anatomía descriptiva hasta los *invisibles á ojo desnudo*,.... y nada más. ¡No parece sino que Dios ha infundido al hombre el deseo de hallar las *substancias*, para asegurarse de que no cejará en la investigación de las *formas!*

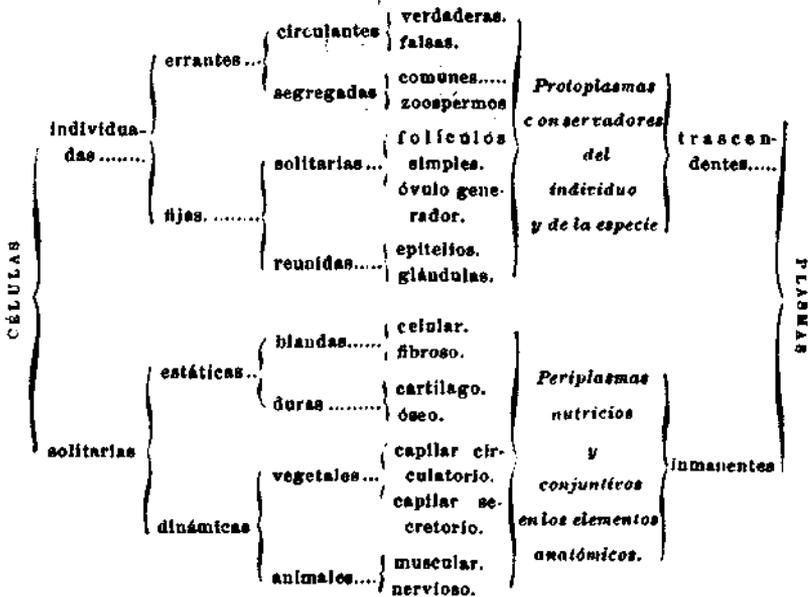
Hoy la ciencia histológica, ahita ya de resultados, hace un alto, y hasta que nuevos medios la lancen á regiones nuevas, puede muy bien asegurarse que tiene ya triangulado el terreno actual; y en este estado, lo conveniente será que mientras con gran provecho se escriben libros y se dan cursos exprofeso de Histología, á título de libros y cursos de nueva investigación y discusión, reivindique la *Anatomía Clásica* el usufructo de los bienes de su hija, á fin de dar al artículo *textura* de sus *HISTORIAS*, todo el desarrollo, toda la importancia que se merece.

Esta pretensión, que en mi Cátedra es una práctica desde el

año 1858, la hacen buena las significativas aunque meticulosas tendencias que hacia esta dirección se notan en algunas de las más recientes obras anatómico-descriptivas; todo indica que ya es hora de realizar la reforma sin ambages ni contemplaciones. Debe realizarse para completar la historia clásica de los órganos; debe realizarse, porque la Histología no es más que el progreso de la Anatomía descriptiva sobre los detalles imperceptibles; debe realizarse, porque lo imperceptible es muchas veces la razón formal de lo perceptible; debe realizarse, porque el ánimo del alumno soporta mejor la Histología embebida en la Anatomía clásica, que no eliminada de ella y condensada en un curso especial; debe realizarse, en fin, y esto es lo que en nuestro caso es más importante, porque la separación actual de la *Anatomía descriptiva* y la Histología dificulta en gran manera la conservación de la noción sintética de nuestra individualidad, al paso que su fusión la facilita en extremo. Mucha objeción sería la de que teniendo cada una de estas dos ciencias su clasificación distinta, no habrá forma hábil de fundirlas en una. Es verdad; mas ni estas clasificaciones son tan infalibles que no admitan mudanza, ni sería, por cierto, esta disparidad de clasificaciones una gran recomendación del *statu quo*.

Más breve: si la Histología moderna inspirada por el microscopio no pudiese armonizar con la de Bichat, sugerida por la Anatomía descriptiva, una ú otra de las dos necesita una modificación de plan; debiendo advertir que, aun dentro de la misma Histología, deben ponerse en concordia (que no lo están mucho) la clasificación de las células y la clasificación de los plasmas y demás elementos anhistos de los organismos. En esta parte procuré, años ha, darme cuenta de estas dos últimas dificultades, á fin de forzarlas en vencerlas hasta donde me fuese dable; habiendo llegado á una clasificación que, aunque diferente de todas las admitidas, no contraría en nada los conocimientos actuales, ni en cosa alguna prejuzga los progresos hacederos.

HeLa aquí:



Por donde se ve que es posible armonizar la *Histología* con la *Plasmología*, y ambas á dos con la división general de Tratados de la ANATOMÍA CLÁSICA.

Cap. III

*Definición de las
naciones
anatómicas.*

De la definición nada diría si no fuera que en nuestra ciencia favorita ofrece como función lógica una modificación importante.

Sabido es que la definición y la descripción constituyen dos funciones intelectuales distintas; que la primera es la *determinación de una cosa por su género próximo y su última diferencia*, al paso que la descripción es la *determinación de una cosa por la representación imaginativa de sus atributos*. Es decir, que la definición limita y la descripción retrata. Esto no obstante, cede á veces la lógica un poco de su rigorismo en favor de las ciencias naturales, consintiendo la *definición descriptiva* como forma conveniente, ya que tratándose de cosas sensibles justo es que la imaginación tome una parte activa en sus definiciones. ¿Se pretenderá por esto que la Anatomía, como ciencia natural, no admita la *definición esencial* rigurosamente lógica? No tal: cuando decimos que el *fémur es el hueso del muslo*, damos una definición esencial por el *género próximo* («hueso») y la *última diferencia* («del muslo»); sólo daremos de él una definición descriptiva cuando anunciamos que «es un hueso largo, el mayor de su especie, colocado en el muslo, articulado por arriba á juego de nuez con la

cadera y por abajo con la pierna, mediante una gruesa y escotada polea.»

Ahora bien; ¿cuál será el criterio para el empleo de estas dos suertes de definiciones, bajo el punto de vista de la conciliación entre la idea propiamente anatómica y la idea sintética del conjunto individual? El siguiente, muy sencillo, y á mi entender muy seguro. Para dar la *noción previa ó analítica* emplearemos la *definición formal ó lógica*; y para formular la *noción final ó sintética* usaremos la *definición descriptiva*, llevándola tan allá como el caso lo requiera. Así, por ejemplo, al comenzar la historia de la piel, diré que «*es el órgano membranoso (género próximo) que cubre toda la su perficie exterior del cuerpo (última diferencia)*», con lo cual habré dado una definición lógica estricta; mientras que terminada la análisis de este importantísimo órgano en todos sus intrincados detalles, diré, en conclusión, que la piel «*es una membrana compleja, pericorpórea, densa y elástica para servir de vestidura; córnea por fuera para servir de límite y aparato defensivo contra el medio exterior; rica en vasos centripetos para absorber; en arterias y folículos para exhalar; en nervios para hacernos sentir las formas y el calor de los cuerpos; unida al nuestro por medio de tejido celular laxo, á fin de conciliar la necesidad de innumerables comunicaciones vitales con la conveniencia de una discreta libertad; puerta de entrada, punto de asiento y emuntorio crítico de las más variadas y graves dolencias; y órgano, en fin, de la mayor actividad en la infancia; el primero que decae en la juventud, y puro pergamino en el postrer periodo de la vida*», con lo cual habré dado, bien ó mal, una *definición descriptiva* de carácter *sintético*, ya porque resume todo lo dicho en la historia analítica de la piel, ya principalmente porque *reincorpora* la noción de «*piel*» á la noción de «*individuo*».

Dividir y clasificar son dos funciones idénticas en el fondo, y que sólo difieren en el procedimiento. Ambas á dos consisten en *vaciar* del interior de una *noción genérica* todas las *especies* comprendidas en ella; y como esta noción genérica la enunciamos siempre definiendo, resulta que *dividir ó clasificar es vaciar una definición*. Difieren, empero, una de otra, por cuanto la *División* establece *a priori* las categorías ó especies de pura razón, mientras que la *Clasificación* las funda *a posteriori*; y es porque la primera puede versar sobre objetos engendrados por el razonamiento, presentes todos á nuestro examen; al paso que la segunda se ejercita en objetos de experiencia, que sólo á fuerza de observaciones ó investigaciones parciales y sucesivas cabe conocer. De lo cual resulta que, si toda división puede ofrecerse completa, no á toda clasificación será razonable exigir esta

Cap. IV.

División y clasificación de las nociones y los objetos anatómicos.

cas en el fondo, y que sólo difieren en el procedimiento. Ambas á dos consisten en vaciar del interior de una noción genérica todas las especies comprendidas en ella; y como esta noción genérica la enunciamos siempre definiendo, resulta que

dividir ó clasificar es vaciar una definición. Difieren, empero, una de otra, por cuanto la *División* establece *a priori* las categorías ó especies de pura razón, mientras que la *Clasificación* las funda *a posteriori*; y es porque la primera puede versar sobre objetos engendrados por el razonamiento, presentes todos á nuestro examen; al paso que la segunda se ejercita en objetos de experiencia, que sólo á fuerza de observaciones ó investigaciones parciales y sucesivas cabe conocer. De lo cual resulta que, si toda división puede ofrecerse completa, no á toda clasificación será razonable exigir esta

condición; pues que la experiencia deja en el conocimiento muchos claros, unos transitorios, otros perpetuos.

Así, por ejemplo, es muy fácil dividir dogmáticamente los *juicios* (objetos de razón), en *asertorios é hipotéticos*, mientras que es muy difícil clasificar con aires dogmáticos los *nervios* (objetos naturales) en *sensitivos y motores*; porque el día menos pensado, descubrimos, en un rincón del mundo animal, una nueva categoría de *nervios eléctricos* (de ciertos peces), que dan al traste con la antigua clasificación.—De ahí resulta que clasificar es mucho más difícil que dividir.

Hasta aquí, no obstante, todo va bien; porque en último extremo, la dificultad puede ser vencida á fuerza de aplicación, prudencia y perseverancia.

Mas, queda otra dificultad en pie, muy seria por cierto y formidable, porque nace de la naturaleza misma de las cosas.

Para hacernos cargo del valor de esta dificultad, es menester, ante todo, recordar que una buena división debe ser, además de *completa, perfecta*; es decir, que sobre abarcar *todo* lo que en la definición se comprende, es menester que las partes que de la división resultan, ofrezcan recíproca y verdadera *oposición* que imposibilite la admisión de todo término medio entre uno y otro, puesto que esto es incompatible con los principios lógicos. Ahora bien; la *clasificación*, que no es más, por lo visto, que la *división empírica de las cosas naturales*, si puede alguna vez ser *completa*, en cambio, nunca, absolutamente nunca, se logra hacerla *perfecta*.

Esto consiste en que la naturaleza se nos presenta atestada de objetos y de seres mixtos, especie de *términos medios reales* (el mismo hombre, sin ir más lejos), los cuales, por más que en apariencia sean ilógicos, es menester clasificarlos, y por más que se hayan de clasificar, no sabemos á qué *casilla* legítima reducirlos; y como quiera que examinado el fondo de las cosas, resulta que esos seres mixtos no contradicen la condición lógica de la creación, pues en ellos el progreso va distinguiendo de día en día los seres *elementales* de los *compuestos* ó mixtos, es menester hallar un expediente para que la enseñanza concilie y ponga en evidencia la armonía *latente* que en realidad existe entre el *saltus* positivo que da nuestra razón, y las apariencias de *non saltus* ó de seres *intermedios* que ofrecen las especies naturales (1). Este expediente consiste en dividir toda clasificación en dos cuadros: uno inicial, *analítico*, en el que las cosas son divididas, como género, en especies y varieda-

(1) La exposición en extenso de este interesante punto, la hevo hecha en mi *Discurso acerca de la naturaleza y origen del Hombre*, Primera parte. (Barcelona, 1867.— Imp. de Ramirez.)

des naturales; y otro final, *sintético*, que llamo de *resolución específica*, y que consiste en quitar todas las clases divisorias y dejar el género solo cerrando una *serie natural y gradual de variedades*. Entonces se ve que hay especies entre las cuales «*Natura non facit saltum*», así como aparecen otras entre las que «*Natura facit saltum*». Las primeras son las *especies naturales mixtas*; las segundas son las *especies naturales lógicas*; aquéllas se *mezclan*, se *alean*, porque son *análogas*, y, á lo más, *contrarias*: éstas sólo se aproximan, no pueden transfundirse una en otra, porque son *contradictorias*.

Un ejemplo pondrá en evidencia cuanto acabo de consignar. Sea el siguiente cuadro de división y clasificación de las articulaciones del cuerpo humano (fig. 18):

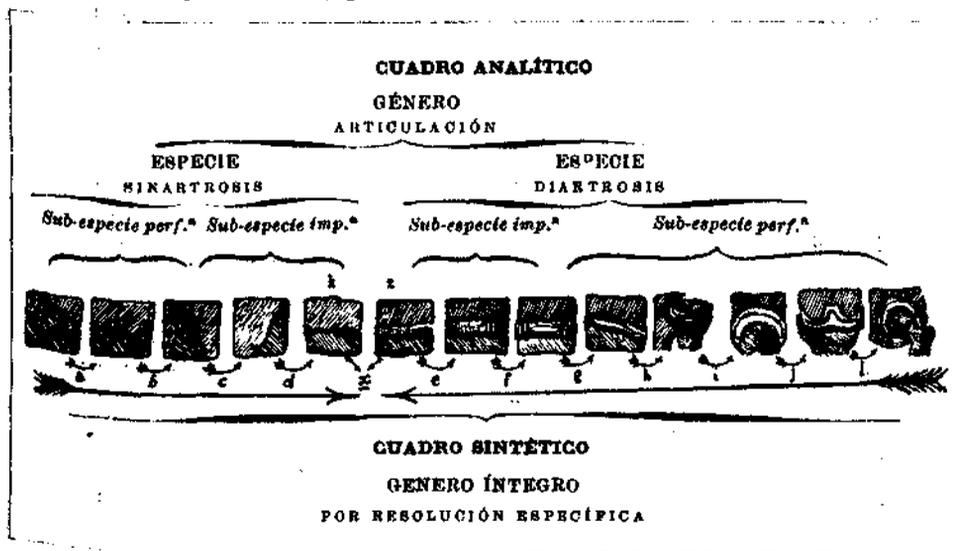


FIG. 18

Esta serie de figuras se nos presenta, por su parte superior, decididamente clasificada en *especies naturales* (1), mientras que por la inferior ofrece la reducción de estas especies naturales, á las especies lógicas, que es la operación sintética, que antes he denominado *resolución específica*.

En virtud de esta resolución, se observarán dos hechos importantísimos:

- 1.º Que borradas las líneas divisorias de las especies naturales,

(1) Digo «debidamente», porque si la clasificación no está elaborada en toda regla, no puede servir para la *resolución específica* ó segunda operación. Es de advertir que la Anatomía tiene adoptadas muchas clasificaciones viciosísimas. Para comprobarlo, no hay como sujetarse á esta piedra de toque.

quedan éstas como una sola serie de variedades, puramente accidentales, que admiten tránsito *insensible*, sin SALTO, de unas á otras, es decir, una serie de especies *ideológicamente falsas*, porque en el fondo son *idénticas*, lo cual se marca por las pequeñas flechas *a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, l*.

2.º Que á pesar de esta identificación, queda en el punto *x* un salto racional y natural á un tiempo, el cual consiste en la imposibilidad lógica y real de término medio entre *afirmación* y *negación* de movimiento, con todo y haberse *aproximado* los dos tipos *k* y *z* lo más posible el uno al otro: la sinartrosis *k* por su especie natural *armonía* á la diartrosis *z* por su especie natural *anfiartrosis fibrosa pura*. Esta oposición ó contradicción se representa por las dos flechitas opuestas que en el punto *x* suplen á las flechas de transición *a, b, e*, etcétera: y además por las dos flechas grandes que en el mismo punto *e* representan la posición contradictoria entre toda la especie lógica *Diartrosis* y toda la especie lógica *Sinartrosis*.

Es decir, que las cosas naturales son más *idénticas* de lo que por las clasificaciones didácticas aparece; pero también unas son más *distintas* de lo que muchas escuelas filosóficas se figuran. Es, pues, imposible de todo punto conocer bien la realidad, ó sea dar á las especies naturales el valor que en sí tienen, si no se sujeta toda clasificación natural á este doble movimiento, el que todo el mundo conoce con el nombre de *Clasificación*, y el que acabo de proponer con el de *Reducción específica*.

Me falta tiempo, me falta espacio, para hacer ver, siquiera á grandes rasgos, la trascendencia práctica de este método para toda la Medicina; confío, sin embargo, que los hombres de espíritu penetrante habrán adivinado ya lo que ganarían en sentido práctico una *Nosología*, una *Etiología* y una *Terapéutica* afianzadas sobre tan firme asiento.

Pocas ciencias descriptivas hay tan viciosas como la Anatomía. A la excesiva libertad poética de los autores de la escuela griega, sostenida y fomentada por los más preclaros autores del Renacimiento, ha sucedido la enjuta y raquítica manera de cierta escuela contemporánea, con sus *pirámides de tres caras*, sus *cilindros con base y punta*, sus *nomenclaturas sistemáticas* llevadas hasta la caricatura por Dumas, sus *descripciones enumerativas*, su *análisis por regiones opuestas*, sus mil achaques, en fin, insoportables.

El único justo medio que de lo clásico moderno conozco en el género descriptivo, es el excelente Tratado de nuestros Bonells y Lacaba, á quienes llamaría con profundo placer *acabado* modelo del método vivo y eficaz, si no fuese que hay también en su obra graves

lunares didácticos, como son, por ejemplo, el de referirse á lo desconocido cual si fuera conocido, dar reglas de situación al final de las descripciones, es decir, cuando ya para nada se necesitan, etcétera. Tan importante, tan exigente es para mí la descripción anatómica, que, rompiendo una vez más con la consuetud, suelo dedicar en mi cátedra una sesión entera de primer curso á tratar *ex profes* del *Arte de describir en general, con aplicación á las descripciones anatómicas*. Fácil será, pues, comprender cuánto debo de contraerme para reducir á breves párrafos la parte que en esta MEMORIA conviene dedicar á las funciones descriptivas de la enseñanza.

Como todos convendremos en que la descripción es aquella función racional en cuya virtud hacemos sentir á otro una realidad por la sola eficacia de nuestra palabra, y como quiera que esta realidad puede ser de dos suertes, ó del orden inmaterial, como por ejemplo un sentimiento, un movimiento del ánimo, ó del orden material, v. gr., un paisaje, un hueso, etc.,—diremos que la perfección de la descripción inmaterial estará en lograr que el auditorio experimente el sentimiento que describimos, mientras que el triunfo de la descripción material consistirá en que, suponiendo presente un pintor ó un escultor que no conozca el objeto de que se trata, pueda ejecutar metódica y fielmente la imagen de aquel objeto al compás que el orador lo va modelando ó pintando con su palabra.

Hasta que se formula de esta suerte la regla clásica de la buena descripción, no se cae en la cuenta de la extremada dificultad que su regular desempeño trae consigo. Y ciertamente hay en el mundo bien pocos libros que describan, no digo bien, sino que ni medianamente siquiera, para resistir la prueba del escultor. Esta prueba la llevo hecha reiteradamente para educarme un poco en el Arte de describir. Allí, allí es de ver cómo el más presumido tropieza. Es aquella una lucha sin retirada. Dado un escultor hábil (como se sobrentiende), si el modelo no sale, la culpa es del orador; mas, en cambio, si la descripción es fiel, pronto el modelo responde. Así, por ejemplo, decidle á un escultor que el occipital es «un hueso que ocupa la parte posterior, inferior y mediana del cráneo, del cual forma, por decirlo así, la base. Corresponde por abajo á la columna vertebral, por delante al esfenoides, y se halla como enclavado entre el parietal y el temporal de un lado, y los mismos huesos del lado opuesto. Un hueso ancho, impar, simétrico, que representa bastante bien un segmento irregular de esferoide cortado en su circunferencia. Se distingue en él una cara anterior, etc., etc.» (Craveilhier); y á pesar de la inmensa autoridad de este distinguido anatómico, el escultor se quedaría perplejo, con los palillos en las manos y los ojos puestos en el profesor, como quien dice: «Sírvase usted avisarme cuando empiece á describir para mí». Y es que en la ante-

citada introducción ni se sigue orden, ni se sienten formas concretas, ni se respeta lo desconocido, ni se fijan puntos de partida del tecnicismo para la *situación* y la *descripción* antes de emprender la división en *cara anterior*, etc.

Pues bien, el fracaso del escultor se repite en la imaginación del oyente, y se repite aunque el oyente tenga en la mano el ejemplar; pues, aun así y todo, no aprovecha la presencia del ejemplar mientras la palabra que se oye no retrata el objeto que se ve.

Pero, en cambio, decid, por ejemplo: «el occipital es un hueso craneal cuyo *examen vulgar*, ó previo, ofrece la forma de un cazo ó cucharón de poco fondo, con el mango quebrado á cosa de dos centímetros de su arranque y un grande agujero de más de tres centímetros en la parte misma de la concha donde dicho mango toma nacimiento. Junto á los costados de ese agujero, examinado el occipital por su región convexa, aparecen dos eminencias articulares de forma condílea; y por lo que hace á los bordes generales del hueso, están cortados de manera que forma su conjunto un rombo, del cual la fractura del mango corresponde á uno de los ángulos opuestos en el sentido de la diagonal mayor. Este mango se llama, en el lenguaje anatómico, *apófisis basilar*; los *cóndilos* y el *agujero* llevan el *apellido del hueso*, el cual, para ser técnicamente descrito, debe colocarse de suerte que los cóndilos miren abajo y el fondo de la cuenta se proyecte adelante. Ahora, puesto ya el hueso en situación, le dividiremos en región anterior, etc.» Decidle, repito, á un buen escultor que el occipital es lo que acabo de expresar..... y dejo á la autoridad del escultor mismo, más fehaciente que la de cualquier anatómico, si el barro, puesto al servicio de este principio de descripción, producirá ó no un desboce enteramente conforme con el modelo que se describe.

Tal es la forma á que la descripción en general se debe atener para llenar el fundamental de su objeto.

En cuanto al *orden* de las descripciones científicas, importa sobremanera no descuidar una regla que tengo por fundamental. Toda descripción de un objeto científico debe tener dos momentos: 1.º, su *examen vulgar*; 2.º, su *estudio técnico* ó científico. No se da en la marcha natural de ninguna ciencia la *forma científica* sin que la preceda una *noción precientífica* de su objeto. Esta noción precientífica ó vulgar la constituyen, por ejemplo, en el mismo occipital, su concha, su mango, sus bordes, en cuyo reconocimiento hallo los hitos de la descripción formal ó técnica del propio hueso. Y no se diga que hay objetos de ciencia que no son de conocimiento vulgar, pues no se trata aquí de personas vulgares, sino del *estado vulgar de la razón* con relación á un objeto dado; de ese estado vulgar por el cual Herschel hubo de pasar al emprender el formal estudio de Sa-

turno durante el tiempo apreciable que empleó en el examen vulgar del planeta antes de precisar *sus elementos* propiamente astronómicos. Eludir esta ley es imposible: el examen vulgar es á la descripción científica lo que el bosquejo previo es á la obra de Arte, una condición lógica del buen procedimiento.

Por lo que dice al *movimiento interno* de la descripción anatómica, no puedo menos de clamar contra dos capitales vicios de la escuela contemporánea (haciéndole gracia de otros muchos que por falta de tiempo dejaré en silencio como si fueran veniales). Estos dos vicios consisten: uno, en la *descripción de los órganos por regiones opuestas*; otro, en la *descripción enumerativa de los objetos que en cada región se contienen*.

Para ver lo ridículo del primer vicio, bastará imaginar un Profesor de Geografía que, esfera en mano, y dividiéndola bonitamente en seis caras, dijese «que en ellas se ve: primero, en la región Norte, una parte de Rusia, la nueva Bretaña, Groenlandia, el mar de Baffin, la bahía de Hudson, el estrecho de Behring, etc.; segundo, en la región Sud, la Patagonia, la nueva Zelanda, etc., etc., etc.»

Pues bien; esto mismo se hace en Anatomía con el encéfalo, con el calcáneo, con el estómago, con **TODO**.....

Yo no concibo para la descripción regional más marcha lógica que la que llamo *método de revolución*, es decir: aquel en cuya virtud la palabra, tomando una región ó punto de partida, va dando vuelta al objeto hasta terminar en aquel mismo punto inicial; ó, más breve, aquella que describe por regiones *contiguas* en vez de hacerlo por regiones *opuestas*. Este método, único natural, los anatómicos sólo le aplican á la descripción de las serosas; y es porque en este caso se siente tanto su necesidad, que no hay más recurso que proceder en buena forma.

Describiendo de esta manera los órganos, no se rompe el hilo descriptivo ni se apartan ideológicamente los accidentes; y así, por ejemplo, marchando de la región inferior del cerebelo á la posterior y de ésta á la superior, puedo ir construyendo sin interrupción y sin flociones nominales todo el relieve del lóbulo, cerebelo fundamental, en vez de tenerme que andar con *vermes* arriba y *vermes* abajo, pues á nada conducen, y sí á confundir y triturar lo que de suyo es claro y entero. Así también, poniendo otro caso, al pasar de la región anterior del esfenoides á la inferior, es cuando puedo hacer notar que la *cresta vertical anterior* y el pico ó *rostrum* son partes de una misma idéntica prominencia.

Creo innecesario extenderme más acerca del particular.

El segundo vicio (descripción enumerativa) consiste en señalar los objetos á *saltos*. No he de citar ejemplos, ahí están los textos anatómicos: se trata de la marcha admitida, de la marcha general.

Yo obligaría á los defensores de este sistema á que por algún tiempo mandaran una columna militar de operaciones, á ver si se contentarían con una topografía del terreno, reducida á consignar por simple enumeración que más al Norte hay un puente, más al Oeste un barranco, junto á él una ermita y luego un cerro, y á Levante el camino real, etc. No, no se contentarían, á buen seguro, con unos datos de esta naturaleza, sino que exigirían que se les diera un plano levantado en regla, sacado por triangulación, porque así lo exige la indole de toda topografía. No se define España por Madrid, ni por Paris Francia: estas partes del Mapa-mundi se definen por su capital, á la vez que por sus fronteras, por su *característica* y su *jurisdicción*. ¿Y qué más da un plano geográfico, que un plano astronómico, que un plano militar, que un plano anatómico? Por ventura, ¿éstos no constituyen región topográfica? ¿Pueden eludir el método racional, único preciso, de triangulación?

Acerca de este particular, toda cuestión la considero inútil; los órganos del cuerpo humano no se conocen bien, si no se conocen de tal suerte, que, fijando en cualquier parte de uno de ellos la punta de un alfiler, sepamos decir súbita y perentoriamente en qué jurisdicción anatómica estamos.

No importa que para describir bien un órgano sea preciso repetir los nombres y variar los puntos de vista de unos mismos objetos: la naturaleza está hecha por *topografías* y no por *aislamientos*; así es que, *triangulando*, precisando relaciones, es como la podemos retratar. Y no hay que darle vueltas: sólo así retrata el Arte, sólo así construye la imaginación, sólo así recuerda bien la memoria.

Cierto que por este modo las descripciones resultan un poco más largas; pero yo entiendo que á la enseñanza, no tanto le importa que se hagan las cosas pronto como que se hagan bien.

Queda, pues, elucidado cuanto de los dos vicios capitales del *movimiento interior* de la *Descripción anatómica* juzgué de mayor interés bajo el punto de vista del mejor *método de analizar el organismo sin detrimento de la noción de su individualidad*. Y en efecto: *describir por el método de la revolución y por el de triangulación es conservar al través del análisis toda la trabazón, todo el solidarismo del conjunto*.

CONCLUSIÓN GENERAL

Llegado ya al término de mi difícil tarea, debo resumir en breves conceptos el espíritu que en ella domina, y que constituye el bien ó el mal de sus particulares conclusiones.

Diré, pues, en breves términos, que mi pensamiento se condensa en el siguiente postulado:

EL HOMBRE FORMA UN COMPUESTO INDIVIDUAL.

SU CUERPO ES UN SOLO ÓRGANO.

SU VIDA CONSISTE EN UNA SOLA FUNCIÓN.

El primer extremo, ó la *unidad individual*, se refleja en la práctica por la unidad patológica.

El segundo extremo, ó la *unidad orgánica*, nos explica por qué toda enfermedad es transformable, ninguna reductible á absoluta clasificación.

El tercer extremo ó la *unidad fisiológica*, se afirma por la experiencia de que toda enfermedad puede hacerse mortal, al paso que no hay ninguna que sea absolutamente incurable.

Este es el verdadero postulado del *Realismo médico* que sustenta: sus fecundas verdades, de cotidiana comprobación clínica, las mira y no las ve, las palpa y no las siente, las oye y no las entiende, el médico cuya educación anatómica ha sido viciosa y manca. Por esto, he tomado á pechos la CRÍTICA FUNDAMENTAL DE LAS FUENTES DE CONOCIMIENTO Y DEL MÉTODO DE LA ENSEÑANZA ANATÓMICA.

Conste, pues, que, al enarbolar, con mano firme y ánimo resuelto, la bandera del *Individualismo anatómico*, nó me impulsa el liviano pueril antojo de lucir novedad, ni menos aún de alardear de consumado maestro, sino la muy seria y levantada aspiración de ver un día conciliadas la MEDICINA ACADÉMICA y la MEDICINA PRÁCTICA: estas dos Medicinas, que con dolor sea dicho, nunca anduvieron acordes.

Seguro estoy que estas graves apreciaciones merecerán el asentimiento de los verdaderos prácticos; de todos esos hombres consagrados, así en la ciudad como en la aldea, al positivo curar, y que más discípulos de la Naturaleza que de muchos desvarios, que envueltos en buena ciencia hubieron de aprender para adquirir su diploma, son (aunque algunos sin sospecharlo) las columnas de la Medicina, las fuentes de la mejor estadística, los verdaderos bienhechores de la humanidad.

Ellos comprenden bien que ni el hígado, ni el bazo, ni el corazón, ni la próstata, ni el cerebelo, ni el etmoides, etc., son órganos prácticamente definibles, sino que la naturaleza nos presenta un solo órgano, un solo cuerpo real, en cuyos diversos puntos, según el uso y el fin, vemos *cualidades hepáticas ó esplénicas, cardíacas ó prostáticas, cerebelosas ó etmoidales*, etc. Ellos, en una palabra, conocen que en buena gramática anatómica, los órganos son puros *adjetivos locales del substantivo INDIVIDUO*.

Ellos, los concienzudos prácticos, saben bien que si no es cuerdo

imaginar una *fuerza vital* abstraída *per se* del *cuerpo vivo*, tampoco debe ser el *vitalismo histórico* que abstrae la vida del individuo, como el *neovitalismo cósmico*, que abstrae esa misma vida, del todo, en cada uno de los seres vivos. Ellos, los prácticos, comprenden que estas dos escuelas son hermanas uterinas de una misma falta, de idéntica preocupación; y que ambas escuelas fracasan junto al lecho del dolor, empezando por abandonar su geringouza sistemática y concluyendo por renunciar á sus imaginarios recursos de convención. Ellos saben que la Fisiología general sólo al servicio de la individual es fecunda y útil, y que fuera de ésta todo se va en lucubraciones impertinentes; y ellos ven que no es razonable ni humano tratar de consolar al infeliz que lucha con la cercana muerte, persuadiéndole de que no por morir él se pierde su capital de vida, y que por tanto él subsistirá del mismo modo incorporado al sistema de la vida universal; sino que lo práctico, lo urgente es poner extrema diligencia en socorrerle. A eso somos llamados; en ese interés se fijan todas las aspiraciones que del instinto de conservación rebosan al exclamar el desdichado enfermo. «¡Por Dios, salvadme, Doctor!» grito que emana del sufragio universal de todos nuestros elementos constitutivos; grito que resulta del formal *consensus* de nuestra individualidad; grito que hasta los brutos á su manera exhalan, como estallido de una persuasión inconsciente de que hay algo más en su sér que una fortuita aglomeración de cantidades; ó en otros términos, que el individuo no es como la moneda de oro, que allá se le da que la conserven entera ó la cambien en calderilla.

La Medicina tiene un objeto, un interés y un deber peculiares, que se sobreponen á toda consideración especulativa; y ora sea Hume, ora Hegel, ora Krause, ora Comte, quien empufie el cetro de la Filosofía reinante, siempre, en todo tiempo y lugar, el postulado de la Anatomía será el mismo, porque siempre tendrá la Medicina idéntica misión: **CONSERVAR LA VIDA AL HOMBRE, EN TANTO QUE EL HOMBRE ES HOMBRE.** De ahí que la Filosofía, al par de la Biología general, haya de atenerse á ser *non domina sed ancilla Medicinæ*. ;Harto dominio ejerce por esos mundos de Dios, preparando los ánimos no siempre á grandes progresos, sino á menudo á encarnizadas guerras, en que el hierro y el fuego anonada en breves horas la alegría y la esperanza de cien mil madres!

Amante de la Filosofía me he mostrado siempre, mas no de sus tiranías; sí de los servicios que su racional vasallaje me ha podido prestar, y no es por cierto el menor de ellos el postulado antropológico que resume mis principios anatómicos.

De la omisión de estos principios han nacido todos los sistemas médicos á que el mismo progreso de la Anatomía, mal interpretado

en cada una de sus etapas, ha dado ocasión: esos sistemas que han causado al mundo mayor daño que el que en remotas épocas pudo causar la completa ignorancia de la Anatomía; esos sistemas cuyos desaciertos han hecho posible el monumental escándalo dado por Samuel Hannemann, el insigne cuanto profundo autor de la más estupenda y sarcástica caricatura que han visto y verán los siglos. ¡Cuán torpes no hubieron de ser los *sistemas* en la medicación positiva, para que en pocos años la supresión del medicamento erigido en formal Escuela, se atrajese el interés del mundo entero por sus felices resultados!

¡Gracias á que si enmedio del crujir del secular edificio de Esculapio, quedaron repartidos por el orbe millares de ilustrados y sensatos médicos que, ajenos á las culpas y ajenos por lo tanto al castigo, han sostenido, al par de su personal prestigio, el decoro y la estimación de la *Medicina porenne!* ¡Gracias á ellos si el templo no se hundió! ¡Gracias á ellos si de esta hecha queda aún más grande y más sólido que antes!

Tal es el resumen del espíritu, las tendencias y las esperanzas que forman el alma de esta incorrecta y precipitada MEMORIA.

Quizás habrá llamado la atención del lector de un modo desagradable cierta rudeza de estilo que en ella campea. Por desgracia puedo dar de ello su natural explicación.

Llorando estaba yo á lágrima viva una muerte que me acababa de dejar como fruto caído del árbol (porque fue la del árbol querido que me dió el sér) cuando llegaron á mí afectuosas cartas de Madrid, en las que, junto con el pésame, se me daban dos nuevas nada agradables: una era la del anuncio de estas oposiciones, otra el benévolo recuerdo de una palabra por mí soltada en más venturosos tiempos, relativa á las mismas. Enmedio del temporal que abatía mi desmantelado espíritu, conservaba íntegro el pundonor, pero había perdido todas mis ambiciones. Y así fue, que al cumplir con el compromiso lo he hecho con aquella esquizerza propia de quien ni espera ni teme. La razón del *no esperar*, clara la verá quien conozca la magnitud de la pena mía, de la que nunca en la vida me sentiré curado. En cuanto á la razón del *no temer*, ya es otra cosa. No temo, porque lo único que en la composición de esta MEMORIA me ha infundido aliento ha sido la confianza de que formarían el Jurado consumados profesores, sobrado perspicaces é independientes para dejar de ver al través del estado frenético de mi alma la verdad de mis principios y el noble fin que guía mis sentimientos.

Barcelona 25 de Agosto de 1870.

APUNTES DE ANATOMÍA SOCIAL

POR D. FEDERICO RUBIO.

Si la Patología social en los actuales momentos no es una ciencia constituida, ni tan siquiera constituyente, sino más bien un conato, una visión intelectual de su existencia que á modo de luz se descubre en lontananza y nos mueve á dirigirnos hacia ella, más lejanas, más tenues, más confusas se nos presentan aún la Anatomía y la Fisiología social. Y es que, á largas distancias, lo que parece más distante suele estar más próximo, y lo más próximo más lejano. Vemos la Patología mejor que la Anatomía, porque la primera hiere más: ofrécese como necesidad perentoria, y la Anatomía y Fisiología no. Por eso en nuestra ciencia se presenta el fenómeno de que antes hemos tenido patólogos que anatómicos y fisiólogos. Y si alguien lo duda, vuelva la vista atrás y considere que, Hipócrates, por ejemplo, fue un patólogo sin segundo, un fisiólogo embrionario y un anatómico en confuso germen.

La ciencia social se ha despertado á los gritos de dolor, á las sacudidas convulsivas de los que padecen, esto es, por los síntomas de sus enfermedades. Nada tan natural como preocuparse inmediatamente del remedio; nada, no obstante, más desviado de los procedimientos científicos eficaces. El afán de encontrar inmediatamente los remedios, conduce precisamente al empirismo; no á un empirismo racional y meditado, sino al ciego, al del primer momento, al curandero que promete la panacea infalible.

La tardía experiencia nos enseña que no hay ciencia propiamente patológica si no se funda en la Fisiología, así como nada se puede saber de Fisiología si no conocemos la Anatomía.

No es la Patología social otra cosa que una categoría mayor y más compleja de la Patología antropológica: constituye una ciencia biológica más integral: la verdadera ciencia del hombre con sus evoluciones multifásicas colectivas. Integra, por consiguiente, lo pasado y lo futuro; tiene su anamnesis, sus clasificaciones distinguidoras de motivos, sus hechos seriados y resultas; contiene en ella sus consecuencias lógicas en visión de previsión ó de pronóstico. La Historia es un simple factor de la Sociología, un dato y nada más, respecto á la faz política recorrida en el pretérito.

Parecerá contradictoria la proposición de que no puede darse Patología verdadera si no se fundamenta en la Anatomía y Fisiología, cuando antes dejamos consignado que Hipócrates fue un gran patólogo y un menos que mediano anatómico y fisiólogo. Las dos afirmaciones son verdaderas y no contradictorias, porque se refieren á categorías diferentes. Hipócrates fue gran patólogo en los

primeros principios, en los fundamentales, en las bases; quiero decir, en todo aquello que está bajo el dominio del *genio*, de las profundas intuiciones. Echó los cimientos, pero no pudo ser el cantero, ni el herrero, ni el carpintero, ni el adornista de la edificación. Hipócrates, con todo su talento, si resucitara hoy, en tanto que no se diera cuenta de los adelantos realizados en Anatomía y Fisiología, diagnosticaría menos que un médico vulgar.

Por más que la Medicina sea en la Patosociología como la parte al todo, el método, el orden y el criterio de la primera es, y no otro, el que corresponde á la segunda. La colectividad no es el individuo, pero imposible conocer la colectividad si no se conocen los elementos que la componen.

Evitará muchos extravíos á la Sociología el aprovecharse de la enseñanza de los extravíos sufridos en el curso de su evolución por las ciencias médicas.

Aunque no obtuviese otro beneficio que prevenirse para desechiar curanderos, panaceístas, sistemáticos é ilusos, repentistas, etcétera, ya sería bastante.

La Anatomía social contiene muchas partes: así como la de los vertebrados se divide en osteología, miología, etc., la social comprende y abarca el cosmos y el microcosmos. No puede ser ni es la sociedad de la isla de los Mosquitos como la de las islas Británicas. El medio ya es un factor importante en el individuo, pero lo es mucho más en la especie y en las colectividades.

La relación del medio con la especie es tan poderosa, que un medio puede extinguirlas y otro medio fomentarlas.

La osteología social, el armazón social, lo constituye el medio externo, así telúrico cual cosmológico.

La constitución física del suelo, la hidrografía, etc., modifican y cambian la sociedad humana, determinan la vida y sus costumbres, mejoran, empeoran y hasta extinguen las razas.

Cosas tan sabidas, parece que no había necesidad de repetirlas: no es así; son el mejor punto de partida para el examen de otras más complicadas.

Hagamos aplicación de esto á nuestra Península.

Luchamos con graves inconvenientes anatómicos, provenientes del cosmos: el primero, una falsa idea, generalmente esparcida y proclamada como canon por escritores frívolos, poetas y vulgo. «España es un país privilegiado». Falso: socialmente, nuestra Península es un país sin régimen hidrológico, telúrico ni meteorológico. La irregularidad, la variedad y los contrastes, la inconstancia, constituyen la ley; quiere decir que su regla es no tenerla. Feraz en unos puntos, estéril en otros, pobre en los más, ni aun goza regularmente de la temperatura templada de los países meridionales. A

una ó dos leguas de distancia se pasa del calor al frío, de los terrenos secos esteparios á los encharcados y palúdicos. Igual sucede con el régimen de los ríos, torrentes asoladores á cualquier tormenta, polveros á los pocos días, interrumpidos de trecho en trecho por charquetales. De temperatura no hay que decir: desde la de Málaga, más dulce y constante que la de Niza, se pasa, al trasponer la sierra, á pleno clima alpino. En una legua de descenso se recorren todas las floras imaginables. Y por esto se exclama: «¡Oh, qué país tan privilegiado!» Puede que al poeta y al artista les parezca. Pero, ¿qué régimen social cabe en un pueblo semejante? ¿Qué arte ni qué industria puede contar con el orden y estabilidad que necesita? Aquí un huerto frondoso, poblado de naranjos; encima un tajo inaccesible cortado á pico; á la derecha un barranco intransitable; á la izquierda una pedriza estéril. En parte de Asturias y Galicia, predios donde se extrema la labor intensiva; más allá, selvas seculares inexploradas é inexplorables por falta de población y de caminos. En Murcia y Valencia, vegas como jardines; y en Valencia y Murcia, cerros y páramos sin un árbol, un matojo ni una brizna de yerba.

De tal diversidad sacan la consecuencia de que nuestro régimen gubernativo no debe ser unitario; pero de mantener ese modo de discurrir, sería preciso establecer no una, sino cien disciplinas diversas en cada provincia. En ninguna de las de que consta España reina homogeneidad; ni aun en las provincias vascongadas, que parecen las más uniformes á la vista. Realmente, las menos heterogéneas, siéndolo mucho, sin embargo, son ambas Castillas y Extremadura.

Esa menor heterogeneidad no es geográfica, telúrica, climatológica ni étnica, es puramente tópica y circunstancial: tópica, por estar en el centro de la Península; circunstancial, por efecto de la cohesión centrípeta que en ellas han determinado las guerras de invasión y de conquista.

Con sólo traer la Sociología al cuadro de las ciencias biológicas, deslindándola de las ciencias metafísicas y de las exclusivamente políticas é históricas, creemos hacer un buen servicio á la humanidad.

Desde luego, salta por ello una idea madre, de grandes trascendencias.

Los naturalistas, como los anatómicos, saben que cada órgano está dispuesto para su función, y que cada función está dispuesta para su órgano. Que ni órgano ni función son primero ni segundo. Son uno en dos aspectos: el estático y el dinámico. Que el antes y después es una falsa aplicación de la medida del tiempo al tiempo mismo; como si la medida fuera el tiempo, como si la mirada fuese el

objeto. El tiempo es medible hasta el infinito, pero es absurdo tomar la medida hora, día ó siglo, minuto ó segundo, por el tiempo mismo. Fracciones son y no otra cosa; fracciones relativas y convencionales, que podemos variar á voluntad ó capricho.

El tiempo comenzó con el cosmos y concluirá con él. Antes de la creación no existió tiempo. El Creador es supracrónico, está sobre el principio y el fin, como el águila sobre el principio y el fin de las montañas.

Si es inconcuso que órgano y función son una cosa en dos estados, ya sorprende menos cómo cada región tenga su flora y tenga también su fauna, y cada territorio tenga su raza, sus hombres correlativos primarios ó no primarios, si no adaptados por aclimatación.

Este hecho no es exclusivo á la Antropología. Se presenta en la flora y en la fauna. Es común que la flora, invasora de otros puntos, domine á la indígena y aun la extinga. Igual suceso suele ocurrir con la fauna. Díganlo los gorriones en la Isla de Cuba, las ratas blancas, extinguidas por las grises. Pero tales sustituciones obligan á que el invasor se adapte. Si no se adapta, si no se unifica con el medio, se extingue por sí mismo. En una palabra, es de todo punto indispensable que estática y dinámica vengán al concierto de unidad, de la primera para la segunda y de la segunda para la primera.

«Ha tomado la tierra», dice el vulgo de la mía cuando algún inglés ú otro extranjero se andaluza.

Y en efecto, no es figura locutiva tomar la tierra: se les ve mudar de color, usos y costumbres; y si la variación no se declara en algunos muy patentemente, á sus hijos nadie puede casi distinguirlos de un andaluz cualquiera.

Esa superior aclimatación ó connaturalidad, en las razas muy atávicas, no borra completamente los íntimos rasgos y caracteres de su origen. El roedor continúa siendo roedor; pero su talla, su pelambre, sus incisivos, se agrandan ó se acortan, se aclaran ú oscurecen, se debilitan ó robustecen, según el alimento que encuentra, el sol ó la temperatura en que reaccione, y la dureza ó blandura de lo que tienen que roer.

Así el hombre en España, adaptándose á los infinitos medios en que vive, es montañés en la Montaña, castellano en Castilla, catalán en Cataluña y manchego en la Mancha. Y nadie se ría de esta perogrullada: porque el catalán que vive en Cádiz, ó en Burgos, ó en Asturias, ya es medio catalán y no piensa ni se acuerda de sus Condes de Barcelona; y sus hijos resultan tan andaluces, burgaleses ó asturianos, como el Gran Capitán, Nuño Rasura ó Pelayo.

Así, pues, la Anatomía social comprende todo el medio externo

en que vive el hombre en particular, y las asociaciones en que se constituye.

La acción del medio sobre el individuo está perfectamente estudiada por la Medicina. La acción del medio sobre la sociedad, no: esta es precisamente la labor primera á que está llamada la Sociología.

No me propongo, ni es posible, escribir en artículos sueltos un tratado de Anatomía social.

Basta á mi propósito indicar algunas de sus bases, haciendo el estudio y algunas aplicaciones sobre lo que menos mal conozco: sobre mi cara, amada patria, más cara para mí cuanto más desgraciada.

España son los españoles, y los españoles son España; España, un órgano terráqueo, tan uno geográficamente, como vario en su constitución y sus elementos.

Península bañada por dos mares; mano de Europa infundida en el Océano y el Mediterráneo, con el carpo en los Pirineos, del que se desprenden las garras ó cordilleras generales que anclan en el mar.

Las cordilleras se ramifican, dejando valles hondos más ó menos estrechos, y algunas llanuras y mesetas intermedias. Como órgano, es un órgano de resistencia y de fuerza, óseo y duro en las sierras; variadísimo en los valles, ya fríos y húmedos, ya fríos y secos; húmedos y calientes unos, templados otros; inclementes los más, azotados por vientos de un cuadrante, mal ventilados por otros. Sin más alturas de nieves perpetuas que las de Muley-Hacem en la cordillera Penibética; sin régimen hidrográfico. Tierra bella hasta en sus quebradas salvajes, pero tierra ingrata por lo general, dura y difícil al arado, y más difícil para sus vías y comunicaciones. Con carreteras retorcidas y exageradas pendientes en que, para adelantar tres kilómetros de espacio, necesitan un desarrollo que obliga á recorrer el quintuplo. Con ferrocarriles que van de un túnel á un viaducto, y de un terraplén á un túnel, haciendo sus construcciones difícilísimas, costosas, lentas é inseguras.

A la variedad de clima y suelo, síguese la variedad de fauna, flora y sus productos, y de igual manera en hombres y costumbres. Pero esa variedad de productos, tan celebrada por superficiales *dilettanti*, resulta más perjudicial que beneficiosa. Ningún producto de la tierra de España basta á su pobre consumo, excepción hecha del vino, que puede alcanzar alguna exportación.

El subsuelo no es escaso en minas; pero el estado social, la falta de capital, la de experiencia en esa industria, la desconfianza justificada, hace que sus beneficios sean para sociedades extranjeras, quedando á los españoles el trabajo de pena, el que se remunera

con un jornal que va á costa de la salud y mengua la vida del minero.

La riqueza mineral, por otra parte, tiene mucho de ficticia. Los gastos, muchas veces, igualan y superan á los productos.

Hoy, seguramente, lleva el Sil oro como cuando lo explotaron los romanos. La diferencia estriba en que, entonces, la moneda tenía más valor, y el trabajo para obtener el metal no costaba casi nada: lo hacían los esclavos. Si volviéramos á la esclavitud, volverían á ser ricas las márgenes del Sil y las arenas del Darro.

La breve é imparcial reseña que llevamos hecha del suelo, subsuelo, climas, régimen orográfico é hidrográfico de España, no es en verdad muy halagüeña; pugna con lo que nos han estado diciendo y predicando uno y otro día, á voces y por escrito, en letras de libros y periódicos.

No hay quien no repita lo dicho por Herrera en su *Tratado de Agricultura*: que en tiempo de los romanos éramos el granero de Europa y obteníamos un 40 por simiente. Toda esa cita, pareciendo verdad, resulta una equivocación que la reduce á una mentira. En primer lugar, téngase en cuenta lo dicho respecto al trabajo esclavo; en segundo lugar, hay que advertir que los pueblos celtiberos vivían más de la caza, de la pesca y de la ganadería, que de la labranza. Comían bellotas y castañas en lugar de pan; por eso sus poblaciones dominaban más en las costas y en los bosques. Los romanos encontraron las tierras vírgenes; quemaron las selvas de los llanos, y sobre las cenizas y abonos seculares, recogieron el 40 y más por uno. Eso mismo sucede ahora en algún que otro ojo de tierra privilegiado. Eso sucede en menor escala hoy en las siembras que se llaman de terrazgo, á pesar de ser terrenos pobres y rocosos. Pero la abundancia del producto es efímera. Dura dos años, al tercero es escaso; al cuarto, nulo, y hay que abandonar el terreno para que vuelva á convertirse en estepares.

Los romanos fueron haciendo rozas en mejores terrenos de vegas y llanuras, y es natural que obtuviesen abundantes cosechas. Hicieron lo que los norteamericanos de hoy en sus terrenos vírgenes, abandonando los que agotaban y llevando á otra parte la labor. He aquí la verdad de la famosa cita.

Todo lo dicho se ve claro; pero hay cosas, hay hechos de observación sumamente extraños en esto de la Anatomía social. ¿Quién pudiera pensar que la riqueza del suelo fuera causa de pobreza en sus habitantes, y la pobreza del suelo causa del bienestar y aun de la riqueza de los mismos?

Pues estas cosas puede observarlas y comprobarlas el que quiera. Pudieran presentarse numerosos ejemplos.

Riqueza del suelo produciendo pobreza social.—No á mucha dis-

tancia de la corte, en uno de los valles secundarios más abrigados de la cordillera Carpetana, donde no reina el invierno y crece el limonero, donde á cada paso descienden arroyos cristalinos que vienen de numerosas fuentes de la vecina sierra, ¿quién había de decir que sus aldeas y villas fueran de casuchos, sus calles lodazales, y sus vecinos sucios, rotos, flacos y enfermizos? Pues véase el por qué y el cómo del fenómeno de su pobreza.

Origen y antecedentes.—Hecha la conquista de Granada, quedó la capital sujeta al vencedor, pero no el territorio en sus partes abruptas. Los alpujarreños quedaron protestando á mano armada, continuando la guerra hasta los últimos Felipes. Antes de tomar la medida extrema de la expulsión de los moriscos, se acudió para sojuzgarlos á otros expedientes menos radicales, siendo el más común entregar los prisioneros y las familias de las aldeas levantiscas á los grandes títulos y terratenientes de las provincias distantes. Tales prisioneros se repartieron en Aragón, Navarra, Castilla, Valencia y otros puntos, pasando al estado de siervos y vasallos de los diferentes señoríos. En Valencia la competencia industrial que esas gentes forasteras hacían á los gremios de trabajadores de la capital, dió origen á la sublevación de las Germanías, guerra esencialmente social, aunque haya sido por equivocación considerada como un trastorno político.

El valle, pobre por ser rico, á que me refiero, pertenecía á una de las casas solariegas de Castilla, y aun hoy se conservan los vestigios de su alcázar y castillos arruinados. En condición de servidumbre permanecieron los moriscos, hasta que en el siglo presente decretaron las Cortes la abolición de los derechos señoriales. La medida produjo sus naturales efectos. El habitante dejó de ser una cosa adscripta á la propiedad del suelo, pero también dejó de vivir á expensas de su amo.

Todo cambio político engendra un cambio social más ó menos perceptible. La abolición de los señoríos puso término á la última faz de la esclavitud. La desamortización y la ley de desvinculaciones movilizó la propiedad estancada. Los pueblos son ingratos y no conocen, recuerdan, ni consideran á los hombres bienhechores que á costa de mil sacrificios y de sus propias vidas, iniciaron, lucharon y consiguieron establecer útiles reformas. Cierto que sus frutos no son del todo inmediatos: que en los primeros momentos, el esclavo que tiene para él y sus hijos una mazmorra donde echarse y un dornago para el pienso, al dejar de ser esclavo, se encuentra sin habitación y sin comida; pero trabajando libremente las encuentra al fin, adquiere desde luego la propiedad de sí mismo, de su mujer y de sus hijos, y puede llegar andando el tiempo á burgués, y hasta á hombre altruísta.

Los moriscos, cristianizados á la fuerza, se confundieron con los antiguos siervos, y á pocas generaciones se borró la procedencia. Extinguido el señorío, unos y otros ascendieron á la clase de criados, ya del antiguo señor, ya de los vecinos. La posterior ley de desvinculación fraccionó la propiedad. Por su virtud, unos vecinos quedaron de jornaleros ó pastores, otros pudieron ascender á arrendadores y otros á propietarios. Tal situación es la en que hoy se encuentran. Si desconociendo ú olvidando los antecedentes nos paramos á considerar el estado actual de dicho valle y de las gentes, nos parecerá deplorable; un fiel modelo del atraso, pobreza é incultura de España. Pero si meditamos sobre la breve historia que hemos referido, ya será otra cosa. En breves años les hemos visto pasar de meras cosas adscriptas al terruño, á hombres libres, dueños de sí mismos y de sus hijos, con personalidad jurídica y social, é iguales derechos políticos que sus antiguos señores. Todos disponen de sí, trabajan ó huelgan según les acomoda, son braceros los más, pero otros son propietarios y todos pudieran serlo, á tener instrucción y voluntad para ello.

Ofrecíamos este valle como ejemplo del extraño fenómeno de cómo un pueblo puede ser pobre por la riqueza de su suelo, y rico otro por la pobreza de su tierra.

Surge la explicación de este simplísimo relato. La cordillera montuosa se encarga de mantener el escaso ganado de los habitantes que lo tienen. Un guarda de conejo cuida de que no lo roben, y aquí termina el trabajo de sus dueños. Con seis vacas, ó unas cabras ó unas pocas de ovejas, estos propietarios ganaderos tienen para vivir y no pensar en nada, ni en su cultura, ni en su personal aseo. Otros, dueños de una viña, la dan á medias ó á jornal, si les produce, y si no, la dejan sin cultivar. La mayoría viven de este modo. Al pie de la casa tienen un pequeño huerto como de un octavo á un cuarto de hectárea. Riégase, naturalmente, por regueras que bajan de la sierra atravesando el pueblo en forma de arroyo y lodazal. El cultivo, uniformemente, se reduce á sembrar los huertos por mitad de patatas y calabazas, que se aprovechan de la siguiente forma.

Tiene cada vecino, según su familia, dos ó tres cerdos que viven parte del día hozando por el campo y mayor tiempo revolcándose y enfangando los arroyos de las calles; engórdalos con las calabazas de los huertos y las mondaduras de patatas. Degüéllanos de Diciembre á Febrero. Salan la carne y el tocino. Con la sangre, la calabaza, sal y pimentón, hacen una pasta de morcilla con que rellenan las tripas de la víctima. Y ya tienen la despensa y la alimentación asegurada para todo el año. Alguna peonada de jornal de tarde en tarde, les da para tabaco y aguardiente. Un guiso de

patatas de su huerto, condimentado con un pedazo de tocino, carne ó morcilla del marrano, constituye la comida habitual. El vestido viejo y sucio no se remuda ni les preocupa.

Están flacos, con el sello de la pobreza y de la alimentación insuficiente. ¿Pero quién los hace trabajar ni explotar la fertilidad del suelo, cuando sin hacer nada, el mismo suelo les mata el hambre?

Los propietarios, los dueños de ganados, los que pudiéramos llamar ricachos, no se distinguen de los otros por más limpios ni mejor vestidos. Se diferencian en las carnes. Comen más y mejor, pero como tampoco trabajan ni hacen nada, se ponen obesos. Así pues, se dividen en dos castas: flacos y gordos. Los flacos, pobres; ricos, los gordos. Una ocupación tienen en común: jugar al tute ó á la brisca. Y otra peculiar á cada clase: beber el vino que quieren, los gordos; y el aguardiente que pueden, los flacos.

Tal es la situación actual de esos descendientes de Aben-Abó.

Ejemplos de pueblos ricos por efecto de encontrarse establecidos en terrenos infértiles, hay muchos. Suelen dedicarse á especiales industrias, desde la de hacer alpargatas, á la de ir de pueblo en pueblo vendiendo paño, aceite, etc.

Ahora bien: todo lo dicho á demostrar que la Anatomía social se diferencia de la Anatomía humana en que ésta reduce su estudio á la piel y á lo que envuelve y contiene; mientras que la Anatomía social comprende al hombre de piel adentro y piel afuera. Y comprende no sólo las colectividades humanas en sus tres tiempos pretéritos ó históricos, presentes y futuros, sino todo el cosmos, desde el sol, con su luz y su calor, hasta las rocas, los vientos y las aguas, las floras y las faunas.

Así, entre los ejemplos que hemos puesto, saltan pueblos que, dotados de abundantes aguas, dispuestas para el riego por sí mismas, no sirven más que para convertir las calles en lodazales y criar un puñado de calabazas y patatas. Tengan esto muy presente los que esperan regenerar á España dotándola en todas partes de aguas abundantes. Bien está que así sea, pero no olvidemos que antes, ó al par que riegos, es preciso hacer hombres para riegos.

*
**

Dejando en boceto el estudio del cosmos como parte integrante de la Anatomía social, pasemos al microcosmos, al hombre, como elemento anatómico social.

Aunque en algún escritor, más ó menos sociólogo, hemos visto combatido el concepto que estima al individuo como célula social, debemos mantenerlo y defenderlo, aclarando al mismo tiempo su acepción. Lo que en contra se ha escrito, redúcese á esas declama-

ciones de escándalo á que son tan dadas entre nosotros ciertas gentes. ¿Cómo—se dice—el hombre, el sér superior de la creación, el poseedor por su alma del divino soplo, ha de ser considerado como una célula? Y con estas y semejantes razones se quedan tan orondos y triunfantes.

Pero entendámonos: el hombre, en su génesis viva, como sér terráqueo, que es lo que venimos á estudiar, no involucrando *géneros* ni sacando las cosas de su quicio, ni olisqueando heterodoxias, una célula fue germinativa, y luego millones de millones de células asociadas; y esta asociación llega á ser todo lo que se quiera, ó al menos á constituir el centro temporal de cuantas sublimidades se le quieran suponer. Mas concediéndolo, siquiera para ahorrar cuentos y disputas ociosas y fuera de lugar, orgánicamente, una célula fue y una asociación de células es, *que puede llegar á ser ó no llegar á ser* muchas más cosas. Y de algunas de esas muchas más cosas que puede llegar á ser, es precisamente de lo que debe y necesita ocuparse la Sociología.

En tal virtud, no procede aquí, como no procede en Anatomía, que se nos venga gritando: «¿A qué profanais ese cadáver con vuestro escalpelo? Ahí no está el Soberano de la creación. Lo que está es la podrida y grosera materia.»

Podrida y todo, nunca podremos saber la Fisiología viva sin conocer la Anatomía muerta, ni la colectividad social sin los elementos que la informan. Nuestra inteligencia alcanza á darse cuenta de los fenómenos complicados, por lo que llega á conocer de los fenómenos más simples; y como en Anatomía encontramos un protoplasma que, hoy por hoy, representa la *unidad* orgánica, lo mismo en vegetales que en animales, bajo la forma celular mejor ó peor determinada, de aquí que, hasta nueva orden, debamos estudiar la *Anatomía* social por el mismo orden y por igual concepto, sin que por ello se implique ningún atentado contra la preeminencia humana ni los respetos que se le quieran conceder.

Por otra parte, no debe olvidarse que en la *evolución* de cada cosa, quedando una y subsistente la cosa misma, en algo y á veces en mucho, varía y aparece distinta. El niño que nace es el mismo sujeto que á los ochenta años, si los vive, muere. Y sin embargo, ¡qué diferencias tan considerables de aquel niño al nacer con aquel viejo al morir!

La célula protoplasmática es tan célula como la perfecta, dotada de membrana propia, núcleo y nucleolo; tan célula es la vegetal como la animal, y sin embargo, ¡cuántas diferencias! No se crispen, pues, los sociólogos á que me refiero; y entiendan que, si algo han de llegar á alcanzar de Anatomía social, no tienen más remedio que considerar al Rey de la creación y estudiarlo como una humilde célula.

¡Humilde! ¡Con cuántos prejuicios tiene que luchar la inteligencia humana!

Este de lo bajo, de lo humilde y grosero, aplicado á la materia, es uno de los más arraigados y peores.

Se ha creído que no había mejor medio para sublimar el espíritu que denigrar y rebajar á la materia. Considero más acertado estudiar ésta, que encontrándose bajo la acción de nuestras facultades, podremos llegar á comprenderla; porque, es seguro que, sin saber ni conocer la materia, mal podemos conocer el espíritu.

La oposición, la lucha que reina entre nuestros sentidos y nuestros sentimientos, nos mantiene en inquietud y zozobra.

No sería atrevimiento asegurar que tal especie de antinomia es la raíz de nuestros males, el fundamento de los problemas sociológicos de hoy y de toda la historia.

¡Grosera la materia! Esa teoría celular que se desprecia como indigna de aplicarse á la alteza humana, fúndase en el estudio y en lo que se ha podido alcanzar relativamente al protoplasma orgánico. Ocioso sería en una Revista Médica enumerar las conquistas de la investigación en este punto.

Ni sería pertinente que me desviara de mi propósito para llevar á ciertos sociólogos por el camino que desconocen, porque sería de temer que, cayendo en sentido contrario, llegaran á creer y sostener que en cada minúscula partícula de protoplasma encontraban sentado en un sillón al mismo Sér Supremo. ¿A qué, pues, denigrar tanto eso, inestable, que á cada instante cambia y que hasta se pudre y se corrompe? ¿Qué misterio más alto que el de, no digo yo la célula germinativa humana, sino la del alga más sencilla en sus evoluciones carioquinésicas?

Los hechos más complicados de la Sociología no son más altos, misteriosos y sublimes que los de la reproducción por un esporo. Así, pues, dejemos las declamaciones de la ignorancia y apliquemos el método biológico, no el de la vieja metafísica, al estudio de la Anatomía social. Y entiéndase bien que no es que despreciemos á la verdadera ciencia metafísica: caeríamos en el defecto que combatimos. Para estudiar las cosas objetivas y naturales se necesita *pensar sobre nuestro pensamiento*, que esto y no otra cosa es la metafísica. Hablo de aquella metafísica que prescinde de toda objetividad y que, partiendo de uno ó más principios dogmáticos, pretende construir *a priori* una doctrina absoluta, cuya negación envuelve un anatema. Hablo de esa metafísica que todavía aparece en los libros de texto de nuestros Institutos y Universidades, con los que se tortura y estupidice el cerebro de nuestros pobres niños.

Célula es, pues, de la sociedad el hombre; está bien dicho, y como tal debe estudiarse anatómicamente.

No se olvide un momento, por ser esencialísimo, que la Anatomía social no se reduce á la célula, sino que abarca también el medio. Ya sentamos esto, dejándolo bien claro. En eso se diferencia la Anatomía individual de la Anatomía colectiva sociológica. En la Anatomía vegetal, zoológica y humana, el estudio se reduce á lo que hay dentro del individuo; en la Anatomía sociológica, á lo que hay dentro y á lo que hay fuera, al microcosmos-hombre y al cosmos; á todo lo que le rodea. Respecto al cosmos, ya dimos las líneas generales. Un artículo no puede ser un tratado. Unos apuntes no pueden ser más que unos apuntes: meras indicaciones para fijar la atención y llevarla sucesivamente por otros á mayores desarrollos.

Tampoco pretendemos mayor labor respecto á la Anatomía del microcosmos. Entraña en sí muchos capítulos; sólo hemos de hacer indicaciones, y esas someras y no de todos.

El primer estudio de la célula social es su parte filogénica: la investigación de su procedencia.

Los datos acerca de la procedencia de las gentes que pueblan nuestra España son muy oscuros. Sin embargo, se pueden asegurar algunas cosas de bastante importancia.

Sin duda existieron unos primitivos pobladores, á quienes convencionalmente se ha dado el nombre de Iberos. Como quiera que el idioma vascuence, por lo que declara su grado evolutivo, es más antiguo que el ario, parece natural que consideremos á los vascos como los representantes de la primitiva población ibérica. Estudios de cierta autoridad descubren rasgos comunes entre ella y las gentes blancas del litoral Norte africano. Si se agrega el hecho probable y casi probado del rompimiento del estrecho de Gibraltar, adquiere mayor fuerza dicho parecer.

Constituyendo luego la Península Ibérica el fondo de saco de la Europa y del Asia, esta misma circunstancia geológica-anatómica determinó una función acumuladora, una fluxión, por decirlo así; un efecto de vacío que chupa ó aspira á modo de ventosa los materiales móviles y vivos de las partes distantes. La venida de las gentes—acción fisiológica—responde en unidad y necesariamente á la condición anatomogeográfica. Un órgano de paso se apropia ó no se apropia una parte de lo que pasa. Un órgano de detención sujeta y se apropia más ó menos de lo que llega. Las colectividades humanas tienden á fijarse en un suelo; pero mil causas se oponen á esa tendencia; y las obligan á emigrar los medios de alimentación y, principalmente, la invasión de su territorio por otro pueblo más fuerte. Pero tales huidas tienen por límite la tierra misma, y en llegando al mar no hay más remedio sino echarse á él ó resignarse á lo que plazca al destino.

Más modernos que los Iberos, se consideran á las gentes que se

ha convenido en designar con el nombre de Celtas. Que este elemento étnico es distinto del ibero, no cabe duda: hay un perfecto deslinde en usos y costumbres entre ambos, así como en sus esqueletos y construcciones. Su procedencia inmediata fue europea, pero su origen más remoto, asiático. Los pueblos denominados celtas debieron llegar en sucesivas oleadas, haciendo etapas de años y siglos en su camino. Entraron por la cordillera Pirenáica y se dilataron por los valles, estableciéndose sucesivamente donde encontraron menores resistencias y más recursos de alimentación.

No se puede afirmar gran cosa sobre los hechos prehistóricos; pero á mi parecer, en causas, modos y formas, esas invasiones celtas fueron un trasunto, un hecho igual, un fenómeno anterior repetido y por iguales motivos y hasta de iguales gentes, que la invasión de los bárbaros de que la Historia nos da cuenta.

Si en los iberos hubo cierta unidad étnica, no así en los celtas, al menos en su origen. Luego de establecidos y unificados con la tierra, adquirieron el sello de uniformidad que el cosmos imprime al microcosmos. Se adaptaron, en una palabra, y esa adaptación constituyó al fin esa especie de *unidad dualista* que expresa la palabra celtibero.

Los vestigios que deja en la tierra todo sér que por ella ha transitado, revelan algo de su vida. Bien se ve que iberos y celtas vivían de la caza y de la pesca, de los frutos de las selvas y de la ganadería, representando ésta su mayor grado de civilización.

El modo de vivir troquela al hombre de tal suerte y manera, que no puede sustraerse á su influencia. La navegación de vapor ha cambiado visiblemente la anatomía de la mano de los marineros de Triana. Hace cuarenta años causaba mi gozo estrechar la manaza de uno de ellos; ¡qué dedos, qué robustez, qué anchura y qué fuerza! Cesó casi la navegación á vela: ya no tienen que subir ni bajar á tomar rizos ni halar del cordelaje; y ya no se ven aquellas manos tan simpáticas, emblemas del trabajo duro y la lucha con el mar y sus tempestades.

Si el simple oficio induce cambios anatómicos tan pronto y visibles, ¿qué no harán los medios sociales? Estos obligan á un régimen forzoso de existencia, y este modo de existir á una modificación étnica profunda. El estudio de dichas modificaciones, paralelamente al de la determinación embriogénica, da combinaciones tan múltiples y varias como curiosas é instructivas.

Queda sentado que el elemento celta no representa unidad étnica embriogénica, sino más bien una unidad forzada por adaptación al medio. Así, el celta de León se parece y no se parece al de Burgos: si el uno se adapta á la montaña, el otro á la campiña. Tales adaptaciones, por la misma variedad del territorio, producen una

variedad considerable de gentes. Se viaja por Inglaterra, y aparte de los irlandeses y escoceses, todos los demás son unos mismos con leves diferencias. Aquí, en una misma provincia, entre las gentes de Rota, las de Sanlúcar, el Puerto y Jerez hay una diferencia tan perceptible, que el observador más superficial la advierte: y todo en pueblos que no distan dos leguas entre sí.

¿Por qué sucede esto?

El clima es igual, la orografía la misma, é igual hidrografía. Pues en estos pueblos el motivo es embriogénico. Son unos pueblos costeros, que han estado bajo el dominio y el influjo de la civilización y de la sangre gaditana, que es una mezcla de fenicia, griega é italiana por excelencia; y Jerez y Rota representan, aunque más ó menos diluida, los roteños la sangre tartesia celta, y los jerezanos la castellana y de otras gentes que tuvieron reparto en la reconquista á los moriscos.

Como se va viendo, si el cosmos de España es vario é inconstante, no menos inconstante y vario es el microcosmos. En esto de inconstancia y variedad no tienen nada que envidiarse. Y es lógico: cúmplase la ley biológica. El órgano para la función, y la función para el órgano. Las condiciones del cosmos traen las condiciones del microcosmos. España es lo que es, porque así es y necesita ser su función en la Anatomía geológica que le ha acordado la Naturaleza.

Ni por capricho es varia é inconstante, ni por capricho han venido aquí pueblos de cuya antigüedad y poder nada sabe la Historia, pero que nos dejaron monumentos como los de la línea inferior de las murallas de Tarragona y el acueducto de Segovia; pueblos fenicios y pueblos griegos de que está sembrado nuestro litoral desde Cataluña á Valencia, Málaga, Cádiz y Galicia. Pueblos escandinavos que salpican las costas del Cantábrico y se introducen en las sierras. Pueblos normandos, que viniendo por las costas del Norte, dados al pirateo y al pillaje, logran posesionarse y se establecen como dominadores de este y del otro territorio. Hijos de Israel que en su paciente y continua emigración llegan á España y se reproducen de tal modo, que á no existir la barrera religiosa, sería hoy la raza dominante en las Españas. Y sobre todo esto vuelca el Asia y el Africa sobre nuestro territorio, durante ocho siglos, oleadas de gentes al impulso islamita, con que llegan revueltos árabes, persas y nubios, blancos y negros, resultando de aquí la raza más abigarrada é inestricable genéticamente que puede ofrecer pueblo ninguno.

Y pasamos por alto otras inmigraciones menos importantes que, como la de los gitanos, aparecieron en España hacia el reinado del Emperador Carlos V, y que haciendo vida de viandantes, se han ido fijando en los suburbios de algunas poblaciones, y luego en

ciertos barrios, dedicándose á oficios rudimentarios de herrería y calderería, y al corretaje de cuatropea.

Las invasiones cartaginesa, romana y visigoda ejercieron más influencia en la civilización ó constitución política de España que en sus elementos étnicos, porque cartagineses, romanos y visigodos, sus divisiones y familias, no representaban ni traían sangre nueva á la Península. Los cartagineses procedían de los mismos fenicios que aquí tenían ya su representación. Los romanos eran un pueblo de más elemento griego que nosotros, sin parte iberá, pero con mucha celta. Los godos, visigodos, vándalos, alanos, etc., dejaron aquí muy poco, mucho menos de lo que se supone por los escritores, y ese poco de igual origen que los celtas; de manera que bien se pueden considerar como la última invasión de éstos.

La variedad de razas corresponde, pues, á la variedad del cosmos. El suelo y el cielo conspiran á modificarlas en relación á las múltiples circunstancias tópicas á que sujeta sus habitantes, imprimiéndoles el sello de su respectiva localidad, sin borrar en absoluto la procedencia étnica de las razas más atávicas, y difuminando hasta casi la extinción las menos fuertes en el tipo de su perseverancia vital.

Dirigiendo la atención á punto de tanto interés, parece que la mayor fuerza atávica reside en la raza judía. Estos semitas, unidos por la religión en un lazo común, denunciaban también diversas castas. Las denominadas tribus no sólo fueron establecidas por los cargos ú oficios, sacerdotal, guerrero, etc., sino también por diversidad de sangre y de familia. El caso es que, entre los judíos se advierten claras diferencias: desde el hombre hermoso, venerable, de proporciones y facciones acentuadas y robustas, al hombrecillo flacucho, pequeñuelo, de formas mezquinas, ojuelos recelosos y cara de garbanzo. Pero la fuerza atávica de unos y de otros es verdaderamente extraordinaria. La fanática creencia existente todavía en España de que los judíos mataban á los niños de los cristianos, expresa un hecho calumnioso, pero una idea verdadera, por más que tal afirmación parezca extraña. Los judíos no mataban á los niños para hacer maleficios; pero cada acto de cruce sexual de judío ó judía con individuo de otra sangre, produce la esterilización absoluta de ésta en aquella y en las sucesivas generaciones. Aunque el asunto es delicado por su importancia y trascendencia, lo enuncio con seguridad y firmeza. He procurado investigarlo en familias españolas de diferentes alcurnias, que siendo católicas, apostólicas, romanas, llevando nombres castizos españoles y pasando por tales, son étnica y evidentemente judías en toda su plenitud. De dichas investigaciones ha resultado que un solo individuo de una tercera ó quinta generación anterior, varón ó hembra hebreo, cruzado con persona

no hebrea, vino á constituir una descendencia hebrea que subsiste y domina á pesar del cambio de religión y de costumbres, y de los sucesivos y múltiples enlaces con otras sangres. El hecho es tan evidente que no ofrece género de duda. Así, pues, nada tan verdadero como la proposición que examinábamos: «Los judíos matan á los niños de los cristianos; los ahogan en germen, no los dejan nacer, generación tras generación.»

Sigue en fuerza atávica el gitano; pero su raza, aunque en la cruza se sobrepone á toda otra sangre que no sea la judía, se va difuminando. El hijo ó hija de un gitano ó gitana cruzados respectivamente con castellana ó castellano, sale ni castellano ni gitano, sino un tipo intermedio: una especie de mulato que, según vuelva á cruzarse, perderá más ó conservará su tipo primitivo. Al negro, al malayo, habitando en España, sus cruza con otras razas, les van haciendo perder los caracteres de la suya propia. Suele darse el fenómeno del salto atrás alguna que otra vez, apareciendo á la tercera, décima ó vigésima generación un casi mulato de padres rubios y blancos, en quienes nadie podía suponer la antigua procedencia; pero en los judíos, que vengan de la tribu de Jacob, que procedan de la de Isaac ó de Leví, el tataranieto es igual al tatarabuelo, así todas sus demás ramas paternas y maternas sean celtíberos, griegos ó cruzados en las mil combinaciones que diariamente ocurren en España.

La facultad de distinguir los tipos étnicos los unos de los otros, es cosa muy difícil. Se necesita cierto aprendizaje y dedicarles mucha atención. Es cosa parecida á la que se logra viendo y examinando los cuadros de los Museos. Difícil cosa sería poder expresar locutivamente en qué se diferencia un cuadro de la escuela flamenca de otro cuadro de otra escuela, un autor de otro autor, y sin embargo, la educación de la sensibilidad perceptiva, la costumbre de ver y comparar, permite con absoluta certeza decir: aquel cuadro es de Rembrandt, éste de Rafael, esotro de Murillo, el de más allá de Ribera, y el que le sigue de Fray Angélico.

Fácil cosa distinguir un mogol de un caucasiano, un negro de Guinea de un abisinio; no tan fácil distinguir un carabalí de otro negro del Sur de Africa; y sin embargo, los habituados á tratar á los esclavos de Cuba, bien distinguían la diversa procedencia y familia de los unos y los otros.

Crece la dificultad; un principio que sentamos páginas atrás, refiérese al sello común que la localidad y el medio imprime á las diversas razas. En España se observa este fenómeno de un modo acentuadísimo y, como hemos expuesto, no sólo de provincia á provincia, sino de pueblo á pueblo y hasta de barrio á barrio. La causa de ello no es una sola, son varias. Poblaciones existen en las costas

de Cataluña y de Valencia, divididas en dos mitades: una donde vive el pueblo más antiguo, otra donde vive otro más moderno, y de cuya lucha, viniendo á cierta transacción, quedaron conviviendo, pero en barrios distintos.

De algunos de estos hechos hay documentos históricos, de otros no; pero han quedado vestigios y costumbres que declaran haber sido más frecuentes de lo que parece. La rivalidad de Cádiz y Jerez trae ese remotísimo origen. En el Puerto de Santa María, el barrio bajo ó de la mar tiene mucha sangre griega; el barrio alto más sangre tartesia. Los muchachos del barrio bajo, hasta el año 40, no podíamos ir al barrio alto sin sostener con sus chiquillos una batalla á palos y pedradas.

Más tarde, el medio y las cruas unifican esos diversos elementos celulares, y va tomando cuerpo y mayor auge la acción cósmica, la influencia tónica. Igual es la célula social de Sevilla en el barrio de Triana que en el de la Macarena; y sin embargo, nadie que tenga ojos podrá confundir á un macareno y un trianero. Inducen la diferencia el modo de vivir, sus industrias y oficios.

Frente á Triana, extramuros de la Puerta Real, existe otro barrio llamado de los Humeros, cuyos habitantes parecen de diversa familia que los de la Macarena y de Triana. Su color es más moreno, su pie más sucia, son flacos y encorvados, de miembros enjutos, articulaciones engrosadas y ojos más pequeños y fruncidos. Son piconeros y carboneros; pasan la vida desmontando raíces en las sierras, haciendo cisco y carbón y transportándolo en burros á Sevilla. El sol los tuesta más que á los trabajadores de campiña. El pesado azadón consúmeles totalmente la grasa, la posición del trabajo los encorva, los músculos se reducen á secas cuerdas, sus articulaciones se hipertrofian, y el humo y el sol les fruncen los párpados y achicanles los ojos.

Igual aspecto y forma toman los vecinos del barrio de San Agustín de Córdoba y por iguales causas. También son desmontadores, carboneros y cisqueros.

Dentro de no muchos años, esos montes dejarán de serlo; el carbón mineral acabará por sustituir al vegetal; y el tipo celular descrito volverá á su forma primitiva, si otras causas no lo modifican en diverso sentido.

El pensador, como no sea muy superficial, no habrá, seguramente, de preguntarse:—¿Y qué tiene que ver nada de esto con la cuestión social?

Con la cuestión social, tal como se halla planteada hoy día, poco ó nada. Nada de lo dicho sirve como remedio para dar pan al que de él carece, ni menos puede proporcionarle los medios de gozar en su plenitud del placer de la vida.

Hacemos simples anotaciones sobre algunos elementos anatómicos que entran en la composición de la sociedad española, y su relación, también anatómica, con el medio, cosmos ó naturaleza en que forzosamente tenemos que desenvolvernos.

Consideramos que no es labor perdida. Desenvolver, analizar y ampliar lo que solamente hemos apuntado, ya acerca de las múltiples razas y pueblos que constituyen España, ya sobre la geografía, hidrografía, condiciones telúricas y climatológicas, fauna y flora y modo y manera de aprovecharlas, constituyen los elementos indispensables para empezar á conocernos nosotros mismos; investigar así con método, acierto y sin pasión nuestros males; estudiar, en una palabra, nuestra patología, y poder llegar á las indicaciones precisas para evitar y corregir nuestras dolencias; esto es, determinar la verdadera terapéutica.

Cuando menos, de lo escrito, un principio reluce como cierto. La naturaleza geográfica, telúrica, climatológica, hidrológica, y la de la fauna y de la flora, están y se muestran en perfecta unidad con los elementos étnicos de España. En su célula como en su cosmos, el régimen es la variedad y la inconstancia. El hombre español responde en unidad al medio y á las circunstancias tópicas en que habita. Sucede lo que debe y es preciso que suceda. Es un fenómeno igual al que determina que el rosal dé rosas y peras los perales.

¿Será posible que esas rosas sean mejores y esas peras menos ásperas y duras? Ciertamente. Pero no por ensalmo ni milagro, sino por el estudio y el paciente cultivo.

Dejarse llevar de las primeras impresiones conduce al error.

Miraba yo con pena á un pobre hombre flaco, avejentado, roto y sucio, que iba arando un cabezo empinado con dos miserables burros más flacos y maltrechos que el arador.

—¡Como en África!—exclamé.—¡Cuánta pobreza y cuánto atraso!

Acerquéme al viejo y dije:

—¿Por qué ara usted con esos burros?

Y me contestó:

—Pues vea usted; he desmontado este cabezo. La tierra no tiene medio palmo de hondo y á cada paso salen fuera las lajas. Los burros van despacio y como no tienen vigor, cuando se engancha el hierro se paran. Si arara con mulos ó con bueyes, se rompería el arado y no haría nada.

Quedé pensativo. Mientras más pensaba, más me pareció que el viejo tenía razón, y que si allí había algún majadero no era él ciertamente, sino yo.

Ya oigo que hay quien diga:—El atraso está en labrar lo que debe dejarse para bosque.

A lo que el viejo hubiese replicado:—Pues que le aproveche,

amigo. Porque si usted va á esperar que el monte le dé de comer, yo le doy ese pedazo mayor de monte en que he hecho esta roza, para que usted y sus hijos se mantengan con él.

Bien pensado este asunto de los desmontes por las rozas, sobre el que tanto se declama, es una de esas cuestiones sociales más complejas de lo que á primera vista parece. Representa ciertamente atraso, pero constituye un adelanto relativo. Hecha la roza, el monte vuelve á crecer y es posible con menos impensas, guiar los árboles y agotar los matojos improductivos que impiden el crecimiento de los pastos utilizables. La roza, por otra parte, es el primer paso indispensable para emprender las plantaciones de viñedos ú olivares. Una parte considerable de Sierra Morena, antes improductiva, está hoy poblada de buenos olivares, gracias á las rozas.

Conviene, pues, no tergiversar las cosas, y no echar sobre ellas el anatema que corresponde á los malos ciudadanos que contratando la justa explotación de un bosque de hayas ó pinares, entran á *razzia* en ellos, talándolos á muerte para robar al Estado y enriquecerse con el robo.

Sácase como consecuencia de cuanto llevamos apuntado, que, una vez conocidas las condiciones de nuestro cosmos y nuestro microcosmos, veamos la manera de eludir sus males, y aun si es posible convertirlos ó dirigirlos hacia el bien: á modo como á veces de un árbol torcido sacamos ciertas ventajas, aprovechándolo para un artefacto en que convenga y sea oportuna dicha torcedura.

En primer lugar, en esta tierra nuestra hay mucho que hacer; su mismo atraso pide y obliga á trabajar más y con mayor rapidez. Sácase de tal premisa una consecuencia contraria á la creencia de que en España no hay trabajo. Hay trabajo excesivo; lo que no hay es gente que trabaje.

La falta de brazos es real; no hay más que ver la escasa densidad de población. También en esto reina la variedad y la inconstancia: no se olvide este hecho general para juzgar nuestra Anatomía social. Hay territorios bastante densos de población; hay otros casi desiertos.

Otro aspecto del trabajo ó no trabajo, es el de la pereza ú holgazanería que se nos atribuye. Digo y sostengo lo mismo. Pereza y ardor febril en el trabajo, se ven contrastando diariamente en nuestra misma Andalucía, que sin razón alguna, pasa por la provincia donde más reina la pereza.

Pero estudiemos este punto, que ofrece mayor interés social del que parece.

Hemos estudiado ya un cuadro bajo el aspecto social de la pereza, en el valle de la Cordillera Carpetana, que el lector recordará; también deberá recordar sus antecedentes. Si no los ha olvidado,

comprenderá que es un producto natural de los mismos, tan natural como seguir la sombra al cuerpo. Gentes habituadas á la servidumbre y al trabajo forzado, tienen que odiar el trabajo; y cuando apenas hace medio siglo que esas familias disponen de su voluntad, ¿hay cosa más natural que encontrar su mayor placer y bienestar en no hacer nada? Agréguese este otro factor: alimentados y mal vestidos por sus señores, han modelado sus necesidades á la más mínima expresión; y como sin trabajar las satisfacen, no trabajan, y es también muy natural.

Para abreviar tiempo y ofrecer el contraste, volvamos la vista al viejo arador del cabezo y los borricos. Téngase en cuenta que es andaluz, que está en la escabrosa y ardiente Sierra Morena. Que ese hombre con un pesado azadón que el lector no podría levantar del suelo, ha arrancado mata por mata las raíces infundidas en las rocas, y así ha pasado el verano y el otoño, sin más amparo que un chozajo, sufriendo el sol y la lluvia sin cambiar de ropa, tizado y ahumado en la ingrata faena de hacer cisco y picón. Luego le vemos arar, sembrar el trigo, perseguir los retoños y matojos, portear con sus burros por la difícil sierra el carbón á la ciudad, y seguir así hasta la siega, trilla, aventado, ahecho y transporte de su pobre cosecha á los mercados. ¿Puede darse en el mundo mejor modelo de mayor, más activo y constante trabajador? Pregúntesele á su cuerpo flaco y encorvado. Pregúntesele á sus manos callosas. Pregúntesele á su aspecto de vejez anticipada. Ese hombre, sin embargo, prefiere vida tan ruda á la vida más descansada del jornal, porque trabaja *libremente* para sí, recoja algo ó no recoja nada; pero es propietario temporal de su terruño, dueño de sí mismo, de su carbón, de sus burros y de su trigo, si quiere Dios que lo recoja. ¡Oh libertad sagrada y sacrosanta, primero de todos los bienes, que tanta sangre y fatigas ha costado adquirir: y cuán poco se te tiene en cuenta por los que pretenden buscar, sacrificándote, el remedio de los males sociales!

Asociaciones son los pueblos, asociaciones todos los organismos, desde la monera al elefante, asociación la célula, asociación la más pequeña partícula de protoplasma. Pero piénsese bien, asociaciones son, que no socialismo. Cada parte, viviendo para sí, vive armónicamente para las demás y para el todo. Pero primeramente y ante todo, vive para sí; y si no pudiera vivir para sí, no podría vivir para los demás. *Todos para cada uno y cada uno para todos.* Esta es la ley moral de la Naturaleza. Esta debe ser la ley social. ¿No lo es muchas veces en la realidad práctica y triste? ¿El pez gordo se come al pequeñuelo? Pues al hombre le toca y corresponde dominar y perfeccionar á la Naturaleza. Tal es su misión. Estudie y empiece por sí mismo.

Gran cosa es llegar á la vejez con el corazón jugoso y la cabeza fresca. Permite hacer comparaciones que el relato histórico no alcanza á dar á conocer. Cuando recorro hoy desde Madrid á las costas, veo y me duelo del atraso. Comparo nuestra situación con la de Francia, Bélgica, Inglaterra, Italia, Prusia, Suiza y parte de Austria; y ¡oh dolor! mi espíritu se abate, mis ojos se humedecen y el rubor enrojece las mejillas.

Pueblos que parecen ruinas de tapiales y casuchos, donde en lugar de fábricas y chimeneas altas, asoman humeros rastreados, mezclados con el polvo, sobre que se elevan conventos de monjas y de frailes, contrastando con mezquina y desvencijada iglesia parroquial. Y luego, leguas despobladas; otro lugar sucio, caído, donde no se ve á nadie y parecería inhabitado si no sonara la campana doblando á muerto ó llamando á la oración.

Pero al recordar que así era hace cincuenta años toda España, incluyendo Madrid y la orgullosa Barcelona, con sus calles sucias y sus casas de color de piojo, y al comparar cómo estaban y cómo están hoy las poblaciones de la Mancha, de Asturias, de Galicia, de Guipúzcoa, de Vizcaya y de muchas otras provincias, no puedo menos de consolarme y decir: «Vamos andando.»

Y respecto á la cuestión social, puedo decir que ninguna nación de Europa ha adelantado relativamente tanto como nosotros.

Hay que ver lo que era entonces la clase media y lo que es hoy.

Para poderlo apreciar es necesario haberla visto entonces y verla ahora. Lo dicho por el mariscal francés al dar cuenta á Napoleón de lo que era España el año 1808, no podía ser más exacto. «He entrado en un país de frailes, mendigos y caballeros.» Esa era España socialmente. Quien lo dude, examine y estudie cualquiera ciudad hoy mismo. Estudie las construcciones, calles, plazas y suburbios de Valladolid, Burgos, Córdoba, Carmona, Jaén, Santander, la población que quiera; y verá que estaba constituida por conventos para los frailes, caserones para los caballeros, y casuchos inmundos para la plebe mendicante.

Lo que le faltó ver al general fue que el régimen de unos y de otros, quiero decir, de todos, era de pura mendicidad.

Mendigando llegaban los frailes á poseer la tercera parte de las Españas; mendigando mercedes, vivían los magnates del reino; mendigando ochavos, el resto de los españoles. Así no se verá en ninguna población casa construida del año 20 de este siglo atrás, proporcionada para habitación de familia de la clase media. O caserones señoriales ó posillgas. Si alguna construcción que otra se descubre de tipo intermedio, fue hecha y habitada por algún administrador de monjas ó recaudador de diezmos. Apenas podemos darnos cuenta de dónde vivían los comerciantes, los abogados, etc.

Hoy aquellos caserones están convertidos en casas de vecinos; la mayoría de las edificaciones modernas son iguales ó muy semejantes; desabridas, frías, monótonas, sin gracia ni carácter, pero declarando á voces la nivelación democrática.

Quiere decir: la abolición de señoríos, la desamortización y la desvinculación han transformado la constitución social de España en pocos años. ¡Gloria á los hombres de 1812! ¡Gloria á las Cortes de 1823! ¡Gloria á Mendizábal!

De mediados del siglo atrás, el trabajar era deshonoroso, estigma de gente plebeya y mal nacida. Ser sastre ó carpintero llevaba aparejada humillación y menosprecio.

En un tiempo, de cuya fecha no quiero acordarme, conspirábase en Sevilla á favor de las ideas democráticas que al fin quedaron victoriosas; pero en aquel conato, abortado por la impaciencia de fogosos é indisciplinados, se echaron al campo unos cuantos para iniciar la sublevación dirigiéndose al Arabal, Marchena y Paradas. Como pueblos rurales, nada entendían de democracia ni de derechos humanos. Lo que sabían es que, estaban míseros, que no poseían nada y carecían de jornal. Reinaba en ellos este sentimiento y habían hecho gestiones pacíficas para que la casa de Osuna, propietaria entonces de la mayor parte del territorio, les arrendase cortijos ó parcelas donde poder trabajar, previo el pago de igual ó mayor renta de la que hasta entonces producían. La administración de Osuna, fundándose en el mayor trabajo que esos contratos porcelarios habían de producir, y pretestando la falta de solvencia de los braceros, desestimó la pretensión, avivando con esto sus deseos. En esa situación apareció en los pueblos la partida sublevada, y los vecinos á una, hombres, chicos y mujeres manifestaron su independencia yendo al Ayuntamiento y notarías, quemando los archivos y saqueando algún granero de rico propietario.

El suceso escandalizó á toda España, creyendo venirse encima el violento reparto de la propiedad. El miedo es un sentimiento sumamente sanguinario, y centenares de criaturas, muchas de ellas inocentes y hasta ajenas á la sublevación, fueron fusiladas. ¡Hecatombe cruel que pesa sobre la conciencia de los que intervinieron en tan desproporcionado castigo!

Pasaron años, quebró la casa de Osuna, los bienes salieron á subasta ó se vendieron como Dios quiso. A esto, las malas cosechas arruinaron á la mayoría de los grandes labradores, quedando los cortijos por labrar. Los braceros los pidieron en suertes y se accedió á su solicitud por no haber otro remedio. Desde entonces aquellas labores al tercio empezaron á sembrarse todos los años, triplicando por este solo hecho la producción. Ya no hay para aquel distrito años secos ni pérdidas totales de cosechas. Sacan el agua con la reja

y la azada del polvo de la tierra, quintuplicando por este otro lado los productos. En el distrito casi han desaparecido los jornaleros; la gran mayoría son labradores por su propia cuenta. Se ha establecido un bienestar medio; cada labrador tiene sus animales y sus yuntas propias, y causa gozo cuando al caer la tarde vuelven al hogar á descansar de sus faenas, ver llegar á centenares las caballerías, donde anteriormente sólo transitaba alguna que otra. En eso se ha transformado el temido socialismo y el reparto de bienes del Arahál, Paradas y Marchena.

Y ahora ofrezcamos el contraste. En alguna parte, que no recuerdo, lo tengo publicado. D. Antonio Quintanilla, rico propietario, solterón, vecino de Lora del Río, solía decirme, poco después de los fusilamientos del Arahál, estas palabras: «En mi pueblo no habrá nada que temer. La cuestión social aquí, la tengo yo resuelta.» «¿Cómo?» le pregunté varias veces, y con reserva afectada me respondía: «Ya lo verá usted.» Pocos años después moría dicho señor. Abierto su testamento, declaraba herederos por parcelas de sus numerosas propiedades á los braceros de Lora, padres de familia. Por si el haza de fulano es mejor que la mía, sobre si está más lejos ó más cerca, armaron tal chirrichofa que el pueblo, antes tranquilo, se convirtió en un infierno. Los albaceas corrieron muchas veces peligro de la vida, y algunos tuvieron que emigrar, abandonando sus casas y negocios. Al fin cada cual tomó su parte á regañadientes; y aunque en el testamento existía una cláusula para que en cierto número de años no pudieran vender ni hipotecar los predios, pasados tres ó cuatro, apenas quedaba un bracero que conservase ni labrase su parcela.

El bueno de D. Antonio Quintanilla ignoraba sin duda que desde la terminación de la guerra de la Independencia hasta el año 39, se habían venido haciendo repartos gratuitos de terrenos á braceros, á militares y á otras muchas personas, de baldíos y realengos, sin que uno solo de los agraciados hiciera más que vender por lo que le dieran su adjudicación y consumirla en la taberna. Y alguien preguntará: ¿Por qué resultados tan diversos en estos casos y en los del Arahál, Marchena y Paradas? Pues la razón es bien sencilla: porque éstos no han recibido nada regalado. Son meros arrendatarios; y arriendan, porque primeramente y desde luego, llevan la firme y decidida voluntad de trabajar.

Además, los cambios sociales, por su propia complejidad, no se realizan ni pueden realizarse por salto y de repente. Realizanse por *evolución* más ó menos rápida, pero por evolución biológica nada más.

Hoy ya, los antiguos braceros del Arahál, etc., son propietarios de sus aperos y sus animales; algunos han comprado hazas y la

casa que habitan; los más trabajadores son los más prosperados, pero el que menos, tiene sus necesidades cubiertas y su cosecha en grános ó en dinero. El que conoció esos pueblos y esos campos y los visita ahora, pueblos y campos le parecen distintos; en ellos se aprecia mayor limpieza y cultura que en el resto de la provincia, á pesar de ser los pueblos andaluces, generalmente, los más aseados, alegres y bonitos de toda España.

Queda probado que la pereza andaluza es meramente circunstancial. Es la pereza de D. Nicolás María Rivero, á quien no lo podía mover ni un carro que tirara de él. Pero se ofrecía la ocasión de algún estímulo interior de relativa importancia, y aquel apático se convertía en un coloso de actividad, constancia y energía. ¿Cuál es la causa de esto? Estudiado por mí el sujeto resultaba que, étnicamente, D. Nicolás María Rivero era como esos perros de la calle cuya casta es indescifrable, mezcla de cien razas, en que entra el dogo y el mastín, el pachón y el podenco, el perro de aguas y el alano. Mucha sangre moruna apuntaba en él; no árabe, sino la de las invasiones procedentes del Atlas que en señoreándose del Norte de África invadieron posteriormente á España. También relucían en él rasgos semitas, en un fondo genuinamente celta.

No cabe duda de que así como los terrenos cuaternarios son mejores que los terciarios, y éstos que los secundarios, etc., así los productos humanos cruzados, son mejores que los puros y simples. Los portugueses son hermosos, pero las portuguesas, salvo excepciones, son desgraciadas y poco bellas. Su cruce en el Brasil con la sangre indígena ha dado lugar á una familia de mujeres que pueden desafiar á las más bellas.

En España tenemos tipos tan puros y atávicos como puede verse en el retrato del Alcalde de Ullo (1). Pero más que nada pululan los multicruzados; y de estas cruza inextricables fórmase la masa general, apta, lo mismo para improvisar un romance digno del Romancero, que para echar el pecho al agua y hacer una barbaridad ó una gran cosa.

Tienen estos cruzados la facultad de vivir en todos los climas y no extinguir en ellos su descendencia, sino mejorarla. No matan, como el judío, á la generación del huevo que fecundan; sino que, ya crucen con india, americana ó africana, le dan su media vida y no esterilizan la otra media. Por eso el pueblo español ha podido difundir su sangre en toda la amplitud de las Américas, creciendo su vigor y pulimentando y embelleciendo las formas de los indígenas, sacándolos de la puerilidad infantil de los pueblos incivilizados, y

(1) V. tomo II; página 88.

civilizándolos rápidamente en el producto desde la primera concepción cruzada.

Estudiemos, pues, nuestro destino. La Providencia que viste al lirio con mejores vestiduras que Salomón en su trono, no viste al hombre; pero le da medios para que se vista á sí mismo. En cambio, la Providencia que organizó cada cosa para su función, no nos ha forjado al yunque y al martillo de tantas luchas, tantas invasiones, tantas guerras y tan duro y vario suelo, para que no sirvamos para nada. Niegue la patria el que no tenga ojos para verla ni corazón para sentirla. España es mi gente y mi gente es España: en esta que baña el mar y en la otra que lo parte.

**SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA NUEVA MODIFICACION
DE LA EXCITABILIDAD EN LA EXPLORACIÓN ELÉCTRICA
DE LOS NERVIOS Y LOS MÚSCULOS**

POR EL DR. MARIANO ALUREALDE,

Médico del servicio de Electroterapia del Hospital de Clínicas,
Exvivisector y Jefe de sección

del Laboratorio de Fisiología experimental de la Facultad de Ciencias médicas
de Buenos Aires (1).

Las corrientes de las pilas son capaces de modificar, cuantitativa y cualitativamente, la excitabilidad neuromuscular, produciendo en ciertas condiciones experimentales un cambio de la excitabilidad normal de los músculos, que no ha sido señalado aún por los autores y que yo designo, desde hace algún tiempo, con el nombre de *electrotonus muscular*.

Su estudio interesa doblemente á la electrofisiología y al electrodiagnóstico. Me esforzaré en señalar la utilidad práctica de su conocimiento para evitar los errores de diagnóstico, y especialmente de pronóstico, en neuropatología: el estudio fisiológico lo he hecho ya en otra ocasión (2).

He aquí cual es su modo de aparición:

Al estado normal, los sacudimientos katódicos son más grandes que los anódicos, y todos los autores aconsejan que, en un examen eléctrico con el método polar, se debe empezar á explorar la excitabilidad con el polo negativo, con una serie sucesiva de sacudidas, y en seguida, invirtiendo la corriente, determinar la reacción del positivo.

(1) Trabajo presentado al Congreso Internacional de Electrología y de Radiología médicas en París, 17 de Julio á 1.º de Agosto de 1900.

(2) Un nuevo estado electrotonico en los músculos. *Anales del C. M. A.*, Agosto de 1906.

Pero yo voy por mi parte á demostrar, por la inscripción de la sacudida muscular, que el gráfico obtenido de esta manera con el anodo no es exacto: su reacción se ha modificado.

En efecto: el katodo no sólo posee una acción eminentemente excitante, sino también *modificatriz de la reacción normal del anodo*; éste, bajo su influencia, sufre *modificaciones cuantitativas y cualitativas de la excitabilidad*.

Partiendo en mis observaciones de este principio, determino, en contra de la opinión general, primero la reacción del *A* (condición indispensable para no modificar la excitabilidad de éste con el polo contrario *K*) con la menor intensidad posible; hago unas diez ó doce sacudidas, en seguida invierto la corriente, siendo *K* polo activo y comprobando la ley general de las sacudidas $SKC > SAC$, provocho en estas condiciones 30 ó 40 sacudimientos; invierto la corriente nuevamente; vuelto el *K* polo indiferente, constatamos el aumento de energía de los sacudimientos anódicos, lo que se revela por una mayor amplitud del gráfico, bien que no sobrepase la del *K* (figura 1.^a)

He aquí lo que podríamos llamar una modificación *cuantitativa de la excitabilidad obtenida con una misma intensidad para las tres series de choques*.

Las modificaciones en la reacción normal del A son tanto más fácilmente provocadas, cuanto más grandes sean la intensidad de la corriente, la frecuencia y el número de los choques katódicos.

Examinemos un momento esta proposición fundamental que acabo de sentar.

La *intensidad* es uno de los factores que conceptúo más importante en la modificación que nos ocupa, y es ella la que determina la variación cuantitativa y cualitativa de la excitabilidad del *A*; pero tiene sus límites y más allá de 40 *MA*, su acción es poco manifiesta según lo he podido observar.

En el trazado (fig. 3.^a), podemos darnos cuenta del papel de la intensidad. Con una corriente débil de 5 *MA*, por ejemplo, obtenemos *SKC*, no hay reacción del *A*, y la pluma del tambor inscriptor traza en el cilindro de Marey una línea continua. Pero si se producen unas cien *SK*, los *SA* se traducen por ligeras elevaciones, especie de *SA* abortadas. Es que en estas circunstancias, el *K* bien que ejerce su acción excitante y modificatriz, la intensidad es insuficiente para provocar *SA* más grandes.

La *frecuencia* de los choques *K* determina más rápidamente el cambio de la excitabilidad. En efecto, cuando los sacudimientos son hechos alternativamente con los dos polos, empleando en circuito un aparato inverso interruptor, podría asegurar que es imposible provocar una modificación completa bajo esta forma, porque des-

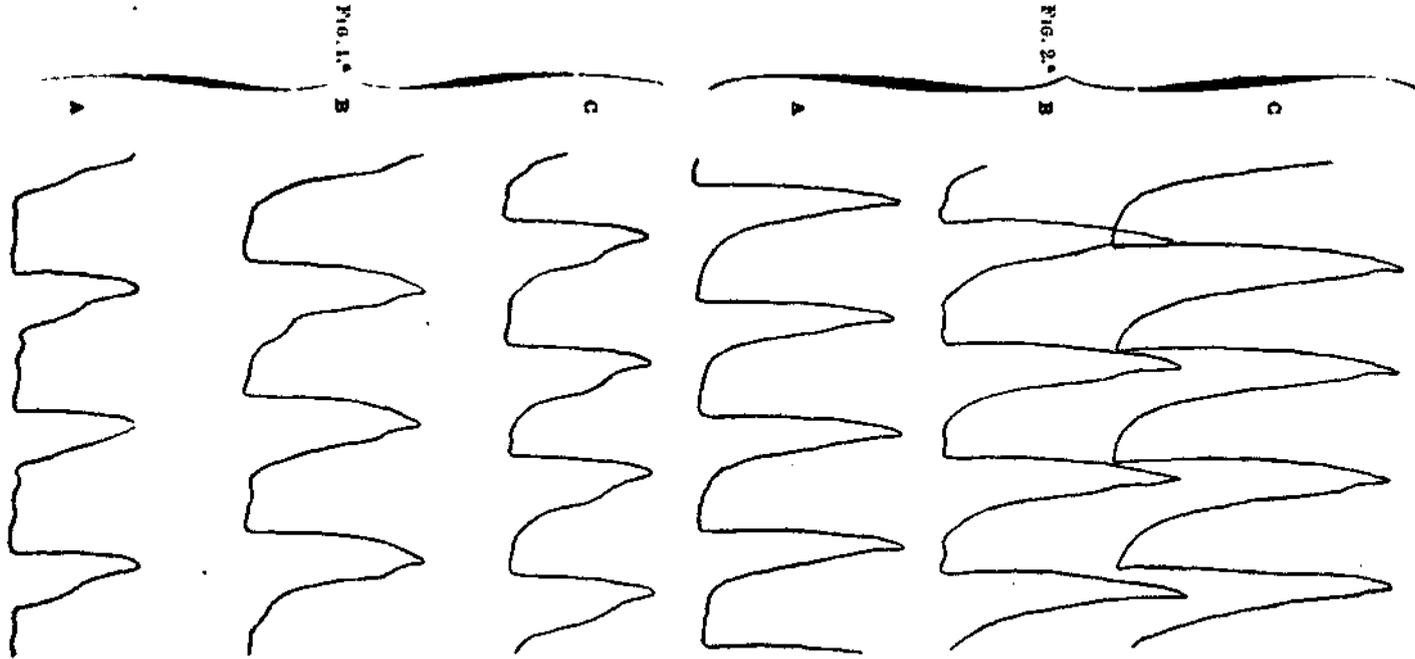


FIG. 1.ª — Gráfico de la contracción del tríceps izquierdo en un hombre sano.—A Sacudidas anódicas obtenidas antes de modificar la excitabilidad del músculo. —B Sacudimientos catódicos.—C Sacudidas anódicas modificadas; se observa el aumento de la excitabilidad del A, que se traduce por una amplitud más grande del trazado, aunque no muy marcada, porque la intensidad es pequeña. Int = 5 miliamperios.

FIG. 2.ª —A Sacudidas anódicas normales.—B Sacudimientos catódicos.—C Sacudidas anódicas modificadas. Aquí la amplitud es mucho más grande que en las del trazado (figura 1.ª), porque la intensidad es doble. Int=10 miliamperios.

pués de cien *S K*, por ejemplo, lo frecuente es que $A=K$, pero que no sea mayor (fig. 5.^a).

Según esto, el *A* ejerce una acción sedante sobre el *K*, tendien-

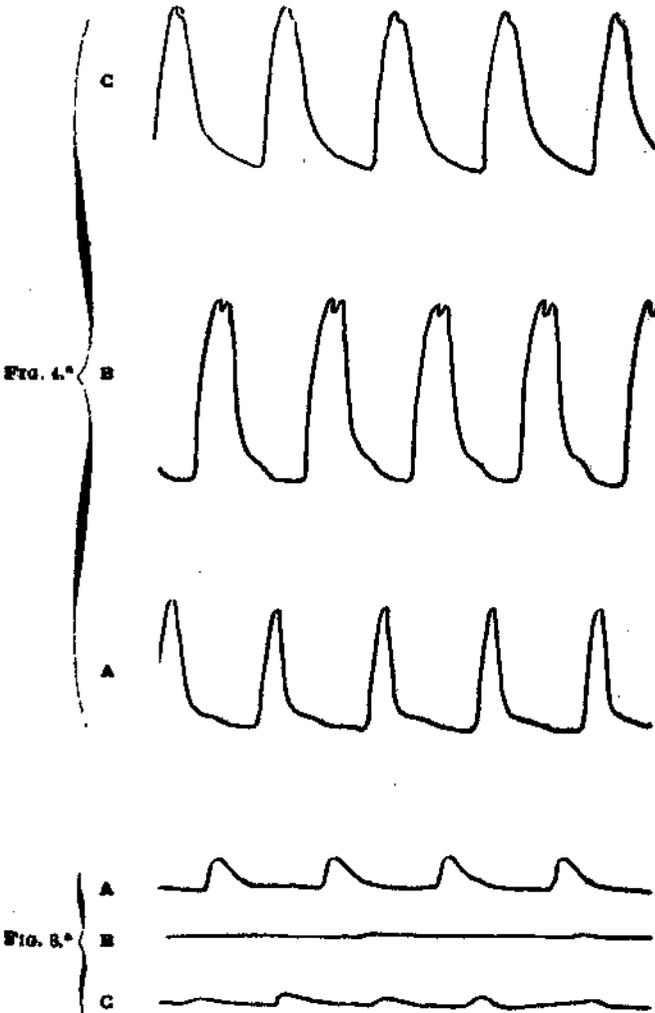


FIG. 5.ª—Gráfico de la contracción del tibial anterior y del tríceps en un hombre (figura 4.ª).—A Sacudimien-
 tos catódicos obtenidos con una corriente muy débil, 5 miliamperios.—B No hay reacción del anodo.—C Li-
 geras elevaciones espele de SA abortadas, obtenidas después de los SK.
 FIG. 4.ª—El mismo trazado con una intensidad más grande, 35 miliamperios (acción de la intensidad :
 A=SA, B=SK, C=SA modificadas.

do á contrabalancear la acción eminentemente excitante de este último sobre el primero.

En cuanto al número, con un término medio de 10, 12 ó 15 sacudidas empieza ya á manifestarse. A este respecto no me aventuraré á señalar un minimum determinado, pues la excitabilidad no es

la misma con una intensidad dada para una serie de sujetos, y aun en cada uno de ellos varía de un momento á otro.

El aumento de la excitabilidad del A persiste un cierto tiempo, aun cuando la corriente no atraviese el músculo.

Como tipo de trazados que realizan todas estas condiciones, merecen mencionarse especialmente las figs. 6.^a y 7.^a

INTERPRETACIÓN CLÍNICA.—Ahora bien, esta alteración de la excitabilidad obtenida con los choques voltaicos en estado fisiológico y cuyas modalidades de aparición acabo de señalar, ¿qué significación práctica poseen para nosotros?

Si estudiamos detenidamente los trazados (figs. 5.^a, 6.^a y 7.^a), notamos que hay una inversión casi completa de la fórmula de la reacción galvano-muscular normal; hay lo que los neuropatologistas, y Erb el primero, han llamado reacción de degeneración parcial.

En cualquier parte donde se encuentre esta reacción—ha dicho Erb—deben existir modificaciones anatómicas notables, es decir, la atrofia degenerativa de los músculos y los nervios.

El estudio, pues, de las variaciones de los valores relativos de $K C$ y $A C$ en electropatología, es uno de los puntos más interesantes, como vemos, porque no pueden existir sino cuando el aparato neuro-muscular está alterado en el punto de excitación por lo ménos; y si las modificaciones de la excitabilidad farádica podrían dejarnos en la duda respecto al órgano alterado, ésta no puede persistir una vez que la reacción degenerativa sea constatada.

No sólo nos daría la noción del órgano, sino también de su asiento preciso: la reacción de Erb, como la llama Doumer, no se encontraría nunca en los diversos tipos de miopatías primitivas; en cambio la encontraríamos siempre en las lesiones degenerativas rápidas de los cordones, en la de los cuernos anteriores de la médula, y en las neuritis traumática, tóxica ó de otra naturaleza.

Algunos neuropatologistas la han señalado, sin embargo, en las afecciones primitivas de los músculos y en algunas enfermedades generales; pero Pelkelharing y Wesikler han demostrado que, en estos casos, existían en la autopsia lesiones más ó menos avanzadas de los nervios correspondientes.

Podemos, pues, concluir con Doumer, que la reacción de Erb es sintomática de una alteración del cordón nervioso en el punto mismo de exploración. Esta alteración ataca probablemente á su neurona correspondiente.

Pero nosotros sabemos que esta alteración de la excitabilidad la producimos artificialmente en el hombre sano; más aún, la podemos provocar experimentalmente en los animales.

Desde luego, ¿qué medio hemos de emplear para evitar esta

alteración de la reacción eléctrica provocada por la defectuosidad de los métodos de examen y que nos llevaría á sacar conclusiones tan erróneas para el electrodiagnóstico?

Es aquí donde se evidencia toda la importancia en el modo de determinación de la reacción galvanomuscular.

MÉTODO PREFERIBLE.—Todos los autores están unánimemente de acuerdo en que la primera sacudida que se obtiene en estado normal es el *SKC*; por él hemos de empezar, pues, según ellos, á examinar la excitabilidad; sin embargo, no nos dicen nada respecto al *modus faciendi*, y la mayoría de los neuropatologistas y electroterapeutas no nos hablan sino de método polar de examen.

Erb, sin embargo, dice: «Se comienza por el polo negativo y se determina con una intensidad débil el valor de *SKC*; se aumenta en seguida la intensidad de la corriente y se determina varias veces *SKR*; en seguida se invierte la corriente y se busca *SAR* y *SAC*. Cuando se quiere obtener sacudimiento de *AR* se deja pasar la corriente un cierto tiempo, para acrecentar la excitabilidad del nervio; la intensidad de la corriente debe ser aumentada hasta que sobrevenga una contracción tetánica.»

Hayem critica este método. «Yo empleo—dice—un procedimiento sensiblemente diferente. Comienzo por colocar el polo negativo sobre el nervio (este polo dando siempre la primera sacudida); repito dos ó tres veces las excitaciones de cierre y de ruptura, cuyos resultados anoto; invierto la corriente é interrogo el polo positivo con la misma intensidad. Sólo después de esta interrogación sucesiva con los dos polos con una misma intensidad, cuando aumento la intensidad de la corriente. Recomiendo la maniobra con el negativo al principio varias veces, el positivo en seguida», etc.

Pero, siguiendo casualmente estos procedimientos de examen, según hace un momento lo he hecho notar, *la amplitud del trazado, hecho con el polo positivo, aumenta en razón directa de la intensidad, la frecuencia y el número de los SK.*

Siguiendo especialmente el procedimiento descrito por Erb, es como determina, por el examen primero y sucesivo con el *K*, la modificación casi completa de la excitabilidad, viniendo así á llenar las condiciones experimentales de su producción.

Luego el valor semieiológico del gráfico de la reacción eléctrica de los nervios y los músculos, obtenido *por los medios actuales de exploración, no es nunca exacto.*

He aquí el método que aconsejo y que con éxito seguimos, desde hace algún tiempo, con mi querido maestro el Dr. Sudnik.

Antes de indicarlo, me permitiré señalar las ventajas de la inscripción de la contracción muscular en un cilindro de Marcy. El electrodiagnóstico, como muchos piensan, no consiste sólo en pasear

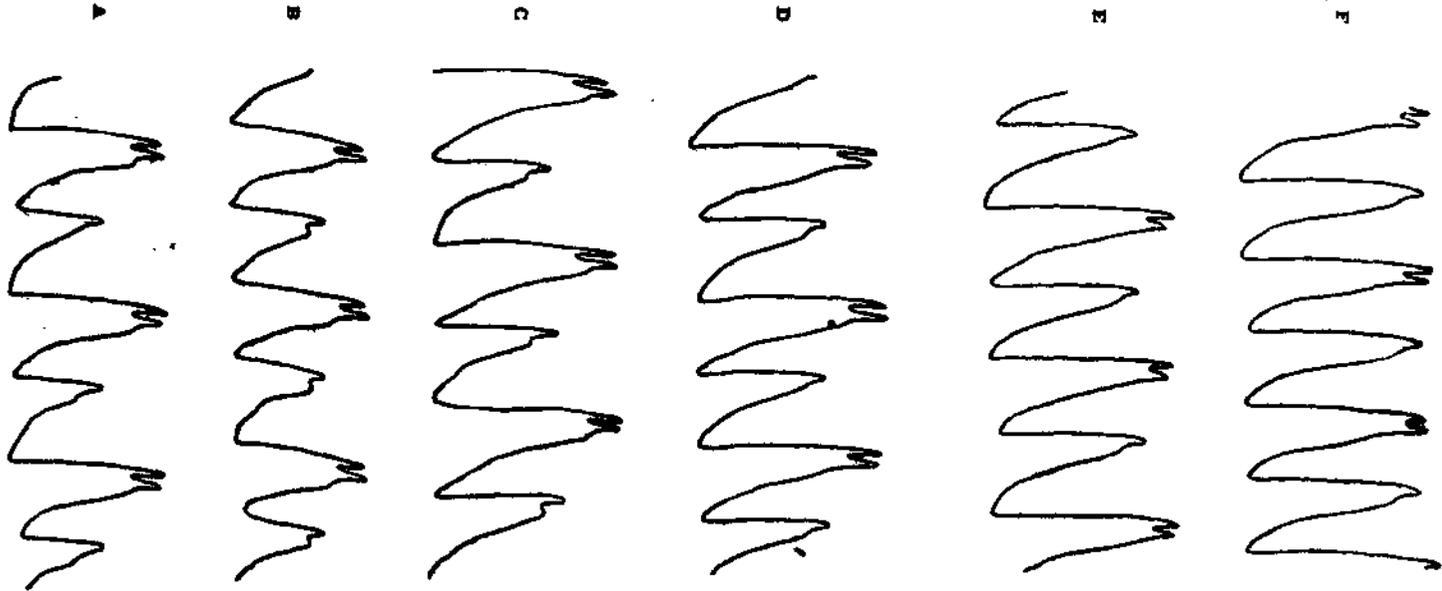


FIG. 5.^a—Gráfico de la contracción del tríceps en un hombre sano.—En este trazado se observa muy bien la mutación progresiva de la excitabilidad.—A Primera serie de sacudidas. Las más grandes son las katódicas, las más pequeñas las anódicas. En las series sucesivas B, C, D, E, F, las sacudidas A van aumentando progresivamente de amplitud, hasta que en la última serie (F) han igualado a las katódicas, pero no las sobrepasan. Estas sacudidas sucesivamente alternativas, son obtenidas con un aparato inverso-interruptor. A, B, int = 10 milliamperios.

los excitadores por un miembro más ó menos paralizado ó atrófico, para saber si los músculos ó los nervios responden á una excitación ó no, esto es un error: las apreciaciones *de visu* de la contracción muscular son insuficientes é imperfectas.

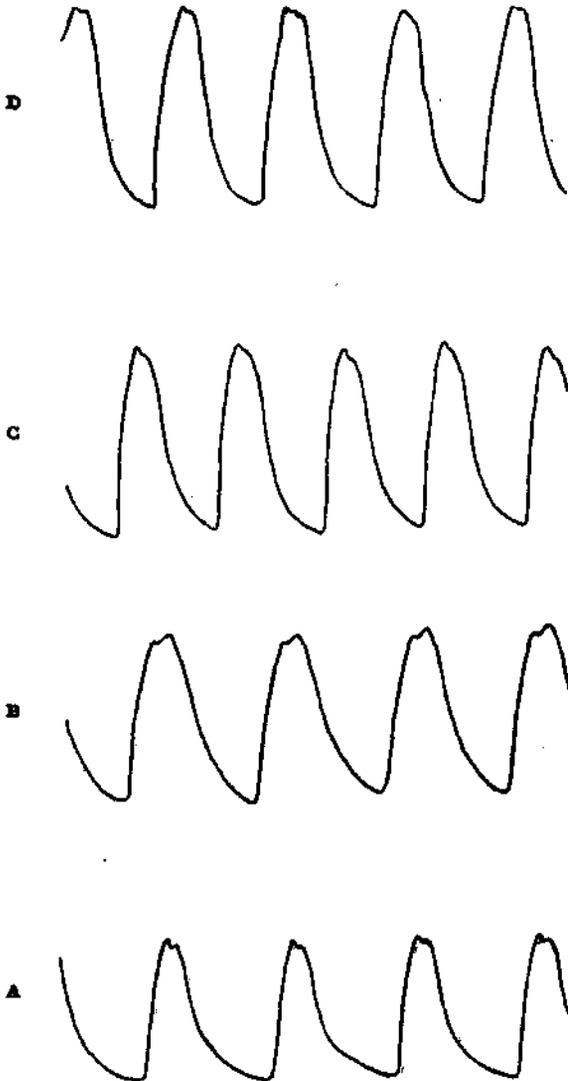


FIG. 6.ª. — Gráfico de la contracción del tríceps izquierdo en un hombre atacado de hemiplegia derecha. — A Primeras sacudidas anódicas normales. — B Secundamientos catódicos. — C Secundamientos anódicos modificados. Las sacudidas anódicas han adquirido una amplitud enorme D. — Int = 30 milisegundos.

Es necesario recurrir al método gráfico siempre que quiera hacerse un examen; única manera de apreciar con toda exactitud las diversas modalidades que la curva de contracción puede presentar.

Dispuesto todo para la exploración eléctrica, sobre cuyos detalles no me ocuparé aquí, el polo activo, constituido en nuestro caso por un tambor explorador, lo colocamos encima del músculo cuya excitabilidad deseamos conocer; un tubo de goma algo resistente, provisto de su llavecita correspondiente, lo une á un tambor inscriptor, dispuesto ya cerca del cilindro de Marey y pronto á inscribir la curva de contracción. Dos procedimientos igualmente exactos podemos seguir.

Uno consiste en obtener sacudidas suficientemente amplias de una manera alternativa con los dos polos, por medio de un aparato

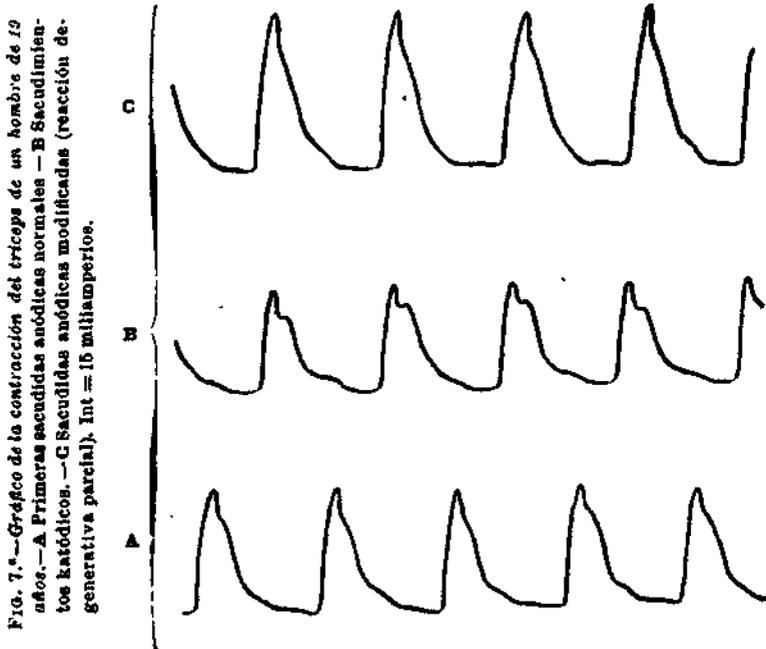


FIG. 7. — Gráfico de la construcción del tríceps de un hombre de 19 años. — A Primeras sacudidas anódicas normales — B Sacudimientos catódicos. — C Sacudidas anódicas modificadas (reacción de generativa parcial). Int = 15 miliamperios.

inverso-interruptor, que hemos intercalado de antemano en circuito, y con una intensidad suficiente, pero la misma por consiguiente para los dos polos, pero proporcional á su excitabilidad.

En este caso, el polo activo que está constituido por el tambor, inscribe en el cilindro de Marey sacudidas sucesivamente positivas y negativas, donde puede apreciarse sus diversos caracteres en lo que se refiere á su forma, amplitud, etc.

Quince ó veinte sacudidas en esta forma, aun con intensidad progresivamente creciente, son más que suficientes para darnos cuenta del estado del aparato neuro-muscular.

En el segundo procedimiento, para el caso de no emplear sino un simple interruptor en circuito, puede empezarse á examinar la

excitabilidad sea con el *K* ó el *A* aisladamente. Si comienza nuestro examen con el negativo, no deben hacerse *nunca* más de ocho ó diez sacudidas sucesivas con *diferentes intensidades*, pues como hace un momento he demostrado, la modificación cuantitativa y cualitativa de los sacudimientos anódicos aparece recién después de ese número. En seguida, invierto la corriente y determino la reacción del *A* como polo activo. Empleo corrientes débiles al principio, medianas después y, finalmente, intensas.

Lo mejor es determinar siempre primero la reacción del anodo sin preocuparnos mayormente ni de la intensidad, ni del número de sacudidas por los motivos que he enumerado.

Comprobada evidentemente la posibilidad de producir este cambio de la excitabilidad y los medios de evitarlo, llego á las siguientes conclusiones:

- 1.^a Que esta alteración de la excitabilidad se observa en el hombre y los animales en el estado fisiológico.
- 2.^a Que no parece debida á los *iones* producidos en los fenómenos de polarización.
- 3.^a Su estudio interesa á la electrofisiología, y especialmente al electrodiagnóstico.
- 4.^a Según ello, los métodos de exploración eléctrica (excitabilidad galvánica) de Erb y Hayem, no son exactos, pues modifican, como lo acabo de demostrar gráficamente, la excitabilidad normal del aparato neuro-muscular.
- 5.^a Los métodos que he indicado, poniéndonos á cubierto de estos errores, son los que deben seguirse en la exploración de la contractilidad galvánica de los nervios y los músculos.
- 6.^a La observación clínica, un análisis fisiológico minucioso, y la experimentación en animales curarizados, me han demostrado que este cambio de la excitabilidad ocurre en la intimidad misma de la substancia muscular, independiente de todo fenómeno nervioso.

DE LAS ARTRITIS GONORREICAS

POR D. SATURNINO GARCÍA Y HURTADO.

Cuando se examina la literatura médica buscando el capítulo de las artritis blenorragicas, se encuentran descripciones más ó menos incompletas en los libros de Sifilografía ó de Clínica médica, mas ninguna, ó muy pocas, en los tratados de Clínica quirúrgica.

Sin embargo, por la virulencia de la enfermedad y por su influ-

jo deletéreo sobre el organismo, el cirujano se ve precisado en gran número de casos á intervenir mecánica ó cruentamente; entrando por esta razón, en mi concepto, su estudio en el terreno quirúrgico, y limitando más éste, en el conocimiento especial de las enfermedades articulares.

Al fin esto sería en último término de poca monta, si las incoherentes descripciones que en los libros vemos fueran siquiera aceptables y diesen una idea aproximada de la causa, síntomas y curso de la dolencia.

Desgraciadamente no sucede así; y confesando yo primero mi propia ignorancia, declaro, que por esta falta de datos, ó por escasez de luces mentales, ó porque no se ve bien con los ojos de la cara aquello que no se lleva bien visto con los ojos de la inteligencia, me han pasado inadvertidos multitud de casos que positivamente hoy reconozco debían su origen á una blenorragia.

En desquite de esta deficiencia, quiero hoy hacer un estudio de esta enfermedad, tan completo como me sea posible, recordando y analizando mis observaciones, citando las de Koenig y Bennecke, y recogiendo los datos que me ha suministrado mi querido maestro, Martínez Angel.

HISTORIA

Con las formas articulares de la blenorragia, ha sucedido en la ciencia una cosa muy parecida á la que ocurrió con las formas articulares de la tuberculosis. Lo que ahora se llama malamente tuberculosis quirúrgica, ha sido confundido mucho tiempo con lesiones de otra índole, hasta que Richet, en 1835, publicó su trabajo sobre la enfermedad de Pott, y Nelaton, en 1837, su estudio sobre enfermedades tuberculosas de los huesos. De aquí ya partió la orientación de los trabajos.

El origen blenorragico de las artritis, ha sido sospechado desde muy antiguo. Musgrave, en 1703, Swediaur, Selle en 1781, y Hunter en 1783, fueron los primeros que encontraron cierta analogía entre la blenorragia, confundida entonces con la sífilis, y algunas formas de inflamaciones articulares. Benjamín Bell, en su *Tratado de la blennorrhagia y de la lue venérea*, traducido por D. Santiago García, y publicado en Madrid en 1814, en su segunda edición, que es la que yo poseo, da una descripción de esta enfermedad que debo aquí transcribir. Dice así (1): «En el mes de Marzo de 1787, me consultó cierto caballero sobre un rheumatismo cruel que le estaba atormentando por espacio de ocho meses. Después de haber tomado mu-

(1) Tomo II, págs. 200 y siguientes.

cho frío y humedad en el ejercicio de la caza, le acometieron unos dolores fuertes en todas las articulaciones, sobre todo en los hombros, muñecas, rodillas y tobillos. Desde el principio le molestaron estos bastante, pero á veces eran tan crueles en el dorso, lomos y caderas, que no se podía mover en dos ó tres semanas sin agravársele los dolores, á términos de ser insufribles. También se le pusieron inflamados los dedos y artejos, y como en especial se le afectasen los pulgares de los pies, algunos creyeron que el mal era gota. Quando se me consultó, tenía tan inflamadas las articulaciones de los dedos, que no era posible distinguirlas; pero lo que más le incomodaba entonces era la hinchazón de la rodilla derecha. El dolor y la tumefacción de las otras articulaciones varió en diferentes periodos, y á veces llegaron á disiparse enteramente; mas la rodilla derecha desde el principio se mantuvo hinchada y dolorida, y á este tiempo abultaba casi un doble que la otra. La tensión era grande, y en la parte superior del tumor hacía ya siete ú ocho semanas se notaba una fluctuación muy extensa; mas el cutis no estaba descolorido. Treinta y dos años tenía el enfermo, y cuando le acometió el mal era gordo y robusto, pero ahora se hallaba muy extenuado. Sin embargo, el pulso estaba bueno, pues aunque por tiempo considerable tuvo una calentura fuerte, ya le había faltado enteramente y las pulsaciones eran de setenta á ochenta en un minuto. Hasta el mes de Junio no supe más de él; el tumor de la rodilla se conservaba casi en el mismo estado que quando me consultó la primera vez. A más de esto, le sobrevino un tumor doloroso en la parte superior del hombro derecho, el qual se puso despues rubicundo y sensible, y terminó en una úlcera estensa y sórdida. En Setiembre, el tumor de la rodilla era muy considerable, y se percibía una fluctuación que se extendía desde la rótula por debajo del músculo recto hasta casi el medio del muslo, etc.

Ultimamente, le dijeron ser esta úlcera de naturaleza escrofulosa; pero como á mi parecer tenía muchas trazas de venérea, le aseguré que lo era, y por las preguntas que le hice, vine á tener más motivo para sospecharlo, etc.*

Posteriormente, el tema de la naturaleza blenorragica de ciertas artritis ha sido extensamente discutido, considerándola muchos como reumática y descubriéndola con el nombre de reumatismo blenorragico: sólo ocasionalmente atribuíase como causa á la blenorragica.

Un nuevo factor, como en la tuberculosis el bacilo de Koch, vino á aclarar el asunto: el descubrimiento del gonococos de Neisser en 1879.

La analogía con otras metastasis indujo á buscar el gonococo en las articulaciones ó en sus exudados.

Petrone, en 1883, y Kammerer, en 1884, encuentran los gonococos en el contenido articular. Averiguaciones posteriores demuestran que en muchos casos, como en la tuberculosis, no se encuentra el germen específico, atribuyendo á otros diplococos la causa de la enfermedad. Vino entonces á tomar de nuevo cuerpo la antigua teoría de la mezcla de varios gérmenes en la producción de enfermedades. Así, la inflamación gonorreica de la uretra, ulceración del balaño, etc., eran puntos apropiados para la absorción de otros microorganismos allí existentes: estreptococos y estafilococos.

Las averiguaciones han seguido avanzando, y ya Loeb, en 1886, demostró las metastasis ó transportaciones á distancia de los gérmenes en las cistitis y pielitis, chancros blandos, infección puerperal, bronquiectasia, escarlatina, disentería y difteria. Mas es el caso que no siempre se encuentra en los puntos lesionados secundariamente el germen de la lesión primitiva, y Rindfleisch, en 1897, entre treinta minuciosas averiguaciones de artritis gonorreicas, encontró sólo en diez y ocho los gonococos.

Necesariamente, aquí hay que preguntarnos si el gonococo de Neisser y el bacilo de Koch son los productores de la blenorragia y la tuberculosis ó de las formas blenorragicas y tuberculosas de los diferentes tejidos, ó no lo son, ó son accidentales, secundarios que acompañan á la modificación de textura de los órganos. Si son esenciales, deben encontrarse en todos los casos; y si no se encuentran, ó nuestros medios de investigación son todavía defectuosos, como yo así creo, ó no son esenciales y hay que buscar nuevos derroteros. Gonococos se han encontrado en las artritis de los recién nacidos, atacados de oftalmía blenorragica.

Glasser (1892 y 1898) ha querido diferenciar las formas agudas articulares blenorragicas del llamado reumatismo gonorreico. Pero los gérmenes no se fijan sólo en las articulaciones después de haber invadido la uretra, sino que se han encontrado focos inflamatorios en las vainas y bolsas tendinosas, piel, abscesos en las glándulas y pielitis. Leyden, en 1883, estudia un caso de endocarditis ulcerosa gonorreica; Hewes (1894) y Ahmann (1887) encuentran el gonococo cultivado en la sangre. Por fin, la influencia de las toxinas gonocócicas determina alteraciones del sistema nervioso, y Leyden ha descrito neuritis, córeas y mielitis de este origen. Por fin, son muy conocidas las alteraciones blenorragicas en los órganos genitales internos de la mujer; y entre nosotros, el Dr. Gutiérrez, hace cinco años, demostró clínicamente las enfermedades producidas en el útero y en los anejos por esta causa.

FORMAS CLÍNICAS

Las formas clínicas de las artritis gonorreicas revisten caracteres muy distintos, no solamente en cuanto al proceso inflamatorio en sí, sino en cuanto á la variedad de la localización. Si bien las manifestaciones son diferentes, por lo regular las de cada articulación se parecen mucho. Tomaremos como tipo la rodilla para describir las formas, ya por la frecuencia con que es atacada, ya por la más fácil apreciación de sus alteraciones, dada la disposición de sus partes.

Desde antiguo veníase describiendo una sola forma de alteración, la más grave, aquella que más pronto llamaba la atención del práctico, y cuyas consecuencias generalmente eran muy desfavorables. Posteriormente, y en estos últimos tiempos, Koenig ha descrito, con arreglo á tipos clínicos definidos, cuatro formas: 1.^a, hidropesía simple; 2.^a, inflamación serofibrinosa; 3.^a, empiema; y 4.^a, inflamación flegmonosa. Además, esta clasificación está basada en la Anatomía patológica, naturaleza de los exudados y destrucción de las partes. Significan grados progresivos de una misma enfermedad, aguda ó crónica, leve ó grave.

La forma de hidropesía articular que nosotros llamamos sinovitis exudativa simple, como su nombre indica, es la más sencilla de todas, la que generalmente se confunde con otras similares de diverso origen. Se presenta en individuos que tienen ó han tenido purgaciones. No hay fiebre ni trastornos generales; solamente la rodilla aumenta algo de volumen, y palpando podemos percibir un derrame articular, y por esto los movimientos están ligeramente impedidos. La cápsula no está engrosada ni hay inflamación en la piel y tejidos subyacentes periarticulares. Bajo la acción del tratamiento cura con facilidad (reposo articular, eventual compresión y punción). El líquido desaparece, los movimientos se hacen completos y la función se restablece. En dos ó tres semanas cesa la enfermedad, y la tendencia á la cronicidad y á las recidivas se observa pocas veces. Koenig ha observado esta variedad solamente en la rodilla.

La forma serofibrinosa y el empiema no son más que variedades anatómicas eslabonadas á mayor gravedad de la hidropesía. Así como en ésta el líquido es claro, en aquéllas presenta un color verdoso turbio ó amarillento verdoso por la adición de corpúsculos de pus y grandes cantidades de fibrina en copos ó corpúsculos que nadan en el líquido ó se adhieren á las paredes. El exudado puede ser completamente purulento. La inflamación no permanece, como en la hidropesía, limitada á la sinovial. La temperatura suele elevarse (general y local), la palpación es dolorosa, así como hay dolor

también en los movimientos y aun en completo reposo. El curso es largo y no indiferente para el mecanismo articular. En la punción é inyección con solución de ácido carbólico, la inflamación que se produce, por regla general, es blanda. La fibrina puede condensarse formando adherencias é impidiendo ó limitando los movimientos articulares.

La *restitutio ad integrum* en la forma sero-fibrinosa se presenta pocas veces. En el empiema es fácil la duración del defecto funcional por la malignidad y supuración que destruye los cartilagos articulares, cuya reposición es muy tardía. Suelen presentarse estas dos formas mezcladas.

La artritis flegmonosa gonorréica justamente es considerada como la más grave. El derrame articular es purulento, algunas veces menor que en las formas anteriores, pero puede ser mayor. Cualitativamente varía desde el suero turbio al pus. A menudo no se presenta ningún líquido, sólo una apariencia de fibrina coagulada. El carácter esencial de la inflamación consiste en que no se limita á invadir la cápsula articular, sino que ataca á los demás tejidos de la articulación rápidamente hasta llegar por fin á invadir la piel, que está enrojecida y edematosa. La articulación engrosada; perdidos los contornos normales; grandes dolores á la palpación, al choque, al movimiento espontáneo ó provocado; á veces sólo el roce de las sábanas de la cama es insufrible, aun cuando la articulación esté en reposo.

Estos síntomas varían en los diferentes casos, según el grado de malignidad de la infección.

Es característico á veces que estas alarmantes apariencias no guardan relación con la temperatura del cuerpo, que puede ser insignificante; más tarde comienza el proceso de ataque á los elementos articulares todos, hasta llegar á destruirlos en algunos casos.

Otras veces no se presenta la supuración, y las apariencias amenazadoras no llegan á tanto, sino que los exudados fibrinosos que infiltran los tejidos se extienden primero por las partes blandas, después por los medios de atadura; y las carnes, cuando se las corta en estos puntos, tienen un aspecto lardáceo, como de tocino, perdiendo la articulación rápidamente la facultad de retener con el tono ordinario las superficies articulares en correspondencia. Así vemos comúnmente, en enfermos que no han sido sometidos á un tratamiento adecuado, subluxarse la tibia atrás y adentro, dejando la pierna en valgus, la mano en flexión carpiana y el muslo en flexión, rotación interna y adducción.

Todavía más graves, y de todo punto irreparables, son los trastornos del interior de los fondos de saco articulares.

Ya hemos dicho que á veces falta el derrame líquido articular, constituyéndose entonces la forma típica de la artritis gonorréica flegmonosa. En este caso, la articulación contiene regulares cantidades de copos fibrinosos, que, poco á poco, aumentan hasta rellenar la cavidad; transfórmanse después en tejido conjuntivo, que une y aprisiona las superficies articulares. El dolor es grande y la inmovilidad obligada, por lo tanto absoluta, todo lo cual favorece la anquilosis. Estas adherencias no son totales, sino que fijan puntos particulares en cada coyuntura; así, en la rodilla, por ejemplo, el fémur se une á la rótula, etc.

Cuando la supuración viene á complicar el proceso, las destrucciones de los tejidos son muy considerables. Abrese la articulación, y los cartílagos articulares están destruidos ó han desaparecido; la superficie de los huesos raída, cubierta con escasas granulaciones; en la parte profunda de los huesos no se nota modificación alguna; no hay secuestros. Es característica la rápida atrofia de las masas musculares que rodean á la articulación.

El curso, que comienza siendo agudo, es después francamente crónico. La fiebre que al principio existe, puede desaparecer después con ligeras exacerbaciones temporales. La articulación permanece en un periodo de *estadio* que suele durar meses, con el abaltonamiento, pérdida de los contornos, infiltraciones, dolor intenso que, poco á poco y muy despacio, va cediendo, formándose de un modo excepcional el absceso. El cirujano debe seguir una terapéutica expectante, de *cuidadosa espera*, sin intervenir activamente más que en los casos extremos. Aquí es donde ha de probar una vez más su mucha paciencia, y ver cómo la articulación se va anquilosando y perdiendo sus movimientos, sin intentar prematuramente la movilización; porque, aleccionado ya por casos anteriores, sabe que la menor imprudencia en este sentido puede acarrear las más funestas consecuencias.

Mas no siempre se presenta este grave cuadro clínico: puede todo él ser algunas veces más reducido, teniendo presente que en estos casos de menor gravedad, el curso regularmente es crónico y la tendencia á las contracturas constante. En todo caso, es una seria enfermedad articular.

DIAGNÓSTICO

De las artritis gonorreicas, la flegmonosa es la que con más frecuencia se observa en la práctica; después se presenta la sinovitis exudativa simple, ó sea la hidropesía sencilla; y por último, la inflamación serofibrinosa y la puréica que, por lo general, van mezcladas y suelen degenerar en la primera forma.

La característica de estos procesos es tan distinta de las otras

inflamaciones articulares, que necesariamente hay que admitir la existencia de un influjo deletéreo en los tejidos; y aunque las bacterias que se encuentran son diversas y las investigaciones sobre los exudados son algunas veces negativas, la razón dicta que sólo particulares toxinas son capaces de obrar sobre las células de los tejidos, alterando profundamente sus funciones.

Varia en los diferentes individuos la manera de presentarse la artritis. A veces, de pronto y sin causa apreciable, el paciente que ha tenido purgaciones anteriores, á las que no ha dado importancia, siente una serie de dolores más ó menos violentos en diferentes articulaciones, sin hinchazón ni modificación aparente de las partes, cuyos dolores se calman y desaparecen en horas ó días, para después fijarse en una ó varias coyunturas y dar comienzo al desarrollo de la enfermedad.

Otras veces, en el curso de una grave inflamación, por lo general flegmonosa, aparecen repentinamente dolores en otras articulaciones que no corresponden á ningún estado objetivo, ó á lo más á una ligera hidropesía. La elevación de temperatura es pequeña.

Al lado de estos casos de múltiples inflamaciones pasajeras, se observan otros, en los que dos, tres ó más articulaciones son gravemente atacadas á la vez ó en el espacio de semanas ó de meses.

En un estado avanzado de la gonorrea, cuando casi ha desaparecido el flujo uretral ó solamente existe un catarro de las vías urinarias posteriores, con ligero enturbiamiento de la orina, varias articulaciones se inflaman á la vez, ó en un espacio muy corto de tiempo una tras otra, simulando un reumatismo articular agudo. Las más de las veces se trata de la forma flegmonosa con poco líquido, pero gran tendencia á la destrucción y á las contracturas. Con esta forma suele coincidir la hidropesía simple. Precisamente esta diversa malignidad es característica de las invasiones tardías, que suelen complicar las pleuritis y pericarditis, y á veces iritis y tenosinovitis.

Ya hemos dicho que estas inflamaciones articulares eran positivamente conocidas antes del descubrimiento del gonococo; y de aquí se deduce que es posible diagnosticarlas tan sólo por la observación clínica, sin acudir al examen bacteriológico, sin que esto quiera decir que no demos importancia á la bacteriología.

Recordando los casos que por nuestra vista han pasado, venimos en conocimiento de que estas enfermedades son mucho más frecuentes de lo que antes se creía. Koenig afirma que *al menos en la Caridad de Berlín, la gonorrea es la causa más frecuente de artritis*. Nasse hace la misma afirmación.

Dedúcese de esto como regla práctica, que siempre que veamos una inflamación articular, cuya causa determinante no esté clara, debemos dirigir nuestra atención á la gonorrea.

Es importante conocer que todas las infecciones generales, y en especial la puerperal, pueden determinar manifestaciones articulares que se aproximan mucho en su forma á la que hemos descrito con el nombre de artritis purhémica.

El reumatismo articular agudo confunde á veces al práctico. Las principales diferencias consisten en que en los casos gonorreicos la fiebre que al principio existe, generalmente desaparece después y no guarda relación con el estado local. Por lo común, la gonorrea ataca á una sola articulación, y cuando son varias las invadidas siguen independientemente su curso: como dice muy bien Fournier, «se multiplica más bien que se transporta». El reumatismo articular agudo va acompañado de fiebre alta, ataca á varias articulaciones á la vez; se localiza más en algún punto para saltar á otros, mejorando los primeramente invadidos; es de curso agudo; los dolores suelen ceder á los antirreumáticos, especialmente al salicilato de sosa, el cual no ejerce influencia en la gonorrea; no hay tendencia á la destrucción rápida articular.

Sin embargo, hay casos en que el diagnóstico es difícil en los primeros momentos, siendo necesario esperar el desarrollo de los síntomas ulteriores.

ETIOLOGÍA

La causa de estas formas articulares de que vamos tratando parece ser, después de las últimas averiguaciones, el gonococo de Neisser, no como elemento secundario, sino como factor principal en su producción. En este concepto debemos considerar la articulación inflamada como efecto de la localización de una infección general.

El asunto de si la gonorrea sola es la responsable de estos trastornos, ó si se necesita para originarlos la presencia de otros microorganismos, está sobre el tapete. Bennecke cree (1) que ella sola es la única causa de su producción y cita casos en los cuales los gonococcus se han encontrado en los exudados inflamatorios. También es seguro que muchas veces la artritis es producida por mezcla de otros microorganismos, especialmente el estafilococo y el estreptococo. En gran número de casos no se encuentran bacterias en los exudados. Algunos son positivamente estériles, y es probable que esto sea debido al inferior número de microorganismos que contienen. De todos modos resulta extraordinariamente difícil hallarlos. La cuestión sube de punto para el que no se satisface con las conocidas propiedades de forma y yacimiento intracelular de los gono-

(1) *Discussion zum Vortrage von Bennecke: Zur frage der Trippergehlenke. Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, 26. Cong, I, S. 166.*

cocos, siendo incompletos los hoy corrientes procedimientos de averiguación, y sobre todo, los medios de cultivo.

Parece ser muy probable que entre el contenido de bacterias en los exudados y el curso clínico existe una positiva relación, aceptándose que los casos graves son producidos por la mezcla de gérmenes, y los sencillos solamente por gonococos. Sin embargo, esto no puede hoy afirmarse, pues Bennecke ha encontrado en algunos casos graves solamente gonococos y en otros sencillos varios cocos.

Es de importancia práctica saber si cada estadio de la gonorrea puede originar la infección articular. Según el citado Bennecke, de 34 enfermos en ocho la artritis se presentó en la primera semana de la purgación. Es cierto que el mayor número de artritis se presenta en tiempos posteriores de la gonorrea, y con razón se temen las infecciones tardías, pero hay que rectificar la opinión de que sólo estos estadios tardíos acarrear las artritis: *éstas pueden presentarse indistintamente en todos los períodos de la blenorragia.*

Respecto al curso y gravedad según el tiempo de aparición y las causas ocasionales que favorecen la presentación de la artritis, no podemos decir nada concreto.

Algunas veces un traumatismo abre la escena y otras recae en individuos reumáticos, lo cual hace difícil el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Nuestro tratamiento, primero ha de dirigirse á la blenorragia, como causa esencial de la enfermedad. A este fin, podemos emplear el permanganato de potasa, el argol, el protargol, etc., cuidando mucho que desaparezcan los restos de uretritis posteriores, y los catarros de la vejiga. Hay que tener en cuenta que una ligera irritación de la uretra se traduce generalmente por exacerbación en el proceso articular. Como tratamiento general al interior, podemos emplear la esencia de sándalo, el salol y el ioduro potásico.

En la hidropesía articular, la terapéutica es muy semejante en todos los casos. Reposo en el lecho, compresión con las vendas de franela, derivativos como la tintura de iodo y los vejigatorios. Cuando el líquido es abundante y no cede á la compresión, la punción con el trócar, ó inyecciones de 8 c. c. de una solución de ácido carbólico al 5 por 100, sin que se haya notado nunca intoxicación. En los casos dobles, se ha empleado la misma cantidad en cada rodilla. Después de la inyección, obsérvase una ligera reacción moderada que, con pequeña compresión, en dos ó tres semanas cede fácilmente. Las recidivas son raras.

La forma serofibrinosa cede también á este tratamiento. Cuando se presenta la supuración, puede ser necesario incindir y drenar.

Muy grandes cuidados exige el tratamiento de la forma flegmo-

nosa, y especialmente bajo dos puntos de vista: por un lado, el proceso inflamatorio en sí, y por otro, las consecuencias que deja este proceso. El síntoma más importante al principio es el dolor, el cual se calma con el completo reposo articular, algodondando bien la parte, é inmovilizándola con un vendaje enyesado. El frío local puede dar buen resultado, suspendiendo una vejiga de hielo que cae sobre la parte enferma, sin presión.

En la articulación de la cadera, la extensión continua por medio de pesos, produce los más excelentes resultados. Rodeada esta articulación de fuertes masas musculares, al irritarse éstas por la enfermedad, determinan presiones de la cabeza del fémur sobre la cavidad cotiloidea, las cuales son muy dolorosas. La extensión evita las contracturas musculares, distiende los músculos, agotando su tono, y es un tratamiento contra la inflamación y contra sus consecuencias (posiciones viciosas del miembro, llegando á veces hasta la luxación espontánea).

Como medio irritante externo de muy buen resultado, Bennecke emplea la tintura de iodo, pero enérgicamente, pasando el pincel por la parte flegmonosa una docena de veces, hasta que la piel queda de un color pardo negruzco, consiguiendo una derivación de importancia. No debe renovarse la tintura hasta que no haya desaparecido la coloración de la piel, con ó sin formación de ampollas.

La punción sola, ó seguida de inyección de ácido carbólico, en algunos casos debe emplearse.

Si la articulación toma un carácter maligno de extrema gravedad, viniendo la supuración y fundiendo los tejidos, hay que acudir á la artrectomía, lavando y saneando todos los focos, y drenando bien la articulación. Debemos consignar que en los casos en que hay que acudir á este procedimiento los resultados son siempre desagradables. El cirujano debe ir ya con el conocimiento de que va á obtener muy poco resultado.

En la mano y en el tarso, la profunda fluctuación de las partes blandas suele engañar. El absceso se forma difícilmente, y cuando se hace la incisión, se suele encontrar el tejido conjuntivo infiltrado y una cavidad con un líquido turbio. Con esto no se obtiene ningún alivio, no se acelera la curación; se producen grandes cicatrices, mientras es asombroso cómo se mejoran las articulaciones por la fuerte revulsión con la tintura de iodo, dejándolas en condiciones de funcionabilidad.

Una vez vencido el estado inflamatorio crónico, quedan los empastes, las contracturas y las deformidades.

Los daños que hay que reparar son muy diferentes, según haya sido la intensidad de la inflamación: por lo general hay que vencer grandes resistencias.

Nuestros medios de movilización consisten en los movimientos activos del enfermo y pasivos del cirujano, masaje, baños calientes, rotura de adherencias bajo el cloroformo, y resección.

Es importantísimo conocer cuándo han de empezar estos movimientos. Como la enfermedad es larga y los tejidos quedan rígidos, hay prurito por comenzar pronto, lo cual acarrea muchas veces el recrudecimiento del proceso articular. Preferible es pasarse de largo á quedarse corto. Sólo la práctica puede guiar con más seguridad en estos casos. Debe comenzarse cuando las articulaciones en reposo no tienen ningún dolor. Los movimientos pasivos suelen ser gradualmente dolorosos, y debemos, para obtener buen resultado, hacerlos con la mayor consecuencia, por lo menos dos veces al día. Un factor de gran importancia es el ejercicio de los enfermos, que conservan y mejoran lo ganado por el cirujano. A veces, á pesar de este trabajo, los progresos son muy lentos, necesitando gran fuerza de voluntad el médico, y energía los pacientes para conseguir algún resultado útil.

Otras veces no bastan estos movimientos, es necesario acudir al cloroformo y romper las adherencias articulares. Se deja la articulación después en reposo con un vendaje enyesado, y á los cuatro ó cinco días se comienzan los movimientos.

Cuando la anquilosis es ósea y la posición deforme, se acude á la resección.

Nos llevaría muy lejos el decir cómo y por dónde debe atacarse cada articulación, así como los peligros que se corren en la rotura de bridas bajo el cloroformo, dejando el miembro en posición peor que antes, como sucede en la rodilla, que la tibia se luxa atrás y adentro, etc.

De buenos resultados para completar la curación, es el uso de los baños de vapor y duchas termales: Fitero, Arnedillo, Archeda, etc.

El baño de arena bien seca y caliente produce una revulsión de mucha utilidad.

Por último, podemos añadir que es sorprendente á veces cómo la Naturaleza, cuando ha perdido los medios de unión en las articulaciones, provoca rigideces que más tarde, al cabo de dos ó tres años, pueden con el tratamiento desaparecer, dejando una movilidad muy utilizable.

CABUÍSTICA

Preciso es reconocer que la especialidad que se refiere á enfermedades de los huesos y articulaciones está constituyéndose; y, al menos en España, no hay Clínicas, más que la del Instituto de Terapéutica operatoria, donde sólo se observen osteo-artropatías.

Esto hace que tengamos que acudir, para obtener un concepto más exacto de esta enfermedad, á Clinicas extranjeras; y entre ellas la que nos merece más atención es la de la Caridad, de Berlín. Las siguientes observaciones son, pues, de dicha Clínica, que dirige Koenig, y están recogidas por el Dr. Erich Bennecke. Comprenden un lapso de tiempo desde 1.º de Diciembre de 1895 hasta después de 1897. Quéjense aquí también los Profesores de lo difícil que es llevar la observación en los enfermos pobres que acuden á los hospitales, unas veces porque el enfermo curado no se acuerda de volver al médico que lo curó, otras porque siendo el padecimiento largo, los enfermos se cansan y cambian de consulta.

En estos dos años de observación, de 56 pacientes, 18 eran hombres y 38 mujeres; 32 por 100 hombres, 68 por 100 mujeres.

¡Y luego dicen que la blenorragia es una enfermedad casi inofensiva para las mujeres!

En los hombres, la edad fluctuaba entre los veintidós y cincuenta y cuatro años; en las mujeres, de los quince á los cuarenta y dos. De los primeros, eran menores de treinta años 11, y mayores siete. De las segundas, menores de veinte años 12, de veinte á veinticinco 12, de veintiséis á treinta 8, y más de treinta 6. En los hombres, los oficios eran muy semejantes, jornaleros; las mujeres eran camareras, comerciantes y criadas.

Las articulaciones enfermas fueron: 31 veces la rodilla, 17 la derecha, 14 la izquierda; ocho la cadera (tres derecha, cinco izquierda); nueve la tibio-tarsiana (cuatro derecha, cinco izquierda); seis otras articulaciones del pie (una derecha, cinco izquierda); cuatro el hombro (tres derecha, una izquierda); 10 el codo (dos derecha, ocho izquierda); seis la muñeca (una derecha, cinco izquierda); cuatro carpo-metacarpianas y metacarpo-falángicas (una derecha, tres izquierda).

Así, en 56 personas, fueron atacadas 78 articulaciones: 54 (69 por 100) de los miembros inferiores, y 24 (31 por 100) de los superiores. Del lado izquierdo del cuerpo 46 = 59 por 100, y 32 = 41 por 100 del derecho.

Enfermaron de una sola articulación 39 pacientes ($\frac{7}{10}$), de dos articulaciones 11, algo así como ($\frac{1}{10}$), y de tres ó más 6 ($\frac{1}{10}$). De los 39 monoarticulares, 17 en la rodilla, siete en el codo, siete en la cadera, tres en el hombro, dos en el astrágalo y tres en otras del pie.

De los 17 enfermos de poliartrosis, la articulación más atacada fue la rodilla (14 veces), en 10 la enfermedad era doble; después seguían las del astrágalo, muñeca, dedos de la mano (seis), los restantes del pie (cuatro), del hombro y cadera (una). |

Respecto á la relación entre el tiempo de aparición de la gonorrea y la presentación de la artritis, resulta de los datos recogidos

en 34 enfermos lo siguiente: Se presentaron al mismo tiempo en dos casos; con dos días de diferencia, uno; con tres id. id., uno; de cuatro á siete días, cuatro; en la segunda semana, cuatro; en la tercera y en la cuarta, dos; á los dos meses, ocho; de tres á seis meses, cuatro; de siete á doce, cuatro; después de un año, cuatro.

De los 22 enfermos restantes sin datos, 21 eran mujeres.

Al tiempo de admisión en la Clínica, de 44 pacientes, solamente en 12 se observó flujo uretral. En algunos hombres había catarro vexical.

El curso de esta dolencia, que comienza siendo agudo, es regularmente crónico, exceptuando algunos casos de sencilla hidropesía. En 40 enfermos (71 por 100) apareció la artritis de pronto, en cuatro paulatinamente, y en 12 faltan datos. Algunos que han abandonado la Clínica antes de curarse, permaneciendo en ella de seis á ocho meses, han vuelto al año, teniendo que dejar su trabajo.

Rodilla.—Es la articulación donde con mayor frecuencia se presenta la artritis gonorreica. Del material de estudio recogido, resulta que de 78 articulaciones enfermas, 31 lo eran de la rodilla (39 por 100), correspondiendo á 26 pacientes, (10 hombres y 16 mujeres); así, de los 56, el 46 por 100 eran de la rodilla. En 17 la enfermedad era monoarticular, en cinco de ambas rodillas, en cuatro había atacado á otras articulaciones además. Se presentan en ella las formas más diversas de inflamación, habiéndose observado bien los cuatro tipos.

Aquí solamente se ha visto la hidropesía típica, mientras en otras articulaciones se ha presentado de un modo secundario, coincidiendo con otras formas más graves. Se ha observado la sinovitis exudativa en diez rodillas por siete enfermos, de los cuales en tres era doble, coincidiendo con otras artritis de más grave carácter. En ocho rodillas se hizo la punción, extrayendo el líquido é inyectando después una solución de ácido carbólico, reposo, extensión de la pierna y moderada compresión con las vendas de franela. Dos veces desapareció el líquido sin punción por el simple reposo y la compresión. Todos los enfermos fueron dados de alta después de pocas semanas de tratamiento. Revisados estos enfermos al año y dos años de curados, se comprobó que no hubo recidivas y la articulación con *restitutio ad integrum*.

De las formas serofibrinosa y puhémica, aun cuando son raras, también se han observado tres casos: generalmente no traspasan la cápsula articular y sólo se han visto en la rodilla. El curso en dos casos fue agudo al principio, en el tercero los síntomas se presentaron lentamente.

Sobre el tiempo que transcurrió desde el principio de la gonoreea á la aparición de la artritis, faltan datos en dos mujeres; en el

hombre fue de dos á tres semanas. En todos los casos la cápsula estaba claramente engrosada. Este engrosamiento se percibe mejor siempre á los lados del tendón rotuliano. El dolor algunas veces era muy intenso; al principio hubo en un caso fiebre sencilla. El tratamiento consistió en el reposo y la compresión. Dos veces fue vaciado el líquido por la punción; en una, aun cuando había poca cantidad, no desapareció por la compresión. A los dos años de salir de la Clínica, el hombre que tenía cuarenta y siete años se quejaba de frecuentes dolores en ambas piernas, en las cuales, exceptuando la falta de flexión, no se halló nada anormal. Una mujer de treinta y dos años, después de un sencillo y rápido curso con creciente movilidad y funcionamiento, fue dada de alta, presentándose á los nueve meses con normales movimientos en ambas rodillas, alguna debilidad y de vez en cuando sencillos dolores.

Del grupo de las artritis flegmonosas se encuentran en la estadística 17 casos pertenecientes á 16 enfermos. En tres, la forma era más sencilla, el flemón poco formado, el líquido insignificante, pero siempre con gran dolor, contrastando esto notablemente con las simples apariencias objetivas. El curso fue largo, el tratamiento consistió en la enérgica aplicación de la tintura de iodo sobre el flemón, é inmovilización de la pierna con la escayola. Los movimientos pasivos se comenzaron cuando no existía ningún dolor.

Es digno de apuntar, que en estos sencillos casos la atrofia muscular del muslo y pierna era importante. Los enfermos fueron dados de alta sin inflamación, con los movimientos casi restablecidos. La revisión posterior ha dado buenos resultados duraderos.

Desgraciadamente esto no sucede siempre así; por lo general quedan empastes y rigideces muy difíciles de vencer. La razón de estas variedades no la conocemos. Puede ser la diferente virulencia del exudado; la mayor tendencia á la precipitación fibrinosa y organización de esta fibrina en tejido conjuntivo. Como en estos casos no hay necesidad de intervenir, no podemos ver, ni la naturaleza del exudado, ni el estado de las partes. La observación bacteriológica sola no da ninguna conclusión satisfactoria.

De los 16 pacientes de rodilla flegmonosa, en 13 fue el curso decididamente grave. Con excepción de un caso en que apareció la blenorragia al mismo tiempo que la artritis, en todos los demás precedieron los gonococos mucho tiempo á la inflamación articular: en los casos de menor intervalo cinco semanas. El dolor articular era intenso y característico; la articulación inflamada y edematosa, el curso crónico, el líquido intraarticular en la mayoría de los casos insignificante; la fiebre al principio no muy intensa, rara vez 39°, después desaparecía; á veces ligeras exarcebaciones temporales, debidas á causas fortuitas.

El tratamiento consistió en las fuertes embrocaciones con tintura de iodo, fijación de la rodilla en una gotiera, vejiga de hielo contra los dolores en los primeros días. Si pasado un par de semanas estos no cedían, se hacía la inmovilización completa por un vendaje de escayola. La experiencia ha demostrado, que si en el curso de la curación los movimientos se empezaban demasiado pronto, el proceso se agudizaba rápidamente. Es, pues, necesario esperar á que haya desaparecido por completo la inflamación. Bajo la acción del cloriformo, cuando la articulación está en condiciones, se empiezan los movimientos, teniendo presente lo fácil que es la subluxación de la tibia hacia atrás. Casi siempre debe ser preferible rectificar la posición por una artrectomía, una vez ahogado el proceso. Los movimientos activos del enfermo y los pasivos del médico dos veces al día y bajo la acción del vapor de agua pueden completar el tratamiento.

Los resultados obtenidos en los 13 pacientes antes citados fueron: regulares movimientos en seis, pero después de largo tiempo y muchas molestias; en los otros siete, empastes y rigideces muy marcadas. En dos casos, la destrucción articular fue muy rápida; en otro, siete semanas después de su admisión, la capacidad para la flexión mejoraba notablemente; por desgracia no se pudo seguir la observación. En una muchacha de 22 años, que en pocas semanas de enfermedad tenía ya movimientos laterales de la rodilla, subluxación de la tibia hacia atrás y genu-valgum, después de cinco meses de tratamiento se le dió de alta, con algún cabeceamiento de la articulación, escasos movimientos de flexión, pero corregido el genu-valgum. En casa mejoró sin el auxilio del médico, y medio año después se presentó á observación con poco defecto en los movimientos y normal conformación de la rodilla. Había podido desempeñar su oficio de sirviente.

Una operación de importancia, solamente en casos muy graves puede ser necesaria. En una joven muchacha, cuya inflamación se presentó con caracteres alarmantes y fuertes dolores, hubo necesidad de incindir á los lados de la rótula. Las partes blandas periarticulares estaban muy inflamadas, llenas de cavidades ó celdillas separadas por bridas de tejido conjuntivo, y rellenas unas de un líquido purulento, otras de fibrina coagulada. Después de vaciadas las cavidades, la articulación curó en rectitud y anquilosis.

A los cuatro meses de permanencia en el hospital se le dió el alta, presentando todavía algunos dolores. Veintidós meses después, la articulación continuaba rígida sin poder dedicarse á su trabajo.

En resumen: tres casos sencillos y de poca gravedad; restablecimiento de los movimientos, curación completa. Trece graves: seis

con rigideces y limitación variable en los movimientos, siete con mayores deformidades y trastornos.

Es notable en algunos casos, cómo después de la destrucción de los elementos articulares, la Naturaleza busca su unión por medio de la neoformación fibrosa, restableciéndose funciones y ejecutando movimientos coyunturas que carecían de todo medio de sujeción y fijeza.

Cadera.—De la coxitis blenorragica, una de las metastasis más raras de la gonorrea, también hay observaciones en la estadística. De ocho enfermos cinco lo eran de la cadera izquierda y tres de la derecha, ó sea el 14 por 100 respecto á los pacientes, y el 10 por 100 respecto á las artritis. En la literatura se encuentran muy pocos casos de esta clase de lesiones.

El comienzo en la mayoría es francamente agudo, mostrando ya desde el primer día graves apariencias. Los dolores son muy intensos, lo mismo que las contracturas, hasta el punto de que en una mujer se produjo una fractura. La cadera se fija en moderada flexión, adducción y rotación interna; los tejidos periarticulares se infiltran; solamente algunas veces, raras, se percibe un claro derrame articular; las glándulas inguinales están por lo común aumentadas de volumen. Al principio, en todos los casos hay fiebre.

La extensión por medio de pesos produce aquí excelentes resultados. Las superficies articulares están fuertemente comprimidas por las contracturas, de ahí el intenso dolor; agotando el tono muscular, las superficies se separan y cesan de comprimirse, las destrucciones de los cartílagos se impiden, el mecanismo articular se conserva, los dolores cesan y el enfermo encuentra pronto notable mejoría. Como la articulación está rodeada de poderosas masas musculares y fortísimas aponeurosis, las extrangulaciones se presentan rápidamente; así que, abandonada á los solos recursos de la Naturaleza, las destrucciones son grandes, y jamás curan si no es dejando posiciones muy viciosas. En una mujer que murió á las doce semanas de enfermedad, embarazada, y con doble pielonefritis supurada, se halló en la articulación coxofemoral enferma, algo de pus, completa destrucción de los cartílagos articulares, tanto de la cavidad cotiloidea como del fémur, los huesos por todas partes carcomidos y una perforación en la cavidad, como del tamaño de una moneda de dos pesetas.

El resultado final de estos casos no ha sido muy satisfactorio.

Mano.—De cinco enfermos, en uno fue doble; representan el 7,7 por 100 de articulaciones y el 9 por 100 de pacientes. Cinco veces fue invadida la mano izquierda y una la derecha. Cuatro mujeres y un hombre.

Según la escasa experiencia, hasta ahora parece que estas infla-

maciones pertenecen, ó al tipo flegmonoso, ó á un tipo de gravedad intermedia. De todas maneras, la característica de este proceso, como la de todos los articulares, se ha de fundar en la disposición anatómica de las partes.

Las articulaciones de la mano están todas rodeadas de tendones y de vainas tendinosas, y el proceso inflamatorio se ha de propagar con mucha facilidad á estos tejidos. Así que, cuando se presenta aquí la artritis, la mano se inclina hacia el lado del cúbito en flexión, con mayor abombamiento en el dorso que en la palma, y suele haber fluctuación engañosa, dolor intenso á los movimientos, á la palpación y espontáneo, hinchazón edematosa de los tejidos, piel enrojecida. Si al principio no se sigue un tratamiento conveniente, vienen en seguida las contracturas y las dislocaciones. Suelen notarse frotamientos y crujidos en los huesos.

Pensando sobre esto (en la actualidad tengo en tratamiento un enfermo de esta clase), creo que el presentarse estos crujidos en esta sola articulación no depende únicamente de que haya muchos huesos juntos y muchas articulaciones, sino de la disposición anatómica de estas articulaciones. También en el pie hay varias articulaciones y varios huesos, y sin embargo estos crujidos no aparecen, al menos yo no los he observado nunca; y es que las articulaciones carpianas se comunican unas con otras, y al deslustrarse los cartílagos, los huesos frotan, mientras que en el pie tienen más independencia. Por lo que yo he visto cuando el Dr. Martínez Angel ha operado en la mano y cuando he intervenido, no es posible precisar con exactitud los huesos enfermos; suele uno equivocarse.

El tratamiento consiste en aplicaciones enérgicas de tintura de iodo sobre la parte flegmonosa y en anchas líneas, rectificación de la posición, vendaje escayolado, posición vertical de la mano y vejiga de hielo en casos muy graves. La mayoría de las veces debemos rechazar las incisiones por inútiles. Encuéntrase, cuando se incinde, un tejido conjuntivo inflamado con cavidades ó celdillas rellenas de un suero turbio, las cuales no se vacían sino aquellas que se seccionan, dejando un curso tardío que no abrevia el tratamiento. Hemos visto desaparecer cantidades grandes de líquido por el simple reposo.

Los movimientos pasivos son muy dolorosos y deben comenzarse por los dedos, siempre que el proceso (regla general) esté apagado. Con paciencia y trabajo se consigue vencer grandes rigideces y poder dejar la mano útil. El pronóstico, en general, es más satisfactorio de lo que á primera vista pudiera creerse, sin que esto quiera decir que esté exento de gravedad. Las inflamaciones metacarpofalángicas ó interfalángicas no revisten un carácter especial que les haga merecer una descripción aparte.

Pie.—De la estadística de Bennecke resulta que ha observado once casos (19,6 por 100), todos en mujeres y siempre en un pie. No puede darse aquí el tanto por ciento respecto á articulaciones, porque es imposible precisar si es una ó son varias las que están enfermas. Por esta causa, todas las artritis del pie se consideran como mono-articulares, siempre que se trate de un solo pie. De los once casos, siete eran mono-articulares y cuatro poli-articulares; de éstos, en tres fue atacada la rodilla del mismo lado del pie. En nueve, el comienzo fue agudo; en dos, faltan datos. En cuanto al tiempo de la aparición de la blenorragia y la artritis, en la mayoría de los casos hacía ya meses y aun años que existía el flujo uretral.

Las formas de las artritis blenorragicas del pie tienen un indudable parecido con las de la mano, pues tanto unas como otras se hallan rodeadas de vainas y tendones que influyen poderosamente en el curso de la afección. Aquí, como en la mano, el estado edematoso, el flemón de las partes blandas peri-articulares, desde la raíz del pie hasta los dedos, impide precisar con seguridad qué parte ó articulación es la enferma. Existe, sin embargo, la diferencia de que los huesos del carpo se afectan en conjunto, y los del tarso más separadamente por las razones anatómicas ya dichas. El astrágalo es el hueso que más frecuentemente se afecta; la articulación tibio-tarsiana fue invadida en casi todas las enfermas, una vez la calcáneo-astragalina y otra las de Lisfranc.

El tratamiento consistió en la revulsión con la tintura de iodo, fijación del pie en ángulo recto, suave adducción y posición alta.

Tres veces fue punzada la articulación tibio-tarsiana, que parecía muy llena, extrayendo una vez pequeña cantidad de líquido purulento; después se inyectó una solución de ácido carbólico al 5 por 100. Parece que esto influyó muy poco en el curso del proceso.

La movilización muy dolorosa, y el resultado final bastante satisfactorio; pues en nueve enfermas la articulación recuperó los movimientos, efectuándose la marcha normalmente y sin dolor, y en las otras dos, la mejoría era muy notable á su salida del Hospital. Posteriormente se ha notado alguna recaída por exceso de trabajo funcional.

Hombro.—Solamente se han podido observar cuatro enfermos, dos hombres y dos mujeres. Siempre en un solo lado, aisladamente, excepto una vez, que formaba parte de una grave poliartrosis. Representan el 7 por 100 de artritis y el 5 por 100 de enfermos.

El principio fue en todos agudo: una vez á los tres días de aparecer la purgación, y otra á los tres meses de haber ésta desaparecido. Estos dos casos fueron graves; los otros dos, sencillos, coincidieron con una insignificante gonorrea crónica.

El cuadro clínico en los dos graves, era: fuertes dolores, cesa-

ción de los movimientos activos, gran limitación en los pasivos, edema y difusión periarticular, abombamiento en los contornos, y una sensibilidad especial del tendón del biceps engrosado, como ocurre en la tuberculosis.

Mientras en los dos casos sencillos con la tintura de iodo y el reposo cesaron rápidamente los síntomas, en los otros dos graves fue tan molesto y duradero el proceso, que á los tres meses los enfermos, aburridos, abandonaron la Clínica. Por averiguaciones posteriores se supo que uno de ellos, á los cinco meses de haber comenzado la artritis, fue operado. Las superficies articulares y la cápsula estaban recubiertas de un tejido de granulación rojo obscuro, rico en vasos no tuberculoso. De la articulación fluyó un líquido sinovial, purulento, turbio, con flecos fibrinosos.

La articulación se lavó con una solución de carból al 3 por 100. A las cinco semanas salió del Hospital casi restablecido, con los movimientos bastante amplios. Un año después movía el brazo con libertad, pudiendo desempeñar su oficio de camarero. Sin embargo á menudo se quejaba de dolor y de cansancio en el brazo.

Estos casos aislados, no permiten formar un juicio satisfactorio, sobre el pronóstico.

Codo.—De diez casos observados, nueve eran mujeres y uno hombre; representan el 12,8 por 100 de artritis, y el 17,8 por 100 de pacientes. La enfermedad fue siempre de un solo codo, tres veces acompañada de otras inflamaciones articulares, y siete veces sola. En dos casos se presentó al mismo tiempo que el flujo uretral, en los demás, hacia bastante tiempo que éste existía. El tipo clínico varía poco; inflamación edematosa de los tejidos periarticulares que dan al conjunto la forma fusiforme, fijación de la coyuntura en ángulo obtuso, gran limitación de los movimientos voluntarios y pasivos, y algún abombamiento posterior con fluctuación á veces, á los lados del olécranon. El dolor es muy fuerte á la presión, sobre todo entre la cabeza del radio y el cóndilo del húmero.

Curso rápido y favorable no se ha observado nunca. Hasta seis meses han permanecido algunos enfermos en la Clínica, antes de que hayan podido abandonarla algo mejorados.

El tratamiento ha consistido, como en todos los casos en que había flemón, en la tintura de iodo, fijación en ángulo recto y supinación por un vendaje de escayola, y reposo en la cama. En los casos de fluctuación manifiesta, punción é inyección con una solución de ácido carbólico al 5 por 100.

Después de amainar la inflamación, se comenzaron los movimientos pasivos, teniendo que suspenderlos por la agudización del proceso.

Al lado de estos casos, vienen dos en los cuales fue necesario acudir á la operación.

El primero fue una mujer de treinta y tres años, que se presentó en la Clínica catorce días después del comienzo de su aguda enfermedad, con una inflamación flegmonosa del codo y una clara y circunscripta fluctuación en la parte posterior, directamente encima de la articulación. La temperatura no era elevada. Al siguiente día de su admisión, se abrió el absceso que comunicaba con la articulación, y contenía sangre, flecones fibrinosos y pus. La herida fue mejorando lentamente, sin fiebre, hasta que cicatrizó á los diez y ocho días, dejando la enferma la Clínica, con inmovilidad completa del codo. Los intentos de movilización producían intensos dolores. Un año después, el brazo estaba en ángulo recto, con libre rotación del antebrazo, y una movilidad de 50°. Había tenido un segundo flemón periarticular, que siguió el mismo curso que el primero.

El segundo caso tuvo un curso todavía más desgraciado. Cuando se presentó á la observación, hacía cuatro meses que venía padeciendo un grave flujo gonorreico, con dolores, fiebre é hinchazón en el codo izquierdo. Tres semanas antes del ingreso, había estado aplicándose unturas y cataplasmas en la región edematosa é inflamada. Sobre el olécranon se percibía una clara fluctuación; no había fiebre. Se incindió el absceso, dando salida á una colección de pus bien formado. Quedó después dolorimiento articular, y una tosca crepitación. Aun cuando la cavidad estaba bien drenada, la supuración no disminuía, hasta que, por fin, hubo que reseca. Los cartilagos del húmero, cúbito y radio, estaban destruidos, los huesos denudados y esclerosados, con pequeños islotes carcomidos. En algunos puntos pequeñas cantidades de tejido granuloso festoneado. La destrucción nunca pasa de las capas superficiales del hueso uno ó dos milímetros. En el curso ulterior se presentaron bastantes complicaciones. Pequeños abscesos diseminados aquí y allá, en los alrededores de las superficies reseca, dolores intensos, y una inflamación semejante en la articulación radio-cúbito-carpiana, con formación de absceso del lado del cúbito. Por fin, á los seis meses, fue dada de alta, sin herida, y con una movilidad hasta un ángulo recto. Posteriormente se le presentaron nuevas complicaciones.

Los restantes casos, no tan graves, tuvieron también un curso largo y difícil.

El pronóstico es poco favorable.

El Dr. Martínez Angel ha observado artritis blenorragicas en la muñeca, rodilla y cadera.

Sus conclusiones son las siguientes:

«1.ª Aparición brusca y con gran violencia. El enfermo se siente bien, sin más molestias que las que produce el flujo uretral; de pronto, por una mojadura, un baño frío, ó dormir sobre la yerba,

etcétera, aparecen fuertes dolores articulares, que después se localizan, comenzando entonces la artritis blenorragica.

2.^a La aparición de la artritis suele coincidir con la desaparición del flujo uretral.

3.^a La forma que adoptan, por lo general, es francamente fluctuante, con abalornamiento igual de la parte.

4.^a No producen infartos ganglionares.

5.^a No hinchan el hueso; es decir, que una vez desaparecido el derrame sinovial, no se presentan los huesos aumentados de volumen, como sucede en las artritis tuberculosas, sifilíticas, estafilocócicas y estreptocócicas, y en las de simple crecimiento.

6.^a Alteran profunda y rápidamente el estado general.

7.^a Comienzan con fiebre, aun cuando algunas veces desaparece después.

8.^a La piel que recubre la articulación toma un tinte violado grisáceo sucio, como si hubieran aplicado en ella la pomada mercurial; á trechos surcada por venas dilatadas como en el sarcoma, á trechos con manchas rojizas.

9.^a El contenido articular desaparece fácilmente en los casos sencillos con la compresión moderada y el reposo; y entonces, por lo general, reaparece el flujo uretral ó vaginal.

10. Las artritis adoptan, últimamente, la forma seca; muy dolorosas, con poca ó ninguna movilidad, con piel morena y cubierta de pelos, como ocurre en los territorios donde ha habido un estímulo continuado largo tiempo.»

De todo lo dicho se deduce:

Que las artritis gonorreicas son más frecuentes de lo que antes se creía;

Que muchas pasan inadvertidas, por el concepto erróneo de que todas han de revestir la forma grave;

Que la mayoría de las sinovitis exudativas simples, cuya causa no nos explicábamos, son de origen blenorragico.

TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS UTERINOS

POR EL DR. EUGENIO GUTIÉRREZ,

Profesor de Ginecología en el Instituto Quirúrgico de la Moncloa, individuo de la Real Academia de Medicina de Madrid.

Si la Ginecología no tuviese sobrados motivos para gloriarse de sus conquistas en el último tercio del siglo XIX, acreditándose como la especialidad más adelantada y que mayores servicios ha prestado á la Cirugía, bastaría para confirmarlo el *Tratamiento*

de los fibromiomas uterinos; asunto que durante veinticinco años ha venido preocupando á los prácticos de todos los países, y que en rapidísimo progreso ha llegado á alcanzar la solución más satisfactoria.

Habiendo comenzado mi educación ginecológica cuando apenas se atrevían algunos *genios* de la Cirugía á intentar las operaciones radicales, correspondiendo en esta materia uno de los primeros puestos á España, como luego tendré ocasión de demostrar, he podido seguir paso á paso la lucha entablada durante tan largo período de tiempo entre la temible enfermedad y el perfeccionamiento del arte que ha logrado dominarla.

Mi práctica, fiel trasunto de esa lucha, es la que voy á exponer en este trabajo. Anticiparé desde luego que, si el único tratamiento curativo de los fibromiomas uterinos es el quirúrgico que se propone su extirpación, el tratamiento paliativo puede ser conveniente, y hasta necesario muchas veces, como preparatorio del anterior, en los casos y condiciones que habré de detallar; pues ni todas las enfermas quieren someterse á una operación radical, ni todos los fibromas deben ser extirpados.

De aquí la necesidad de conocer el valor de estos recursos terapéuticos que desde los primeros tiempos de la especialidad se vienen empleando para combatir las hemorragias y las molestias ocasionadas por los fibromiomas uterinos, y aun con el propósito de producir su reabsorción y atrofia.

TRATAMIENTO PALIATIVO

En tres grupos se pueden dividir los medios que comprende el tratamiento paliativo de los fibromiomas del útero, y de los cuales es preciso valerse en la práctica para hacer más soportable la vida de las enfermas: medios higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos.

Medios higiénicos.—La primera recomendación que debe hacerse á toda enferma portadora de un fibroma que no pueda ó no deba ser operado, y cuyas menstruaciones sean excesivamente abundantes, es que permanezca en absoluto reposo durante todo el período menstrual, evitando á la vez cualquier estímulo que pueda activar la circulación útero-ovárica en los días precursores; razón por la cual debe prohibirse el coito y cualquiera otra excitación desde ocho días antes de las reglas. Con mayor motivo se guardarán estas precauciones si la mujer sufre hemorragias atípicas ó intermenstruales, debiendo en las jóvenes proscribir el baile, la equitación y todo ejercicio muy activo, así como también el uso de bebidas estimulantes.

Con frecuencia se observan casos de fibromas subperitoneales de gran tamaño y con largo pedículo en mujeres que tienen muy flácidas las paredes abdominales, lo cual hace que el tumor sea muy

movible, exponiéndolas á graves consecuencias por la torsión de dicho pedículo, ó á compresiones que dificultan la función de determinados órganos. También se ven mujeres portadoras de voluminosos fibromas intersticiales, cuyo peso ocasiona dolores lumbo-abdominales y sacros que las imposibilitan para la vida social. En uno y otro caso, la aplicación de una faja abdominal, bien hecha, alivia la situación de estas enfermas.

La posición retro-uterina de algunos fibromas, su enclavamiento en la excavación de la pelvis, determinan un estreñimiento pertinaz que trastorna las funciones digestivas y acaba por alterar profundamente el estado general de las enfermas. En estos casos prestan gran servicio las irrigaciones intestinales practicadas diariamente por medio de una sonda rectal flexible y larga que, sobrepasando el obstáculo, favorece la exoneración del vientre; medio que puede auxiliarse, si es preciso, con laxantes como el aceite de ricino ó la *cáscara sagrada*, administrados de tiempo en tiempo.

Por su acción *vasoconstrictiva* sobre la circulación uterina, son también recomendables las irrigaciones vaginales de agua hervida y á + 40° centígrados, repetidas dos ó más veces al día, empleando en cada una dos litros de líquido por lo menos, y procurando que la mujer se coloque en posición supina (al través de la misma cama, por ejemplo) para hacer la irrigación; que el irrigador y la cánula estén perfectamente limpios, y que la presión del líquido sea insignificante para evitar traumatismos sobre los fondos peritoneales y sobre el cuello uterino, que no dejan de ocasionar fenómenos alarmantes, aunque pasajeros.

Entre estos medios, y no obstante su carácter de medicamento, pueden incluirse algunas clases de baños que, en el transcurso de mí ya larga práctica, he podido ensayar contra los síntomas de los fibromiomas uterinos.

Sin llegar mis entusiasmos á concederles una virtud curativa, no puedo menos de recomendar en los casos de fibromiomas intersticiales acompañados de hemorragias frecuentes, y en enfermas que no se prestan á una intervención quirúrgica, ó en jóvenes portadoras de tumores pequeños que no comprometen su existencia, y en las cuales se debe conservar el órgano gestador, ó bien en mujeres que se encuentran en plena edad crítica sin modificación degenerativa apreciable ni otro trastorno que las hemorragias, el uso de los baños clorurado-sódicos-bromo-iodurados de Salies de Béarn y Bricout (en Francia) ó sus similares en nuestro país, La Toja, Mucra de Arbieto y Medina del Campo, de menor concentración.

Gracias á la acción tónica y profundamente modificadora de estas aguas, muchas de mis enfermas han podido verse libres durante largo tiempo de hemorragias atípicas, han recobrado las fuerza

perdidas y llegado á la menopausia sin haber estado condenadas á una muerte social ni á los peligros de una intervención curativa.

Generalmente recomiendo una estancia de veinte días, por lo menos, en estos balnearios, y, si es posible, durante dos temporadas (Junio y Setiembre); el uso del baño diario á 32° y durante quince ó veinte minutos, aplicando un espéculum vaginal para baños durante los cinco últimos minutos. Si se trata de Salies, claro está que no puede recomendarse desde el primer día el baño á saturación, y hay que rebajarlo poniendo sólo una cuarta ó tercera parte de aguas madres, que gradualmente se irán aumentando; porque es de advertir que estos baños determinan en los primeros momentos una gran excitación general y una congestión localizada en la vagina, que se traduce por leucorrea abundante.

Tratándose de nuestras aguas de La Toja y La Muera, que son las más concurridas (y sobre todo, de las últimas, por contar con un buen establecimiento), puede recomendarse desde luego el baño natural templado y de igual duración, á la vez que se utilizará en bebida el agua de la fuente llamada del Director, por ser, como la del manantial existente en Medina del Campo, grandemente tónica y modificadora á consecuencia del hierro, iodo y bromo que contiene.

Medios farmacológicos.—De todos los medicamentos que, á título de paliativos, se han venido empleando en el tratamiento de los fibromiomas uterinos (bromuro y ioduro potásicos, fósforo, arsénico, cloruro de calcio, mercurio, cáñamo indiano, hamamelia, ergotina, hidrastis canadiensis), sólo quedan la ergotina y principalmente el extracto fluido de hidrastis con sus derivados, la hidrastina ó hidrastinina, como agentes terapéuticos de alguna utilidad sintomática que el práctico se ve obligado á utilizar diariamente. Desde que el doctor Schatz dió á conocer el hidrastis canadiensis en el Congreso químico de Friburgo en 1883, y después de los experimentos verificados por el Dr. Fellner, de Viena, vengo administrando el extracto fluido de este medicamento—por su acción vasoconstrictora—para evitar las congestiones uterinas y disminuir las hemorragias que acompañan á los fibromiomas intersticiales y submucosos, á la dosis de 20 gotas, repetida dos ó cuatro veces en las veinticuatro horas, según la necesidad; con igual objeto hice uso varias veces de la hidrastinina (solución acuosa al 10 por 100) en inyecciones subcutáneas de media á una jeringuilla dos veces por semana, ó sólo cinco centigramos seis días antes de la menstruación, cuando ésta constituía verdadera menorragia: no es tan segura en sus resultados, sin embargo, la hidrastinina como el extracto fluido de hidrastis.

Bastan estos medicamentos muchas veces para dominar las copiosas hemorragias sintomáticas de la endometritis especial que acompaña á los fibromiomas, y cuya característica consiste, como

es sabido, en un éxtasis del sistema circulatorio uterino, semejante al que éste sufre durante el embarazo, y en un estado esponjoso de la mucosa constituido por infinitos capilares de nueva formación, mal sostenidos en escaso estroma, todo lo cual explica la repetición de las hemorragias y la regeneración de dicha mucosa después de extirpada.

En los primeros tiempos de mi práctica, gozó de gran fama el *método de Hildebrant*, ó sean las inyecciones intersticiales y subcutáneas de ergotina, que bien pronto hubieron de desecharse por los inconvenientes y peligros que siguieron á su empleo.

Hildebrant, que inició este tratamiento el año 1872, recomendaba el uso de la solución de tres gramos de ergotina, en 7,50 de glicerina y agua; merced á ella, observaba una disminución en el volumen de los fibromas, que alguna vez llegó á un grado extraordinario y parecido á la reabsorción. Mas tales efectos, anotados también por otros muchos profesores que aplicaron con entusiasmo el método, debieron ser transitorios y semejantes á los que en repetidas ocasiones he podido comprobar, tratándose de fibromas intersticiales sobre todo, á los que se les ve aumentar antes de la menstruación para disminuir en los días subsiguientes, por las modificaciones antes mencionadas de la circulación uterina.

Dragendorff's y Zweifel, emplearon con igual objeto el ácido esclerotínico. Las inyecciones de Hildebrant se generalizaron más tarde, hasta que la prensa dió á conocer algunos casos desgraciados que sucedieron á su aplicación. La enferma tratada por el Doctor Lent con las inyecciones hipodérmicas de ergotina, y muerta á consecuencia de una peritonitis inexplicable; el caso de trombosis en las venas de la pierna izquierda, observado por Allen, que duró tres meses, y en el cual, repetidas las inyecciones en el lado derecho del abdomen, después de una nueva hemorragia, ocurrió trombosis venosa de la pierna derecha; la observación de Lusk, que se refiere á un caso de gangrena sobrevenida después de la inyección y seguida de muerte por peritonitis, y otros hechos, en fin, en los que se ponian de manifiesto los peligros del método curativo propuesto por Hildebrant, echaron por tierra las esperanzas concebidas y fueron causa del abandono en que cayó este tratamiento.

Neófito yo en la especialidad por aquella época, y no habiendo visto más que á mi maestro D. Federico Rubio arriérgase alguna vez á las intervenciones radicales para curar los fibromiomas uterinos, con lo cual inauguraba en España esta nueva fase de la Cirugía abdominal, á la vez que esto sucedía en otros países, quise ensayar el método de las inyecciones de ergotina, y para ello se me presentó ocasión en 1881 en una robusta valenciana, criada de servicio, la cual padecía frecuentes y copiosas hemorragias debidas á

un fibromioma intersticio-subseroso de gran volumen. Comencé este tratamiento en Octubre de 1881, practicando dos veces por semana una inyección subcutánea de un gramo de la solución siguiente:

Ergotina Bonjean. 2 gramos.
 Agua hervida } á á. 7 gramos.
 Glicerina pura }

D.

Estas inyecciones producían ligeros dolores y contracciones en la masa neoplásica; y al cabo de dos meses de este tratamiento, las reglas se normalizaron, no volviendo á presentarse las metrorragias. En el mes de Enero de 1882, suspendí las inyecciones subcutáneas en la región hipogástrica para sustituirlas por las inyecciones intersticiales ó parenquimatosas de la misma solución. Cada cinco días se inyectaba en la parte superior y derecha del tumor, precisamente donde correspondía la eminencia mayor, dos gramos de la indicada solución de ergotina, valiéndome de la jeringa de Th. Gallard, cuya aguja producía un crujido especial al atravesar el tejido neoplásico.

Estas inyecciones, que mejoraron á la enferma, hasta el punto de pedir el alta el 24 de Abril del mismo año, fueron continuadas durante dos meses. En Julio, la enferma comenzó á notar dolores en el sitio de las inyecciones, y éstos fueron aumentando hasta hacerse intolerables y no poder aquélla soportar ni aun el peso de las cubiertas de la cama; á la vez apareció la fiebre, se puso roja y caliente la piel de la región umbilical, se formó un flemón y tras él vino el absceso, que se abrió espontáneamente, dando salida á una considerable cantidad de pus fétido, y más tarde á kilo y medio de una masa carnosa macerada y blanduja que, microscópicamente observada, tenía los caracteres del fibroma. Cesaron desde entonces los sufrimientos de esta enferma, que ya estaba agotada, y se redujo el volumen de la matriz de modo considerable, al paso que se estableció un flujo blanco y cremoso muy abundante por la vagina, indicio de la regresión que se operaba en el tejido uterino.

Fue, pues, un caso de *eliminación espontánea de un fibromioma á través de la pared abdominal*, por un proceso gangrenoso ocasionado por las inyecciones de ergotina. Esta observación fue publicada, en forma de nota clínica, en los números 1.514, 1.515 y 1.517 de *El Siglo Médico*, y reproducida más tarde en *Le Scalpel*, de Lieja.

Desde entonces renunciarnos á continuar empleando este método.

Otro medio terapéutico, preconizado por el Dr. Apostoli, cuya reciente pérdida llora la Ciencia—y que tanto en la clientela particular como en la clínica he puesto en práctica muchas veces,—es la *electrolisis*.

De las observaciones propias y de las recogidas bajo la inteli-

gente dirección del Dr. Buisen, resulta que nunca se ha comprobado la regresión y la atrofia de los fibromiomas; y por lo que se refiere á las hemorragias, hemos conseguido la disminución en el mayor número de casos, aunque no de un modo permanente.

He aquí la técnica que empleo:

De una pila de Gaiffe de 24 elementos hago pasar á través del útero una corriente, cuya intensidad, regulada por el galvanómetro, no excede al principio de 50 miliamperios. El electrodo negativo, aplicado sobre el vientre, consiste en una cataplasma de barro de modelar, ó bien de un trozo grueso de fieltro humedecido con agua acidulada, sobre la cual se coloca una plancha de zinc portadora del reóforo correspondiente; y el electrodo positivo, que se aplica sobre el útero, es una sonda de platino (histerómetro de Apostoli) ó un electrodo de carbón, introducido en la cavidad del órgano.

La duración de estas sesiones rara vez pasa de seis minutos, y sólo se repiten cada cinco días. Los efectos han sido tan variables como los observados por todos los ginecólogos que han hecho uso de este medio terapéutico.

Sin embargo, quedan como hechos positivos los siguientes:

1.º Que la electrolisis tiene un efecto ventajoso sobre las hemorragias uterinas cuando el polo positivo se pone en contacto de la mucosa, pues se comporta como un ácido.

2.º Que encuentra su aplicación principal en los fibromiomas intersticiales y submucosos muy hemorrágicos, si bien en los segundos la corriente demasiado intensa puede provocar una inflamación de la cápsula y las consecuencias lamentables de este fenómeno.

3.º El efecto útil de este medio terapéutico se consigue sin elevar la intensidad de la corriente á 100 ni á 200 miliamperios, lo que, sobre producir dolores vivos é intolerables (á las mujeres españolas, por lo menos), puede dar lugar á inflamaciones uterinas. Por eso son suficientes 50 miliamperios.

4.º No he comprobado que la electrolisis tenga acción alguna en los fibromas puros, y menos si son subserosos.

5.º Es de rigor la más escrupulosa desinfección genital é instrumental antes y después de las aplicaciones de electrolisis, debiendo reposar las enfermas una vez terminada la sesión.

6.º Jamás se aplicará la electrolisis si á la vez que los fibromiomas existe algún proceso inflamatorio agudo ó subagudo en cualquiera de los órganos genitales internos ó en el parametrio.

Y ya que he hablado de altas intensidades, para condenarlas, voy á referir un interesante caso de curación radical. Hace diez años fui llamado por un distinguido compañero establecido en Madrid, para que examinase á su señora, pues estaba alarmado por las metrorragias que ésta venía teniendo, debidas, según luego compro-

bé, á un fibroma intersticio-submucoso del tamaño de una naranja mandarina, existente en la pared anterior del útero. En vista del resultado negativo de los medicamentos empleados para combatir dichas hemorragias, y pareciéndome demasiado pequeño el tumor para sacrificar el órgano que lo contenía, porque entonces no conocíamos los procedimientos conservadores de que hoy disponemos, le propuse ensayar la *electrolisis*. La enferma soportó perfectamente las dos primeras sesiones, que no pasaron de seis minutos y de 50 miliamperios: animado por esta tolerancia, y con el fin de alcanzar más pronto resultado, en la tercera sesión fui gradualmente aumentando hasta cien miliamperios sostenidos por espacio de cinco minutos, con ligero sufrimiento por parte de la enferma. Apenas transcurrieron cuarenta y ocho horas, la enferma sintió vivos dolores en el útero, precedidos de escalofrío y fiebre alta, fenómenos que persistieron y aumentaron, ocurriendo una inflamación en la cápsula conjuntiva del fibroma, seguida de la mortificación de la misma y de la eliminación del tumor, que fue acompañada de una septicemia grave, cuya curación se obtuvo á beneficio de las irrigaciones intrauterinas antisépticas. Y tan perfectamente cicatrizó la herida uterina, y tan normal fue la regeneración de la mucosa, que esta señora no ha vuelto á resentirse y ha tenido posteriormente tres partos, de los que el segundo fue gemelar y con hidramnios durante el embarazo.

Como en la tercera aplicación guardé las mismas precauciones antisépticas que en la primera y la segunda, no puedo atribuir á descuidos en la técnica y á infección directa lo ocurrido, sino á una consecuencia de la alta intensidad de la corriente, que en manos de otros profesores ha originado trastornos parecidos.

Por último, recientemente se preconiza un medio terapéutico contra los fibromiomas uterinos, sobre cuyos resultados no puedo decir nada favorable ni adverso, por ser muy limitado el número de casos en que lo he empleado, y muy corto el tiempo de las observaciones. Me refiero á la *opoterapia*. La administración de jugos glandulares ya usados en Medicina para distintos fines, acaba de ser introducida en Ginecología, sustituyendo el extracto tiroideo por el del ovario para combatir las metrorragias ligadas á la existencia de dichos tumores. Admitida por muchos, si bien negada por algunos hombres eminentes, como Virchow, la existencia de una secreción interna en el ovario, que tiene el alto fin de servir de regulador en los fenómenos funcionales que ocurren periódicamente en el organismo femenino, ha sido utilizada la substancia de este órgano, bien al natural, ya en polvo ó en extracto, para suplir su deficiencia funcional ó su falta congénita ó accidental. Lo que desde luego puedo asegurar, por haberlo visto confirmado en mi prác-

tica, es que amenorreas temporales por atonía funcional han desaparecido merced á la administración de las pastillas de ovarina de Chaix ó de Merck, de una á cinco antes de cada comida, restableciéndose de una manera regular la función menstrual; así como también he visto desaparecer con este tratamiento los dolores de cabeza, los mareos y las sofocaciones ó llamaradas de calor á la cara, tan frecuentes después de la menopausia natural anticipada, ó de la artificial consecutiva á la panhisterectomía, como fenómenos de hipertensión vascular. Y desde este punto de vista no es irracional pensar que ese medio puede hallarse indicado en el tratamiento sintomático de los fibromiomas, sobre todo en aquellos casos bastante frecuentes en que acompañan á los tumores uterinos lesiones profundas anexiales que anulan por completo ambas *secreciones*, ovular é interna. Ya presentaré algunos casos de mi estadística en el curso de este trabajo.

Medios quirúrgicos paliativos.—En este grupo comprendo la castración, el raspado ó legración, y la ligadura de los vasos uterinos.

La idea iniciada por Trenhólme y casi simultáneamente puesta en práctica por Hégar, Tait y Battey en 1876, para anticipar la menopausia por medio de la castración ó extirpación de ambos ovarios y trompas, vino á constituir un recurso eficaz contra los fibromas uterinos, por ser menos peligroso que los procedimientos más radicales; decidiéndose los ginecólogos por este nuevo medio terapéutico, ya que su destino primero contra las manifestaciones de la histeria había fracasado.

Contribuyó mucho á la propaganda de la castración un excelente trabajo de mi respetable amigo el profesor Léopold, de Dresde, publicado en el tomo XXXVIII de los «Archivos de Ginecología» de Berlín en 1890 (1); en el cual hace un estudio comparativo entre la *enucleación*, la *castración*, la *miomectomía* y la *extirpación vaginal total*, estableciendo las indicaciones de cada procedimiento, y aduciendo pruebas ilustradas de su práctica con estadísticas comparativas.

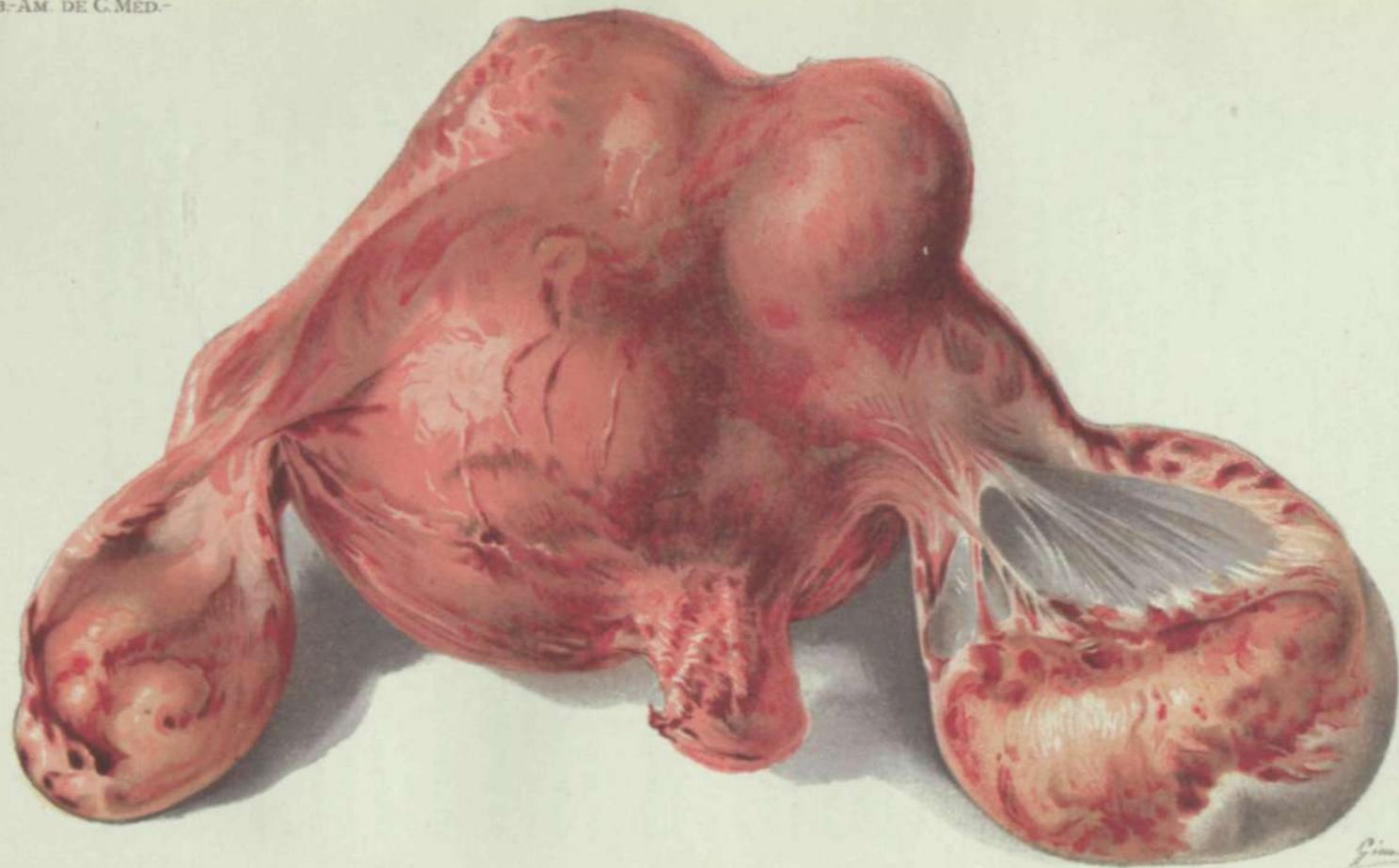
Dos veces tuve ocasión de comprobar los efectos de la castración en los miomas uterinos, y ambos casos van comprendidos en el cuarto grupo de mi estadística, al final de este trabajo. La primera enferma, joven de veintiséis años, soltera, criada de servicio, se hallaba imposibilitada para ganarse la vida, por las frecuentes y copiosas hemorragias que le ocasionaba un fibromioma intersticial del útero, que rebasaba la línea umbilical. Acudió á la Clínica del Ins-

(1) *Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Enuclation, Castration, Myomotomie und vaginale Totalexstirpation.*—S. LEOPOLD.—*Archiv. für Gynecologie Bd. XXXVIII. Hf. I.*



Fibromas múltiples con salpingo-ovaritis quística doble. Enferma N. Avila.





Fibromas múltiples submucosas intersticiales y subserosas - Salpingo-ovaritis quística doble -

Adherencias que sujetan el quiste en el lado derecho.

tituto para someterse á tratamiento, en los primeros días de Junio del año 1887. Siendo tan peligrosas todavía en aquella época las operaciones radicales, y tratándose de un caso de elección para ensayar la operación de Trenhólme, practiqué el 20 de dicho mes la extirpación de ambos ovarios y trompas. La enferma, después de una convalecencia muy accidentada, se restableció y fue dada de alta á fines de Julio del mismo año, marchando á reponerse á Navarra, su país natal.

En el mes de Diciembre del 87, es decir, al medio año, tuve la satisfacción de presentarla á la Sociedad Ginecológica Española, pudiendo comprobar los asistentes á la sesión el buen resultado de la intervención quirúrgica, pues la operada no había visto más sus reglas y el fibroma había disminuído de volumen en sus dos terceras partes, llegando el fondo del útero á la mitad de la línea umbilico-pubiana, y descendiendo bastante más en los seis meses siguientes.

El segundo caso se refiere á una señora de la provincia de Santander, casada y múltipara, que tenía un mioma intersticial muy voluminoso y hemorrágico. No habiendo aceptado ninguna operación radical, prefirió someterse á la castración, que practiqué en el mes de Abril de 1892, ofreciendo la operación más dificultades que una histerectomía abdominal, por hallarse ambos ovarios, y sobre todo el izquierdo, rodeados de un extraordinario varicocele del ligamento ancho, y como aprisionados entre láminas serosas que los adosaban al útero, siendo necesarias muchas ligaduras para aislarlos antes de su extirpación en medio de un tejido verdaderamente telangiectásico.

Esta operada, que tuvo una convalecencia larga y penosa, vió desaparecer sus hemorragias menstruales y atípicas, y seis años más tarde, es decir, en 1898, pude comprobar que su voluminoso mioma quedaba reducido á las dimensiones de un útero hiperplásico, parecido al denominado por Polaillon *útero gigante*.

Conviene tener presentes estas dificultades de la castración para dominarlas ó no intentar este recurso terapéutico—que en la actualidad tampoco tiene razón de ser—pues en ocasiones, la situación de los ovarios obliga á manipulaciones sobre el tumor, que pueden ser origen de una infección, y á ligaduras y suturas múltiples por excesiva vascularidad que prolongan demasiado el acto quirúrgico, y por lo mismo disminuyen las probabilidades del éxito inmediato y tardío.

Lo que desde luego puedo afirmar contra lo que han defendido algunos ginecólogos en Congresos, Academias y Revistas, es que la castración hace desaparecer las hemorragias consecutivas á los miomas intersticiales, á la vez que disminuye el volumen de los mis-

mos. Claro está, que hallándose hoy tan perfeccionada y simplificada la técnica de la histerectomía abdominal, siempre resultará preferible esta última operación en iguales condiciones.

Cuando las enfermas se oponen resueltamente á toda intervención radical y no bastan los medios terapéuticos internos para combatir las hemorragias, suelo recurrir al raspado ó legración. Para ello me cerciuro con el histerómetro y la palpación bimanual de si el fibroma es único ó hay varios; si su situación es anterior ó posterior; si es submucoso, intersticial, subseroso ó mixto; si deforma la cavidad uterina y en qué dirección, etc., etc.; porque es preciso tener en cuenta todos estos datos para guiar la cucharilla y la sonda de doble corriente en el momento de practicar la operación, pues á veces las eminencias fibromatosas hacia la cavidad del útero son varias y puede resultar una limpieza incompleta de la misma ó un desgarro de la cápsula de alguno de los fibromas que sea el punto de partida de nuevas hemorragias y quizá de alteraciones de mayor importancia. Si en todos los casos en que se hace un raspado uterino es preciso rodarse de las precauciones asépticas más minuciosas, cuando se emplea esta intervención en los de fibromas es imprescindible redoblar estos cuidados, tanto durante la dilatación preparatoria del conducto cervical como en el acto operatorio, para evitar la penetración de gérmenes que puedan modificar la benignidad de tales tumores, determinando en ellos fenómenos que exijan con urgencia una intervención radical.

Sabido es que Landouzy y Galippe han demostrado la existencia de micro-organismos en el seno de algunos fibromas, examinados inmediatamente después de una histerectomía abdominal; gérmenes patógenos que han podido ser cultivados más tarde, é inoculados en los conejos han dado lugar á una septicemia, y cuya presencia en la trama de dichos tumores no puede explicarse más que por transmisión directa en el momento de un examen intrauterino ó de una legración practicada con instrumentos no esterilizados, ó con manos impuras.

A pesar de que practicada la operación con estas precauciones es siempre un recurso útil y exento de peligros, no debemos esperar resultados muy duraderos por la facilidad con que se regenera la mucosa uterina en los casos de fibromiomas, dadas las condiciones de textura que la caracterizan, y que he indicado más arriba.

Las mismas consideraciones que expuse respecto de la castración, podría repetir ahora de las ligaduras atrofiantes de los vasos uterinos en los casos de fibroma, para combatir las hemorragias y provocar la disminución del tumor. Encomiadas por Hofmeier en 1880, y por Von Andal en 1882, que recomendaba ligar los vasos propios del útero; practicada la ligadura de las arterias uterinas

por la vagina (Frits, 1885), en los casos de metritis hemorrágica, y después por Gottschalk, Martín, Goelet, Schwartz y Hartmann, contra los pequeños fibromas intersticiales muy hemorrágicos, cuando la enferma no estaba en estado de soportar una operación radical, estas ligaduras atrofiantes pueden hacerse por la cavidad abdominal ó por la vagina. Unas y otras, pero sobre todo las últimas, serán un recurso terapéutico rara vez utilizable por el ginecólogo; y esto como operación complementaria de otra curativa del fibroma, ya se practique la ligadura bilateral, ó ya la foreípresión con pinzas, medio siempre más defectuoso y expuesto que el primero.

Actualmente parece que se multiplican las operaciones de ligadura de las uterinas por la vía vaginal, previa sección de los fondos vaginales, separación de la vejiga y del repliegue peritoneal posterior, para comprender entre los dedos, y después en la ligadura hecha con la aguja de Deschamp, el pedículo vascular de la vaina hipogástrica. Por mi parte, no he practicado la ligadura de las uterinas con este fin terapéutico, sino como un tiempo de la histerectomía, ni tampoco puedo adivinar sus ventajas; pues si tenemos en cuenta que las ramas terminales superiores de la uterina se anastomosan — hacia el tercio externo del ovario — con otras ramas de la espermática interna, y á veces con la salpingiana posterior hacia el ángulo del útero, se comprenderá que el tumor continúe recibiendo su nutrición por los vasos superiores óvaro-salpingianos y que, por lo mismo, su atrofia sea ilusoria.

Pienso, pues, que los medios paliativos no quirúrgicos, y de estos últimos la legración á lo sumo, son los que han de prestar mayores beneficios á las enfermas, siempre que esté contraindicada ó no se juzgue necesaria la intervención radical.

TRATAMIENTO CURATIVO

De más de 400 mujeres portadoras de fibromas uterinos que he reconocido desde el año 1880 hasta la fecha, sin contar en este número los infinitos casos de pólipos de todos tamaños y naturalezas operados en la Clínica particular y en el Hospital, sólo 90 figuran en la estadística que presento al final de este trabajo, como sometidas al tratamiento curativo ó radical.

Pudiera creerse por esto que las demás no habían aceptado la intervención quirúrgica, ó bien que ésta se hallaba contraindicada en ellas. Si se tienen en cuenta los peligros grandes que hasta hace muy pocos años acompañaban á toda intervención radical contra los fibromas uterinos, bien demostrados por la enorme cifra de mortalidad de todas las estadísticas, se comprenderá desde luego la resistencia de los cirujanos á intervenir y aun de las enfermas á aceptar un remedio que con tanta frecuencia comprometía su vida.

Pero es que hoy, á pesar de la perfección que ha alcanzado la técnica quirúrgica en este particular, y aun con los sorprendentes resultados que arrojan las estadísticas más recientes, ningún práctico se atreve en estos casos á aconsejar y hasta imponer una operación, como se hace con los quistes del ovario, por la poca firmeza de las indicaciones.

Si para ello se atiende al síntoma hemorragia, demasiado saben las enfermas, por experiencia, que las pérdidas de sangre, sintomáticas de los fibromas, no matan en corto tiempo como las que sobrevienen después del parto ó del alumbramiento; pues la cantidad no es tanta que no pueda reponerla el organismo á expensas de sus propios líquidos para ocurrir á las necesidades del momento, y más tarde con los medios generales tónicos en el intervalo largo ó corto de dos metrorragias.

Mujeres he conocido que sufrían pérdidas considerables durante meses y meses, sin preocuparse gran cosa de su estado ni guardar la quietud necesaria, y que han esperado tranquilas la menopausia—siempre tardía en los casos de fibromiomas,—logrando así librarse de una operación.

Mas si esto es cierto, y son muchos los casos en que puede tener justificación la resistencia de las enfermas y la abstención del Profesor, siempre que se trate de mujeres de posición social desahogada y que pueden seguir indefinidamente el tratamiento paliativo antes expuesto, no debe hacer el práctico estas consideraciones cuando la portadora del fibroma tiene que trabajar para comer, sobre todo en profesiones que exigen estar de pie muchas horas, ó un ejercicio activo de todo el cuerpo, etc., porque todo es de tener en cuenta. Si la mujer es joven, como si es de edad madura, nulipara ó madre de numerosa prole, encontrándose en las condiciones últimamente apuntadas, se verá imposibilitada para ganarse el sustento y atender á su familia; por lo cual el cirujano está moralmente autorizado para inclinar su ánimo á la operación, una vez que hayan fracasado los medios paliativos. Tanta importancia concedo á la posición social de las enfermas como elemento de indicación terapéutica en Cirugía (y así se lo oí, hace muchos años, al maestro D. Federico Rubio), que es para mí el móvil principal que debe decidir al ginecólogo en las intervenciones peligrosas; pues si de un lado es probable la muerte, de otro la vida es imposible.

Los trastornos que aparte de las hemorragias determinan los fibromas, son debidos á su volumen, á su posición, á alteraciones ocurridas en su textura, ó bien á lesiones anexiales concomitantes.

No son tampoco muy absolutas las indicaciones que puede sacar el práctico de estos elementos de juicio, pero sí puede formar un criterio prudente para sus decisiones.

Hay fibromas de enormes dimensiones que apenas causan á la mujer más molestias que el peso consiguiente, obligándolas á inclinarse hacia atrás el cuerpo para guardar el equilibrio en la marcha. La ley de la acomodación se cumple en estos casos de la manera maravillosa que se cumple en la gestación normal; todas las funciones se desempeñan con libertad; sólo encuentran las enfermas alguna dificultad para sus movimientos. En estos casos, y si el examen hace prever, como ocurre con frecuencia, una degeneración quística del fibroma, debe procederse desde luego á la operación radical, lo mismo si la mujer está cerca que si está lejos de la menopausia.

Si el fibroma es grande, ocasiona hemorragias y si la mujer es joven, también será prudente intervenir, porque es de suponer un crecimiento progresivo que haga más laborioso, si se retarda, el acto quirúrgico. No conviene precipitarse en los casos de fibromas intersticiales y subperitoneales de regular volumen, por ejemplo, que sobresalgan cuatro traveses de dedo por encima del púbis, tratándose de mujeres casadas; pues he asistido á cinco en estas condiciones que se hicieron embarazadas y dieron á luz hijos robustos, sin más accidentes que una hemorragia después del alumbramiento, en dos casos por dificultades para la retracción de la matriz, y haber tenido que aplicar el forceps en otros dos.

Si los tumores grandes pueden ser soportados con muy insignificantes molestias algunas veces, éstos, lo mismo que los pequeños, según su situación, llegan en otras á ejercer compresiones dolorosas y quizá perjudiciales. Hay casos en que los fibromas son múltiples, y uno de ellos se desarrolla en el segmento ántero-inferior de la matriz, comprimiendo la vejiga contra el púbis y dificultando su depleción, que se hace muy penosa. El mismo efecto producen algunos fibromas extraperitoneales retro-uterinos que llenan la excavación, elevan el útero y atirantan la uretra á la manera que lo hace el útero en retroflexión cuando la mujer se halla embarazada, presentándose por esta causa retenciones de orina, como de ello he visto algunos casos, á la vez que la compresión del recto acarrea el estreñimiento y el tenesmo. Tal intensidad pueden revestir estos fenómenos de compresión que obliguen á intervenir; pues unidas la dificultad circulatoria abdominal, la hipoglobulia que determinan las pérdidas frecuentes y los obstáculos mecánicos á la evacuación de la vejiga y del recto, crean para la mujer una situación comprometida que, en un momento dado, puede hacer urgente la operación.

Uno de los motivos que en la actualidad reconocen muchos ginecólogos como más fundamental para aconsejar y defender la intervención en la mayor parte de los casos de fibromas, es la frecuencia

con que se presentan alteraciones en la textura de estos tumores, que conducen á una de sus formas de degeneración. Repasando mi estadística encuentro, sin embargo, que ésta no es tan frecuente como se quiere suponer. En los 90 casos comprendidos en aquélla, anoto:

Estado edematoso, tres casos.—(Número 4 del cuadro 1.º del grupo 2.º—Números 7 y 13 del cuadro 2.º del grupo 2.º)

Gangrena, un caso.—(Número 7 del cuadro 2.º del grupo 1.º)

Degeneración grasienta, dos casos.—(Número 10 del cuadro 2.º del grupo 1.º y número 1 del cuadro 3.º del grupo 2.º)

Degeneración quística, siete casos—la más numerosa.—(Enfermas números 1, 2, 5 y 7 del cuadro 1.º del 2.º grupo; números 6, 11 y 15 del cuadro 2.º del grupo 2.º)

Fibroma y sarcoma, un caso.—(Núm. 28 del cuadro 4.º del grupo 2.º) En este tumor la parte sarcomatosa estaba constituida por un pequeño nódulo ó fibromita superpuesto y situado en la parte más elevada del lóbulo mayor.

Fibroma y adenoma, un caso.—(Núm. 15 del cuadro 2.º del grupo 1.º)

Fibroma y carcinoma, dos casos.—(Núms. 5 y 8 del cuadro 2.º del grupo 1.º)

Inpropiamente, á mi juicio, se llama á las últimas combinaciones degeneración adenomatosa y carcinomatosa del fibroma, porque en realidad no son sino lesiones concomitantes. Si se encuentran á veces folículos glandulares hiperplásicos y nódulos epiteliales en el seno de los fibromas, á cualquiera se le ocurre pensar que unos y otros han partido de la mucosa uterina, infiltrándose en los intersticios musculares del tejido uterino donde se asienta el fibroma y aun en la misma trama de éste, evolucionando después hasta destruir parte de sus elementos y confundirse en un solo tumor; tanto más, cuanto que la mucosa uterina en los casos de fibroma reúne las condiciones más abonadas para que en ella se verifiquen estas transformaciones.

Como se ve, no degeneran tan á menudo los fibromas, y sólo son más comunes los quísticos, de los que muchos empiezan por el edema. Como en estos casos el crecimiento del tumor es rápido y la emaciación de las enfermas bastante exagerada cuando estos tumores adquieren gran volumen, la operación radical se impone, según he manifestado anteriormente; á más de que, si se retrasa, esta forma de fibromas contrae pronto adherencias múltiples parietales y aun viscerales, porque determinan en el peritongo irritación exudativa y secretora, como algunos otros tumores subserosos, dando también lugar á la ascitis.

Otras veces los dolores y molestias que acompañan á los fibro-

mas son debidos á lesiones anexiales que con ellos tienen relación. Las más importantes que he observado en mi práctica han sido salpingo-ovaritis quísticas y hemáticas y salpingitis intersticiales como en los casos núm. 16 del cuadro 2.º del grupo 1.º, números 23 y 33 del cuadro 4.º del grupo 2.º; estos últimos, representados en las dos *cromolitografías* que acompañan á este trabajo. En estas enfermedades los fibromas eran nodulares y habían determinado una irritación peritoneal que dió lugar á la formación de exudados, á la adherencia del pabellón de la trompa á la superficie del ovario, y á las alteraciones de retención y quísticas consecutivas.

En otra enferma (núm. 36 del cuadro 4.º del grupo 2.º), en la cual había diagnosticado un fibroma intersticial del fondo del útero con papiloma del ovario izquierdo, al practicar la histerectomía abdominal total, y una vez separados el tumor ovárico y la trompa izquierda, después de destruir las extensas y fuertes adherencias que lo sujetaban en el fondo peritoneal de Douglas, me chocó tanto el aspecto macroscópico de dicho tumor, de superficie desigual, lobulada, de color blanco-nacarado en unos sitios y grisáceo en el resto, de consistencia dura en unos puntos y blanda y fluctuante en otros más elevados que constituían cavidades llenas de substancia caseosa y líquido cetrino, de aspecto cerebriforme al corte y del tamaño de una cabeza de feto de siete meses, que pensé si pudiera tratarse de un *endotelioma del ovario*. La trompa izquierda, cuyo grosor superaba al de uno de los pulgares, y cuyo pabellón se adhería á la superficie del ovario, presentaba en su superficie un color rojo vinoso y aspecto granujiento parecido al chagrín. Por no ser muchos los casos de esta especie registrados en la Ciencia, envié estas piezas al Laboratorio; á continuación transcribo la nota que nuestro compañero el Dr. Figueroa, Jefe del Laboratorio, ha tenido la bondad de facilitarme, pudiendo comprobar el texto en las fotografías sacadas de las preparaciones histológicas y que acompañan á este trabajo. (Véase la *fototipia*.)

«*Caracteres micrográficos.*—Previas las manipulaciones de fijación, induración é inclusión, los cortes de la trompa, coloreados por el carmín y el ácido pícrico, nos revelaron los detalles siguientes (preparación núm. 1): los repliegues de la mucosa se encuentran notablemente hipertrofiados (*a*) á consecuencia de la proliferación de elementos conjuntivos (*b*), y recubiertos la mayor parte por células normales de epitelio vibrátil (*c*); en el seno de estas vellosidades encontramos vasos sanguíneos en abundancia y ocupados por sus elementos normales, y sólo en la periferia de los mismos encontramos elementos jóvenes que sin tránsito se mezclan con los mismos que constituyen las vellosidades hipertrofiadas por hiperplasia celular.

»El tejido muscular (preparación núm. 2) no forma una capa homogénea, sino que se ve interrumpida por tractus de tejido embrionario, cuyo asiento de preferencia es alrededor de los vasos (a) y en los que el endotelio aparece casi constantemente engrosado.

»La talla de los elementos musculares es mayor que la que corresponde al estado normal, por lo que á más de hiperplásico podríamos calificar su estado de hipertrófico: poseen abundante protoplasma y un núcleo más bien elíptico que en forma de bastón grueso y de ángulos redondeados, cual corresponde á su estado normal. Esto hace que en los cortes transversales de dichos elementos se nos muestren como grandes células poligonales de núcleo voluminoso y protoplasma abundante, capaces, á un examen superficial, de ser estimadas como epitélicas, pero bien pronto con observación atenta se desvanecen las dudas.

»Ultimamente, en la zona periférica vemos un tejido fibroso infiltrado más ó menos por elementos embrionarios.

»En vista de tales caracteres, podremos calificar dicha lesión de una salpingitis intersticial, á la que particularizaría esa predilección del tejido embrionario en torno de los vasos.

»Los cortes del tumor, coloreados por idéntico procedimiento, nos revelan la existencia de unos elementos celulares voluminosos con núcleo grande y abundante protoplasma, de contorno poligonal, que se disponen en nidos á manera de glándulas ó islotes diseminados y aislados (preparación núm. 3) (a). Sirve de estroma un tejido embrionario joven con células redondeadas la mayor parte, y algunas fusiformes y gran infiltración de leucocitos (b).

»En otros parajes observamos una fragmentación nuclear en el seno de una materia amorfa teñida por el ácido picrico, en donde apreciamos abundantes leucocitos y tal cual célula endotelial diseminada: la preparación núm. 4 muestra con bastante precisión estos caracteres.

»Las preparaciones números 5 y 6, obtenidas en el objetivo D, muestran con más claridad los detalles referentes á la constitución del referido tumor. El juicio que formamos en vista de tales caracteres es el de un *endotelioma* no perteneciente ni á la variedad perlada, por faltarle el agrupamiento que distingue á esta variedad en sus elementos, ni al *fibro-endotelioma*, pues aquí el tejido fibroso está lo bastante escaso para que sirva de distintivo.

»Aunque ha faltado el examen en fresco, previa disociación con las agujas, que como es sabido decide siempre el diagnóstico, podemos, no obstante, pronunciarnos en favor de la naturaleza *endotelial* por ser completamente característica la forma y demás detalles de las células apreciables en los cortes:

»*Naturaleza del endotelioma.*—La tan controvertida discusión

FIBROMAS UTERINOS

PREPARACIÓN NÚM. 1.—Corte transversal de la trompa de Falopio: muestra las vellosidades de su mucosa hipertrofiadas (a) por el hecho de la proliferación de sus elementos conjuntivos (b) y revestidas de epitelio vibrátil normal (c). (Objetivo B de C. Zeiss).

PREPARACIÓN NÚM. 2.—Corte transversal de la misma, zona fibroso-muscular: muestra los elementos inflamatorios (a) alrededor de los vasos (b). (Objetivo B de C. Zeiss).

PREPARACIÓN NÚM. 3.—Corte del tumor: muestra los elementos endoteliales agrupados en forma de nidos ó islotes (a) y el escaso estroma (b) que los separa, cuya constitución es, en su mayor parte, tejido embrionario. (Objetivo B de C. Zeiss).

PREPARACIÓN NÚM. 4.—Corte del tumor: muestra abundantísimos leucocitos, con células de núcleo fragmentado y tal cual célula endotelial diseminada. (Objetivo D de C. Zeiss).

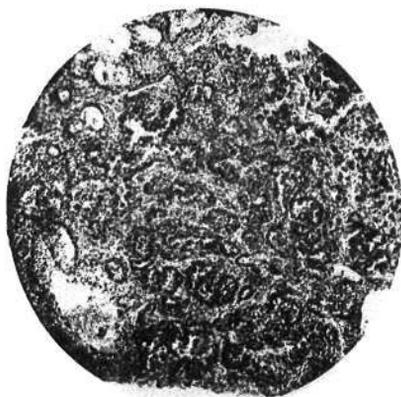
PREPARACIONES NÚMS. 5 Y 6.—Cortes del tumor: muestran los caracteres descritos y están obtenidos con el objetivo D de C. Zeiss.



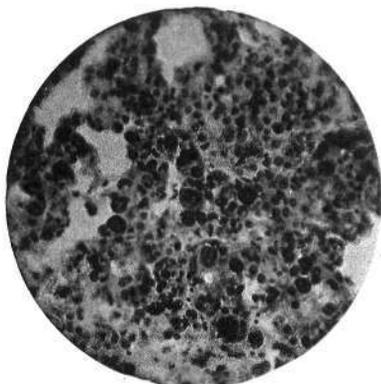
1



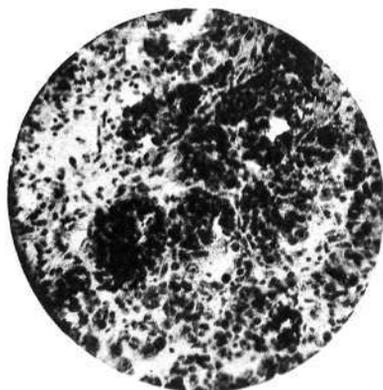
2



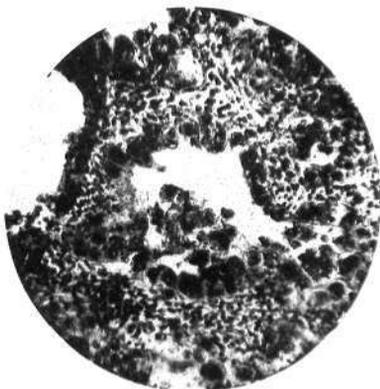
3



4



5



6

Fototipos de Hauser y Menot, Madrid

acerca de este punto surgió desde el momento en que la embriología demostró que el endotelio procedía de la hoja media del blastodermo.

»Al criterio histogénico añadió His el morfológico y fisiológico para crear con los endotelios una especie histológica distinta de los epitelios.

»No es preciso, á nuestro entender, apurar mucho los hechos para reivindicar para los endotelios su lugar con los epitelios: de común con éstos tienen su unión directa entre sí y el revestir cavidades libres; en cuanto á su origen, no todos proceden de la hoja media ni ésta engendra más epitelios que los endotelios, sino que comparten su abolengo mesodérmico con verdaderos epitelios en el sentido fisiológico y morfológico de la palabra, como ocurre con las células del ovario, peritoneo periovárico y células de los tubos seminíferos, y la hoja interna es capaz de producir epitelios planos como el endotelio pulmonar.

»En vista de estos hechos, se deduce en buena lógica la negación de toda especificidad generadora de la hoja media, y por tanto que el origen (punto el más trascendental en cuanto á motivar una separación) no puede ser estimado como un obstáculo á su naturaleza, sino que debe tenerse como una simple particularidad.

»Podría objetarse algo; y sin que tengamos la pretensión de que nada puede argumentarse en contra, diremos nuestro juicio, en virtud de los últimos datos aportados por la embriología.

»Antes de llegar al mesodermo de Hertwig, según el cual estaría constituido por dos hojas, existe el mesodermo ó mesénquima primitivo, del cual, por proliferación y diferenciación, procede el blastodermo de Hertwig ó *mesotelium* de Selgwick.

»Constituido de este modo, ya no llama la atención el que el endotelio nazca con otros epitelios de la hoja media, puesto que ésta se ha diferenciado en una porción encargada de producirlos, y en cambio choca que el tejido vascular proceda del mesénquima. A esto se nos ocurre lo siguiente: si del mesénquima proceden por diferenciación otros endotelios y epitelios, ¿por qué chocarnos que el sistema vascular tenga su origen en el punto que podríamos llamar *generador matriz* de los epitelios mesodérmicos? Aparte de esto, las corrientes actuales tienden á colocar el tejido vascular como procedente del entodermo.

»Otra aparente dificultad encontramos en que el sistema linfática toma origen en el mesénquima y, sin embargo, no nos causa extrañeza que el epitelio mesodérmico pueda engendrar tejidos mesenquimáticos. Ante tan clara misión de la hoja media, creemos que el endotelio tiene bastante personalidad para constituir un tejido epitelial y que, por tanto, *el endotelioma*, obedeciendo á las

leyes que presiden y rigen la generación de las nuevas células, sea considerado como una variedad de los tumores *epiteliales*, como los endotelios lo son de los epitelios.

»No vemos la razón de una clasificación organológica de los *endoteliomas* en linfáticos ó *periteliomas* y vasculares, porque aun cuando la embriología demostrase de una manera evidente la distinta procedencia de ambos sistemas, no es razón suficiente para la separación de ambos grupos; como no sería oportuna, fundándonos en este criterio, la separación del cáncer del testículo del cáncer de otra glándula.

»No sabemos qué característica pueden presentar las dos pretendidas formas para hacer una separación, porque ni clínicamente, ni bajo el punto de vista de la anatomía patológica, pueden diferenciarse.

»Por el contrario; aplicando á los *endoteliomas* la ley general de los neoplasmas y sabiendo que una sola célula puede ser el punto de partida para la evolución tumoral, radique ésta donde radique, la constitución será una neoplasia de su tipo morfológico.

»Contentémonos, pues, con seguir para los *endoteliomas* la marcha general de los demás tumores, formando un tipo por sus caracteres generales y después, según ciertas particularidades estructurales, distinguir sus variedades.»

Tan fundados me parecen los argumentos de mi querido amigo y compañero el Dr. Figueroa, que el tumor analizado se comportó en esta enferma como los cánceres típicos del ovario ó epiteliomas, determinando una infiltración en el peritoneo pelviano, al que se adhirió íntimamente, y ocasionando una emaciación de la mujer en corto tiempo, como se observa en los casos de papilomas malignos de dicho órgano, análogos para mí á los epiteliomas excrescentes de otras regiones del cuerpo. Y aunque resequé las porciones de peritoneo infiltradas al practicar la histerectomía abdominal, no me sorprendería que se nos presentase esta enferma con una reproducción el día menos pensado.

Dicho se está que en estos casos de fibromas, complicados de lesiones anexiales, está muy justificada la intervención.

Como en otro trabajo publicado en 1898 traté extensamente de los casos en que coexiste el embarazo con fibromas, cual sucedió en las enfermas núms. 7 y 10 del cuadro 4.º, grupo 2.º de la estadística, nada tengo que añadir á las ideas expuestas entonces respecto á la conducta que debe seguir el ginecólogo en ellos.

Por último, si se me obligase á concretar las indicaciones del tratamiento quirúrgico en los fibromiomas uterinos, después de cuanto he manifestado, diría que aquéllas pueden clasificarse en dos grupos: indicaciones de necesidad absoluta é indicaciones de necesidad relativa.

Las primeras las encontramos en los fibromas de crecimiento rápido y de gran volumen, sean ó no hemorrágicos, que comprimen órganos importantes, cuya función está entorpecida ó dificultada hasta el punto de crear un estado permanente de sufrimientos en las enfermas; cuando se presentan ataques de oclusión intestinal, dificultad respiratoria ó dolores violentos por la compresión y las adherencias; en los casos de anemia extrema y en los de hemorragias repetidas, si se trata de mujeres obligadas á vivir de su trabajo; cuando coexisten con el fibroma el edema y el cáncer uterino ó las lesiones anexiales quísticas ó neoplásicas.

Las segundas, ó de *necesidad relativa*, se hallarán en los casos de fibromas, de grande ó pequeño volumen, que recaen en mujeres de buena posición social, ya sean éstas jóvenes ó estén en plena edad crítica, y en las que los tumores, aunque hemorrágicos, no comprometen la vida ni crean obstáculo á funciones importantes, como en los casos ante riores. Estas enfermas pueden vivir bastante bien con los cuidados higiénicos y los medios paliativos que quedan enumerados.

*
* *

Puesto que el tratamiento quirúrgico es el único curativo, ¿qué procedimientos operatorios se deben emplear para la extirpación de los fibromas uterinos?

Como regla general, los más sencillos y los más rápidos, porque éstos son también los más artísticos.

Felizmente para la Ginecología ha llegado el tiempo de poder satisfacer el *tuto, cito et jucunde* de nuestra Cirugía clásica.

Rodeándonos de la asepsia más perfecta antes y durante el acto operatorio; auxiliándonos con todos los medios técnicos perfeccionados por diversos operadores en estos últimos tiempos; haciendo un estudio atentó de las enfermas, preparatorio de la intervención, podemos hoy día hacernos dueños de los casos más difíciles, que antes constituían el terror de los ginecólogos.

No voy á describir todos los procedimientos operatorios, porque éstos emanan de cada caso especial, y además se encuentran detalladamente expuestos en los numerosos tratados de Cirugía ginecológica. Me limitaré á exponer las líneas generales que en la actualidad me sirven de guía en mis intervenciones y que son las únicas, á mi juicio, invariables al emprender una operación en todos los casos de fibromas.

Operaciones por la vagina.—Por esta vía se pueden extirpar sin gran traumatismo, además de los pólipos pediculados más ó menos gruesos, todos los miomas sesiles que tienen su asiento en uno de los labios del cuello uterino: los primeros por torsión ó con el *ecrasseur* si el pedículo es grueso, dilatando previamente el con-

ducto vulvo-vaginal ó seccionando el tumor para reducir su volumen si fuese preciso; los segundos por enucleación, seccionando transversalmente la mucosa externa y la cápsula para extraer el mioma, y suturando luego los colgajos regularizados.

Gracias al procedimiento de Doyen, de *hemisección uterina*, después de la incisión vaginal y de despegar la vejiga, se pueden extirpar hoy, conservando el órgano, todos los miomas submucosos y los intersticiales únicos, de pequeño ó de mediano volumen, que sean accesibles subperitonealmente. Y por colpotomía posterior, seguida de enucleación, cuando se trata de fibromas subserosos retrouterinos que hacen gran eminencia hacia la vagina, como en el caso de mi estadística (núm. 5 del cuadro 1.º, grupo 1.º), en que tuve que enuclear un voluminoso fibroma encarcerado, sin perforar el fondo de Douglas, y cuya cápsula se retrajo, uniéndose el labio posterior—que se había desprendido parcialmente durante la enucleación—á la parte superior del cuello.

Por *histerectomía vaginal*, siguiendo la técnica de Doyen, se pueden extirpar con bastante facilidad úteros llenos de fibromas, aunque sean voluminosos. Sin embargo, creo que muchos úteros fibromatosos que hoy se extirpan por la vagina, deben serlo por la laparotomía si se quieren obtener mejores resultados inmediatos, pues no todos tenemos la destreza extraordinaria de algunos cirujanos que rápidamente practican por la vagina, según dicen, la extirpación de un útero fibromatoso que llegaba hasta el ombligo. En mi estadística, los casos desgraciados de histerectomía vaginal por fibromas, han sido precisamente aquellos en los cuales el volumen era exagerado.

Al presente he modificado mis ideas, y limito la histerectomía vaginal á los casos de útero fibromatoso que no sobrepasa la sínfisis pubiana más de dos traveses de dedo, y esto teniendo la mujer amplia vagina; pues encuentro más fácil y menos traumática en todos los demás casos la histerectomía abdominal, y estas ventajas compensan el inconveniente—que no siempre ocurre—de las eventraciones consecutivas á la laparotomía; motivo para que algunos prefieran la vía vaginal, aun tratándose de fibromas de grandes dimensiones.

Operaciones por el abdomen.—Por esta vía, deben reducirse á dos las operaciones que en la actualidad pueden exigir los fibromas:

La *miomectomía*, para extirpar los fibromas subserosos pediculados, y la *histerectomía abdominal total*; pues la enucleación de un solo fibroma intersticial ó intersticio-subseroso, previa laparotomía, es rarísima.

En los casos de fibroma pediculado intra-abdominal, es preciso establecer una distinción, tanto más necesaria cuanto que puede ser origen de muchas desgracias.

Si me limitase á los resultados de mi práctica para juzgar este asunto, diría que no se debe intentar la *miomectomía abdominal* más que en los fibromas de pedículo delgado; pues en los que lo tienen demasiado grueso y carnoso y en que es preciso vaciar un cono para tallar los colgajos y suturar después sobre el tejido uterino, ó aunque se ponga ligadura, suelen ocurrir complicaciones hemorrágicas y esfacelos que comprometen el éxito. Por eso debe el cirujano hacerse cargo con exactitud, en estos casos, de la posibilidad de formar pedículo con la menor cantidad posible de tejido, y sin interesar el parénquima uterino, que ponga al abrigo de ulteriores complicaciones, para, en caso contrario, proceder á la *histerectomía abdominal*.

Como indico más arriba, todo útero fibromatoso que sobrepase la sínfisis pubiana más de dos traveses de dedo, debe ser extirpado por el abdomen. Todos los procedimientos de *histerectomía incompleta ó amputación supravaginal* que se han venido empleando hasta la época presente, deben ceder el puesto á la *histerectomía abdominal total* que suprime los peligros de todos los métodos anteriores; es más sencilla, sin exigir mucho mayor tiempo en su ejecución, si el cirujano está ya adiestrado en su práctica, y no tiene más enemigo probable que la septicemia peritoneal, evitable en la mayor parte de los casos.

Dos grandes métodos generales comparten hoy los triunfos de la *histerectomía abdominal total*, pues todos los demás no son otra cosa que modificaciones de detalle: el método de Doyen y el llamado americano, modificado de manera que no se deja muñón cervical como en el método primitivo.

Uno y otro facilitan la extirpación de un útero fibromatoso, cualesquiera que sean su volumen y el estado de los anexos. Sin embargo, he practicado los dos, y encuentro que cada uno tiene sus casos de elección. Así, por ejemplo; el método de Doyen es maravilloso por su sencillez y brevedad en los miomas intersticiales que elevan los ligamentos anchos y no deforman el cuello ni el segmento inferior del útero, los cuales se pueden entonces desprender con facilidad suma de sus conexiones célula-peritoneales. Pero desde el momento en que el cuello uterino aparece casi completamente borrado por la eminencia tumoral, y los ligamentos anchos son muy cortos y fibrosos, constituyendo verdaderos repliegues tirantes que inmovilizan el útero fibromatoso, y si además se ve el operador obligado á practicar la enucleación de algún fibroma enclavado en la excavación pelviana para poder perforar el fondo de saco vaginal posterior, este método pierde la condición de brevedad en la ejecución, y la hemostasia se hace menos segura; en tanto que el método americano ofrece en estos casos superiores ventajas.

Como ya lo he manifestado en otro trabajo, el método de Doyen es insustituible en los casos de fibromas complicados de embarazo, en que se vea el profesor obligado á practicar la *histerectomía abdominal total* después de la operación cesárea, porque entonces se encuentran reunidas todas las circunstancias que imperiosamente exigen «economizar tiempo y sangre.»

En mis primeras operadas por el método de Doyen observé que los pedículos anexiales que asomaban en la vagina retardaban la convalecencia, y por eso me decidí á suprimirlos y á cerrar la abertura vaginal, haciendo pequeños pedículos exclusivamente vasculares y recubriéndolos con los repliegues del peritoneo pelviano al hacer la sutura transversal de éste, como acostumbro también en el método americano. Hoy el mismo Doyen hace lo propio.

Para uno como para otro método operatorio es indispensable preparar á las enfermas, haciendo de la manera más escrupulosa la desinfección de la vagina desde ocho días antes del en que deban ser operadas, y si es posible, la desinfección de la cavidad uterina. Por haber descuidado esta última precaución perdí una de mis operadas (núm. 29 del cuadro 4.º, grupo 2.º de mi estadística), en la cual existía, además de otros varios intersticiales y subserosos, un fibroma intracavitario, verdadero pólipo intrauterino, ligeramente sostenido por un pedículo delgado que se rompió á la primera vuelta del tirabuzón que yo había introducido sobre el fondo del útero fibromatoso; cuando me apercibí de que la sangre negruzca que manaba del sitio puncionado procedía de la cavidad uterina, ya había caído alguna pequeña cantidad en la cavidad peritoneal, aunque la tenía protegida con grandes compresas esterilizadas. Practiqué la operación sin dificultad alguna; y, una vez abierto el útero, ví que el fibroma estaba completamente libre en la cavidad, y que ésta contenía algunos coágulos negros, indicio de sangre retenida de bastantes días. Esta operada sucumbió á las cuarenta y ocho horas, á consecuencia de una infección aguda, suponiendo que haya sido la causa la sangre derramada en el peritoneo, aunque no tenga pruebas grandes para ello, por no haber practicado cultivos é inoculaciones con el líquido contenido en la cavidad del útero, pues la asepsia más rigurosa presidió en esa como en todas las histerectomías.

Terminaré estas consideraciones, diciendo: que el tratamiento de los fibromas uterinos se ha simplificado de un modo extraordinario, hasta el punto de poder hoy extirpar con buen éxito tumores que no hace mucho tiempo se creían inoperables, so pena de ver sucumbir á las enfermas durante el acto operatorio, ó poco después de operadas. Que este progreso se debe á varios factores, como son: el perfeccionamiento de la técnica, introducido por varios cirujanos,

y principalmente por Doyen y Howard A. Kelly, que, si bien cimentado sobre las ruinas de los antiguos métodos, tiene su parte original como característica; las reconocidas ventajas de la posición de Trendelenburg; el rigorismo con que se practica la asepsia, en la que entra, como papel importante, no tocar con líquido alguno la cavidad peritoneal y hacer la limpieza seca de la misma con grandes compresas esterilizadas; la ausencia de toda comunicación vagino-abdominal, suprimiendo todo desagüe, que sólo en contados casos puede ser necesario (cuando se ha derramado pus ó algún líquido sospechoso en el peritoneo, ó cuando se dejan superficies cruentas que han de formar mucho exudado); y la seguridad práctica que tiene el ginecólogo ya avezado á la cirugía abdominal, que casi absorbe en la actualidad el ejercicio profesional en todas las Clínicas, para vencer las dificultades que surgen de momento en una intervención de esta especie. Y si es cierto que aún queda una incógnita que alguna vez malogra toda nuestra obra, sumiéndonos en inmenso desconsuelo, también lo es que hoy el cirujano, al terminar una de estas operaciones, no entrega su ánimo al pesimismo demostrado en aquella frase del gran A. Parco: «Yo te opero, Dios te cure», sino que confía en la perfección de su obra y en el bendito progreso de la Ciencia, que le ha dado tan seguros medios para llevarla á cabo.

* * *

Voy, por último, á analizar la estadística de mis operaciones por fibromas desde distintos puntos de vista, porque de ella podemos deducir muchas enseñanzas tanto en lo que hace relación al progreso de la especialidad en corto número de años, como en lo que corresponde á los accidentes operatorios y á las consecuencias inmediatas y tardías de estas intervenciones, que para su más fácil comprensión he dividido en cuatro grupos, y de estos, los dos primeros en diferentes cuadros, según la clase de operación.

		Número.	Definiciones	
GRUPOS. . .	1.º Operaciones vaginales..	Cuadro 1.º—Miomectomias subperitoneales.	7 1	
		Cuadro 2.º—Histerectomias vaginales	16 2	
		Cuadro 1.º—Miomectomias intraperitoneales.	7 2	
		Cuadro 2.º—Histerectomias supravaginales con pedículo externo	20 5	
	2.º Operaciones abdominales.	Cuadro 3.º—Histerectomias supravaginales con pedículo perdido....	2 2	
		Cuadro 4.º—Histerectomias abdominales totales.	36 6	
		3.º Histerectomias vagina-abdominales.	2 1	
	4.º Ablación bilateral de los anejos.	2 0		
	TOTALES.		92	19

Mortalidad general, 20,65 por 100.

Como se ve, no cuento en este número los pólipos extirpados en mi clientela particular y en la Clínica, que suman algunas centenas, pues son operaciones benignas, aunque en ocasiones no dejen de ofrecer algunas dificultades por su disposición y volumen, habiéndome visto en algunos casos obligado á reducir éste por medio de sacabocados y las tijeras, y aun á incindir la vulva para poder extraerlos después de estas prácticas previas.

La proporción de casos operados, según la edad de las enfermas, ha sido la siguiente:

De 20 á 30 años.	10 casos.
— 30 á 40 —	39 —
— 40 á 50 —	40 —
— 50 á 60 —	4 —
TOTAL.	92 —

Edad mínima, veintidós años; máxima, cincuenta y dos. El mayor número de casos que han exigido intervención han sido de los treinta á los cincuenta años. El único accidente que me ha ocurrido en estas intervenciones ha sido la rotura de la vejiga en tres casos, dos de *miomectomía abdominal* por fibroquiste enorme y con muchas y fuertes adherencias, y uno de *histerectomía abdominal total*, por hallarse desviada la vejiga. En cuanto me apercibi del accidente elevé con pinzas de garfio la vejiga, protegiendo con compresas la cavidad abdominal, y suturé inmediatamente con seda muy fina, y á punto por encima, los dos colgajos de la abertura vaxical, cogiendo sólo la capa muscular y luego la serosa en otra sutura continua. Una vez terminada la operación dejé sonda permanente durante cinco días en la vejiga. La cicatrización fue perfecta en los tres casos, quedando completamente curadas estas enfermas. En otra histerectomía abdominal total, por el procedimiento de Le Bec, debí herir el úreter, porque la operada retenía perfectamente la orina en los días siguientes, y á pesar de ello goteaba constantemente por una fistulita existente en el fondo vaginal derecho, siguiendo el catéter introducido por ella la dirección del úreter derecho; esta fistulita cicatrizó con ligeras cauterizaciones, y la enferma no volvió á perder más orina por la vagina.

En cambio, no he visto un solo accidente por hemorragia en el acto operatorio.

La muerte ha ocurrido diez veces por infección, cinco por colapso, dos por pneumonia hipostática, una por uremia y una por causa desconocida. No he observado un solo caso de oclusión intestinal, y en cambio he publicado algunos por histerectomía vaginal en el cáncer. La flebitis dos veces, la parametritis infecciosa otras dos y la parotiditis de igual naturaleza en otra, han retardado la convalecencia de las operadas. He comprobado varias veces que si la lim-

pieza del tubo digestivo no ha sido perfecta en los días anteriores á la intervención, los vómitos clorofórmicos se hacen muy persistentes y postran mucho á las operadas, que devuelven grandes cantidades de bilis, indicio cierto de la acción hiperemiante que tiene el anestésico sobre el aparato biliar. Y en algunas operadas es tan urente el vómito que escoria los labios y la piel de la mandíbula inferior, produciendo una sed rabiosa é inextinguible. En estos casos recorro á frecuentes dosis de bicarbonato de sosa puro y á grandes enemas de agua tibia.

Si los vómitos clorofórmicos se calman en las primeras horas, si el pulso no llega en este tiempo á 80 pulsaciones ni la temperatura á 38°, casi puede augurarse una marcha bonancible; suele suceder á veces que el pulso se acelere, llegue á 100 pulsaciones al cabo de veinticuatro horas sin que la temperatura suba de 37°5, en cuyo caso no cambia el pronóstico favorable. Por el contrario, una hipotermia inmediata, que persiste durante veinticuatro horas, acompañada de pequeñez de pulso y de persistencia de los vómitos, es de pronóstico grave, como lo es también la frecuencia de pulso con ascenso grande de temperatura á las veinticuatro horas de practicada una histerectomía abdominal.

En todas las operadas que sucumbieron por infección ó septicemia aguda, pude observar que se iniciaba por estos síntomas: oscilando la temperatura después de las veinticuatro horas entre 38 y 39°, pero adquiriendo el pulso mayor frecuencia sucesiva hasta llegar á hacerse incontable por el número y la pequeñez de las pulsaciones, á la vez que disminuía gradualmente, hasta suprimirse, la secreción de orina, y se aceleraba la respiración, conservando las enfermas el sensorio en perfecta integridad. En una, sin embargo, no se han presentado los síntomas de la infección tan claros (núm. 35, de las histerectomías abdominales totales) como puede verse en las observaciones. Desde el momento después de la operación hasta el de su muerte, ocurrida al quinto día, la temperatura no llegó á pasar de 36°5 y el pulso en las radiales era casi inapreciable; no hubo hasta el final alteración alguna en la secreción de orina; el curso intestinal se restableció, aunque difícilmente, al segundo día, con grandes irrigaciones; no había meteorismo, ni disnea, ni perturbación cerebral, ni inquietud. Sólo algidez y depresión y vómitos formaban este cuadro, únicamente comparable en sus rasgos principales al cólera: aun que de origen infeccioso probable, no encaja en el tipo de la septicemia aguda ni subaguda; y de ser ptomainicos sus efectos, el veneno orgánico es de formación lenta y quizá tenga parte el hígado en su elaboración, porque es el tercer caso que he recogido en mi práctica con iguales caracteres; y en las tres operadas había producido escasísimo efecto el purgante adminis-

trado antes de la intervención, y que consiste generalmente en 40 gramos de aceite de ricino, que suelo ahora ordenar dos veces en los días de preparación, aparte de la irrigación intestinal abundante que se practica la víspera y en la mañana misma del acto operatorio.

Esta esmerada limpieza del tubo digestivo, y el escrupuloso análisis de la orina para apreciar el estado funcional del riñón, constituyen dos condiciones imprescindibles en la preparación de las enfermas, para el mejor resultado operatorio: representan dos detalles tan importantes como la desinfección perfecta de la enferma, del operador y del instrumental.

La neumonía hipostática, que es una manifestación pulmonar de la infección y del agotamiento, me arrebató dos operadas, si bien la segunda fue debida á la infección gripal ocurrida al quinto día, habiendo sido antes completamente normal la convalecencia de esta enferma. A pesar de la quinina á altas dosis, del cambio de posición, de los revulsivos y de los estimulantes, una y otra operada sucumbieron al octavo y décimo día. Figuran en la estadística cinco muertes por colapso ocurrido en las primeras veinticuatro horas, y todas por operaciones muy laboriosas y de larga duración, concurriendo además en alguna de ellas la debilidad extrema de la enferma. No es que trate de aminorar la importancia de la cifra de mortalidad que resulta en mi estadística; pero sí debo decir en descargo de mi conciencia y como justificación necesaria, que mucha parte de este tanto por ciento está en la naturaleza misma de los casos y hubiese figurado de igual modo en las estadísticas de otros Profesores más diestros y reputados.

Así, por ejemplo, de siete miomectomias practicadas por la vagina, la única defunción ocurrió en un caso que de cualquier modo hubiese tenido solución fatal. Un fibroma intersticial grande y otro mayor submucoso, que desde el fondo del útero (al nivel del ombligo) descendía á la vagina, insertándose en toda la superficie del órgano, habiendo dilatado y borrado el cuello, como se encuentra en el tercer momento del parto, y que llenaba aquel conducto, ensanchado cuanto lo permitía el anillo óseo de la pelvis menor, no podía atacarse más que por despedazamiento, á riesgo de que la operación fuese incompleta, muy laboriosa y de gran duración, condiciones detestables en este caso por tratarse de una mujer profundamente agotada por las hemorragias y por la infección. Practiqué la miomectomía con grandes trabajos y dejando un resto del tumor hacia el fondo del útero, porque este órgano no descendía absolutamente, á pesar de las tracciones, y tuve la desgracia, al terminar, de que se abriera el fondo peritoneal posterior, que fue causa de una infección.

Entre las 20 hysterectomías ó amputaciones supravaginales, algunas practicadas durante la época antiséptica, cuando sólo habíamos visto á nuestro maestro D. Federico Rubio atreverse con los fibromas uterinos, haciendo pedículo externo á expensas de la porción alta del cuello uterino por medio del tubo elástico que él aplicara antes que nadie en la ovariectomía; teniendo que luchar con mi falta de práctica en Cirugía abdominal y con tumores que pesaban diez y trece kilos, llenos de adherencias y en enfermas poco menos que extenuadas, tardando tres horas en la operación é interviniendo muchas manos, necesariamente habian de ocurrir defunciones. Y este era entonces, sobre poco más ó menos, el estado de la Cirugía de los grandes fibromas en todas partes, no obstante considerarse el método supravaginal como más ventajoso. A medida que fui adquiriendo mayor práctica, y cuando la asepsia empezó á conquistar el puesto de la antisepsia, los éxitos fueron más numerosos. Queriendo mejorar los resultados, recurrí al procedimiento de Schroeder (pedículo perdido ó intraperitoneal), y en las dos hysterectomías tuve dos fracasos, por algún descuido en la asepsia y por no habar analizado antes la orina en una de ellas. Renuncié al método intraperitoneal para volver á la fijación del pedículo externo, que procuraba desecar con una mezcla de tanino y ácido salicílico para impedir su esfacelo y las infecciones consecutivas.

Y dispuesto á no dejar pedículo ni intra ni extra-peritoneal, por los inconvenientes que ambos presentaban, recurrí también dos veces á la hysterectomía supravaginal seguida de la extirpación del cuello por la vagina, perdiendo una de las operadas por infección peritoneal. Aquel mismo año de 1895, abandoné completamente los procedimientos expuestos, para practicar el que me pareció más racional y que obviaba todos los inconvenientes: la hysterectomía abdominal total, que ya Freund había aplicado al cáncer uterino, y que en esta fecha contaba con varios partidarios para los fibromas. Ensayé el procedimiento de Le Bec, el de Doyen, y el americano, que es ya el único que practico últimamente; pues yo no concedo gran importancia á si la hemostasia previa se ha de hacer con los dedos, con las pinzas ó con la ligadura, ó si los vasos se han de cortar entre dos pinzas para ligarlos después de la extirpación. El tiempo que se invierte, minutos más ó menos, es el mismo para la hysterectomía; lo más entretenido es la restauración del suelo peritoneal y su oclusión completa. Yo procedo de la manera siguiente:

Bien preparada la enferma y anestesiada, se la coloca en la posición de Trendelenburg bastante forzada; practico la incisión desde el pubis hasta más arriba del ombligo, bordeando éste por su lado izquierdo. Abierto el vientre, reconozco la forma y situación del tumor ó tumores y de los anejos, liberando éstos de sus adherencias

si no lo estuvieran, como también el epiploon; procuro hacerlo asomar fuera de la herida, con una mano, y con la otra introduzco el tirabuzón en la parte más elevada del tumor, y con él tiro y lo llevo sobre el pubis, encomendándole al ayudante único que debe acompañar en esta intervención. Después de proteger los intestinos y la herida abdominal con grandes compresas de gasa esterilizada, procedo á ligar, elevando los anejos izquierdos y por fuera de ellos, la arteria ovárica; colocando una pinza ú otra ligadura sobre el mismo vaso y próxima á los anejos, corto entre ambas el ligamento ancho hasta el ligamento redondo; hago la misma operación con éste para ligar el vaso correspondiente, y secciono hasta la base de aquél. Entonces trazo con el bisturi ó con la tijera una sección sobre la parte alta de la reflexión peritoneal véxico-uterina, por donde se une íntimamente al útero; sección que va desde el tercio inferior del ligamento ancho izquierdo, hasta igual sitio del derecho por la cara anterior del útero; con una compresa esterilizada, despego hacia abajo y por detrás del pubis la vejiga, hasta que desciende más que la inserción anterior de la vagina al cuello uterino. Entonces se puede ver y sobre todo tocar la arteria uterina, al entrar serpeneando en el útero por su borde y hacia la porción superior del cuello. Con la aguja de Déchamp, ó con una pinza, cojo todo el paquete vascular por fuera de la bifurcación de la uterina, y lo ligo en igual forma que los vasos anteriores. Entonces con el dedo toco á través de la pared izquierda y anterior de la vagina donde está el hocico de tenca, y con golpes de tijera secciono por más abajo el conducto vaginal hasta ponerlo al descubierto; conseguido lo cual, se aprisiona el cuello por su lado izquierdo con una pinza curva de cuatro dientes, y tirando fuertemente se acaba de seccionar la bóveda vaginal hasta llegar á la base del ligamento ancho derecho y punto por donde corre el paquete vascular, haciendo iguales ligaduras, aunque en sentido inverso, en este lado que en el izquierdo. Después de separado de ese modo el útero, casi sin pérdida de sangre, suele dar algún chorrillo la colateral de la vagina, que se puede ligar fácilmente. Procedo entonces á cambiar las compresas, limpiar el fondo de Douglas y rechazar el colon descendente hacia la parte superior del promontorio, para hacer la sutura entrecortada transversal de la vagina, y después la continua de los dos repliegues peritoneales, recubriendo con ellos los seis pedículos vasculares. En este tiempo hay que colocar en el ángulo inferior de la herida el separador Doyen para facilitar las suturas. La de la herida externa abdominal la hago doble: peritoneal y aponeurótica con catgut, y de la piel con crin de Florencia.

Este es el procedimiento más sencillo, seguro y sin accidentes que no estén previstos en el acto operatorio, para extirpar cualquier

útero fibromatoso; si alguno de los tumores es subperitoneal retro-uterino y está enclavado, se enuclea antes de toda otra cosa, ó después de hacer las dos primeras ligaduras.

El régimen de la convalecencia en mis operadas, se ha reducido á lo siguiente: dieta absoluta durante las primeras veinticuatro horas, en las cuales se las sonda cuatro veces la vejiga, recomendándoles el más completo reposo en posición supina. Al día siguiente, y si no tienen ó han cesado los vómitos clorofórmicos, se les permite tomar leche fría y caldos con vino de tres en tres horas y en cortas cantidades, con algún sorbo de agua en los intervalos; á las cuarenta y ocho horas, y cuando espontáneamente no han expulsado gases, se les administra una irrigación intestinal abundante con infusión de manzanilla, á la que se agregan dos onzas de glicerina. Cuando cede la paresia intestinal consecutiva á la laparotomía, y la enferma expulsa gases ó líquidos excrementicios, se la permite desde el tercer día tomar dos sopas, además de la leche, después huevos, y desde el sexto día alimentación ordinaria, aunque siempre las purgamos antes con una corta dosis de limonada. A los diez días quito los puntos de sutura y renuevo el apósito que, de no ocurrir alguna pequeña infección en la herida, es el último; y lo dejamos hasta que la operada es dada de alta á los diez y ocho días, en cuyo caso se sustituye por la faja abdominal que ha de llevar puesta durante un año por lo menos, para evitar eventraciones protegiendo la cicatriz con gasa y algodón.

Para prevenir y combatir los fenómenos de hipertensión que se observan en algunas operadas en los meses siguientes á la histerec-tomía (*vapores histéricos, dolores de cabeza, etc.*), aconsejo que durante algún tiempo, un mes por lo menos, tomen las pastillas de ovarina, de una á tres en cada comida.

Hasta la fecha no he visto que haya ocurrido ningún trastorno psíquico por la extirpación del aparato útero-ovárico, lo mismo en los fibromas que en el cáncer, sin que niegue por ello la posibilidad de que suceda.

El procedimiento de histerec-tomía abdominal total que antes he descrito, será en lo sucesivo el que proporcione más buenos éxitos á los cirujanos; pues familiarizados con él y con las prácticas asépticas, podrán concentrar sus esfuerzos á la investigación de ese factor desconocido, que aún en la actualidad y con tales perfeccionamientos ocasiona algunas víctimas.

ESTADÍSTICA DE LAS OPERACIONES PRACTICADAS POR FIBROMAS

PRIMER GRUPO.—Operaciones vaginales.

Cuadro 1.º — Miomectomías subperitoneales.

Núm. de orden.	Filiación de la enferma.	Naturaleza del tumor.	Fecha de la operación.	Procedimiento empleado.	Resultado.	Observaciones.
1	F. Vázquez, 34 años, casada.—Nulipara.	Fibroma submucoso de gran volumen en el labio anterior del cuello uterino.	23 Mayo 1891.	Incisión transversal.—Enucleación del tumor.—Sutura de los colgajos capsulares.	Curación.	—
2	V. Salmerón, 51 años.—Pluripara.	Fibroma submucoso del tamaño de una naranja.	20 Novbre. 1891.	Disección del cuello.—Enucleación.—Sutura de las heridas cervicales.	Curación.	—
3	E. Bernaola, 43 años, soltera.	Fibroma subseroso del segmento supravaginal anterior del cuello.	9 Febrero 1898.	Incisión de la vulva para dilatar.—Incisión transversal del fondo vaginal anterior.—Despegamiento de la vejiga.—Enucleación del tumor.—Sutura de las heridas vaginal y vulvar después de la extracción.	Curación.	—
4	S. Segoviano, 24 años, soltera.	Fibroma intersticio-submucoso del labio posterior del cuello.	18 Abril 1894.	Incisión transversal de la cápsula.—Enucleación del tumor.—Sutura.	Curación.	—
5	F. Vega, 39 años, casada.—Nulipara.	Enorme fibroma subseroso retrouterino que formaba gran eminencia en la vagina; compresión de la vejiga y del recto. Iscuria y tenesmo rectal.	3 Novbre. 1896.	Colpotomía posterior é incisión de la cápsula.—Despedazamiento del tumor con los tubos cortantes de Doyen.—Drenado de la cápsula con gasa iodoformica	Curación.	En esta enferma quedó el labio posterior separado del útero y sólo sostenido por el colgajo vaginal, habiéndose unido después de modo perfecto.
6	C. Vara, 39 años, casada.—Nulipara.	Fibroma submucoso de la pared anterior y muy hemorrágico.	15 Enero 1898.	Colpotomía transversal anterior.—Despegamiento de la vejiga.—Hemisección del útero en su tercio inferior.—Enucleación del tumor.—Sutura del útero con catgut.—Sutura de la vagina al cuello uterino, también con catgut.	Curación.	—
7	J. Peraqui, 26 años, soltera.—Agotada por las hemorragias continuas y la infección.	Enorme mioma submucoso gangrenado que llenaba la vagina y la cavidad del útero, cuyo fondo estaba al nivel del ombligo. Además, otro fibroma intersticial grande al lado derecho.	11 Octubre 1899.	Despedazamiento.—Al desprender las porciones mas altas del del tajido del cuello uterino, se perforó éste y el fondo de Douglas, que hubo necesidad de suturar.	Muerte por infección.	Hubo necesidad de dejar incompleta la miomectomía por el estado de la enferma y dificultades del caso, imposible también para histerectomía abdominal.

Cuadro 2.º — Histerectomías vaginales.

1	C. Pérez, 29 años, casada.—Nulipara.	Fibromas subserosos de la pared posterior del útero.	28 Novbre. 1894.	Sección media del cuello.—Doble incisión en V del cuerpo para hacer descender el fondo uterino.—Forcipresión sobre ambos ligamentos anchos.	Curación.	—
2	E. Orvea, 38 años, casada.—Nulipara.	Fibromas nodulares de la pared posterior del útero, muy hemorrágicos.	2 Enero 1895.	Sección media del cuello.—Doble incisión en V.—Despedazamiento con el sacabocados Doyen y con las tijeras.—Forcipresión.	Curación.	—
3	T. Jimeno, 37 años, soltera.—Nulipara.	Fibromas nodulares que llenaban la excavación.	7 Junio 1895.	Despedazamiento como en el caso anterior.—Forcipresión sobre ambos ligamentos anchos.	Curación.	—
4	V. Giménez, 51 años, soltera.—Nulipara.	Fibromas múltiples, intersticiales é intersticio-subserosos.	21 Febrero 1896.	Hemisección y despedazamiento con el sacabocados Doyen y las tijeras.	Curación.	—
5	I. Erices, 53 años, casada.—Pluripara.	Fibromas nodulares carcinomatosos. Grandes hemorragias. El fondo uterino se eleva sobre el púbis como tres traveses de dedo.	28 Febrero 1896.	Hemisección y despedazamiento.—Extracción difícil.—Forcipresión de los ligamentos anchos.	Curación.	—
6	S. Morera, 38 años, casada.—Pluripara.	Fibromas múltiples muy hemorrágicos. Hidroemia.	17 Junio 1896.	Doble incisión en V.—Despedazamiento con el sacabocados de Doyen y con las tijeras.—Extracción difícil.—Forcipresión de los ligamentos anchos.	Curación.	—
7	L. Pérez, 39 años, casada.—Nulipara.	Fibroma intersticial. Peso total del útero fibromatoso, 440 gramos.	23 Octubre 1896.	Hemisección y despedazamiento.—Forcipresión de los ligamentos anchos.	Curación.	Esta enferma tuvo al sexto día una parotiditis infecciosa, de la que curó pronto.

Núm. de orden.	Filiación de la enferma.	Naturaleza del tumor.	Fecha de la operación.	Procedimiento empleado.	Resultado.	Observaciones.
8	E. Berzochini, 38 años casada. — Nullipara.	Fibromas nodulares y carcino- ma, muy hemorrágicos.	16 Dicie. 1896.	Hemisección y despedazamiento. — Forcipsión de los ligamen- tos anchos.	Curación.	---
9	E. de Castro, 41 años, casada. — Pluripara.	Fibromas intersticio-subsero- sos de gran tamaño. Peso total de los mismos con el útero 1,356 gramos. Pelvi- peritonitis crónica.	22 Mayo 1897.	Doble incisión en V y despedaza- miento.—Extracción muy difi- cil por las adherencias.—Forci- psión de los ligamentos an- chos.	Muerte por a g o t a- miento.	La hemostasia completa fue muy difícil y esta operada sucumbió á las 24 horas, á pesar de las inyecciones de suero.
10	M. Quiroga, 42 años, casada.—Pluripara, extenuada por he- morragias muy copiosas.	Fibroma intersticio-submu- coso en regresión grasosa. Vagina muy amplia.	7 Enero 1897.	Hemisección y extracción en ma- sa en 7 minutos.— Forcipsión de los ligamentos anchos.	Curación.	---
11	C. Rodríguez, 43 años, casada.—Pluripara.	Fibromas nodulares de gran tamaño.	12 Febrero 1897.	Doble incisión en V y despeda- zamiento muy laborioso.	Muerte por infección.	Esta operada tuvo mucha transudación después de la histerectomía, y sucumbió por infección aguda á las 70 horas.
12	F. Caminero, 42 años, viuda.—Nullipara.	Fibroma intersticial. Peso del útero 496 gramos.	6 Enero 1898.	Hemisección y extracción des- pués de dilatar la vulva con las incisiones de Reclus.	Curación.	---
13	M. Iturralde, 38 años, soltera. — Nullipara.	Fibromas nodulares cuyo vo- lumen sobrepasa el pubis.	23 Marzo 1898.	Hemisección y despedazamiento. — Forcipsión de los ligamen- tos anchos.	Curación.	---
14	I. Castro, 42 años, ca- sada.—Pluripara.	Fibroma intersticial del úte- ro muy hemorrágico.	30 Novbre. 1898.	Hemisección y extracción.— For- cipsión de los ligamentos an- chos.	Curación.	---
15	C. Pérez, 46 años, ca- sada.—Pluripara.	Adenofibroma del útero. Flu- jo icoroso abundante, alter- nando con las hemorragias.	17 Enero 1899.	Hemisección y forcipsión de los ligamentos anchos.	Curación.	---
16	M. Teljon, 31 años, casada.—Pluripara. Metrorragias fre- cuentes y copiosas.	Fibroma intersticio-submu- coso de la pared anterior muy voluminoso. Pequeños fibromas subperitoneales. Quiste ovárico derecho.	7 Junio 1900.	Histerectomía típica Doyen.— Ligadura doble escalonada de los ligamentos después de ma- gullarlos con la pinza-clamp de dicho autor.— Sutura central peritoneo-vaginal.	Curación.	---

Cuadro 1.º—Miomectomías abdominales por fibromas pediculados.

TOMO IV—	1	M. Jiménez, 53 años, casada.—Pluripara.	Voluminoso fibroma quístico de muchas cavidades con inserción del pedículo al fondo del útero.	14 Dicbre. 1892.	Ligadura doble con seda, atravesando el pedículo: sutura de la cubierta peritoneal por encima.	Curación.	
	2	E. Velarde, 43 años, soltera.	Enorme fibro-quiste del útero con adherencias fibrosas múltiples.	2 Febrero 1898.	Destrucción de las adherencias al suelo pelviano y á la pared abdominal.—Ligadura doble del pedículo, que se recubrió de peritoneo.	Curación.	Al destruir las adherencias del pedículo, se perforó la vejiga, teniendo que practicar una doble sutura de la herida vexical con seda fina. Se dejó sonda permanente cinco días y la enferma no tuvo consecuencias.
	3	A. Pérez, 45 años, casada.—Pluripara.	Fibromioma voluminoso suelto al fondo del útero por un pedículo corto y carnoso.	16 Marzo 1895.	Ligadura previa y formación de pedículo con dos colgajos en V.—Sutura doble, muscular y serosa, sobre el mismo tejido uterino.	Muerte por colapso á las veinticuatro horas.	En esta operada se iniciaron los vómitos durante la cloroformización y persistieron incesantes hasta la muerte, arrojando grandes cantidades de líquido biliar.
	4	A. Sarachaga, 51 años, casada.—Nulipara.	Míoma edematoso de gran tamaño, inserto en el fondo del útero.	17 Mayo 1895.	Ligadura doble del pedículo.—Extirpación.—Sutura de la cubierta peritoneal sobre el mismo	Curación.	
	5	J. Rodríguez, 46 años, casada.—Nulipara.	Enorme fibroquiste del útero con adherencias epiplóicas viscerales.	23 Junio 1895.	Destrucción de las adherencias Ligadura doble del pedículo.—Extirpación del tumor.	Muerte.	Esta operada contrajo una bronco-neumonía doble, de la que murió á los ocho días de la operación.
	6	A. Menéndez, 43 años, casada.—Nulipara.	Fibroma inserto en el fondo del útero, al nivel del ángulo derecho.	6 Abril 1896.	Doble ligadura de seda.—Extirpación; cauterización del pedículo.	Curación.	
	7	P. Lorenzana, 35 años, soltera.	Fibroquiste del útero de extraordinario volumen. Peso 14 kilos. Pedículo ancho sobre el fondo y pared posterior del útero. Sólidas adherencias con la pared abdominal. Quiste hemático del ovario derecho.	13 Febrero 1900.	Destrucción de las adherencias.—Ligadura doble del pedículo.—Extirpación del tumor después de vaciar la parte quística.—Cauterización del pedículo.—Extirpación de los anejos del lado derecho.	Curación.	Al desprender el tumor de la cavidad pelviana y destruir las adherencias, se perforó la vejiga, practicando luego una doble sutura con seda fina y dejando sonda permanente seis días. Curó sin consecuencias.

CUADRO 2.º.—Histerectomías abdominales con pedículo externo.

Núm. de orden.	Filiación de la enferma.	Naturaleza del tumor.	Fecha de la operación.	Procedimiento empleado.	Resultado.	Observaciones.
1	I. Molero, 36 años, casada.—Pluripara.	Fibromas de grandes dimensiones con adherencias parietales y viscerales. Peso del tumor 10,370 gramos. Quiste del ovario derecho.	25 Novbre. 1887.	Laparotomía.—Destrucción de las adherencias.—Extracción del tumor.—Ligadura elástica del pedículo formado á expensas del cuello uterino en su porción alta.—Transfixión de este pedículo por encima de la ligadura y fijación al ángulo inferior de la herida abdominal.—Cauterización de la superficie del pedículo con cloruro de zinc.	Muerte.	La operación duró dos horas y media para dejar al tumor libre de todas las adherencias intestinales y parietales. La operada falleció á las tres horas, por colapso.
2	C. López, 24 años, soltera.—Nullipara.	Fibromas nodulares y uno intraligamentario en el lado derecho.	10 Dicbre. 1896.	El mismo procedimiento que en el anterior.—Para el intraligamentario, incisión de la hoja anterior del ligamento ancho, enucleación del tumor, sutura de la herida ligamentaria.	Curación.	---
3	P. Tone, 48 años, casada.—Nullipara.	Fibromas intersticiales en número de siete y dos subserosos.	17 Marzo 1899.	Laparotomía.—Extracción del útero fibromatoso.—Transfixión y ligadura elástica del pedículo al nivel de la porción supravaginal del cuello.—Fijación al ángulo inferior de la herida abdominal.	Curación.	---
4	A. Soto, 41 años, casada.—Nullipara.	Fibromioma intersticial muy voluminoso.	27 Novbre. 1899.	El mismo procedimiento.	Muerte por infección al sexto día.	---
5	D. Cobo, 45 años, viuda.—Pluripara.	Fibromas nodulares.	28 Novbre. 1901.	El mismo procedimiento.	Curación.	---
6	C. Sánchez, 40 años, viuda.—Pluripara.	Enorme fibroquiste del útero, con fuertes adherencias intestinales y parietales. Pesó 13 kilos.	14 Dicbre. 1891.	Laparotomía.—Destrucción de las adherencias parietales con la mano.—Punción del quiste.—Destrucción de las adherencias intestinales teniendo que dejar sobre el intestino algunos trozos de la pared del quiste.—Transfixión y ligadura elástica del pedículo que se fijó á la herida abdominal.	Muerte por colapso inmediato.	La operación fue laboriosísima y duró cerca de tres horas.

7	R. Núñez, 50 años, soltera.	Miomas edematosos que llegaban al epigastrio.	22 Dicbra. 1891.	El mismo procedimiento.	Curación.
8	M. Aparicio, 33 años, casada.—Nulipara.	Fibromas nodulares.	21 Mayo 1892.	El mismo que en los anteriores.	Curación.
9	D. Inclán, 44 años, casada.—Pluripara.	Fibroma intersticial de la pared anterior.	11 Novbre. 1892.	El mismo.	Curación.
10	G. Freixas, 46 años, casada.—Nulipara.	Fibromas múltiples del útero.	13 Novbre. 1892.	El mismo.	Curación.
11	F. Soris, 42 años, casada.—Pluripara.	Fibromioma telangiectásico con grandes cavidades quísticas.	30 Novbre. 1892.	El mismo ligando además los vasos del pedículo separadamente.	Muerte por infección aguda.
12	C. López, 36 años, casada.—Pluripara.	Mioma edematoso.	24 Abril 1893.	El mismo.	Curación.
13	A. Gutiérrez, 36 años, casada.—Nulipara.	Fibroma intersticial edematoso.	16 Julio 1893.	El mismo.	Curación.
14	M. Maurelo, 34 años, casada.—Nulipara.	Fibromas de gran tamaño.	22 Junio 1893.	El mismo.	Curación.
15	I. López, 42 años, soltera.	Fibroma subperitoneal anterior con cavidades quísticas. Peso 3,176 gramos.	18 Octubre 1893.	El mismo.	Curación.
16	D. Gómez, 43 años, casada.—Nulipara.	Fibromas nodulares.	15 Dicbra. 1893.	El mismo.	Curación.
17	I. Lisa, 36 años, viuda.—Pluripara.	Fibromas nodulares.	16 Mayo 1894.	El mismo.	Curación.
18	J. Vega, 33 años, casada.—Pluripara.	Fibroma subseroso de gran tamaño.	28 Mayo 1894.	El mismo.	Curación.

Núm. de orden.	Filiación de la enferma.	Naturaleza del tumor.	Fecha de la operación.	Procedimiento empleado.	Resultado.	Observaciones.
19	M. Miguelañez, 30 años, casada.—Plurípara.	Enorme fibroma subseroso con adherencias extensas viscerales y parietales. Peso 5,866 gramos.	6 Julio 1884.	Destrucción de las adherencias; ligadura de los vasos superiores; formación de pedículo con ligadura elástica; transfijión y fijación del mismo al ángulo inferior de la herida abdominal.	Muerte por colapso á las treinta horas.	En este caso hubo muchas dificultades para el aislamiento del tumor y su extracción siendo el acto operatorio muy prolongado (tres horas), en posición horizontal la operada.
20	F. Cárcelos, 57 años, soltera.	Fibromioma intersticial voluminoso.	12 Julio 1885.	Transfijión y ligadura doble del pedículo con seda.—Fijación al ángulo inferior de la herida.	Curación.	Esta operada tuvo al quinto día una neumonía del lado derecho, de la que curó bien.

CUADRO 3.º — Histerectomías abdominales con pedículo perdido.

1	R. Agúe, 48 años, casada.—Plurípara.	Mioma en regresión grasienta y con cavidades quísticas.	8 Julio 1893.	El de Schöeder; sutura muscular y serosa del pedículo que se abandonó en la cavidad del vientre.	Muerte por uremia al quinto día.	En esta enferma no se hizo análisis de orina antes de la operación, presentándose los vómitos y la anuria antes de que tuviera lugar una infección que explicase estos trastornos.
2	A. Rodríguez, 52 años, soltera.	Fibromioma intersticial.	12 Novbre. 1896.	Ligaduras parciales y sutura serosa del pedículo que se abandonó en la cavidad del vientre.	Muerte por infección aguda á las 50 horas.	Al hacer la autopsia se encontró gran cantidad de serosidad en el fondo de Douglas y estado necrótico del muñón del pedículo.

CUADRO 4.º — Histerectomías abdominales totales.

1	T. Sáiz, 26 años, soltera.	Fibromas intersticio-subserosos. Endometritis hemorrágica.	9 Novbre. 1895.	El de Le-Bec.	Curación.	En esta operada debió herirse el uréter derecho, y quedó por algun tiempo una fistula urétero-vaginal, pues orinaba á la vez y en bastante cantidad por la uretra. Cicatrizó sin consecuencias, con pequeñas cauterizaciones.
2	I. García, 48 años, soltera.	Fibromas de todas clases. Uno subperitoneal retrouterino encastrado.	5 Junio 1896.	El de Le Bec, despues de enunciar el retrouterino que llenaba el fondo de Douglas.	Muerte por infección.	Esta operación fue muy laboriosa y de larga duración (dos horas y media).

3	E. Plaza, 40 años, casada.—Nulipara.	Fibroma intersticial que rodeaba el ombligo.	15 Octubre 1896.	El modificado de Doyen con pedículo colgando en la vagina.—Sutura en jareta del suelo peritoneal.	Curación.	
4	I. Abascal, 35 años, soltera.	Fibromas intersticiales y subserosos.	4 Novbre. 1896.	El modificado de Doyen con pedículos colgando en la vagina.—Sutura en jareta del suelo peritoneal.	Curación.	Esta operada tuvo una febrilis infecciosa consecutiva de la pierna izquierda. Curó sin consecuencias con sólo la quietud.
5	N. Ruiz, 48 años, casada.—Pluripara.—Hemorragias y dolores por compresión	Voluminoso fibroma intersticial y otro intraligamentario del lado izquierdo.	12 Diciembre. 1896.	El mismo.—Dificultades por la cortedad de los ligamentos, a pesar de enuclea el fibroma intraligamentario.	Curación.	
6	V. Aparicio, 47 años, casada.—Nulipara. Hemorragia continua.	Fibromioma intersticial. Peso 5 kilos.	10 Febrero 1897.	El mismo.	Curación.	Esta operada tuvo un hemón subcutáneo por infección de un punto de sutura.
7	L. Garcia, 39 años, casada.—Primigesta.	Fibromas subperitoneales de gran tamaño, uno de ellos inferior. Embarazo de término.	8 Mayo 1897.	Operación cesárea.—Extracción de una niña viva.—Histerectomía abdominal total por el procedimiento de Doyen sin pedículos vaginales.—Sutura de la vagina y del suelo peritoneal.	Curación.	
8	J. Murueta, 40 años, casada.—Nulipara.	Fibromioma intersticial que llegaba al epigastrio.	27 Mayo 1897.	El de Doyen modificado; es decir, formando cuatro pedículos vasculares que se recubrieron con el peritoneo pelviano.—Sutura de éste con seda cerrando antes la bóveda vaginal.	Curación.	
9	R. Rodríguez, 42 años, casada.—Nulipara.	Fibromas nodulares; uno intraligamentario en el lado derecho.	12 Junio 1897.	El anterior.	Curación.	En el acto operatorio se perforó la vejiga, que hubo que suturar, quedando después una fistulita vaginal por algún tiempo.
10	S. Casares, 33 años, casada.—Embarazo primero de término.	Fibroma subseroso enclavado, de gran tamaño, ocupando toda la excavación y elevando el útero en gestación de ocho meses y medio.	27 Sepbre. 1897.	Operación cesárea y extracción de una niña viva.—Histerectomía abdominal total por el procedimiento anterior.	Curación.	

Núm. de orden.	Filiación de la enferma.	Naturaleza del tumor.	Fecha de la operación	Procedimiento empleado.	Resultado.	Observaciones.
11	F. Rodríguez, 44 años, casada. — Nullipara.	Fibromas intersticiales y subserosos.	15 Octubre 1897.	El mismo procedimiento, sin pedículos vaginales. — Sutura transversal del suelo pelviano, previa la de la vagina.	Curación.	—
12	D. García, 40 años, viuda. — Nullipara.	Fibromas nodulares.	27 Novbre. 1897.	El anterior.	Curación.	—
13	I. Alonso, 39 años, soltera. — Retención de orina.	Fibromas subserosos; uno de ellos, el anterior, muy voluminoso, comprimía fuertemente la vejiga.	10 Novbre. 1897.	Enucleación del fibroma anterior. Histerectomía por el procedimiento de Doyen modificado.	Muerte por infección al quinto día.	Hubo necesidad en esta operación de muchas manipulaciones por el tamaño y disposición del mioma anterior.
14	J. Bilbao, 41 años, casada — Nullipara. — Grandes hemorragias.	Fibromioma de la pared posterior, intersticio submucoso.	1.º Dicbre. 1897.	El de Doyen modificado.	Curación.	—
15	M. Carrica, 35 años, casada. — Nullipara.	Fibromas subserosos de gran tamaño.	10 Enero 1898.	El anterior.	Curación.	—
16	J. Ruiz, 34 años, solt.º	Fibromas nodulares.	22 Febrero 1898.	El mismo.	Curación.	—
17	A. Martínez, 46 años, viuda. — Pluripara. Flebitis de la pierna izquierda. Cólicos frecuentes.	Fibromas intersticiales adheridos al suelo pelviano.	12 Abril 1898.	El americano modificado por Segond, es decir, sin dejar muñón cervical.	Curación.	—
18	M. Rodríguez, 37 años, soltera. — Metrorragias y dolores lumbares y de la planta del pie.	Fibroma intersticial que rebasaba el ombligo.	22 Abril 1898.	El americano modificado por Segond, es decir, sin dejar pedículo cervical. — Sutura transversal del suelo pelviano.	Curación.	—
19	T. Lacalle, 28 años. — Pluripara.	Fibromioma intersticial.	23 Mayo 1898.	El de Doyen sin pedículos vaginales. — Sutura transversal del suelo pelviano.	Muerte por infección a las cinco y dos horas.	—

20	F. Calderón, 31 años, casada.—Pluripara.	Fibromas subserosos de gran volumen.	9 Novbre. 1898.	El mismo.	Curación.	—
21	L. Lara, 45 años, casada.—Pluripara.	Fibromioma grande, muy hemorrágico.	21 Novbre. 1898.	El americano modificado por Segond.	Curación.	Esta operada tuvo una fiebris consecutiva de la pierna izquierda, que curó con la quietud y desinfección vaginal.
22	L. Muñoz, 40 años, soltera.	Fibromas, en número de catorce, uno de los cuales, muy voluminoso, descansaba sobre el pubis.	26 Enero 1899.	El mismo.	Curación.	A los veinte días de operada, se formó un hemocito subcutáneo que supuró é infectó los puntos de la sutura abdominal.
23	E. Avila, 46 años, casada.—Un parto hace once años. Un aborto hace siete.	Fibromas nodulares. Salpingo-ovaritis quística doble. En el lado derecho forman los anejos un verdadero quiste tubo-ovárico.	24 Marzo 1899.	El mismo.	Curación.	—
24	C. Almeida, 22 años, soltera.	Fibromas intersticiales y subserosos, muy hemorrágicos.	12 Abril 1899.	El mismo.	Curación.	—
25	L. Merino, 40 años, casada.—Nulipara.	Fibroma grande, intersticio-subseroso. Peso 6,000 grams.	8 Mayo 1899.	El mismo.	Curación.	—
26	C. Torres, 28 años, soltera.	Fibroma voluminoso.	31 Mayo 1899.	El mismo.	Curación.	—
27	A. Prados, 38 años, casada.—Nulipara.	Fibromas intersticiales y subserosos.	25 Mayo 1899.	El mismo.	Curación.	Intentamos operar á esta enferma en Noviembre de 1898 y tuvimos que suspender la operación, porque á las primeras inhalaciones de cloroformo sufrió un síncope. En esta recurrimos al éter y conseguimos terminar felizmente.
28	M. Copete, 80 años, casada.—Pluripara. Enferma muy agotada por las hemorragias.	Enorme fibroma que en su parte más alta tenía un sarcoma adherido al epiplon.	28 Mayo 1899.	El mismo.	Curación.	—

Núm. de orden.	Filiación de la enferma.	Naturaleza del tumor.	Fecha de la operación.	Procedimiento empleado.	Resultado.	Observaciones.
29	C. Ribera, 44 años, casada. — Nulipara. — Anemia profunda.	Fibromas nodulares y uno pediculado, intracavitario.	20 Junio 1899.	El mismo.	Muerte por infección aguda.	En el momento de introducir el tirabuzón de Délageniére sobre la parte más saliente del útero, notamos que el tumor giraba sobre su eje al mismo tiempo que comenzó á salir por el punto puncionado una sangre negra que nos apresuramos á recoger con compresas esterilizadas para que no cayera en el peritoneo, aunque lo conseguimos incompletamente. Después de la histerectomía vimos que habíamos cogido con el tirabuzón un pólipo intrauterino cuyo pedículo se desprendió á la primera vuelta. La sangre negra derramada, fue la productora de la infección.
30	M. Fraile, 42 años, casada. — Nulipara.	Fibromas intersticiales y subserosos.	4 Octubre 1899.	El mismo.	Curación.	—
31	F. Alvarez, 36 años, soltera.	Fibromas intersticio-subserosos, de los cuales el mayor, retrouterino, llenaba la excavación.	10 Octubre 1899.	El mismo.	Curación.	—
32	R. Cantarero, 36 años, soltera. — Anemia profunda.	Mioma intersticio-submucoso de la pared anterior y de gran tamaño.	28 Enero 1900.	El mismo.	Curación.	—
33	M. Duffreim, 42 años, casada. — Un aborto hace 21 años. — Hemorragias y fuertes dolores.	Fibromas nodulares. Salpingo-ovaritisquistica doble.	30 Enero 1900.	El mismo, después de desprender las adherencias perimetriticas que sujetaban los anejos quísticos.	Muerte por bronco-pneumoniagripal el 10 de Febrero.	Esta operada siguió bien hasta el quinto día, en que se declaró una bronco-pneumonia gripal, de la que falleció á los diez días de operada.

84	J. Andino, negra, de 33 años, soltera.—Albuminúrica. Agotada por las hemorragias.	Fibromas de gran volumen.	14 Febrero 1900.—Se la preparó convenientemente.	El mismo.	Curación.	Sometida al régimen lácteo durante un mes y á los tónicos cardíacos, se consiguió ponerla en condiciones de ser operada.
85	A. Campo, 33 años, casada.—Nullípara.	Fibromas nodulares.	2 Mayo 1900.	El mismo.	Muerte.	Esta operada tuvo vómitos desde el mismo día de la operación hasta su muerte ocurrida al sexto, y siempre estuvo hipotérmica. El intestino funcionó desde el segundo día y no sobrevino trastorno cerebral. La muerte ocurrió con síntomas de depresión semejantes á los del cólera. No se pudo hacer autopsia.
86	C. Vázquez, 46 años, casada.—Plurípara.	Fibroma intersticial del fondo del útero. Endoteloma del ovario izquierdo con salpingitis intersticial.	13 Junio 1900.	El mismo.	Curación.	

TERCER GRUPO.—Histerectomías vagino-abdominales.

1	F. Medina, 33 años, casada.—Nullípara.	Fibromioma intersticial voluminoso que llegaba al epigastrio.	30 Enero 1898.	Laparotomía.—Extracción del útero fibromatoso; ligadura metálica (Pean) del pedículo; sección por encima.—Sección de los fondos vaginales; despegamiento de la vejiga y extirpación del pedículo después de aplicar dos pinzas de presión sobre ambos ligamentos anchos.	Curación.	
2	A. Cervantes, 42 años, casada.—Nullípara.	Fibromas nodulares. Uno mayor subperitoneal, enclavado en la excavación.	11 Enero 1895.	Laparotomía.—Enucleación del fibroma retrouterino.—Extracción del útero con los fibromas y sección por la parte alta del cuello, previa ligadura.—Sección de los fondos vaginales y extirpación por la vagina del pedículo después de colocar dos pinzas de presión sobre ambos ligamentos anchos.	Muerte por infección peritoneal al quinto día.	

CUARTO GRUPO.—Ablación bilateral de los anejos.

Núm. de orden.	Filiación de la enferma.	Naturaleza del tumor.	Fecha de la operación.	Procedimiento empleado.	Resultado.	Observaciones.
1	G. Frutos, 26 años, soltera, sirvienta.—Frecuentes y copiosas hemorragias.	Fibroma intersticial que sobrepasa la línea umbilical.	20 Junio 1897.	Laparotomía. — Extirpación de ambos ovarios y trompas.	Su presión de las reglas; disminución del volumen del útero fibromatoso en una mitad al sexto mes	Al año de la operación apenas sobresalía del pubis cuatro traveses de dedo el fondo del útero. La operada estaba bien y dedicada á sus faenas.
2	C. Egullior, 33 años, casada.—Plurípara. Con grandes hemorragias.	Fibroma intersticial voluminoso.	15 Abril 1893.	Laparotomía.—Extirpación bilateral de los anejos; muy difícil la del ovario y trompa izquierdos, por estar muy adheridos al tumor y por el estado varicoso de los plexos subperitoneales.	Su presión de las reglas ocho años después de la operación el útero no llegaba á sobresalir del pubis más de dostraveses de dedo.	En esta operada y por las excesivas manipulaciones á que dió lugar la difícil extirpación de los anejos hubo una infección ligera que retrasó la convalecencia.

ASCITIS LACTESCENTE DE ORIGEN LINFÁTICO

POR EL DR. R. MARTÍN GIL,

Director del Hospital Noble, de Málaga.

Motivo es de discusiones esta obscura enfermedad, lo mismo en España que en el extranjero. Las opiniones están mal definidas y son causa de graves errores de diagnóstico, porque la hidropesía resulte enquistada ó porque el color opalino de la serosidad y la presencia de gotas de grasa vistas con el microscopio, den pábulo á diagnosticar una ascitis quillosa, cuando pueda ser de origen linfático.

Si á primera vista no resulta de gran interés el estudio de estas ascitis, por lo sencillo de la intervención quirúrgica que se haya de emplear, lo tiene, y muy grande, por la patogenia, el diagnóstico, y tal vez por la terapéutica que se deba usar.

Los cirujanos tenemos que intervenir directamente en cuanto al tratamiento; pero el diagnóstico y la génesis han de estudiarse principalmente en el Laboratorio y en la Clínica, para ver de instituir una terapéutica apropiada.

Los Sres. Fernand Widal y Prosper Merklen, presentaron á la *Société Médicale des Hôpitaux*, en la sesión del 23 de Febrero último, un importante trabajo sobre la ascitis lactescente de origen linfático.

Muchos autores consideran esta enfermedad de naturaleza quillosa, por los glóbulos de grasa que se ven al microscopio; pero esta grasa puede ser un producto de degeneración de substancia extravasada. Es muy frecuente tal error en los casos de tuberculosis ó de cáncer del conducto torácico y de los linfáticos del abdomen.

Otros escritores franceses han publicado en los últimos años varios casos de «ascitis lactescente no quillosa», y Mr. Lion fue el primero que, en 1893 (1), aseguró que existía esta clase de ascitis, sin que contuvieran vestigios de quilo. Este autor encontró en una enferma de cáncer del ovario, con hidropesía, que el líquido lechoso tenía una substancia albuminosa, análoga á la caseína, y ninguna grasa.

Mr. Achard ha publicado después un caso de ascitis, en el cual el líquido contenía muy corta cantidad de grasa y numerosos gránulos brillantes muy diminutos, que no se coloraban con el ácido ósmico, semejantes á los que encontraron los Sres. Widal y Sicard en la sangre de los albuminúricos.

También Mr. Apert (2) encontró en un enfermo del corazón con

(1) *Archives de Médecine Expérimentale*, 1906, pág. 627.

ascitis lechosa, que el líquido no presentaba glóbulos de grasa, y empleando grandes aumentos del microscopio, se veían partículas brillantes con núcleos. El análisis químico demostró, sin embargo, que había 2,59 gramos de grasa por litro de líquido.

Ofrece grandes dificultades distinguir el origen quiloso de la ascitis lactescente, porque no se juzgan de tal naturaleza aquellas que contienen pequeñas porciones de grasa; y aun varía mucho la cantidad de quilo en cada análisis, en un mismo enfermo y en casos diferentes.

Según Widal y Merklen, el número de leucocitos puede determinar el origen linfático de la ascitis quilosa, como lo atestigua el siguiente ejemplo:

Un hombre alcohólico, de cincuenta años de edad, tenía subictericia conjuntival, ascitis y edema de las piernas. La punción del abdomen dió salida á nueve litros de líquido lechoso. Veinticuatro horas después empezó á formarse de nuevo la serosidad, y á los seis días murió el enfermo. *Post mortem* se le extrajeron tres litros y medio de la misma clase de líquido.

El que se le sacó en vida era de 1.010 de densidad, reacción neutra, y contenía 1,45 gramos de grasa por mil, no coagulaba en reposo y se hizo más opaco y denso, formándose un depósito blanquecino.

El examen histológico demostró que no existían partículas de grasa y sí una abundancia de leucocitos, que oscilaba entre 90.000 y 100.000 por milímetro cuadrado.

Se hizo un escrupuloso análisis químico con eosina y hemateína, thionina y triácido de Ehrlich, y no se encontraron eosinófilos polinucleares, ni leucocitos basófilos. Sólo aparecieron células uninucleadas, de las cuales algunas eran pequeñas, del tipo de los linfocitos, y otras grandes y de mediano tamaño, leucocitos mononucleares.

El examen necroscópico demostró que el hígado estaba cirrósico y muy agrandado, y que los vértices de ambos pulmones aparecían llenos de tubérculos blandos.

No existían signos de peritonitis, ni se apreciaba lesión de los linfáticos del abdomen; pero la presencia de leucocitos mononucleares demostraba, por modo evidente, que el exudado procedía sólo de los linfáticos.

Mr. Merklen ha reconocido otros ejemplos de ascitis quilosa en enfermos que padecían cirrosis atrófica del hígado, sin que pudiera encontrar otra lesión en el abdomen (1).

(1) *Bulletin de la Société Anatomique*, 1897, pág. 189.

(2) *La Semaine Médicale*, 1897, pág. 181.

Por último, F. Micheli y G. Mattiolo describen una serie de experimentos que han hecho para averiguar la causa de algunos líquidos lactescentes, en los que apenas si se encuentra pequeña cantidad de grasa.

Estos señores han concluido por creer que en muchos casos de tal naturaleza el color lechoso se debe á la lecitina, y los denominan ascitis quiliformes (1).

Así se ha llegado á reunir cierto número de casos de ascitis lechosa, con extraordinaria cantidad de leucocitos; pero el estudio de esta clase de leucocitos no se ha completado, y la patogenia de la ascitis lactescente aún está sin averiguar.

UN CASO DE OVARIOTOMÍA POR QUISTE DERMOIDEO

OPERADO POR D. FERMÍN ARANDA

EN EL INSTITUTO DE SU NOMBRE, EN JEREZ DE LA FRONTERA, SEGÚN LOS DATOS RECOGIDOS
POR EL MÉDICO DE LA ARMADA

D. MANUEL RUIZ Y GARCÍA

DEL QUE TAMBIÉN ES EL ESTUDIO HISTOLÓGICO QUE ACOMPAÑA

De doce ovariectomías practicadas con felicidad en el Instituto, ninguna llamó tanto la atención como el caso presente; nuestro deseo hubiera sido hacer un estudio concienzudo de él y darle publicidad, pero dudábamos de los recursos propios para tal empresa. Mas cuando el insigne D. Federico visitó el Instituto y animó á su Director para ese trabajo ofreciendo su REVISTA, ya no dudé un momento, aun con la certidumbre de no sacar todo el partido que debiera de caso tan interesante é instructivo.

HISTORIAL

Catalina Ramírez Márquez, natural de Arcos (Cádiz), de veintiocho años de edad, constitución fuerte y sin antecedentes patológicos propios ni de familia, casada hacía cinco años, se presentó en este Instituto con un tumor voluminoso en el vientre, para ser operada por consejo y recomendación de D. Rafael Benot, médico de su asistencia.

Cuando soltera, jamás había experimentado la más mínima alteración en sus funciones genitales, como tampoco en el primer embarazo; en el segundo, como al tercer mes, notó en el lado izquierdo del vientre un bulto movable del tamaño de una nuez, que ya en los últimos meses del embarazo se hizo algo sensible á la presión y

(1) *Revista Crítica de Clínica Médica*, Enero 27, 1900.

á determinados movimientos, aumentando paulatinamente el volumen hasta ser del tamaño de una naranja pequeña en el momento del parto; verificado éste, las molestias desaparecieron para reaparecer en el tercer embarazo, trece meses después, llegando á ser intolerables en sus últimos tiempos; y aunque aliviada con el parto, el tumor era ya tan grande y tan rápido su aumento, que la imposibilitaba para todas sus ocupaciones, resintiéndose también el estado general por los reflejos de intolerancia digestiva que le ocasionaba; determinándose en consecuencia á seguir el consejo de la intervención operatoria.

La anamnesis, el aspecto de la enferma, lo descentrado de la tumoración predisponían ya el ánimo á determinado diagnóstico, como después se comprobó en el reconocimiento subsiguiente. El abdomen presentaba un grande abultamiento en la parte media é izquierda, y en forma como si arrancase de la fosa iliaca de ese lado; el poco pániculo adiposo y la flacidez de las paredes abdominales, por los embarazos concomitantes, favorecía el descolgamiento hacia adelante de la masa tumoral, haciendo gran prominencia en la superficie del vientre y favoreciendo las maniobras exploradoras.

El tumor daba un sonido mate uniforme en todas sus regiones accesibles; con ambas manos se podía circunscribir en gran parte, y aislarlo con facilidad de todos los órganos de la parte alta del vientre; la superficie era lisa, tensa, dura y elástica, con esa elasticidad que, sin semejarse á la fluctuación, da idea al dedo ejercitado de que existe un líquido por debajo; en la parte inferior, introduciendo los dedos entre el hueso iliaco y el tumor, se recibía la impresión como si se tocase la cabeza de un feto, y en lo más profundo una eminencia dura, huesosa, á modo de apófisis, y de la que, sirviéndose de ella como punto de apoyo, se imprimían variados movimientos á la masa total, sobre todo, de abajo á arriba; pero nunca eran tan extensos como los que se conseguían con ambas manos, abarcando el fondo libre en la cavidad del vientre.

La base resultaba ancha, y su dureza huesosa se extendía hacia los lados por todos los puntos accesibles á la exploración, siendo muy confusa la línea divisoria entre las dos distintas partes de que se componía el tumor.

Por el tacto manual, vaginal y rectal combinados, podía apreciarse con toda claridad la independenciam del útero en el proceso. El cuello era normal, salvo presentar el orificio dirigido hacia adelante y á la izquierda, siguiendo el eje del cuerpo esa misma dirección atrás y á la derecha; la consistencia y dimensiones eran normales en toda la parte posterior y derecha; en la anterior é izquierda, como á cuatro centímetros del cuello, en el fondo de saco anterior, se notaba un cuerpo duro que seguía las impulsiones del

dedo, así como se notaban en él los movimientos impresos en el tumor, por la mano situada en las paredes del vientre. El útero no participaba de estos movimientos, con tal de que no fuesen muy fuertes. Más hacia la parte media, parecía adivinarse el surco de separación de ambas masas, haciéndose más perceptibles cuanto más á la derecha y profundamente se tocaba, llegando hasta introducir la punta del dedo entre el cuerpo del útero y el tumor. El tacto rectal corroboró la integridad del útero, así como el histerómetro no dió aumento en la profundidad del órgano.

Por los antecedentes y por los datos del reconocimiento, podía deducirse, sin temor á equivocación, que se trataba de *un quiste del ovario izquierdo*, y **PROBABLEMENTE DERMOIDEO**. Las adherencias no debían ser muchas, ni á órganos importantes; y la intervención quirúrgica estaba indicada, sin que se hicieran presumir dificultades en el acto operatorio.

En el diagnóstico diferencial, había que excluir por completo: el embarazo extrauterino, por la clara anamnesis; ó un cuerpo fibroso pediculado del útero, porque, además de la falta de reacción del órgano, el rápido crecimiento de la última época abogaba por el quiste, así como las eminencias huesosas de la parte inferior; ó los tumores fibro-quísticos, por la superficie homogénea, sin abolladuras, de la parte superior; ó el encondroma, por la rareza de estas neoplasias, y porque la falta de homogeneidad de la masa tumoral y la dureza elástica de la parte superior sólo podían indicar la presencia de un tumor mixto.

OPERACIÓN

Esta se practicó por el señor Aranda, Director propietario del Instituto de su nombre. Puesta al descubierto la pared del quiste, después de una incisión abdominal de 12 centímetros de extensión, fue muy manifiesta la presencia del líquido; con el aspirador se intentó evacuarlo, mas pronto quedó obturada la cánula por la substancia lechosa y densa que fluía, y por los abundantes pelos que arrastraba; sustituida por otra de mayor diámetro, sufrió igual suerte, lo mismo que con el gran trócar curvo; pero en este punto, ya el quiste se había reducido bastante de tamaño, y cerrado el orificio, con una fuerte pinza se intentó el desprendimiento, llevado á cabo con relativa facilidad y en escaso tiempo.

Las adherencias eran epiplóicas: una en la parte derecha, cuya brida de cuatro centímetros de ancho y doce de largo quedó unida al tumor, como puede verse en la figura 1ª; y otra más corta, en la parte media derecha. El pedículo estaba en el ovario izquierdo y en el ligamento útero-ovárico del mismo lado. La trompa también salió unida al tumor, por intermedio de un trozo de li-

gamento ancho de apariencia normal, pero con un pequeño quiste en la cara superior.

La cantidad de líquido oleaginoso que en total se obtuvo fue de cerca de cuatro litros, mezclado con una gran cantidad de pelos y tres dientes con la cara de implantación plana. El líquido, á poco de ser recogido, se coaguló; y el análisis microscópico dió á conocer la existencia de restos de células epitelicas, cristales de colessterina y abundantes gotitas de grasa.

Desprendido el tumor y nuevamente relleno, dió un diámetro mayor de 23 centímetros, y otro transversal de 18; presentando por su cara anterior el aspecto de la figura 1.^a Abierto el saco quístico, del fondo emergía un mamelón ó pezón blanquecino, algo mayor que un duro, donde nacían infinidad de pelos largos y finos hechos una masa, por la substancia grasosa que los impregnaba, que enmarañándolos, formaba una densa pelota, visible en la figura 2.^a Algunos cabellos midieron 75 centímetros, y el término medio de la longitud oscilaba entre los 40 y los 45 centímetros. Todo el resto del fondo del quiste estaba cubierto de vello fino y corto, no presentándose en el resto de la cara interior de la cápsula.

Las paredes del quiste presentaban muy distinto aspecto y composición: los dos tercios superiores los constituía una lámina de medio centímetro de grueso, fuertemente vascularizada por la parte externa, y con aspecto de piel macerada la interna; entre ambas, aparecían engastadas unas cuantas placas huesosas redondas, sirviendo dos de ellas de base de implantación á dientes; si bien no era requisito indispensable, puesto que también se encontraban dientes sin este basamento.

El casquete inferior se componía de una placa huesosa grande en su parte anterior y de un tejido grueso y poco denso en las restantes. El hueso, por su aspecto, curvatura y tamaño, semejaba el maxilar inferior de un adulto, pero sin las ramas laterales; en la parte media y externa, que debiera corresponder á la sínfisis, aparecía una eminencia, la cual era la misma que se notó en la exploración diagnóstica, y que descarnada, dejó ver dos muelas, una de ellas trilobulada, muy perceptibles en la figura 1.^a El lado izquierdo del hueso estaba mucho más desarrollado que el derecho, sobre todo, en grosor, que de 4 milímetros subía á 3 centímetros.

La cubierta externa del hueso se prolongaba para formar la cápsula, por lo que el borde del hueso estaba libre en la cavidad del quiste y los dientes que lo erizaban no herían la pared. Ocho eran los dientes de este borde superior del hueso, cinco en el lado izquierdo y tres en el derecho; dispuestos á distancias irregulares y mezclados los que tenían aspecto de incisivos, con las muelas y caninos,

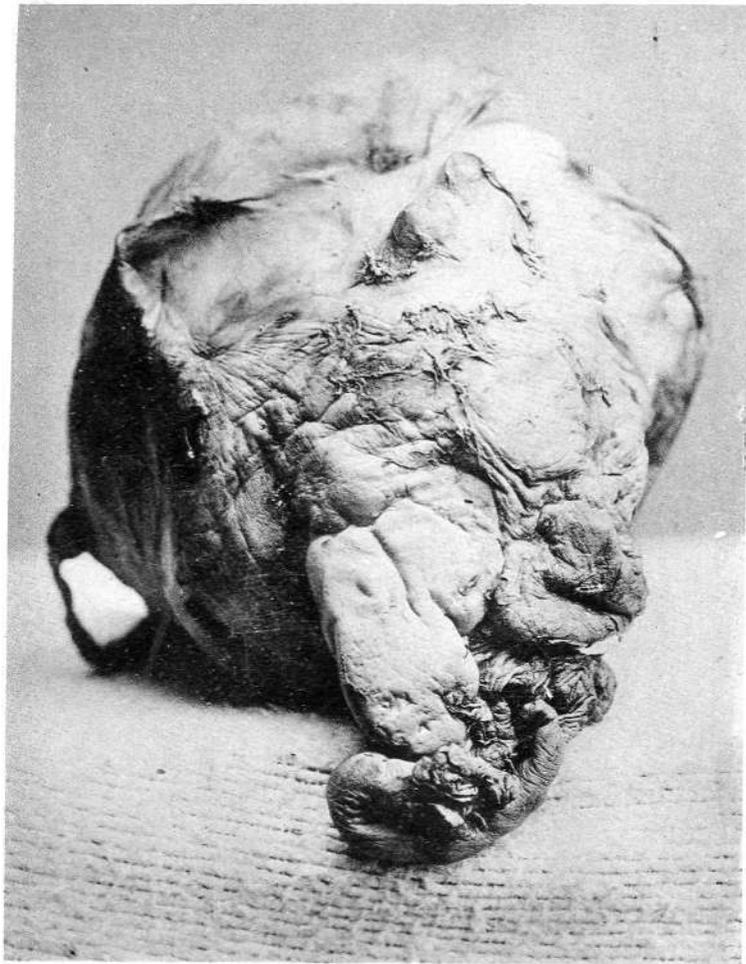


FIG. 1.ª



FIG. 2.ª

pero siempre el parecido con el borde gingival de un maxilar era muy grande.

Los dientes no se diferenciaban en nada de los normales, sobre todo los caninos con sus largas raíces; ya las muelas presentaban alguna diferencia, arraigándose con un sólo dentellón; y los incisivos, por sólo una superficie plana al nivel del cuello.

El tejido grueso que completaba el casquete inferior era poco denso, con algunos quistes sebáceos en su parénquima y algunas quequedades, producto probablemente de otros quistes de igual índole reabsorbidos: por la parte interna presentaba el mamelón de que ya hemos hablado; y en la externa é inferior, una gran masa que constituyó el pedículo, unido á la trompa y á un resto de tejido, que por sus relaciones, y algo por su forma, hacía suponer fuese del ovario.

ESTRUCTURA HISTOLÓGICA

En cuatro partes puede dividirse este estudio: la membrana capsular, el tejido de la base, el del mamelón piloso y el de las placas huesosas (1).

La membrana capsular está constituida por un tejido conjuntivo muy denso con muy pocas fibras elásticas, y dejando solamente los intersticios para el paso de los vasos capilares que lo riegan abundantemente: como puede apreciarse en la fig. 3.^a, donde resaltan los manojos y las fibras conjuntivas, gracias al carmín que las colora; así como destacan por el color amarillo del ácido pícrico, las células endoteliales del capilar cortado en pico de flauta.

La parte interna presenta un revestimiento epitelial pavimentoso estratificado, cuyas células en sus capas más superficiales han perdido sus núcleos, y su protoplasma se ha hecho transparente, y sólo en sus puntos de cementación se coloran por el nitrato de plata, carmín y azul de metileno (figs. 4 y 6). En las capas más profundas el núcleo aparece de color más oscuro con numerosos radios hacia la periferia, y con tendencia á tomar la forma alargada y á ocupar todo el espacio protoplasmático (por resultar la preparación algo gruesa, no nos ha sido posible obtener fotografía de ella); algunas de estas células sueltas figuran como erizadas de filamentos por lo perceptible de los hilos intercelulares. En la fig. 8.^a se presenta un corte vertical de estas capas, desde el germinal á los distintos estratos, incluso el más superficial de las células córneas cor-

(1) Sólo publicamos en fototipia las figuras 3, 4, 5, 8, 15, 17, 20, 21 y 25, pues las restantes microfotografías no se pueden reproducir con limpieza suficiente para resultar bien demostrativas; dichas figuras pasan á ser ahora 3.^a, 4.^a, 5.^a, 6.^a, 7.^a, 8.^a, 9.^a, 10 y 11, respectivamente.—L. M.

tadas transversalmente; y en la fig. 26 las papilas que forma el tejido conjuntivo para servirle de apoyo y arraigo.

La cara externa de la cápsula en contacto con las vísceras, se reviste de una delgada capa de células embrionarias y algunos islotes de epitelio-endotelio casi totalmente desprendido (fig. 9.^a).

La cápsula en la parte inferior y posterior se va haciendo más gruesa, y ya se encuentran algunos islotes de células de grasa (figura 5.^a).

En el casquete inferior, el tejido conjuntivo se hace más laxo; en la parte más interna y superficial, deja pasar entre sus mallas gran cantidad de vellos, según las figuras 7.^a y 24, así como tubos evacuadores de glándulas sudoríficas, puestos de manifiesto en las figuras 16 y 18. En la parte más profunda se presenta alguna que otra glándula sebácea, en unión de las sudoríparas ya mencionadas, envueltas en tejido celular. En la figura 13, aunque borrosamente, se ve la espiral de una glándula sudorípara. Más hacia el exterior, el tejido conjuntivo de esta región se hace embrionario, notándose la existencia de pequeños quistes, unos llenos de una substancia mi-xomatosa, y otros de serosidad y hasta algunas oquedades, restos quizá de otros quistes reabsorbidos.

El mamelón pilífero del fondo resulta formado por un acumulo de folículos pilosos y glándulas sebáceas en un magma de tejido celular grasoso, con composición histológica idéntica á la piel, tanto profunda como superficialmente. En la figura 11 muéstrase un folículo piloso cortado transversalmente en casi toda su longitud, y fondos de sacos glandulares; en la figura 10, un folículo cortado al través; en la 17, una glándula sebácea completa que aboca en un folículo vacío, y atravesando la preparación un conducto evacuador de una glándula tubular; en la 12, otra glándula sebácea, en la que resalta su conformación arracimada en el más completo de su desarrollo, similar en un todo á las del cuero cabelludo; y en la 14, un pelo en su emersión.

El tejido huesoso en nada se diferencia del normal: los conductos de Havers son muy manifiestos en la fig. 20, cortados de través entre las columnillas óseas; y en la fig. 22 aparecen cortados longitudinalmente, resaltando al mismo tiempo en el corte los conductos calcóforos que á ellos abocan en dirección perpendicular; en la figura 25, además de los conductos nutricios, destácanse los medulares con sus células y hasta algunos osteoblastos, y en la fig. 19, las fibras de Sarpey, obtenidas por decalcificación y disociación, sumamente abundantes, como en casi todos los huesos planos; en la figura 23 se ven las fibras calcificadas en una red tan densa y con carencia tan absoluta de osteoblastos, que hace suponer es el paso directo del tejido conjuntivo al huesoso. En la fig. 21 son visibles las

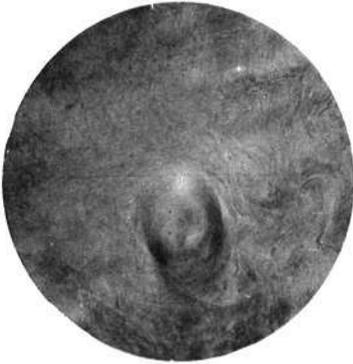


FIG. 3.^a
(3)

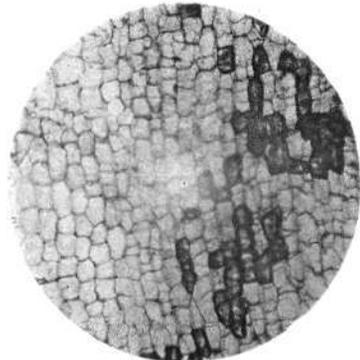


FIG. 4.^a
(4)



FIG. 5.^a
(5)

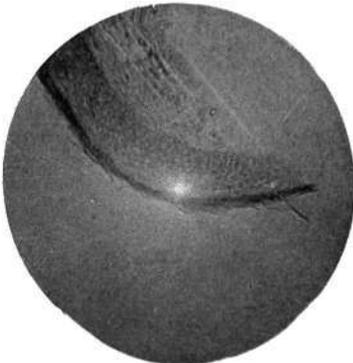


FIG. 6.^a
(6)



FIG. 7.^a
(15)

Laboratorio de Histología - Madrid

PREPARACIONES Y MICROFOTOGRAFÍAS

DEL SR. RUIZ GARCÍA
© Biblioteca Nacional de España

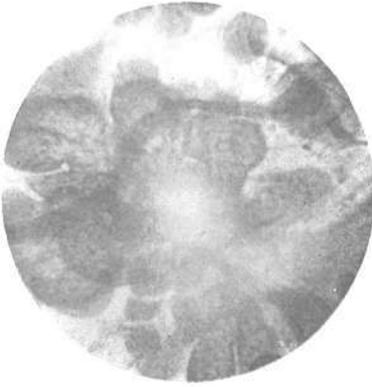


FIG. 8.^a
(17)

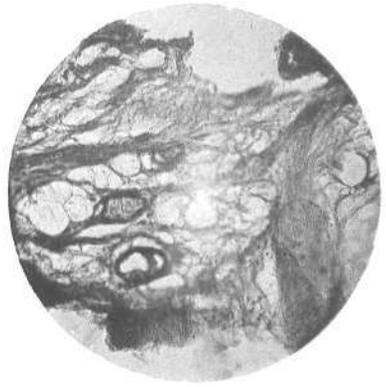


FIG. 9.^a
(20)

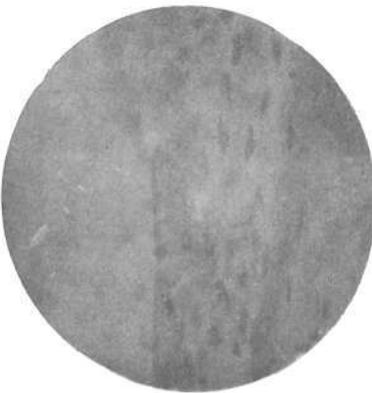


FIG. 10.^a
(21)



FIG. 11.^a
(25)

Fotografía de Huesos y Huesos Madrid

PREPARACIONES Y MICROFOTOGRAFÍAS
DEL SR. RUIZ GARCÍA

células óseas características, no habiéndose obtenido mejores pruebas por la rotura del negativo original.

La parte inferior externa del tumor, además de la trompa algo engrosada, pero permeable en toda su extensión, presenta un abultamiento que por su forma y relaciones, si no por su tamaño, hemos dicho recuerda el ovario; y en efecto, allí, en su extremidad hecha inferior por la dislocación, se notan las huellas de adherencia de la expansión salpingiana, y en su proximidad, dos cicatrices radiadas. El corte histológico de esa extremidad acusa el ovario, si bien sin vesículas de Graaf, pero con abundantes cuerpos amarillos y pequeños quistes serosos y de substancia granulosa: algunos de estos quistes empiezan á tomar el aspecto papilomatoso; los fascículos fibrosos se inician en la cavidad, empujando á la capa de epitelio cilíndrico que la reviste. Estos quistes es posible fueran los antiguos ovisacos del ovario (fig. 15). Más hacia arriba, las fibras y células conjuntivas invaden á todo el órgano hasta confundirlo con el tejido fibroso que forma el pedículo del quiste.

CONCLUSIONES

1.^a El quiste tuvo su punto de origen en la extremidad interna y borde superior del ovario izquierdo.

2.^a Su núcleo germinador probablemente sería congénito por enclavamiento de células embrionarias de la hoja media y externa del blastodermo.

3.^a Los primeros embarazos, con el aumento concomitante de circulación local, despertarían la actividad formadora del núcleo; y las presiones consecutivas, la sobreactividad de los últimos tiempos.

4.^a En la estructura no se encuentra nada atípico; todos los tejidos son idénticos á los normales.

5.^a Por la falta observada de tejido cartilaginoso, aparece muy manifiesta la formación del tejido óseo á expensas del conjuntivo.

6.^a El revestimiento epitelial de toda la superficie interna es idéntico al de la piel, pero sus anejos (pelos, glándulas sebáceas, sudoríficas) sólo existen en el mamelón piloso y segmento inferior, salvo alguno que otro lobulillo.

7.^a Se trata, por lo tanto, de un quiste dermoideo simple; y el gran desarrollo no puede atribuirse á su combinación con manifestaciones prolíferas, si bien el rápido aumento de volumen sólo se explica por la sobreactividad glandular.

8.^a Los pequeños quistes papilomatosos del tejido del ovario no han intervenido en el desarrollo ulterior del quiste principal.

9.^a El pequeño quiste existente en el ligamento ancho, por su situación, parecía provenir de alguno de los conductos horizontales del paraovario.

10.^a El quiste pudo ser primitivamente multilocular, por las varias oquedades de la pared gruesa del fondo; pero muy pronto se hizo único, por no presentarse restos de estas cavidades mayores.

11.^a En la formación del quiste han intervenido los elementos conectivo y epitelial, con sus tejidos óseos y dentíficos de evolución típica, sin ninguna otra formación teratológica, ni de proliferación atípica.

12.^a Lo más notable es el grandísimo desarrollo del tejido óseo, formando un hueso parecido al maxilar, provisto de caninos idénticos á los normales y de muelas de un solo dentellón: un caso parecido al presente se cita en la literatura médica, descrito por P. Ruge.

13.^a Los dientes de este hueso estaban albergados en verdaderos alveolos y fuertemente adheridos, no siguiendo la regla dada por Hollæder en su inclinación al eje mediano.

14.^a Caso que también debe considerarse como raro, es el que los dientes hagan prominencia al exterior, como ocurre en el presente, visible en la fig. 1.^a

Jerez, 27 de Mayo de 1900.

NOTA. Recientemente, después de terminado este trabajo, se practicaron en este Instituto dos ovariectomías, resultando de una de ellas un quiste dermoideo, al parecer mixto, prolifero-papilar; del que también se hará el estudio histológico. Sirviéndonos de mucho para su mayor perfección las enseñanzas adquiridas en el caso presente.

Junio 8 de 1900.

ISOTERMIA CUTANEA Y CRYANESTESIA EN EL BOCIO EXOFTÁLMICO

POR EL DR. DE LEÓN (de Montevideo).

Comunicación presentada al Congreso Internacional de Medicina de París el 5 de Agosto de 1900, en la Sección *Neurologie*.

La observación de la temperatura y la investigación de las sensaciones subjetivas de calor en diez casos de *enfermedad de Basedow*, me ha permitido comprobar que, al principio de la enfermedad, casi todos los enfermos acusan sensaciones subjetivas de calor, y en algunos se nota un verdadero aumento de la temperatura, 37°5 á 38°4 décimas, en la cavidad axilar.

Estos dos fenómenos, probablemente correlativos, indicados por los autores, desaparecen generalmente cuando la enfermedad se ha desarrollado de una manera completa.

Constituída la enfermedad,—síndrome de Graves ó Basedow, pal-

pitaciones, bocio y exoftalmia, sintoma de Charcot, temblor menudo, rápido y frecuente, y sintoma de Vigouroux, menor resistencia á la corriente galvánica, y aunque falte alguno de estos caracteres,—se nota en muchos casos una casi igualdad de temperatura en toda la superficie cutánea, próximamente igual y en algunos casos superior á la de la cavidad axilar.

He aquí el término medio, de una á cuatro observaciones, en los dos primeros meses de investigación, en los casos indicados: primer caso, 35°8 en la mano y 36°3 en la axila; segundo caso, 37°5 en la mano y 37° en la axila; tercer caso, 36°2 en la mano y 37°4 en la axila; cuarto caso, 36°5 en la mano y 36°7 en la axila; quinto caso, 34° á 36°2 en la mano y 36°4 á 36°5 en la axila; sexto caso, 36°4 en la mano y 37°2 en la axila; séptimo caso, 36°5 en la mano y 37°5 en la axila; octavo caso, 36°5 en la mano y 36°9 en la axila; noveno caso, 35°8 en la mano y 36°2 en la axila; y décimo caso, 37°2 en la mano y 37°3 en la axila.

Teniendo presente que la temperatura periférica, en estado normal, es muy inferior á la de la cavidad axilar—en las manos y en los pies oscila alrededor de 33° y en la axila es de 36°5, término medio, y no 37°, como aseguran los autores,—se ve, al recorrer las anteriores observaciones, que la temperatura periférica es muy superior á la del estado fisiológico, y que la diferencia de ésta á la axilar, que generalmente oscila alrededor de 4°, ha disminuído considerablemente, siendo la mayor diferencia la del quinto caso, que fue en una observación de 2°4, pero en otra no se notan sino 0°3; y en la del séptimo caso, que es de 1°, aunque en éste la temperatura pueda considerarse febril, tanto más que en días anteriores, el termómetro ascendió hasta 38°2; en algunos casos, el cuarto y el décimo, la diferencia ha casi desaparecido; y en otros, como el segundo, la temperatura es mayor en la periferia.

De esta serie de observaciones he creído poder deducir la siguiente ley de isotermita:—la temperatura periférica en los basedowianos es próximamente igual, y en algunos casos superior, á la de la cavidad axilar.

Otro síntoma curioso que presentan los enfermos de bocio exoftálmico es su poca sensibilidad al frío, ó, dicho de otra manera, su resistencia al frío: los basedowianos no usan abrigos en las estaciones frías, ni se cubren mucho en la cama; y si se les interroga si sienten el frío, contestan que nunca lo sienten ó que lo sienten muy poco. El enfermo del caso quinto, encuadernador, francés, que estuvo en París tratándose con Vigouroux, me ha asegurado que un día que la temperatura descendió á 17° bajo cero en aquella capital, tampoco le molestó el frío, sin haberse dado cuenta hasta ahora de fenómeno tan curioso.

Esta *cryanestesia* (1), tan opuesta á la *cryestesia* general de los nefríticos, no debe confundirse con las sensaciones de calor del principio: porque una cosa es sentir calor, y otra no sentir frío sin sentir aquél. Las sensaciones de calor del principio, cuando son generales, se acompañan de ligera fiebre (caso séptimo), y cuando son locales se limitan de ordinario á la cara y son producidas por emociones. Estas sensaciones locales de calor no son persistentes ni tan intensas como las que aseguran sentir los *parkinsonianos*, verdaderas *termoestesias*, que son realmente el fenómeno opuesto de las *cryestesis* locales de los nefríticos, limitadas unas y otras generalmente á las rodillas ú otra región de las extremidades inferiores.

Esta mayor *resistencia al frío*, probablemente debida al aumento de la temperatura periférica, tarda más en desaparecer, cuando los enfermos mejoran, que el temblor, las palpitaciones, y también que el exceso de temperatura periférica. Es más todavía: interrogando á los enfermos, casi todos aseguran no haber sentido el frío desde mucho antes de haber notado su enfermedad, como si este síntoma fuera el primero en presentarse. Si la mejoría se acentúa, los basedowianos vuelven á ser sensibles al frío.

Investigando, en enfermos de otra naturaleza, la diferencia ó igualdad de temperatura de la mano con la cavidad axilar, sólo he encontrado un caso en que aquélla era casi igual á ésta, 37°5 en la mano y 37°8 en la axila: era un enfermo de cincuenta y ocho años de edad, atacado de infiltración del lóbulo pulmonar derecho, macidez y soplo bronquial, con ligeras hemoptisis, en cuyos esputos nunca se encontró el bacilo de Koch, y que aparentemente curó, quedándole una induración en aquel vértice; pero este enfermo, al contrario de los basedowianos, era sensible al frío, lo que me ha demostrado, aparte del carácter diferencial, que la resistencia al frío no siempre es debida á una mayor temperatura de la periferia.

Comparando el síntoma de Vigouroux, es decir, la poca resistencia electrogalvánica, con la mayor resistencia al frío, he notado que la una es inversamente proporcional á la otra, y que si los enfermos mejoran, aquélla aumenta y ésta disminuye: un paciente que tenga 1.000 ohmios de resistencia (segundo caso en una región que normalmente da 3.000, tiene mucha resistencia al frío; y si ésta disminuye, aquélla llega á 2.000 ohmios próximamente.

Creo, por consiguiente, que entre los síntomas más característicos, capitales, del bocio exoftálmico, debe incluirse la mayor resistencia al frío, que se observa también en los casos incompletos, como el del noveno, que no tiene bocio; apenas se descubre la exoftalmía y

(1) *Cryanestesia*: cry, frío; ana, partícula negativa; y *estesia*, sensibilidad.

la mirada, algo extraviada en el ojo derecho, estando sólo constituido por la taquicardia, temblor, disminución de la resistencia eléctrica y mayor resistencia al frío, con la isoterмия que hemos descrito.

TRATAMIENTO DEL PIE ZAMBO

CASOS CLÍNICOS

POR EL DR. R. MARTIN GIL,

Director del Hospital Noble de Málaga.

Desde los tiempos de Hipócrates ha sido objeto del mayor interés el estudio de las deformidades del pie humano.

Y es que por la importancia de sus funciones y lo ostensible del mal, en todas las épocas de la Historia nos ha preocupado curar á seres tan desvalidos, á veces los que más interés inspiran; porque conceptuados como aptos para luchar por la existencia, muchos son pobres inútiles incapaces de prestar trabajo alguno.

Muchos siglos pasaron sin que el tratamiento del pie zambo consistiera en otra cosa más que en sencillas manipulaciones, mejor ó peor dirigidas, y en el botín de cuero con la pesada suela de plomo, hasta que Minnius, Thilenius, Lorenz, Sartorius y otros, dieron impulso á estos estudios.

Roonhuysen, de Amsterdam, en 1670 (1) ideó cortar al descubierto el tendón del músculo externo mastoideo, y este procedimiento se generalizó mucho para todas las tenotomías que se practicaban, sobre todo á principios de nuestro siglo.

Más tarde, en 1816, Mr. Delpech (2) concibió la idea de hacer las tenotomías subcutáneas, y Stromeyer fue el primero que practicó en 1831 la excisión del tendón de Aquiles, cortando como una pulgada por cada extremo de él. Desde entonces todos los cirujanos cambiaron el procedimiento antiguo por éste, y abandonaron los groseros aparatos que empleaban, usando otros más sencillos y eficaces, de los cuales se emplean todavía algunos modelos.

No obstante lo mucho que en todo tiempo ha interesado el tratamiento del pie zambo, hasta época muy reciente no se han creado departamentos especiales en algunas clínicas de Europa para curar estas deformidades; y en los últimos años puede decirse que es cuando se ha hecho un adelanto efectivo en estos estudios, publicándose libros especiales, algunos de mucho mérito, dignos de ser consultados.

(1) *Historische Heilcuren*. Nuremberg, 1674, ob. XXII.

(2) *Chirurgie Clinique de Montpellier*, 1828, t. I, pág. 184.

Si fue del todo preferible el método subcutáneo en la primera mitad de este siglo, no ha sido tan necesario en nuestros tiempos, desde que la Cirugía general dió el gran avance de la antisepsis. Pero en los casos en que el cirujano no tema accidentes de la región en que haya de operar, ó sus conocimientos anatómicos le ofrezcan la garantía necesaria, debe seguir el método subcutáneo, que junto con la antisepsis, será doble seguridad de una pronta y eficaz cicatrización.

Sin embargo, hay algunas operaciones en que debe preferirse el método al descubierto: tales como en la contracción de la rodilla, en que se necesita dividir los tendones del biceps, y por el método subcutáneo no es fácil evitar la sección del nervio poplíteo externo. Lo mismo acontece con la sección del tendón del músculo esterno-mastoideo, en que se corre el riesgo de interesar alguna de las venas del cuello.

Hoy las tenotomías, las aponeurotomías y las syndesmotomías constituyen estudios del mayor interés; y en el pie zambo—originado por causas diferentes—tiene el cirujano ancho campo de acción donde emplear procedimientos eficaces en muchos estados conceptuados antes incurables.

*
* *

Hace unos tres años trajeron á mi consulta la niña que representa la figura 1.^a Andaba con gran dificultad, cogida de la mano de su madre, y llevaba colocados en ambos pies unos pesados aparatos de hierro que le subían hasta los muslos. El ruido que hacía al andar, lo torpe de sus movimientos y la expresión de tristeza de su cara, inducían á pensar si sería una enfermedad de los pies la que exigía aquella burda mecánica, ó un exvoto hecho para purificación de algu ien, como los gentiles ofrecían á sus dioses.

Los tiempos han cambiado mucho en eso de mortificarse, sobre todo, aunque no tanto cual fuera de desear para la mecánica ortopédica: como cuando se trata de algún aparato ideado por ciertos *inteligentes*, que, sin más guía que la *propia idea*, se echan á corregir un miembro ó un cuerpo defectuoso.

Así aparecía esta enfermita *cargada de hierros* sin poderse mover; y cuando la hice andar descalza se movía mejor que antes, con mayor agilidad y firmeza.

Al contrario de lo que suele acontecer en los pies zambos (que son pequeños, por lo mal desarrollados), los de esta niña eran grandes y muy anchos en los dedos y el metatarso. Todo el esqueleto medio tarsiano se elevaba mucho en ambos pies, y los astrágalos enseñaban sus poleas y estaban muy inclinados hacia los maleolos

externos. Las plantas de los pies eran muy cóncavas, y en los dos había un equinismo de cerca de dos centímetros. La marcha era lenta, con las puntas de los pies hacia adentro y pisando con el borde exterior. La posición en pie le era muy incómoda, y siempre propendía á sentarse en todas partes, aunque fuera en el suelo.

Existían bolsas serosas en los bordes externos de ambos pies, y una muy considerable al nivel de la articulación tibio-tarsiana, hacia el maleolo peroneo.



FIG. 1.^a—Pies equino-varos congénitos (segundo grado).

La enferma había nacido con los pies zambos y no tenía fenómenos de parálisis, ni gran atrofia de los músculos de las piernas, si se tenía en cuenta la presión que desde muy antiguo ejercían los aparatos.

No dejaba de pensar en la edad que la niña tenía y los muchos años que llevaba de andar, para dudar del éxito de una operación; pero los maleolos estaban bien desarrollados, y el *massage* y los aparatos había que descontarlos porque fueron empleados sin beneficio alguno.

La desviación de ambos pies se producía por cortedad manifies-

ta de los tendones tibial-anterior y posterior, y del de Aquiles, que los desencajaban hacia adelante y afuera.

Creía, pues, que sólo la operación podía ser el medio para que todos aquellos tendones dejaran de tener el pie torcido y contrahecho; y así lo aconsejé á la familia, que estuvo conforme con mi consejo desde el primer momento.

Bien pronto ingresó en el hospital y procedí á la operación en el pie izquierdo, lavándolo con todo el rigor de la antisepsis.

Aunque muchos cirujanos prefieren no emplear ningún anestésico general, la edad y el carácter de la niña me hacían temer que no pudiera retenerla quieta y no me dejara practicar debidamente las varias tenotomías que quería hacer.

La anestesié con cloroformo, cuyo agente uso en todos los niños, aprovechando, en este caso de pronta operación, desde el momento en que empiezan los fenómenos de insensibilidad, para no llegar, á ser posible, á una anestesia profunda.

Me proponía operar primero el pie izquierdo, dejando para después de conseguido el resultado de éste la intervención en el derecho. Los tendones que había de cortar eran el de Aquiles, el tibial posterior, el flexor común de los dedos y el tibial anterior, á fin de quitar el equino-varus que existía y dejar el pie en libertad para la abducción.

Coloqué la niña en decúbito lateral izquierdo con el pie fuera del borde inferior de la mesa de operaciones, y un ayudante sostuvo la extremidad con gran firmeza, poniendo el pie en flexión dorsal.

La anestesia fue momentánea, como acontece en los niños, y procedí á la división del tendón de Aquiles, en su parte más estrecha, como á un centímetro por encima de la inserción en el calcaneo, penetrando con un tenotomo recto, de punta, en sentido paralelo al eje del tendón, y por su cara interna. Cambié el tenotomo por uno de botón y lo introduje en la herida, dirigiendo el filo sobre el tendón; y con mi dedo índice izquierdo, apoyado en la piel para apreciar el efecto del corte (á fin de que no se saliera la hoja por el punto opuesto), pronto lo dividí al compás de un movimiento de sierra que imprimía al instrumento. Enseguida el pie cedió todo en equinismo, ayudado por la dirección que le daba el ayudante.

La herida fue muy pequeña y salieron no más que dos ó tres gotas de sangre; la tapé con gasa iodoformica y procedí á seccionar el tendón del músculo tibial posterior y el del flexor común de los dedos.

Sujeto el pie firmemente en flexión dorsal y abducción, de modo que el tendón apareciera prominente y tenso, el procedimiento que había de seguir para esta segunda tenotomía, era por encima del ligamento anular interior, y detrás del maleolo del mismo lado.

Elegido el punto, lo que representa en los niños alguna dificultad porque no está bien delineado el borde posterior de la tibia, ni existe el tubérculo que aparece detrás de ese hueso en el adulto, introduje el tenotomo de punta en dirección vertical, y con la hoja paralela al borde del maleolo, hasta que atravesé la aponeurosis de la pierna y la vaina del tendón, y quedó clavado en él. Sin agrandar la herida de la piel, saqué este tenotomo é introduje cuidadosamente el de botón hasta llegar al fondo de la punción; volví el lomo del bisturí sobre el maleolo y corté hacia afuera los tendones del tibial posterior y del flexor común de los dedos.

En seguida dejó de percibirse la retención que estos tendones ejercían sobre el pie, y éste y el chasquido que percibi en mi mano me hicieron comprender que había cortado por completo estos dos tendones. Mucho temía cortar al mismo tiempo la arteria tibial posterior, como suele acontecer; pero esta vez no sucedió.

Todavía resultaba torcido el pie lo bastante para comprender que debía cortar el tendón del tibial anterior, lo que procedí á hacer á continuación.

Coloqué la niña en decúbito dorsal, y el ayudante sujetó el pie en flexión palmar y abducción, de modo que el tendón se destacara y apareciera rígido, y yo colocado, de cara á la enferma apliqué la uña de mi dedo pulgar izquierdo en el sitio más prominente del tendón, é introduje el tenotomo de punta fina con la hoja plana por entre este tendón y el extremo propio del dedo grueso, debajo del ligamento anular del dorso, hasta cortar la vaina y comprender en la hoja del instrumento todo el ancho del tibial anterior.

Cambié este tenotomo por el de botón, y al llegar al fondo de la herida volví la hoja; y sirviéndome de guía el tacto de la yema de mi dedo pulgar izquierdo, seccioné el tendón por completo sin cortar la piel.

Con estas tenotomías conseguí que el pie quedara en buena posición, sin tener que recurrir á mayores intervenciones de los otros ligamentos ó los huesos. Bien es verdad que el pie se queda tan suelto que, á pesar de existir las aponeurosis, un gran número de ligamentos y tendones, como estos, tienen mayor extensión de la que les corresponde (por lo que han tenido que ceder á la retracción de los acortados), el pie se queda con la operación descrita tan suelto y sin fuerza, que parece desposeído de sus medios más esenciales de sujeción.

Espolvoreé las heridas con iodoformo, las cubrí con gasa de la misma substancia y apliqué una gruesa capa de algodón esterilizado, y coloqué un apósito inamovible de escayola de París.

Dispuse el pie en posición normal usando el método llamado

inmediato, porque lo juzgo más ventajoso que los otros (*lento y rápido*), sin embargo de que expone á grandes dolores y mucho más con los apósitos imperfectos que se usan.

No creí el caso conveniente para hacer idéntica operación en el pie derecho, aunque terminé muy pronto y con fortuna la que acabo de referir, porque no tenía gran confianza en el tratamiento consecutivo, ni en el resultado de la operación.

Trasladé la niña á su cama y coloqué sobre el pie un arco de hierro. Bien pronto empezaron los dolores en la articulación, y aunque no había fenómenos de compresión por el vendaje, la enfermita no podía tolerar la nueva posición del pie. Entre el dolor de las heridas y el que le producían los nuevos contactos de la articulación, las primeras veinticuatro horas las pasó con intensos dolores, no obstante tomar cucharadas de una disolución de hidrato de cloral.

Al día siguiente los grandes sufrimientos de la niña me obligaron á quitar el vendaje y dejar el pie un poco menos derecho, volviéndole á colocar de nuevo escayola de París. Dos días más tarde los dolores se hacían intolerables y volví á levantar el apósito para dejar que cediera el pie algo de la nueva posición; cambié el vendaje por uno más flojo de silicato de sosa, colocando entre el algodón y la venda unas férulas, para mantener el pie derecho, mientras el silicato se endurecía, y separarlas después.

También costó gran trabajo que la niña soportara este apósito tan flojo. Por fortuna, las heridas cicatrizaron por primera intención. A los seis días del último vendaje se lo quité, porque no tenía confianza en que el pie estuviera en la conveniente posición: coloqué simplemente una venda circular y fijé el pie á una férula metálica rectangular, que se sujetaba á toda la extremidad.

A las dos semanas de la operación levanté á la niña de la cama y ví con gran agrado que sentaba bien el pie en el suelo; y aunque sin fuerzas para andar (por lo que usó muletas algún tiempo), concluyó andando bien con él, y eso me decidió á hacer la otra operación.

Pero en verdad, yo no me sentía dispuesto á seguir el tratamiento postoperatorio que tanto trabajo me había dado y tan imperfecto resultaba.

Entonces ideé un aparato que aventajara á los apósitos inamovibles.

En la fig. 2 aparece este aparato enderezador del pie. Consiste en una pieza circular de acero *A* de siete centímetros de diámetro. De un lado se proyecta la canaleta *B* en dirección horizontal, que es fija; del otro arranca una chapa *C* colocada en sentido casi vertical con la figura de la planta del pie. Sujeta la extremidad con dos vendas como aparece en el grabado, el operador coloca el pie en la

posición que desea; y combinando los tornillos *I*, *E*, *G* y el pinzote *D*; quedará fijo en la posición que convenga, ó se cambiará tan pronto como desee, aflojando esos tornillos y ajustándolos otra vez.

Tan sencillo aparato superó á las ventajas que yo me proponía. Un enfermero puede soltar esos puntos de fijación y colocar el pie

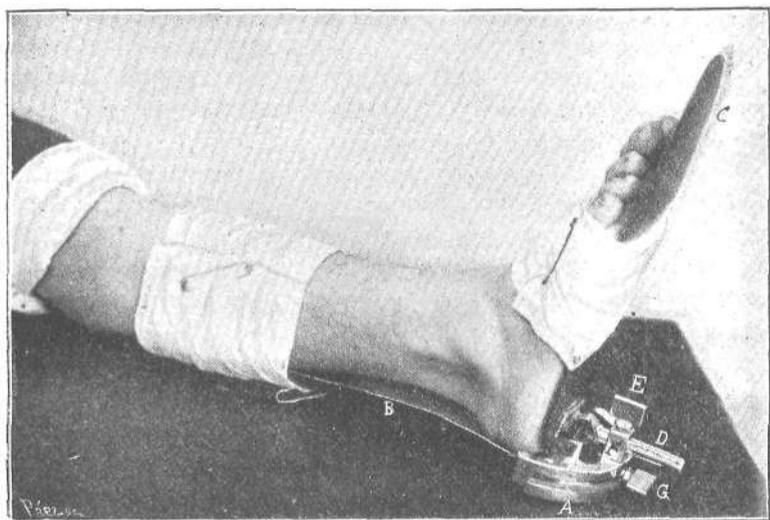


FIG. 2.—Aparato del Dr. Martín Gil para el tratamiento de las deformidades del pie.

en la posición que moleste menos al enfermo, así como sin quitar las dos vendas que se ven puede aflojarse toda la mecánica de que se compone y hacer el *massage* de la articulación.

Por último, es un excelente medio para los casos de fracturas del tercio inferior de la pierna y de los maleolos, donde tan imperfecta acoaptación se suele obtener con los tratamientos ordinarios. Lo mismo cuando haya herida se puede tratar, sin perjudicar con movimientos inconvenientes la consolidación de los huesos fracturados. Hace poco he tenido el ejemplo de una de estas fracturas en que por lo tardío que llegó á mí el enfermo,—seis días después de la fractura,—era de muy difícil diagnóstico la lesión. Mi exposición radiográfica, además de que reveló la fractura de la epifisis de la tibia y del maleolo peroneo, cuando apliqué mi aparato valiéndome de la pantalla fluoroscópica, fui ajustando el pie á la posición deseada, hasta que los fragmentos quedaron debidamente afrontados. No era de temerse que la inflamación llegara á ser motivo de extrangulación, como con los vendajes que de ordinario se usan. Aquí la articulación quedó libre, desnuda y siempre vigilada, en condiciones de aplicar el tratamiento que se hubiera de necesitar.

El enfermo curó muy bien, sin acortamiento ni deformidad de la pierna, y á los veinticinco días pudo andar.

En este aparato se pueden cambiar la media caña de la pierna, y la plantilla del pie por otras cuyas dimensiones convengan, mediante unos tornillos que las sujetan con toda firmeza á la pieza circular.

Volviendo á nuestra enferma, puedo asegurar que contando con este aparato sentía vehemente deseo de operarle el otro pie.

Habían transcurrido dos meses de la primera operación, y aconsejé á la familia trajeran á la niña de nuevo al hospital, donde la operé en seguida, haciéndole la misma tenotomía que en el pie izquierdo, sin accidente alguno.

Llegada la hora de colocar mi aparato, en muy perfecta posición quedó desde el primer momento, porque respondió á todas las posiciones que se emplearon para colocar el pie por el método *inmediato* en la situación normal. La niña sintió dolores á las pocas horas de operada; pero una enfermera aflojaba la plantilla cuanto la enferma demandaba, y volvía á fijarla con los tornillos para á las pocas horas reintegrar, por así decirlo, la posición que convenía.

Con estos cambios soportó la enferma perfectamente el tratamiento postoperatorio, y á los quince ó diez y seis días la levanté de la cama con sus heridas cicatrizadas por primera intención.

Bien pronto echó á andar esta niña, y su posición en pie era perfecta y cómoda. Sin embargo, la mayor longitud de todos los tendones no seccionados hacían insegura la posición de los dos pies para andar. Por este motivo le puse, como es práctica, unas botas de Stillman, que aseguran los pies derechos, sin estorbar toda la libertad de sus movimientos, ni la nutrición.

Este fue el método que seguí durante varios meses, empleando, durante el sueño, unos «zapatos de noche» de forma rectangular que se usan para pies varus en el tratamiento consecutivo, y no llegué á obtener una fotografía del resultado de las operaciones por dificultades que me opuso la familia—que era de buena posición;—pero la enferma quedó muy bien, pudiendo andar y correr sin ninguna clase de auxilios, nutriendo bien sus piernas y quedando yo muy complacido del resultado de las operaciones, para seguir ejecutándolas cuando otros casos lo reclamaran.

Poco se hizo esperar un nuevo ejemplo de pie contrahecho. A los varios meses se presentó en mi consulta un matrimonio, en que los cónyuges eran fuertes y jóvenes, con una hija de dos años que tenía el pie izquierdo zambo, muy pequeño y plano, y la pierna corta y atrofiada.

Este matrimonio tiene varios hijos, todos sanos y bien conformados. La niña no presentaba fenómenos de parálisis en la pierna y el pie, y su defecto de mala formación era congénito.

Cual aparece en la fig. 3, el pie era muy chico, ancho y plano por su cara dorsal, y con muy poca curvatura en la planta. Carecía del maleolo interno, por lo que formaba un ángulo muy pronunciado con la pierna y tenía un gran equinismo.

Cuando se ponía la niña en pie y se la hacía andar, sujeta entre dos personas, lo verificaba con gran dificultad y pisaba con el



FIG. 3. — Pie varo-equino (tercer grado).

dorso del pie más que con su borde externo, saliéndose fuera de la articulación la cara tibial del astrágalo. Tenía, además, una gran bolsa serosa por debajo del maleolo externo, la cual se percibe en el grabado.

La niña estaba en muy buena edad. La nutrición era excelente, y si faltaba el maleolo interno, era fácil que después de la operación —llevado el pie á su sitio— el crecimiento de las epífisis de la tibia sobreviniera, y la niña se curara del gran defecto que sufría en la extremidad.

Ingresó en el hospital, la anestesié, desinfecté el pie izquierdo

escrupulosamente y le hice las tenotomias del tendón de Aquiles, el tibial posterior, el flexor común de los dedos y el tibial anterior, como en el caso precedente, sin cortar la arteria ni contratiempo alguno que lamentar.

Creía tener que hacer alguna sección de la aponeurosis plantar y de los músculos y tendones de esta región; pero ya he dicho que al contrario de lo que acontece en la generalidad de estos casos, la planta del pie no era curva, ni siquiera presentaba los hondos sureos propios de esta deformidad.

Terminada, pues, la intervención que creí deber hacer, cubrí las tres pequeñas heridas con iodoformo y gasa, apliqué una ligera capa de algodón esterilizado y una venda delgada para que siempre pudiera percibir los contornos del pie y de la pierna.

La puse, por último, mi aparato enderezador del pie, llevándolo á su posición normal inmediatamente, esperando, como en el otro caso, que los dolores se hicieran intolerables á las pocas horas. Así sucedió; y á la enfermera le dejé el encargo de que fuese dirigiendo gradualmente el pie hacia adentro, según sintiera la niña vivos dolores, y lo volviese á su posición normal tan pronto como aquéllos lo consintieran.

Varias veces, durante las primeras veinticuatro horas, hubo necesidad de mover el pie, pero á la mañana siguiente lo encontré en la posición en que lo había dejado; y así en los tres días primeros fue necesario, de vez en cuando, cambiar la posición del pie, hasta que consintió la enfermita dejarlo siempre como convenía.

El apósito lo levanté á los ocho días. Las heridas estaban cicatrizadas, y no se presentó inflamación alguna. Apliqué un nuevo vendaje y coloqué otra vez el aparato. Dos veces más efectué el mismo cambio en el mes que duró esta clase de fijación de la extremidad. Hice poner en pie á la niña y se mantenía sola; pero no era capaz de andar, porque no podía ó porque no sabía, puesto que nunca había andado.

El tratamiento consecutivo fue igual al de la enferma anterior: la bota de Stillman y el *massage* durante el día, y la ferula metálica rectangular por la noche, hasta seis meses después de la operación.

Bien pronto anduvo esta niña; corría y jugaba sin caerse, y con sorpresa mía observé que aquella pierna corta había ido creciendo hasta sobrepasar á la otra, se había nutrido, aunque no lo bastante, y el defecto del pie zambo que aparece en la fig. 3, se había convertido en un genu-valgum como se ve en la fig. 4, con los dedos un poco inclinados hacia adentro cuando anda, mas pisando firmemente con toda la planta del pie.

La bolsa que existía por debajo del maleolo externo desapareció,

formándose el maleolo interno, gracias á lo cual quedó bien encajado el pie en la polea que forma la cara tibio-peronea sobre el astrágalo.



FIG. 4.—Genu-valgum después de unas tenotomias para curar el pie varo-equino de la figura anterior.

En Mayo del año 1898 trajéronme otra niña de tres años, con todos los defectos que aparecen á la simple vista en la fig. 5. Ambos pies eran varo-equinos congénitos en el tercer grado, con gran atrofia de los tejidos blandos de las piernas y los pies. No podía andar ni sostenerse siquiera. Cuando se la obligaba á estar derecha los pies se le volvían completamente atrás, con las plantas hacia arriba, y se sostenía con el dorso y los maleolos peroneos, comprimiendo dos enormes bolsas serosas que del roce se le habían formado.

La planta del pie izquierdo estaba algo arqueada y con surcos, pero la del derecho era extraordinaria: formaba un gran hueco plantar y tres arrugas profundas. La sensibilidad del pie izquierdo era normal; pero no así la del derecho, donde estaba disminuída en el dorso y abolida en la planta.

El desarrollo de los huesos del tarso parecía extraordinario; mas yo lo creía normal, si bien más prominente por la casi luxación de aquellos pies. Le faltaban los dos maleolos internos.

Aconsejé la operación de ambos pies, no asegurando á la madre un resultado brillante, porque los defectos eran extraordinarios para obtener la completa reparación.

Procedí á la operación con anestesia. Primero limpié quirúrgicamente el pie izquierdo, lo coloqué sobre el borde externo, y por el mismo método que en los anteriores casos corté el tendón de



FIG. 5. — Pies varo-equinos congénitos (tercer grado).

Aquiles, el tibial posterior, el flexor común de los dedos y el tibial anterior, que estaba atrofiado y apenas se hacía prominente cuando se ponía el pie en flexión muy violenta.

Nada aconteció distinto de las otras operaciones. El tratamiento postoperatorio fué el mismo y las heridas cicatrizaron en seguida. Coloqué el pie en posición normal, conservándola las horas que la enfermita lo permitía, hasta llegar á mantenerlo fijo durante un mes. Pocos días después andaba con la bota de tutores, y decidí proceder á operar el pie derecho en el mes de Julio.

Aquí las cosas sucedieron de modo bien diferente. Corté el tendón de Aquiles sin dificultad; pero al seccionar el tibial posterior y el flexor común de los dedos, con los cuidados que en los anteriores casos, y en dos tiempos, corté la arteria y no sé si el nervio también. El pie se quedó blanco, la sangre manaba por la pequeña herida abundantemente y á veces á chorros grandes, lo cual me hizo suponer que la sección de la arteria había sido completa.

Un ayudante comprimía esta herida con gasa iodofórmica, mien-



FIG. 6.—Pies varo equinos, diez y ocho meses después de operados.

tras otro sostenía el pie convenientemente para cortar el tendón del tibial anterior, que estaba más atrofiado que el del pie izquierdo.

Le apliqué el vendaje antiséptico y mi aparato, llevando el pie á una posición natural.

Sin grandes dolores pasó la enfermita los primeros días, y sólo con una pequeña mancha de sangre en el vendaje, por lo que lo cambié á las cuarenta y ocho horas. Pero al quinto día de la operación se presentó una eczema húmedo muy intenso de todo el pie

y parte de la pierna, que bien pronto me hizo pensar en un grave defecto de influencia nerviosa y de nutrición, como si hubiera seccionado el nervio tibial posterior.

Tal eczema no permitió colocar por más tiempo vendaje alguno conveniente para tratar la deformidad del pie, y gracias á mi aparato conseguí fijar un poco la pierna y la punta del pie para no dejar abandonado el objeto de la operación.

Unas seis semanas duró el eczema, al cabo de cuyo tiempo empleé la bota de Stillman, el *massage* durante la noche, y la férula rectangular.

La familia era poco cuidadosa, como lo demuestra el hecho de haberla estado avisando durante varios meses á fin de que me trajeran la niña para conocer el efecto de las operaciones; y al cabo de muchos recados conseguí que me la presentaran, diciéndome, «que se habian roto las primeras botas y que aún no le habian cambiado los tutores á las que traía nuevas.»

El resultado de la operación bien se comprende á primera vista en la fig. 6. El pie izquierdo tiene más elevación en el dorso que la normal, y el derecho está demasiado varus y con mayor curvatura en la planta de lo conveniente. Este pie necesita una sygmoideotomía de la planta, la cual en plazo breve me propongo ejecutar.

La niña corre, sin embargo, va y viene; las piernas se han nutrido y no se cae, produciéndome gran satisfacción lo que he con seguido, comparado con la figura de los pies en el grabado anterior.

Hace poco más de un año me trajeron este otro niño de 14 meses de edad, con los pies tan zambos como aparecen en la fig. 7.

Eran los dos pies varo-equinos congénitos muy pronunciados, y aunque en el grabado aparece el del izquierdo más contrahecho, ambos tenían el mismo grado de imperfección.

Proponíame operarlos siguiendo el método de los casos anteriores, y al día siguiente realicé las tenotomías del pie izquierdo con una escrupulosa asepsis y sin el accidente de cortar la arteria ni el nervio tibiales posteriores.

Tuve que mandar hacer unas férulas muy pequeñas (la del pie tiene 10 centímetros de largo por 4 de ancho) las cuales apliqué al disco, quedando tan fijas como la de más grandes dimensiones, para un adulto (que se representa en la fig. 2), y con toda la integridad de sus movimientos.

Bien pronto se curó el pie izquierdo; las heridas cicatrizaron por primera intención, y le sometí al tratamiento postoperatorio, como he referido en los casos precedentes.

Al mes de la primera operación le hice las tenotomías del pie derecho, siempre más difíciles de ejecutar, sin duda porque la posición

no es tan cómoda y ventajosa para el cirujano. Cifraba mi empeño en no cortar la arteria tibial posterior, porque juzgaba el caso ventajoso para una perfecta restauración, y quería esforzarme en evitar toda clase de complicaciones, como tuve la fortuna de conseguirlo.

Siempre cuesta trabajo la sección del tendón del tibial posterior y del flexor común de los dedos, porque las fibras más posteriores de estos tendones son difíciles de cortar *sin llegar más allá*. Por



FIG. 7. — Pies varo-equinos congénitos (tercer grado).

esto, sin duda, llama Mr. Duval «golpe del diablo» á este tiempo de la operación.

El niño quedó bien, volvió muy pronto á la vida de relación después de la anestesia clorofórmica; y colocados el vendaje y el aparato, hice el enderezamiento del pie por el método *inmediato*. Lo dejé en los brazos de su madre, porque no quería estar en la cama, horrorizado de todos los circunstantes.

Sin accidente alguno curó por primera intención de las heridas. El pie se lo llevé cuanto pude á la posición normal, cediendo un poco cuando el enfermito se quejaba, hasta que al fin no le produjo

dolor. Al año de la operación he obtenido la fotografía que se re-



FIG. 8. — Pies varo-equinos, curados un año después de la operación.

produce en la fig. 8. El niño corre y juega con toda agilidad, y andando ó parado no se le aprecia defecto alguno en los dos pies.

TEORÍA DE LA VISION DE LOS COLORES

por D. JOSÉ GÓMEZ OCAÑA,

Profesor de Fisiología en la Universidad de Madrid.

Muchas son las hipótesis que se han propuesto para explicar la visión de los colores, y esta abundancia prueba que aún no hemos llegado á la solución. Ni siquiera hay acuerdo en la designación de los elementos cromáticos de la retina, pues para Ebbinghaus y Parinaud son los conos, para Charpentier los conos y bastones, para Arturo Kœning los bastones y las células pigmentarias; y hay otras hipótesis, como las de Young-Helmholtz y Hering, que no tienen sustento en la moderna histología de la retina.

La apreciación del color es cuestión de número de vibraciones ó de longitud de onda, como la apreciación del tono de los sonidos, y se ha buscado en la retina un mecanismo que responda con impresiones distintas á los diversos colores. Pero como los colores son muchos (aun reducidos á los del espectro resultan siete, y todavía suman tres los fundamentales que son precisos para componer los demás), y en la retina sólo hay dos clases de células visuales, suponiendo que las dos jueguen en la impresión cromática, por necesidad se llega á la conclusión de que á los distintos colores responden impresiones distintas, servidas por los mismos elementos visuales. Bueno es tener presente también, que en la retina, lo que se verifica es la impresión; y que la sensación, visual ó cromática, tiene por instrumento el cerebro.

Ya, al tratar de la función de los bastones y de los conos, indicamos que todas las probabilidades estaban en contra de aquéllos y en favor de éstos, por lo que hace á sus respectivas participaciones en la visión cromática.

Los conos son á los colores lo que las células auditivas del órgano de Corti á los tonos, y la impresión distinta resulta del modo distinto de afectarse aquellos elementos. El supuesto de que la luz los hace vibrar como el sonido á un diapasón, es incompatible con su estructura y con la extraordinaria velocidad de las vibraciones luminosas; tampoco puede invocarse la contracción de los conos, sino como medio de acomodación y defensa, no para vibrar con tono relativo al grado de contracción. A los conos hay que tomarlos como aparatos de impresión, que transforman las vibraciones luminosas en corrientes ópticas, merced á un trabajo intermedio que puede ser fotomecánico ó fotoquímico. La contracción de los conos, ya se produzca por acción directa de la luz, ya se deba á una acción refleja que parte de la otra retina, sirve para defenderlos del exceso de luz y para acomodarlos á los diversos colores. En este concepto, la contracción de los conos es comparable á la tensión de la membrana del tambor por la acción de los músculos timpánicos.

E. Pergens (1), ha demostrado que la emigración del pigmento es mínima con el rojo y máxima con el azul, sin que intervenga en el hecho la intensidad de la luz; y lo mismo sucede con la contracción de los conos, que es variable con los diversos colores é independiente de la intensidad luminosa.

He aquí otro hecho favorable á mi opinión y que muchos habrán experimentado. Si viajando en el tren aprovechamos para leer la primera luz del sol, cuando aún está muy bajo en el Oriente y la luz viene de lado, los caracteres negros parecen rojos; continuando la

(1) *Anales de la Soc. r. des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1897.

lectura, los elementos impresionados se fatigan, y entonces los caracteres se ven de color verde (complementario del rojo).

Léanse ahora en extracto las hipótesis más notables sobre la visión cromática:

La de Young-Helmholtz, que supone tres clases distintas de elementos retinianos desigualmente impresionables por los tres colores fundamentales, rojo, verde y violeta. Hechos en pro: los defectos cromáticos, y muy particularmente el *daltonismo* ó ceguera para el color rojo (1). Pruebas en contra: la no existencia de tres clases de células visuales distintas en la retina.

Para Charpentier, la luz impresiona de dos modos diferentes á las dos clases de elementos impresionables de la retina: la primera clase, la constituyen los elementos que él llama *fotoestéticos* (probablemente los bastones); y la segunda, los elementos *visuales* (los conos). Los elementos fotoestéticos, como su nombre indica, son los encargados de las impresiones cuantitativas de luz, sin relación á calidad, color, ni á imagen; los elementos visuales sirven para darnos la impresión de los objetos; y las sensaciones cromáticas surgen de la combinación de las impresiones fotoestéticas y visuales.

La impresión de los elementos fotoestéticos resulta, según Charpentier, de la conversión de la luz en trabajo químico de reducción: la materia reducida es la púrpura retiniana, que se encuentra en la parte externa de los bastones; y el fenómeno, comparable al que tiene lugar en una placa fotográfica. De la impresión fotoestética se originan impulsos nerviosos, variables en intensidad, pero del mismo tono, cualquiera que fuere el color excitante. La intensidad de la impresión varía con la de la luz y con el poder químico de los colores.

Los conos son, probablemente, los órganos de las impresiones visuales, que tienen su máxima agudeza en la mácula y producen corrientes por acción fototérmica que se verifica en el pigmento. Los impulsos nerviosos engendrados en las impresiones visuales serían siempre del mismo intervalo ó tono, cualquiera que fuere el color del excitante, pero con la particularidad de ser dicho tono un múltiplo ó divisor exacto del fotoestético.

Las dos clases de impulsos nerviosos, los fotoestéticos y los visuales, son constantes en su ritmo para todas las calidades de excitante, pero los visuales tienen distinto tono que los luminosos. Esta diferencia de tono no es la única que separa á las dos clases de impulsos; pues Charpentier, con su fotómetro, ha demostrado que las impresiones luminosas no se producen instantáneamente, sino que

(1) Los enfermos de daltonismo ven negra la parte roja del espectro; el color blanco lo ven verde azulado; y el púrpura, violeta.

media cierto espacio (tiempo perdido) entre la aplicación del excitante y la impresión. Este tiempo perdido es el que tarda en convertirse la luz en trabajo químico ó calor, y luego en impulsos nerviosos; es constante para todos los colores en las impresiones visuales, y aumenta con la refrangibilidad de los rayos (desde el rojo hasta el violeta) en las fotoestéticas.

De todo ello resulta que no coinciden ni en número ni en tiempo las dos clases de impulsos, y que de la combinación de unos y otros se deriva un nuevo orden de sensaciones, que son las de color. En la hipótesis de Charpentier, surge la sensación de color como el timbre en los sonidos, salvo que la combinación de las vibraciones es subjetiva en el color y objetiva en los sonidos.

Falta por demostrar la acción fototérmica de las impresiones visuales; y por lo que hace á las fotoquímicas, la hipótesis de Charpentier cae por tierra con sólo considerar la lentitud con que se decolora y se rehace la eritrosina de los bastones.

Nuestras personales opiniones convienen más con la hipótesis de Cajal. Basándose este investigador en el supuesto de las ondas estacionarias de Zenker y en la fotografía interferencial de los colores creada por Lipmann, acepta que el artículo externo de los conos representa un aparato reflector de las ondas, las cuales, convertidas en estacionarias, producen entre las laminillas de dicho artículo planos paralelos de máxima y mínima acción fotoquímica. La substancia visual incolora, pero exquisitamente sensible á todas las radiaciones luminosas (aunque más á las violadas y azules), una vez descompuesta en series paralelas diversamente espaciadas para cada ondulación, desprendería una fuerza viva (calor, electricidad, etc.) capaz de generar descargas nerviosas en la capa de los granos externos. El ritmo, variable para cada longitud de onda, de las referidas descargas, provocaría en la corteza cerebral la sensación de color. Por último, la intensidad de impresión, la anestesia á determinados colores por fatiga, la producción de imágenes consecutivas de color complementario, etc., tendrían su explicación en el consumo excesivo, total ó parcial (en cada espacio interlamina correspondiente á las máximas de determinados colores) de la susodicha substancia sensible. La contracción de los conos tendría por objeto regularizar el reparto de la substancia visual (1). Pergens, sin conocer esta hipótesis, había demostrado que el consumo de cromatina de los conos es mayor bajo la luz roja y menor por la amarillo-verdosa (2).

(1) S. Ramón y Cajal: Conferencias en el Ateneo de Madrid en 1897.

(2) Pergens: loc. cit.

REVISTA DE REVISTAS

Ramón y Cajal, por el Dr. MANUEL MÁRQUEZ, *Profesor Ayudante de la Facultad de Medicina, Médico del Real Hospital del Buen Suceso*.—El fallo del Jurado Internacional del Congreso Médico de París ha hecho en estos días de actualidad, para muchos miles de españoles, la figura del ilustre sabio que en las fecundas y generosas lides científicas tantos timbres de gloria ha conquistado para su patria. Mas esta figura tan preeminente de la cultura universal es para los que siguen con interés sus trabajos en todo el mundo civilizado, no sólo hoy sino siempre, de indiscutible y palpitante actualidad.

¿Quién es D. Santiago Ramón y Cajal? Esta pregunta, que en Francia, Inglaterra, Alemania, Austria, que en los mismos Estados Unidos, nadie que frecuente un poco los laboratorios de ciencias biológicas necesitaría hacer, se halla hoy en muchos labios de españoles con motivo de habernos anunciado el telégrafo el último, por ahora, de la ya numerosa serie de triunfos de nuestro insigne histólogo.

A los que—cada día más numerosos por fortuna—conocen sus trabajos, nada hay que decir, pues éstos le darán idea de la labor inmensa, de *creación* científica, realizada por este coloso de la investigación biológica en más de veinte años de paciente y concienzuda labor diaria. A los pocos médicos que no tengan la fortuna de conocerlos, y sobre todo á los profanos, los datos que siguen servirán para que se formen idea de la personalidad distinguidísima que honra hoy estas columnas en preferente y merecido lugar.

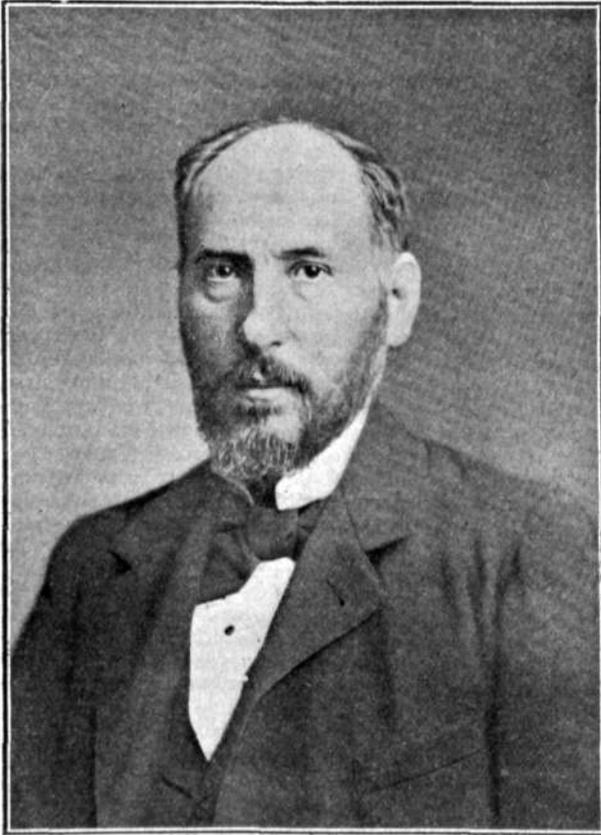
Los trabajos de Cajal, que pasan de 100, son todos *originales*, y cualquiera bastaría para hacer la reputación de un hombre de ciencia. Al final de este artículo va una detallada relación de ellos.

Los viajes de Cajal han sido todos de inmensa importancia para la Ciencia y para nuestra nación. El primero fue en 1889, con motivo del *Congreso de Anatómicos y Naturalistas alemanes*, en Berlín. Ya por entonces nuestro genial histólogo había dado á luz varios trabajos que, á pesar de su mérito, habían pasado casi inadvertidos; cuando publicó sus primeros descubrimientos en los centros nerviosos, que estando en pugna con los conocimientos que entonces se tenían, fueron acogidos con asombro por unos y con recelo por otros. Mas Cajal, que trabajaba sin preocupaciones ni prejuicios de escuela, convencido como estaba de su certeza, marchó á Berlín, en donde hizo la presentación de las preparaciones micrográficas que lo atestiguaban; y aquel concurso de sabios, entre los cuales se encontraban hombres tan ilustres como Kölliker, Eödinger, Hiss, Lenhossek, Retzius, etc., dió como buenos los citados descubrimientos, que después fueron confirmados en todas sus partes por los sabios citados. Desde entonces la fama de Cajal fue universal, considerándose ya como la primera autoridad en Anatomía fina del sistema nervioso.

En 1894, la Real Sociedad Británica le invitó oficialmente á la inauguración de sus conferencias (*Croonian lecture*), honor sólo reservado á las eminencias científicas de universal renombre. Cajal hizo entonces su segundo viaje á Londres, en donde fue de nuevo confirmado como sabio insigne, después de la lectura de un discurso, resumen de sus principales conocimientos. A propósito de este acto tan solemne, se atribuyen á nuestro Embajador en Londres, Sr. Mazo, las siguientes palabras: «En mis repetidos viajes por el mundo, tres veces he sido vivamente impresionado: una, en presencia de las cataratas del Niágara; otra, contemplando el Circo Romano; y la tercera, asistiendo, como Embajador español, á la lectura que el Dr. Cajal hizo de su discurso en la Sociedad Real de Lon-

dres. » Con motivo también de este viaje, fue nombrado doctor *honoris causa* de la Universidad de Cambridge.

En 1896, la *Société de Biologie*, de París, le concedió por sus trabajos (sin petición) el premio Fauvelle, y la Academia de Medicina de Madrid el premio Rubio, por su *Tratado de Histología*. En el mismo año fue objeto de otra inestimable distinción: la Universidad de Wurtzburgo le nombró, como la de Cambridge, doctor *honoris causa*, como alta estima de sus trabajos.



R. Ramón Cajal

Después, otras sociedades españolas y extranjeras le hicieron objeto de sus distinciones; la Academia de Ciencias le llamó á su seno, leyendo en ella con tal motivo un discurso, que es una verdadera joya literaria y científica, titulado: *Reglas y consejos para la investigación biológica*, del cual, un entusiasta de Cajal, el Dr. Lloria, ha hecho, á sus expensas, una segunda edición.

La Real Academia de Medicina de Madrid le eligió socio de número en el año 1897. No ha leído todavía el discurso de ingreso, que se espera sea un verdadero acontecimiento científico.

En 1898, el Claustro de la Facultad de Medicina le designó para dar una conferencia en obsequio á los asistentes al Congreso Internacional de Higiene, la cual fue reseñada en el número extraordinario que *La Correspondencia Médica* publicó con motivo del mismo. En ella, el aplauso unánime y ruidoso de un auditorio cultísimo, rindió merecido homenaje al mérito de nuestro insigne compatriota.

La prueba más significativa del mérito sobresaliente de Cajal, por las circunstancias en que se ha verificado, ha sido el reciente viaje (Junio de 1899) á los Estados Unidos. De la Universidad de Clark (*Clark University*), en la ciudad de Worcester, partió la invitación para dar en ella tres conferencias, en unión de los doctores Forel, Mosso, Picard y Wolkmán, sabios europeos de universal renombre por sus trabajos de distinta índole. Durante su estancia en dicha ciudad fueron todos espléndidamente obsequiados: alojamiento regio en casa de un millonario, protector de la Universidad, Mr. Stephen Salisbury; recepción en casa del Presidente de la misma, banquetes y giras campestres, *lunchs*, etc. A las conferencias asistió un numeroso público, formado en su mayor parte por Profesores de otras Universidades americanas invitados al acto. Durante ellas, la bandera española estaba izada en el frontispicio de la Universidad y en sitio preferente del Salón de Conferencias: la aparición de Cajal y de su bella y simpática esposa, que le acompañó en la expedición, fue acogida con entusiastas aplausos; y al final de dichas conferencias celebróse una sesión solemnísimá, en la que, después de un discurso del Presidente, con frases muy laudatorias para los conferenciantes, y en particular para el representante de nuestro país, se verificó la toma del grado de doctor *honoris causa* de los sabios extranjeros invitados.

Igualmente fueron obsequiados en otras Universidades americanas: en Nueva York, en donde fueron recibidos á la llegada por una comisión de la Universidad (*Columbia University*), en Boston (*Harvard University*), en New-Haven (*Yale University*) y en Filadelfia (*University of Pennsylvania*), se les dispensó igual recibimiento y la misma afectuosa despedida.

En fin, el día 8 del presente mes de Agosto, en la solemne sesión de clausura del Congreso Internacional de Medicina, reunido en París, le ha sido adjudicado por gran mayoría de sufragios y entre los aplausos entusiastas de miles de asistentes, el gran premio trienal de 5.000 francos que la Facultad de Medicina de Moscú ha instituido para premiar los trabajos más sobresalientes que periódicamente se realicen en las ciencias biológicas: premio tanto más de estimar en el presente caso, cuanto que nuestro *ilustre y modesto sabio* (como le calificó el Dr. Lannelongue, que presidía la sesión) era completamente ajeno á ello y no asistía, ni siquiera había presentado trabajos al Congreso; teniendo, además, enfrente como candidato al insigne sabio Metschnikoff, del Instituto Pasteur, cuyos excelentes trabajos sobre la inflamación y la fagocitosis son tan conocidos. Es asimismo digno de notarse que la propuesta fue hecha por el Profesor Albrecht (de Viena), y patrocinada en seguida con gran calor por todos, y en particular por los sabios alemanes y por el sueco Retzius, que ha comprobado muchos de los descubrimientos de Cajal, y de quien recibió éste un telegrama concebido en los términos más cariñosos y entusiastas: lo cual demuestra que ante la ciencia no hay fronteras, ni razas, y al mismo tiempo, la elevación y rectitud de miras de los ilustres sabios que componían el Jurado internacional.

* * *

Cualquiera creería después de todo lo que anteceda, que hombre de tan sobresalientes y aquilatados méritos gozaría de una posición envi-

diablo, y que tendría además á su disposición toda clase de medios y materiales de estudio para desplegar todas sus portentosas aptitudes. Por desgracia, hay que decirlo claro, aunque nos duela, está muy lejos de suceder así; y esto, por espíritu de justicia, por honor de España, no puede ni debe continuar un momento más, si hemos de entrar de lleno en el concierto de los pueblos civilizados, desviándonos de África para aproximarnos á Europa.

Afortunadamente, parece que elevadas personalidades de la política tratan de remediar en lo posible tal estado de cosas; si así lo hicieran, merecerían bien de la patria y le prestarían un verdadero servicio, tan grande por lo menos como pueda serlo la construcción de un acorazado. Sí, porque en estas luchas pacíficas de la Ciencia sucede lo que en las cruentas: así como en éstas el triunfo sólo alguna vez es ya del heroísmo y del valor, y las más de los poderosos medios de ataque y defensa de que se dispone, en las primeras también, por excepción, como ahora ocurre, la victoria es del más trabajador ó del más genial, mas lo frecuente es que venzan aquellos que disponen de medios y materiales más abundantes de trabajo.

Por eso somos los vencidos de hoy, y porque, aunque á primera vista no lo parezca, hasta el triunfo en las luchas sangrientas de los pueblos, es de la Ciencia al fin; no siendo otro el secreto del poderío de pueblos como el de los Estados Unidos, por ejemplo, sino el portentoso desarrollo que en ellos alcanzan las ciencias y sus aplicaciones. Y así llegamos, aunque parezca paradójico, á la conclusión de que si queremos ser respetados en el mundo, antes que pensar en construir acorazados y cañones, tenemos que hacerlo en *fabricar ciencia nacional*.

Mas para esto es necesario penetrarse bien de que no basta tener obreros, siquiera sean del temple y de las condiciones de un Cajal, sino que hacen falta además materiales y fábricas, esto es, laboratorios; y que esto sólo se logra *sabiendo gastar dinero*, pero dinero en alto grado reproductivo, que acabaría por resultar al fin una gran economía.

No; la enseñanza no debe ser, como hasta aquí, una fuente de ingreso para el Estado, sino de gastos, que luego ha de devolver pródigamente en forma de hombres útiles á la patria, los cuales á su vez habrían de desenvolver más tarde la riqueza y la cultura nacional en todo su esplendor.

Mas volviendo á Cajal, y concretando para no pecar de difuso:

Es preciso que á toda costa se le proporcionen al eminente investigador todos los recursos necesarios para que prosiga en bien de la Ciencia y de la patria los trabajos interrumpidos más de una vez por falta de lo más absolutamente indispensable para continuarlos.

Es preciso que España honre á quien tanto la honra; y lo menos que puede hacer es asegurar á hijo tan esclarecido una pensión que le permita vivir decorosamente, sin tener necesidad de preocupaciones que distraigan su atención y dedicándose en absoluto á la investigación científica.

Es preciso que no siga dándose el caso de que mientras publica esos trabajos admirables, por los cuales se le otorgan en todo el mundo las más altas distinciones y el nombre de España es aclamado con entusiasmo, *pierda con ellos dinero*, gastando una buena parte de su exiguo sueldo de catedrático.

Es preciso, por egoísmo al menos, que cuando en 1904 se celebre en Madrid el próximo Congreso Internacional de Medicina, y cuando miles de extranjeros nos visiten, no se vayan de aquí con la penosísima impresión de que no hay un laboratorio digno de la fama del insigne histólogo. Es preciso, en fin, que no se repita el caso de que haya que decir á los extranjeros que quieran venir á aprender á su lado, que no puede ser por falta de materiales, que ellos, pensando con lógica, creen que son abundantísimos.

Afortunadamente, repito, los individuos del Gobierno de Su Majestad

parecen animados de los mejores deseos, penetrados de la importancia y de la justicia de la empresa.

Piensen todos, y muy particularmente el digno Ministro de Instrucción pública, que tan acreedor se ha hecho ya á la pública estimación por sus recientes decretos de enseñanza, que si realizan esta obra tan patriótica, y que está tan por encima de los mezquinos intereses de los partidos, tendrán la gratitud y el aplauso de todos los que se interesen por la Ciencia nacional.

* * *

TRABAJOS PUBLICADOS POR EL DR. CAJAL

En la siguiente lista figuran (salvo alguna omisión poco importante) todos los trabajos publicados por Cajal hasta la fecha.

Los insertamos por orden cronológico, especificando los que no están en castellano:

- 1880.—«Investigaciones experimentales sobre la génesis inflamatoria.»
 1881.—«Observaciones microscópicas sobre las terminaciones nerviosas en los músculos voluntarios de la rana.»
 1884 á 1889.—«Manual de Histología normal y técnica micrográfica.»
 1885.—«Estudios sobre el microbio vírgula del cólera.»—«Contribución al estudio de las formas involutivas y monstruosas del coma-bacilo de Koch.»
 1886.—«Contribution à l'étude des cellules anastomosées des épithéliums pavimenteux stratifiés.»—En *Internationalen Monatschrift f. Anat. u. Histol.* Bd. III. Het 7. (Francés).—«Estructura de las fibras del cristalino.»—«Anastomosis de las células epiteliales de ciertas mucosas.»
 1887.—«Tejido óseo y coloración de los cortes de hueso.»—«Textura de la fibra muscular de los mamíferos.»—«Fibra muscular del ala de los insectos.»—«Músculos de las patas de los insectos.»—«Sobre los conductos plasmáticos del cartílago hialino.»
 1888.—«Observations sur la texture des fibres musculaires des pattes et des ailes des insectes.»—En *Internationalen Monatschrift f. Anat. u. Phys.* Bd. V. Heft 6 u. 7. (Francés).—«Estructura de los centros nerviosos de las aves», con dos láminas litográficas.—«Terminaciones nerviosas en los husos musculares de la rana.»—«Textura de la fibra muscular del corazón.»—«Morfología y conexiones de los elementos de la retina de las aves.»—«Sobre las fibras nerviosas de la capa molecular del cerebelo.»—«Estructura del cerebelo.»—«Nota sobre la estructura de los tubos nerviosos del órgano cerebral eléctrico del torpedo.»—«Estructura de la retina de las aves.» (Nuevas observaciones.)
 1889.—«Coloración, por el método de Golgi, de los centros nerviosos de los embriones de gallina.»—«Nota preventiva sobre la estructura de la médula embrionaria.»—«Dolores de parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica.»—«Estructura del lóbulo óptico de las aves y origen de los nervios ópticos.»—«Contribución al estudio de la estructura de la médula espinal.»—«Sobre las fibras nerviosas de la capa granulosa del cerebelo.»—«Conservación de las preparaciones de microbios por desecación.»—«Sur l'origine et la direction des prolongations nerveuses de la couche moleculaire du cervelet.»—En *Internationalen, etcétera.* (Francés).—«Sur la morphologie et les conexions des éléments de la rétine des oiseaux.» En *Anatomischer Anzeiger.* (Francés).—«Nuevas aplicaciones del método de coloración de Golgi.»—«Terminaciones del nervio olfatorio.»—«Terminaciones nerviosas en las vellosidades intestinales y en las glándulas.»—«Conexiones generales de los elementos nerviosos.»—«Sur l'origine et les ramifications des fibres nerveuses de la moelle embryonale.» En *Anatomischer Anzeiger.* (Francés.)

- 1890.—«Sobre ciertos elementos bipolares del cerebelo joven, etc.»—«Sur les fibres nerveuses de la couche granuleuse du cervelet et sur l'évolution des éléments cérébelleux.» En *Internationalen, etc.* (Francés.)—«Nuevas observaciones sobre la estructura de la médula espinal de los mamíferos.»—«Sobre la terminación de los nervios y tráqueas en los músculos de las alas de los insectos.»—«Sobre las células gigantes de la lepra y sus relaciones con las colonias del bacilo leproso.»—«Sobre la aparición de las expansiones celulares en la médula embrionaria.»—«Sobre las terminaciones nerviosas del corazón de los batracios y reptiles.»—«Sobre las finas redes terminales de las tráqueas en los músculos de las patas y alas de los insectos.»—«A quelle époque apparaissent les expansions des cellules nerveuses de la moelle épinière du poulet.» En *Anatomischer Anzeiger*. (Francés.)—«Sobre la existencia de células nerviosas especiales en la primera capa de las circunvoluciones cerebrales.»—«A propos de certains éléments bipolaires du cervelet avec quelques détails nouveaux sur l'évolution des fibres cérébelleuses.» En *Journal international d'Anatomie et de Physiologie, etc.*—«Origen y terminación de las fibras nerviosas olfatorias.»—«Textura de las circunvoluciones cerebrales de los mamíferos inferiores.»—I) «Sobre la existencia de las terminaciones nerviosas pericelulares en los ganglios nerviosos raquídeos.»—II) «Sobre la existencia de colaterales y de bifurcaciones en las fibras de la substancia blanca de la corteza del cerebro.»—«Coloration par la méthode de Golgi des terminaisons des trachées et des nerfs dans les muscles des ailes des insectes.» (Francés.)
- 1890 á 1892. «Manual de Anatomía patológica general.»
- 1891.—«Sobre la existencia de bifurcaciones y colaterales en los nervios sensitivos craneales y substancia blanca del cerebro.»—«Significación fisiológica de las expansiones protoplasmáticas y nerviosas de las células de la substancia gris.»—«Sur la fine structure du lobe optique des oiseaux et sur l'origine réelle des nerfs optiques.»—En *Journ. internat. d'Anatomie et de Physiol.*, tomo 8.º, Fasc. 9. (Francés.)—«Notas preventivas sobre la retina y gran simpático de los mamíferos.»—«Terminación de los nervios y tubos glandulares del páncreas de los vertebrados.» (En unión de Sala.) «Sur la structure de l'écorce cérébrale de quelques mammifères.» En *La Cellule*. (Francés.)—«Pequeñas contribuciones al conocimiento del sistema nervioso.» (Varias monografías sobre el gran simpático, retina, médula espinal y corteza cerebral.)
- 1892.—«El plexo de Auerbach de los batracios.»—«Nuevo concepto de la histología de los centros nerviosos.»—«Observaciones anatómicas sobre la corteza cerebral y asta de Ammón.»—«La retina de los teleosteos.»—«La rétine des vertébrés.»—(Francés.)
- 1893.—«Estructura del asta de Ammón y *fascia dentata*.»—«Estructura de la corteza occipital inferior de los pequeños mamíferos.»—«Adenoma primitivo del hígado.»—«Les nouvelles idées sur la fine anatomie des centres nerveux.» (Francés.)—«Neue Darstellung vom histologischen Bau des Centralnervensystems», traducido al alemán por el doctor H. Held.—«Beiträge zur feineren anatomie des grossen Hirns» traducción al alemán, dirigida por Kölliker.—«Los ganglios y plexos nerviosos del intestino de los mamíferos, y pequeñas adiciones á nuestros trabajos sobre la médula y gran simpático general.»—«Sur les ganglions et plexus nerveux de l'intestin, resumen y traducción del Dr. Azoulay, leído en la Sociedad de Biología de París.» (Francés.)—«Manual de Histología normal y técnica micrográfica.»
- 1894.—«Les nouvelles idées sur la fine anatomie des centres nerveux.» Edición notablemente aumentada por el autor, con un prólogo del Doctor D. Matias Duval; traducción francesa del Dr. Azoulay.—*The Croonian lecture*.—«La fine structure des centres nerveux.»—*Precedis de la Real Sociedad de Londres*. (Francés.)—«Elementos de Histología y Microscopia.»—«Notas preventivas sobre la estructura del encéfalo de

- los teleósteos.—Algunas contribuciones al conocimiento de los ganglios del encéfalo.—«Estructura del ganglio de la habénula de los mamíferos.»—«Coloration par la méthode de Golgi des terminaisons des trachées et des nerfs dans les muscles des ailes des insectes.» (Español y francés.)—«Le Pont de Varole.» *Bibliographie anatomique.* (Francés.)
- 1895.—«Ganglions cerevulleux.»—«Corps strié.» *Bibliographie anatomique.* (Francés.)—«Algunas conjeturas sobre el mecanismo anatómico de la asociación, ideación y atención.» (Castellano y alemán.)—«Consideraciones generales sobre la morfología de la célula nerviosa.» (Castellano y alemán.)—«L'anatomie fine de la moelle épinière,» publicado en el *Atlas Pathologischen Histologie des Nerven systems.* (Francés.)—«Apuntes para el estudio del bulbo raquídeo, cerebelo y origen de los nervios encefálicos.» (Serie de 19 trabajos reunidos.)
- 1896.—«Beitrag zur Studium der medula oblongata, etc.» (Alemán.)—«Nouvelles contributions á l'étude histologique de la rétine, etcétera.» (Francés.)
- En este año fundó la *Revista trimestral Micrográfica* con el exclusivo objeto de publicar sus trabajos, que son los siguientes, salvo aquellos que manifestamos dónde han visto la luz pública:
- «Estructura del protoplasma nervioso.»—«La fagocitosis de las plaquetas.»—«Sobre las relaciones de las células nerviosas con las neuroglías.»—«Estudios histológicos sobre los tumores epiteliales.»—«Las espinas colaterales de las células del cerebro, teñidas con el azul de metileno.»—«El azul de metileno en los centros nerviosos.»
- 1897.—«Leyes de la morfología y dinamismo de las células nerviosas.»—«Algo sobre la significación fisiológica de la neuroglia.»—«Nueva contribución al bulbo raquídeo.»—«Las células de cilindro-eje corto de la capa molecular del cerebro.»—«En unión con F. Olóriz Ortega, «Los ganglios sensitivos craneales de los mamíferos.»—«Fundamentos racionales y condiciones técnicas de la investigación biológica» (discurso de recepción en la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales.)—«El sistema nervioso del hombre y de los vertebrados.» (Primer fascículo de esta obra, en publicación.)
- 1898.—«Estructura del quiasma óptico y teoría general de los entrecruzamientos nerviosos,» traducido al alemán.—«Algunos detalles más sobre la anatomía del puente de Varolio, y consideraciones acerca de la doble vía motriz.»—«Estructura fina del cono terminal de la médula espinal.»—«La red superficial de las células nerviosas centrales.»—«El sistema nervioso del hombre y de los vertebrados.» (Segundo fascículo.)
- 1899.—«Apuntes para el estudio experimental de la corteza visual del cerebro humano.» (REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS.)—«Estudios sobre la corteza cerebral humana. Zona visual,» traducida al alemán.—«Estudios sobre la corteza cerebral humana. Zona motriz del hombre y mamíferos superiores.»—«El sistema nervioso del hombre y de los vertebrados.» (Tercer fascículo.)—«Reglas y consejos para la investigación biológica.» Segunda edición, aumentada con un prólogo y un epílogo, del discurso de ingreso en la Academia de Ciencias.—«Conferencias acerca de la estructura de la corteza cerebral humana, dadas en Worcester (Estados Unidos), en la Universidad de Clark.» (Inglés.)
- 1900.—«Estudios sobre la corteza cerebral humana. Zona motriz.» (Conclusión.)—(De *La Correspondencia Médica*, Madrid.)

España en París.—El triunfo de un sabio español.—Congreso Médico en Madrid.—Instituto Cajal.—Lo que debería hacerse, por el DR. CALATREVEÑO.—Nuestra desdichada Nación, abatida por dolorosos desastres, que sólo podrán olvidar los imbéciles ó los malos patriotas, tiene en los momentos actuales unos intervalos de júbilo con que

la Providencia quiere recompensar nuestra mansedumbre para sufrir las tremendas desgracias que en todos los órdenes de la vida se han desarrollado en nuestra pobre patria.

A los triunfos conseguidos por nuestros artistas en el gran certamen que se está celebrando en la capital de Francia hay que agregar uno nuevo, que nos llena de inmensa satisfacción como españoles y como médicos.

El insigne Cajal, el sabio cuanto modesto Profesor de nuestra primera Facultad de Medicina, ha visto recompensados sus afanes y desvelos con la concesión del premio fundado en 1897 por la ciudad de Moscú, y que le fue adjudicado por unanimidad en la sesión de clausura del Congreso de Medicina, celebrado recientemente en París.

El momento de proclamarse el nombre de Cajal ante inmensa concurrencia en el suntuoso Anfiteatro de la Sorbona, no pudo ser más solemne; nuestro querido amigo el Dr. Azúa lo describe así en una carta dirigida al Dr. Muñoz:

«Con qué orgullosa satisfacción decíamos á cuantos extranjeros no habian percibido bien el nombre: *Es un español, es Cajal*. Y una vez entendido, con qué placer recibíamos las muestras de admiración y respeto universales que sus admirables descubrimientos provocan.

»De grandioso y agradable preludio sirvió la meritísima distinción otorgada á Cajal á otra hecha á nuestro país, concediendo á Madrid la honra de ser la ciudad donde se verificará el próximo Congreso Internacional de Medicina.

»Al proclamarse así, la excelente música militar francesa que asistía al acto de la sesión de clausura del Congreso de Medicina ejecutó la Marcha Real española; todos los asistentes se pusieron de pie, y los españoles escuchamos el himno nacional emocionados, creyendo encontrar entre sus majestuosas notas acordes de gloria venidera para la patria, honrada con tan excelsa distinción. Momento solemne en que todos nos prometimos hacer sobrehumano esfuerzo, respondiendo al honor recibido, del cual habrémos de recordar siempre la inmensa trascendencia para nuestra cultura nacional, sometida á tan difícil examen. Así debió sentirlo el ilustre D. Julián Calleja, Presidente del Comité español, al levantarse á dar las gracias al Congreso con elocuentes, conmovedoras y breves palabras, tan vibrantes de emoción, que es seguro llegaron al ánimo de todos, entendieran ó no nuestra lengua, como notas armoniosas de la profunda gratitud de nuestra patria hacia todos los demás países allí representados.»

* *

Como ven nuestros lectores, en Abril de 1904 tendrá lugar en Madrid el XIV Congreso Internacional de Medicina, habiéndose elegido para presidente al Dr. Calleja y para Secretario general al Sr. Fernández Caro: ambas personalidades son sobradamente conocidas para que nos detengamos á exponer sus muchos méritos y los grandes servicios que tienen prestados á la clase. El Congreso de Higiene que se celebró en esta corte en 1898 dejó gratísima impresión en cuantos extranjeros á él acudieron, y noticias particulares que recibimos de París nos permiten afirmar que más de una vez se han recordado las fiestas dadas, el orden que aquí reinó y ciertos detalles que se han echado de menos en el de París; esta carta nos ha llenado de satisfacción, ya que en el extranjero siempre se nos deprime y se critica, quizá con falta de razón, nuestras costumbres y manera de ser. Es preciso que en cuanto comience en Octubre la vida académica se dé principio á los trabajos de organización del Congreso, ya que por propia experiencia sabemos los infinitos detalles que hay que tener en cuenta, y que el tiempo de dos años y medio que nos queda,

apenas si basta para organizar debidamente un certamen de la importancia que habrá de revestir el próximo Congreso Médico.

* *

Muchas reformas deben llevarse á cabo y estar realizadas para cuando el Congreso se celebre. Entre otras, debería fundarse el *Instituto Cajal*, para que los infinitos sabios que habrán de visitarnos encuentren decorosamente instalado al eminente histólogo, gloria de España, y su laboratorio en condiciones de dar las enseñanzas teórico-prácticas que se piden por eminencias de Europa: es preciso que ya que de las naciones cultas se demandan las luces de la ciencia española, se ponga á los encargados de difundirla en condiciones abonadas para realizarlo de manera completa.

La fundación del *Instituto Cajal* se impone de modo imperioso. No tan sólo debemos confiar en el Gobierno: la clase médica, las entidades científicas del país, la prensa de todos los matices, deben contribuir á esta gran obra. No se trata, por fortuna, ni de una cuestión política, ni de asunto que interese tan sólo á una determinada clase social; se trata de una cuestión en que está interesada la honra científica de España, y es indispensable que todos—cada cual en la medida de sus fuerzas—ayudemos á esta gran obra. El Gobierno podrá ser el elemento más valioso concediendo su apoyo material y moral; pero no olvidemos las iniciativas particulares que tanto producto dieron con otros motivos, ni á la prensa, que con su vigoroso impulso es capaz de mover los mayores obstáculos y de allanar cuantas dificultades puedan ofrecerse. (1)

* *

La clase médica y los particulares algo debemos intentar en obsequio del famoso histólogo, que tan alto ha sabido colocar el renombre científico de España en el extranjero: á más de contribuir á la suscripción nacional que debería abrirse para la fundación del «Instituto», podría crearse una medalla Cajal, al igual de las que existen en Francia, Inglaterra y otras naciones; dichas medallas se adjudican todos los años al estudiante que más se distingue en determinada rama de la carrera médica, y á más de ella se le concede una cantidad en metálico que le ayuda á proseguir sus estudios.

En el hospital de Santo Tomás existe la medalla de plata de Chesolden y la de Bristhowe; en el de San Jorge, la de plata también de Thompson; en el hospital de *Charing Cross* existe otra, fundada en memoria del profesor Huxley; y en Francia son infinitas las que conocemos, fundadas en recuerdo de sus eminentes sabios.

¿Por qué en España no habíamos de crear la *medalla Cajal*, encomendando su ejecución á cualquiera de nuestros eminentes artistas, por ejemplo, á alguno de los premiados al propio tiempo que el ilustre histólogo en París? Por suscripción entre los médicos y particulares que quisieran asociarse se reuniría una cantidad, que, puesta á renta, permitiría adjudicar

(1) En Consejo de Ministros celebrado en 1.º de Setiembre acordó el Gobierno un crédito de 150.000 pesetas para crear una sección de investigaciones científicas en el *Instituto de Seroterapia*, dirigido por el Dr. Cajal. El sabio histólogo dispondrá de 20.000 pesetas anuales para los servicios de dicha sección, gozando de 10.000 pesetas y casa en el mencionado Instituto, como remuneración de sus extraordinarias tareas.—Convendría que, en cuanto se reúnan las Cortes, se elevase á Ley tal acuerdo, para que no esté su futuro cumplimiento á merced de veleidades ministeriales; é igualmente, que las 10.000 pesetas sean á título de pensión vitalicia como recompensa nacional, compatible con toda clase de sueldos, comisiones, etc.—Dr. L. M.

todos los años un buen premio, al par que la medalla, al escolar más aplicado en histología, al que más investigaciones originales hubiera hecho durante el curso, y de este modo se iría creando la ciencia experimental en nuestro país. La idea que exponemos no nos parece irrealizable; y si nuestro ilustrado amigo el Sr. Saint-Aubin, á quien debemos también señalar entre los entusiastas de Cajal, quisiera darle cabida en las columnas del popular diario donde escribe sus sabrosos artículos, tal vez la realización de nuestras ilusiones no tardara mucho tiempo. De todos modos, cuanto se haga por Cajal será poco, ya que ha tomado sobre sus hombros la pesada carga de borrar con su ciencia los muchos desaciertos de nuestros políticos, que á cada momento nos están colocando en evidencia ante la culta Europa. — (De *La Correspondencia Médica*, Madrid.)

Doscientas cincuenta aplicaciones del bromuro de etilo para las operaciones bucales, por D. RICARDO FIGUEROA.—Desde hace algún tiempo he dedicado especialmente mi atención al uso corriente del bromuro de etilo para las operaciones de cirugía bucal; y habiendo obtenido magníficos resultados, me permito recomendarlo á mis colegas en general para que á su vez utilicen y estudien sus propiedades en la práctica dentaria.

Nunneley, en 1849, fue el primero que usó el bromuro como agente anestésico, siendo su administración más rápida y agradable que el cloroformo para producir la anestesia; su acción desaparece violentamente, ventaja que no poseen los demás anestésicos generales. Consultando á varios autores, quienes han aplicado el bromuro en distintos países, he encontrado uniformidad en sus opiniones, no habiendo tenido nunca accidentes peligrosos como con la mayor parte de sus congéneres, por lo cual recomiendan el uso de este agente como un poderoso recurso para alejar el dolor en las operaciones de cirugía dentaria.

Entre el número de operaciones que he ejecutado con la ayuda del bromuro, citaré algunas que han coronado el éxito de mis deseos:

1.^a Presentóse en mi gabinete el señor J. González R., de cincuenta años, de constitución raquítica y temperamento bilioso, para que le tratara una afección bucal que le hacía padecer agudos dolores durante un período de cuatro meses, en cuyo tiempo consultó á varios médicos, los cuales acordaron la ejecución de una operación quirúrgica, que por su acuerdo vine yo á desempeñar. La operación fue corta, pues sólo se trató de separar un secuestro necrosado en el maxilar inferior, y que sólo se encontraba unido con el resto del hueso por sus dos extremidades; la operación fue ejecutada con ayuda de la máquina dental, con una sierra circular de 50 milímetros, usando en esta vez el bromuro con un éxito satisfactorio en absoluto, pues el paciente no experimentó el más ligero dolor ni molestia alguna después de operado, pudiendo irse á su casa inmediatamente en su estado normal.

2.^a Josefina White, de siete años, temperamento nervioso, me fue enviada por el médico que la había curado de algunas afecciones generales para que le extrajese los cuatro incisivos superiores, lo que ejecuté con el auxilio del bromuro; no teniendo más incidente que una excitación nerviosa que desapareció por completo con la administración de un poco de coñac, quedando terminada la operación á satisfacción de dicho médico y sin pena ni dolor alguno para la paciente.

3.^a Fernando Droumond, de setenta y cinco años, temperamento sanguíneo, fue operado por mí, aplicando como anestésico el bromuro. La operación que practiqué fue la extirpación de un fibroma situado en el maxilar superior izquierdo, comprendiendo un espacio que se extendía desde el incisivo lateral á la primera gruesa molar; y como, en los casos anteriores, el éxito obtenido fue en todos sentidos satisfactorio.

Sería largo en este resumen relatar un número crecido de casos y operaciones en los que he empleado el bromuro como agente anestésico.

La aplicación del bromuro debe hacerse por medio de un inhalador forrado con un género de lino almidonado, conteniendo en el interior un algodón para recibir el líquido, del cual se vierten de tres á cuatro gramos, ordenando al paciente que haga fuertes inspiraciones; repitiendo las dosis cada minuto ó dos hasta obtener la completa anestesia, que regularmente se presenta después de seis á doce minutos—como regla general—haciéndose más ó menos lenta, según sea la potencia del individuo.

Para terminar diré que su acción queda reducida de la manera siguiente: aceleración moderada del pulso y la respiración, conmoción ligera, algunas veces esfuerzos musculares, rubicundez de la cara, sudores y completa anestesia en cinco á diez minutos; se recobra la sensibilidad un minuto después de retirar el agente anestésico.

El bromuro de etilo está considerado como el intermediario del cloriformo y el éter, y como anestésico local puede usarse como el único con el termino cauterio, pues tiene la propiedad de no inflamarse; no siendo cáustico, se aplica subcutáneamente ó sobre la membrana mucosa pulverizándole.

Deseo que, como yo, todos mis compañeros obtengan con el bromuro el buen éxito que hasta hoy he tenido.—(De la *Cronica Médica Mexicana*.)

El bromuro de etilo en cirugía dental, POR D. MANUEL CARMONA A.—El bromuro de etilo ó éter bromhídrico es un líquido incoloro más pesado que el agua, hierve á 39° c., su temperatura es un poco más que la del cuerpo humano, no es inflamable, olor parecido al éter y gusto algo dulce. Produce la anestesia local por contacto, teniendo propiedades analgésicas con la consiguiente anestesia cuando es inhalado, debiéndose usar químicamente puro. La aplicación no es peligrosa y sus propiedades fisiológicas: aplicado á la piel ó á la membrana mucosa, tiene un ligero efecto vesicante, enrojeciéndose la piel y notándose caliente al tacto; cuando es inhalado parece unirse con la sangre, á la que impide tomar el oxígeno, produciendo fenómenos de sofocación.

En los últimos días del mes próximo pasado he practicado 135 operaciones, avulsiones de dientes y molares, en su mayor parte, á personas de diferentes temperamentos.

Seis ancianos: extracciones.

Cien adultos: 99 extracciones y una raspa del alveolo por necrosis.

Veintinueve niños: extracciones.

El máximun de éter inhalado ha sido de 15 gramos; y los resultados obtenidos han sido coronados del mejor éxito, tanto en la narcosis como en sus accidentes.

Estas observaciones que en mi consultorio particular han tenido lugar, para producir la narcosis con el éter bromhídrico, me han hecho comprender por qué una corta administración y aun considerable, pero interrumpida por periodos, permitiendo respirar á plenos pulmones, no puede presentar el menor peligro para la vida. La acción del anestésico sobre el sistema nervioso es sumamente rápida, pero en periodos definidos.

Una ligera inhalación dilata los capilares por la acción vaso-motriz, produciendo bastante transpiración y estimulando todas las glándulas secretoras.

La parálisis nerviosa periférica, provocada por la congestión de los capilares, viene acompañada de síntomas de una insensibilidad ascendente. El sentido del tacto no se pierde, pero sí en forma analgésica: es decir, que aunque se conserve el conocimiento del tacto no hay conciencia de la fuerza aplicada, sintiéndose el contacto, pero no dolor.

Los fenómenos observados en este período de analgesia indican que es factible llevar á cabo la más dolorosa operación, siendo posible sostener una conversación con el paciente; de donde se deduce que conserva dominio absoluto sobre el motor reflejo, á pesar de haber perdido toda su sensibilidad periférica. Si la parálisis del nervio periférico afecta el centro reflejo, claro es que los orígenes cervicales del nervio pneumogástrico son afectados y la respiración paralizada momentáneamente por la acción voluntaria del sujeto.

El choque de la invasión provoca la detención voluntaria de la respiración, cuya suspensión es momentánea. En el acto se reanuda, siendo profunda, diafragmática y lenta, pero regular.

La afección de los centros pneumogástricos es acompañada por fenómenos de reflejo ocular, notándose la parálisis del iris, relajación y dilatación de la pupila, sobreviniendo, además, una ligera reacción muscular clónica, las líneas de la cara endurecidas y contraídos casi todos los músculos del cuerpo.

Me atrevo á decir que este anestésico produce la parálisis ascendente refleja.

Llevando su acción hasta el bulbo, la pupila se dilata hasta su máximo, no habiendo reacción á la luz. La respiración es profunda, los latidos del corazón un poco acelerados y fuertes, verificándose la congestión periférica. Nótanse zumbidos y repiqueteos de oídos, perdiendo el paciente la potencia de los nervios motores; cosa de oír y sobreviene una laxitud que le impide hacer algún movimiento, cayendo en un período inconsciente que es el último fenómeno de la anestesia. Suspendida la aplicación durante este período, vuelve el conocimiento uno ó dos minutos después.

En conclusión, el éter bromhídrico obra sobre la sensación del dolor y la analgesia es completa, dejando á la inteligencia casi intacta. No causa divagación alguna en la cabeza ni tampoco excita el sistema nervioso central; produce ligeras reacciones tónicas de los músculos. Su acción, después de la analgesia, hace perder el conocimiento. Estimula la respiración durante la narcosis. Raras veces ocasiona molestias y vómitos; y, finalmente, la anestesia producida por este agente es recuperada con mucha rapidez.

He mandado construir un inhalador según mis ideas, y con él he obtenido satisfactorios resultados.

Creo, y sin temor de equivocarme, que el éter bromhídrico es un precioso agente cooperativo para el progreso profesional y un elemento poderoso para mitigar en absoluto los padecimientos de la humanidad que, entregada á nosotros, debemos atenderla con exagerada honradez. —(De la *Crónica Médica Mexicana*.)

La muerte súbita en los niños, por el Dr. RICARDO E. CIGERO.— En el ejercicio de la profesión médica se presentan en ocasiones casos que desconciertan por lo inesperados é inexplicables á quienes no están prevenidos de su posibilidad, casos tanto más graves á veces cuanto que pueden encerrar problemas particulares de orden social y jurídico. A esta clase pertenecen en general todos los casos de muerte súbita. Cuando se presentan en adultos, la justicia interviene y plantea al médico-legista la cuestión de averiguar si la muerte fue debida á un accidente, á un homicidio ó á un suicidio. Si se trata de niños, particularmente de niños de teta, la última cuestión queda naturalmente eliminada; pero las sospechas de homicidio ó de infanticidio, son á menudo mucho más vehementes. El caso práctico se presenta por lo común, no al médico-legista, por orden de la autoridad judicial, sino al médico en su clientela. Un niño estaba bueno y sano al parecer, ó sufría de alguna dolencia poco grave en apariencia, ó que cuando menos no hacía presagiar un peligro inmediato de

muerte: sus padres se recrean en sus miradas y con sus gracias, en todo piensan menos en un fin próximo; y sin embargo, éste se presenta brusco, inesperado, tronchando en flor el árbol de aquella vida en miniatura; el niño se había acostado bien, al día siguiente no es más que un cadáver; y lo que hace más dramática la situación es que, tal vez, (es bastante frecuente), se había dormido en el brazo de su madre, quien al despertar contempla con pavor el cuerpecito inerte. Después de una escena de lágrimas se piensa en que hay que dar sepultura al diminuto cadáver; para ello es necesario acudir al médico para que extienda el certificado de defunción, y no pocas veces éste se encuentra en un estado de perplejidad difícil de describir y difícil también de soportar. ¿Fue natural la muerte? ¿Fue simplemente accidental? ¿Fue resultado de un crimen? No siempre podrá responder satisfactoriamente á estas preguntas, que formulará en su fuero interno. Y sin embargo, es necesario que pronto responda á ellas. Si la muerte fue realmente natural, es urgente, indispensable que extienda desde luego el certificado, que calme y tranquilice la conciencia de la afligida madre ó persona que haga sus veces, que no deja de impresionarse nunca desagradablemente y en su tribulación se imagina haber sido ella la causa de la muerte del inocente.

Si, por el contrario, sospecha que esa muerte no ha sido natural, debe abstenerse, no empañar su reputación con una certificación falsa, ni entorpecer la acción de la justicia. Pero hay casos verdaderamente difíciles, en que la incertidumbre es grande, en que se plantea terrible la cuestión de tener que absolver á un culpable ó condenar á un inocente. Esto último sería monstruoso, lo primero no siempre cuerdo.

Pero, se dirá, no es el médico quien al expedir ó no el certificado va á condenar: él simplemente, al no expedirlo, dará lugar á la averiguación judicial; y conforme al resultado de ésta el juez es quien va á fallar, quien va á dar su patente al inocente ó á marcar con su estigma al culpable. Sí, es verdad; pero si el resultado es favorable al supuesto reo, éste nunca perdonará al médico que haya motivado la apertura de una averiguación en que durante algún tiempo ha sido puesta en tela de juicio su honorabilidad, y esto precisamente en los momentos en que es víctima del mayor dolor que á una madre puede atormentar.

Aparte de eso, hay otras razones de orden muy secundario relativamente á la anterior, pero que deben tenerse también presentes. Entre ellas, puede contarse la de haber distraído quizá sin forzosa necesidad la atención judicial hacia un asunto baladí, desviándola, siquiera haya sido por poco tiempo, de asuntos más importantes.

¿Cómo evitará el médico estos escollos? ¿Cómo podrá obrar, dejando satisfecha su conciencia? Sólo hay un medio, el medio por excelencia para obrar bien, el único: ampliando constantemente el campo de su saber.

A riesgo de pecar de difuso, voy á extenderme aún algo más en esta parte, simplemente preliminar de mi trabajo; pero creo indispensable hacer resaltar más la importancia del punto escogido. Unos cuantos ejemplos servirán de ilustración.

Si á todo médico pueden presentarse casos de esta naturaleza, á nadie con mayor razón ni frecuencia que al médico de Comisaría, que representa un papel grandioso en la sociedad: el de Providencia de los desheredados, de los seres desdichados que por falta de recursos ó por ignorancia, ó por ambas causas (que es lo más común), ven morir á sus deudos sin auxilios médicos. Entonces acuden al ángel bienhechor, pero en su burda ignorancia, no saben explicar cómo fue la muerte; examina el médico el cadáver, y no puede formarse tampoco juicio exacto de la causa de la defunción; pero no hay huellas de traumatismo, de lesiones de ningún género, no germinan en su cerebro sospechas de crimen, único caso en que no sólo no le sería lícito sino que, al contrario, estaría obligado á no desempeñar su papel providencial; tiene que formular un diagnóstico, ¿cuál será éste? Si la enfermedad ha durado algunos días, si ha habido

algunos síntomas bastante claros, puede formularlo de un modo aproximado, pero si la muerte ha sido de un modo súbito, le será mucho más difícil hacerlo. Lo peor del caso es que, aun consignado el hecho á la autoridad judicial, y hecha la necropsia, ésta misma no ha bastado siempre para ilustrar el hecho: en muchísimas ocasiones no se ha encontrado lesión ninguna susceptible de explicar la muerte, aun cuando se haya llevado el rigor hasta el extremo, no sólo de hacer una autopsia verdaderamente completa, sino de someter también las vísceras al examen toxicológico.

A este propósito, recuerdo un caso que me refirió poco ha nuestro estimado consocio Dr. Juan Martínez del Campo. Fue solicitado para extender el certificado de defunción de un niño de seis meses que, bueno y sano una noche, amaneció muerto al día siguiente, en la cama, enmedio de sus padres. La aflicción de éstos era intensísima y, en realidad, sincera; pero por más que investigó nuestro compañero, imposible le fue llegar á un diagnóstico de presunción siquiera. No había huella alguna de violencia, pero tampoco había dato ninguno morboso; apremiados á preguntas los padres, no daban al final más que esta respuesta: «El niño estaba bien la víspera, no sufría de nada, y sin embargo, al alborocar el día era ya cadáver.» Como, por otra parte, tampoco conocía á los padres, no tenía ningún dato sobre su moralidad á pesar de su sinceridad aparente; negóse á dar el certificado, y aconsejó lo solicitasen del médico de la Comisaría correspondiente. Negóse éste también á darlo por la carencia absoluta de datos, y se levantó un acta que fue consignada al turno. La autopsia fue hecha, y como causa de la muerte, se dió el diagnóstico de *bronquitis*, lesión única que se encontró.

Hay que fijarse bien en que simplemente se dijo *bronquitis*, sin añadirle ningún calificativo, para comprender la gravedad del caso. ¿Cómo es posible que una simple bronquitis haya dado lugar á una muerte súbita, sin haberse manifestado antes por síntomas alarmantes, sin tos, sin disnea, sin elevación de la temperatura? O hay que admitir esta idea, ó la suposición de que á pesar de haber sido hecha la autopsia, no se supo la verdadera causa de la muerte.

Vibert define así la muerte súbita: «Se comprenden en medicina legal con el nombre de *muerte súbita* los casos en que la muerte sobreviene más ó menos rápidamente, en algunos segundos, en algunas horas ó aun en algunos días, pero de una manera imprevista, hiriendo sin causa aparente á un individuo sano hasta entonces, ó que no ha presentado más que perturbaciones de la salud muy ligeras, ó que por lo menos, así lo parecían á quienes con él vivían» (1).

Emmet Holt (2), después de señalar que la muerte súbita es bastante frecuente en los niños, pero mucho más en los niños delicados y mal nutridos que en los bien constituidos, divide en diez las causas que pueden producirla, á saber: I. Las deformidades; II. La hemorragia interna; III. La asfixia por sofocación, por quedar dormidos bajo el pecho ó alguna otra parte del cuerpo de la madre; IV. La asfixia por aspiración de alimentos por la laringe y la tráquea; V. La asfixia asociada con hipertrofia del timo; VI. La atelectasia; VII. El marasmo; VIII. Las convulsiones en niños que no presentaban antes signos de enfermedad; IX. La asfixia en niños de teta más creciditos y en chicuelos; y X. Una enfermedad de pocas horas, en que el sintoma principal ha sido una gran elevación de temperatura.

Vibert señala de un modo general para la muerte súbita las causas siguientes: I. La obliteración de las vías aéreas; II. La congestión pulmonar; III. La hemorragia pulmonar; IV. La embolia de la arteria pulmonar; V. El catarro sofocante; VI. La ruptura del diafragma; VII. El sín-

(1) VIBERT: *Précis de Médecine légale*, 1898, Paris, pág. 78.

(2) *The Diseases of Infancy and Childhood* by L. Emmet Holt, A. M., M. D., New York, 1900, pág. 42.

cope; VIII. Un desarrollo espontáneo de gases en la sangre (caso de Durand-Fardel) (1); IX. Lesión s cerebrales; X. Lesiones del aparato digestivo; XI. Lesiones de los riñones; XII. La diabetes (rara vez); XIII. La leucemia (rara vez); XIV. El envenenamiento por el óxido de carbono; XV. Otros envenenamientos; XVI. Casos en que es imposible, aun por el análisis químico, determinar la causa de la muerte.

Como causas especiales de la muerte súbita en los niños de poca edad señala la congestión pulmonar, las bronquitis agudas, el catarro sofocante, el espasmo de la glotis y la introducción en las vías aéreas de materias vomitadas.

Ni en el agrupamiento hecho por el pediatra de Nueva York, ni en el presentado por el médico-legista francés, hay una ilación lógica: y es de sentirse, pues facilitaría ésta mucho la exposición metódica. La muerte súbita no puede venir en realidad más que por asfixia ó por síncope y fuera útil, á no dudarlo, poder agrupar los hechos bajo cada uno de ambos encabezados; pero hasta ahora no ha sido hecho que yo sepa, y no he dispuesto de tiempo suficiente para reunir datos y coleccionar hechos que me permitieran hacer un esfuerzo provechoso en ese sentido.

Si se examina el cuadro de Emmet Holt, sin embargo, se nota que la asfixia ocupa un lugar muy prominente. Nos atenderemos á dicho cuadro á pesar de sus imperfecciones, y si necesario fuere, añadiremos lo que dentro de él no quepa.

I. Las deformidades congénitas de los órganos viscerales más importantes son incompatibles con la vida y casi siempre dan fin con ella en los primeros días que siguen al nacimiento. Con un corazón, con unos pulmones, unos riñones, un estómago, un intestino mal conformados, la vida es imposible; pero es posible, en vista de la obscura sintomatología de estas deformidades, que no haya síntomas apreciables ó que éstos sean muy ligeros y que el episodio letal venga á ser una sorpresa. Que la hernia diafragmática dé lugar á este final desgraciado no es extraño, pero lo puede parecer el que lo dé la hernia umbilical; y por eso es conveniente señalarlo muy especialmente, pues si se traduce por síntomas fácilmente apreciables no es fácil sospechar que pueda matar de un modo súbito.

II. Los niños pueden fallecer de pronto por una hemorragia interna. Esto sucede sobre todo en las dos primeras semanas de la vida. Lo más frecuente es que su punto de partida sea en una de las cápsulas suprarrenales ó bajo la cápsula del hígado: que sea primero subperitoneal y que luego por ruptura del peritoneo haga irrupción brusca en la gran cavidad de esta membrana. Lo más común es que esta hemorragia se efectúe sin dar lugar á síntomas apreciables hasta el momento en que se presenta el colapso, seguido de muerte en unas cuantas horas.

III. Una causa bastante importante de muerte súbita, y por la cual tiene que intervenir la justicia, es la asfixia por oclusión de las vías de entrada del aire; lo cual, como se sabe, se efectúa á menudo sin que la madre se dé cuenta, por dormir á su criatura á su lado, reposando en su brazo y dándole de mamar, durmiéndose ella y obstruyendo entonces con su mama las vías mencionadas. Por lo demás, puede ser agente de oclusión cualquiera otra parte del cuerpo de la madre, ó aun simplemente la almohada sobre la cual ha quedado boca abajo el niño. Estos hechos demuestran la importancia que los pediatras, parteros ó higienistas modernos dan al consejo que ardientemente procuran implantar de que desde muy chico se acostumbre al niño á dormir solo en su cuna, y no en la cama al lado de su madre. Aparte de otros muchos motivos de interés

(1) Se cree que en la gran mayoría de los casos donde en la autopsia de muertos súbitamente se han encontrado gases en la sangre, éstos resultaban de un principio de putrefacción; pero en el caso relatado por Durand-Fardel, una sangría hecha en el momento mismo de la muerte dió sangre espumosa y doce horas después estaban llenas de gases las cavidades del corazón.

muy capital, se comprende que el señalado aquí es suficiente para tratar de implantar siempre y por doquiera esta práctica.

Que la muerte ha sido producida por este mecanismo y no por otro, no siempre es fácil decirlo sólo por el examen exterior del cadáver. Si bien es cierto que en la gran mayoría de los casos se presentan suffusiones sanguíneas en el rostro que indican suficientemente la asfixia por oclusión, otros muchos hay en que no se ve ninguna huella exterior reveladora del mecanismo de la muerte, y en que sólo la necropsia muestra las lesiones propias de la muerte por asfixia, no llegándose aun después de aquélla al mecanismo de ésta sino por exclusión.

Este género de muerte es revelador en la gran mayoría de los casos de una gran inmoralidad. Por muy descuidada que sea una madre, y afortunadamente no lo son en general, difícilmente se concibe que llegue á tanto su desidia, de dormir en tal abandono, que llegue á causar la muerte del fruto de su vientre. Pero hay un factor terrible, repugnante, que mina á las sociedades modernas, oprobio de la civilización, refinamiento del vicio, que por desdicha avanza y se desarrolla á la par que el progreso de lo bueno; azote cruel de las clases bajas, pero que no se ceba exclusivamente en ellas; hidra espantosa cuyas cabezas renacen sin cesar á pesar de los tremendos golpes que filósofos, higienistas y moralistas le asestan sin cesar, y le seguirán asestando á despecho de su renacimiento perpetuo, con la esperanza lisonjera de que algún día nazca un nuevo Hércules que la mate cortando de un golpe sus siete cabezas.

Es el alcoholismo, y siendo él la principal causa de este punible género de muerte accidental, nada extraño parecerá el saber que en Londres se registren anualmente más de 1.000 muertes de esta especie.

IV. La asfixia mortal es producida también por la penetración de los alimentos en las vías aéreas, la cual puede verificarse merced al vómito ó una regurgitación, durante el sueño, del contenido del estómago. En el caso anterior, los niños podían estar bien constituidos y la única condición predisponente de su parte sería su muy corta edad, pocas semanas: es decir, no haber alcanzado aún en su desarrollo la fuerza suficiente para retirar del obstáculo que impedía la entrada del aire. En el caso actual, no es indiferente el estado anterior del niño. Son los débiles, los mal alimentados, los atáxicos, quienes están expuestos á este accidente; el cual se presenta con mayor facilidad si el niño está, al vomitar, en el decúbito dorsal. Cuando los niños son muy débiles, aun despiertos pueden ser víctimas del accidente. El mecanismo íntimo de éste parece ser que el niño intentó gritar en el momento de vomitar, lo cual determinó la penetración de los alimentos en la laringe ó hasta la tráquea. Cuando se hace la autopsia, se encuentran, además de las lesiones propias de la muerte por asfixia, la ó las partículas alimenticias (generalmente coágulos lechosos, visto que la leche es el alimento propio y habitual de esa edad) en uno de los órganos mencionados. Son tan pequeños entonces, su calibre es tan mínimo, que una partícula pequeñísima es suficiente á obstruirlos: como en un caso de Demme, en que á ello bastó un cuajaroncito de leche colocado á la entrada de la laringe. En otros casos, la aspiración puede arrastrar el alimento hasta los bronquios. La edad en que esto se presenta es casi siempre menor de un año, y ocurre en mucha mayor proporción en menores de seis meses. El accidente se presenta pocas horas después de que el niño ha tomado alimento.

V. La asfixia dependiente de la hipertrofia del timo se presenta en niños de tres á diez y seis meses de edad. El niño parece bastante sano, á lo más algo raquítico, cuando bruscamente, el día menos pensado, se presentan síntomas de asfixia, seguidos de convulsiones y muerte en pocas horas. Es probable que la causa íntima sea la compresión de uno de los pneumo-gástricos por el timo hipertrofiado.

VI. La atelectasia, es decir, el estado fetal del pulmón, puede ser congénita ó adquirida. En el primer caso se trata de niños que nacieron asfixiados, y en quienes los medios puestos en acción determinaron de un

modo incompleto la distensión de los pulmones por el aire. Entonces una de dos cosas pudo suceder: ó á pesar de haber desaparecido los síntomas agudos de asfixia, el niño quedó cianosado y su respiración siempre difícil, en cuyo caso la terminación funesta es prevista; ó pareció recuperarse, pero en realidad quedaron algunas porciones de los pulmones, muy particularmente los lóbulos superiores, atelectasiadas, es decir, en estado fetal, mientras que otras vesículas pulmonares, particularmente las de los bordes anteriores, han sido distendidas con exceso y se hallan en estado de enfisema agudo, en estado por lo mismo poco á propósito para los cambios respiratorios. La criaturita parecía haber vuelto en sí por completo, no está cianosada, pero no se desarrolla, no aumenta de peso en las proporciones debidas, no grita fuerte ó ni siquiera grita, cosa enteramente impropia de su corta edad; sus extremidades están siempre frías, pero no parece próximo á sucumbir; y sin embargo, el día menos pensado y sin causa aparente, se presentan síntomas de asfixia acompañados ó no de convulsiones, y el niño sucumbe en dos ó tres horas. Esto sucede, como se comprende, más particularmente en niños de pocos días de nacidos.

En otras ocasiones, el estado atelectásico es adquirido; y cuando determina la muerte súbita, es lo más frecuente que dicho estado se deba á una distensión excesiva del estómago. En estas condiciones, la muerte sobreviene poco después de la ingestión de alimentos y suele ser precedida de síntomas de indigestión.

VII. Con el nombre de marasmo describen los autores americanos la enfermedad llamada atrepsia, por Parrot. Que ésta sea causa de muerte, nada tiene de extraño. Los seres que padecen de atrepsia, casi se puede decir que no tienen vida; la tienen en miniatura y el menor soplo basta para extinguirla. Antes del día en que se verifica la muerte, cuando sobreviene súbitamente, el niño atrépsico no estaba peor ni mejor que en los días anteriores: el peligro existía, pero no había motivo para juzgarlo inminente, enteramente inmediato. Al dormirlos por la noche, nada nuevo se había manifestado. Al presentarse el nuevo día, la vida había huido. Como causa determinante de la muerte, se puede invocar á veces en estos casos el enfriamiento de la temperatura ambiente; en otros, «la chispa vital se apaga simplemente después de haber ardido algún tiempo con débil intensidad.» (Holt.) Haciendo la necropsia, se encuentran á veces los pulmones atelectasiados, con lo cual se explica bien la muerte; pero otras veces no se encuentra absolutamente nada anormal, y entonces se supone que la muerte fue causada simplemente por debilidad del corazón.

VIII. La eclampsia, con ó sin causa reconocida, es origen bastante frecuente de muerte súbita en los niños. Puede no haber sido precedida de ningún otro síntoma de enfermedad ó solamente de los del raquitismo, y no encontrarse en la necropsia lesiones suficientes para explicar la muerte; es de suponerse que en estos casos fue debida al espasmo de la glotis sobrevenido durante las convulsiones. En rarísimos casos se encuentra alguna hemorragia cerebral ú otra lesión del encéfalo.

IX. Los abscesos retrofaríngeos, por la compresión que ejercen sobre las primeras vías aéreas ó por romperse á su entrada durante el sueño, son causa también de muerte súbita y deben mencionarse porque su evolución puede haber sido latente y el episodio fúnebre por ende inesperado.

En chicuelos de diez y ocho meses á cinco años puede, aunque en rarísimas ocasiones, ser causa de muerte súbita la compresión del pneumogástrico por ganglios brónquicos tuberculosos ó por abscesos de la pared posterior del mediastino originados por caries vertebral. Gibney ha publicado un caso de muerte súbita por luxación, consecutiva á la caries, de las vértebras cervicales superiores. En niños de dos á cinco años, la ruptura de nódulos linfáticos tuberculosos, obstruyendo con su masa caseosa la tráquea ó los primeros bronquios, ha sido causa también de muerte súbita.

X. Una manera bastante común de morir súbitamente los niños es del siguiente modo:

Se presenta inesperadamente una gran postración, y la temperatura se eleva con rapidez hasta 41° ó $41^{\circ}5$. Al cabo de seis á doce horas, con ó sin convulsiones, todo ha terminado, y la vida se ha extinguido sin otros síntomas. En los niños de teta, cuando se hace la necropsia, se encuentra con frecuencia una neumonía congestiva. En los chiclelos se han señalado como causas de muerte en estos casos la escarlatina maligna y la meningitis cerebro-espinal; pero Emmet Holt nunca ha visto un caso en que estas enfermedades maten en menos de veinticuatro horas.

Para terminar este artículo, resta sólo indicar que, según Vibert, las bronquitis agudas y el catarro sofocante, (que no es más que una forma especial de bronquitis peculiar de los niños y de los ancianos, en que las vías aéreas son obstruidas rápida y totalmente por la producción de un moco líquido, abundante y espumoso), pueden causar asimismo la muerte súbita. Estos casos, referidos por el inteligente auxiliar de Brouardel en la Morgue, harán parecer menos extraño el que en el caso que referí del Dr. Martínez del Campo no se haya encontrado como causa de la muerte más que una simple bronquitis.

Quedarían por añadir los casos en que la muerte es resultado de verdaderos atentados mecánicos, pero éstos dejan huellas palpables que los revelan, y los casos de envenenamientos; mas, por fortuna, tanto unos como otros son excepcionales en los niños, y por otra parte, no difieren de lo que se observa en los adultos. —(De la *Revista Médica*, de México.)

Un caso de cancroide: tratamiento y curación por electrocución (1). *Manual operatorio* por el Dr. EUDORO CISNEROS.—Teresa Rivello de Cerza, italiana del Mediodía, sesenta y seis años de edad, domiciliada en esta ciudad, es hija de padres que han fallecido á una edad avanzada hace muchos años, no se sabe de qué, ni puede dar dato alguno sobre los antecedentes mórbidos de ellos.

Teresa es casada y ha tenido cuatro hijos; no ha sufrido en su vida sino indisposiciones banales, y nada que tenga relación con su estado actual, hasta hace siete años próximamente, en que le apareció una pequeña costra en la mejilla izquierda, hacia adentro y abajo de la protuberancia malar; en evolución prolongada, el sitio de la costra se ha inflamado y ulcerado; ha usado largo tiempo pomadas y otros agentes anodinos sin ningún resultado, pues la lesión crecía siempre en proporciones. Resolvió hace tres años hacerse tratar en el Consultorio de la Asistencia Pública, donde se intervino con la cucharilla y canterización; curó aparentemente bien, pero muy poco tiempo después recidivó en el mismo lugar, tomando su antiguo aspecto y dimensiones; continuando así hasta hace ocho meses, en que otra intervención análoga á la anterior, practicada en el Hospital de Clínicas, dió por resultado igual recidiva.

En Octubre próximo pasado ha acudido al Consultorio Dermatológico, servicio del Dr. B. Sommer en el Hospital de San Roque, donde he podido observarla con motivo de mi asidua concurrencia allí. Presentaba, en la región enunciada más arriba, una úlcera redondeada de dos centímetros y medio de diámetro, llena de fungosidades, haciendo relieve en coliflor; sangraba fácilmente y humedecía sus apósitos con pus y serosidad; las fungosidades estaban implantadas sobre un tumor muy duro del mismo diámetro de la úlcera; la enferma era atormentada de dolores lancinantes que la inquietaban y quitaban el sueño; su estado general era aún bueno, pero enflaquecía visiblemente.

El diagnóstico no era dudoso, se imponía aun sin examen histológico. El Dr. Aberastury, que la observó, manifestó en el acto: *epitelioma, for-*

(1) Comunicación presentada á la Sociedad Médica Argentina con fecha 9 de Febrero próximo pasado, y leída en la reunión del 2 de Abril del corriente año.

ma vegetante. Pregunté al expresado facultativo y Profesor si tendría inconveniente en cedermé esta enferma para hacer con ella un experimento. Mi distinguido colega me honró con su confianza accediendo á lo pedido, á mi entera satisfacción.

Ya tenía instalado mi aparato, que llamaremos provisionalmente, hasta más amplio examen, *electrocutor* (1).

Una idea fija, una obsesión si se quiere, la de que la electricidad, aplicada en la forma que luego detallaré, produciría en terapéutica efectos sorprendentes, me ha tiranizado muchos meses: hasta que, venciendo dificultades, si se quiere insuperables para mí, he llegado á completar, aunque modestamente, mi instalación. Pero todas estas perspectivas é ilusiones no fueron bastantes para ahogar mi pesimismo, siendo ésta la causa por que no se ha hecho la fotografía del caso: no quería encontrar-me con el retrato de la cara con cancroide, sin el otro que se hubiera hecho al fin del tratamiento, á los efectos de la comparación.

Ya había sometido á dos conejillos de la India á todo el rigor del electrocutor, sin que su salud se hubiera resentido por eso; en seguida del experimento se pusieron á comer.

Nuestra enferma fue localmente anestesiada con una inyección de cocaína al 2 por 100, y sufrió muy bien su primera sesión de electrocusión, de las que se le han hecho tres por mes durante cuatro meses consecutivos.

El primer efecto observado ha sido la atrofia ó desaparición de las grandes vegetaciones, con un principio de cicatrización periférica de la úlcera, quedando así estacionaria durante tres meses, al cabo de los cuales se observó un fenómeno singular: el anillo de buena cicatriz que se había formado al principio, se retrajo alrededor como si quisiera segmentarse la porción ulcerada, formando un pedículo, ó como si se ajustara una jareta. No duró este estado más que quince días, después de los cuales la úlcera ha vuelto á aplanarse; desapareciendo la constricción circular, ha principiado á cubrirse de costra cada vez más consistente y á cicatrizarse siempre de la periferia hacia el centro: hasta el 15 del mes pasado, en que se encontraba la costra muy adherente, reposando sobre una induración ya muy floja, que pienso debe atribuirse al tejido cicatricial de reciente formación.

El jueves 1.º de Febrero ha sido presentado el caso al Consultorio hoy á cargo del Dr. Aberastury. La costra adherente había caído, y en su lugar se veía una cicatriz lisa y redondeada, es decir, curado el epitelioma.

El aparato que uso es un carrete de Ruhmkorff norteamericano, fabricado por Edison; el carrete tiene 48 centímetros de largo, comprendidos los cojinetes, y un espesor de 20 centímetros y medio con las envolturas aislantes; da 8 centímetros de chispa; lo hago funcionar con el interruptor Benel, ó sea el electrolítico con punta de platino. El inductor recibe la corriente directa de los cables de la Compañía primitiva de luz eléctrica á 110 voltios, reducida la intensidad á 5 amperios mediante un reostato de

(1) En Norte América se ajusticia á los reos condenados á la última pena por electrocusión: el aparato que emplean es una máquina dinamo-eléctrica de 1.500 voltios y gran intensidad. Aplicase sobre la cabeza, previamente afeitada, un gorro de tela mojado en una solución de sosa cáustica, y encima un casquete metálico destilado á conectarse con uno de los polos: el otro se aplica en las manos mediante una derivación para cada una. Puesto en movimiento el dinamo, se produce la electrolisis de todos los tejidos blandos que cubren el cráneo y cara, quedando el reo muchas veces con vida á pesar de estas mutilaciones. Esto es horroroso. (Hildebrandt.)

El aparato que yo uso para fines terapéuticos no es nada semejante: no puede producir electrolisis, porque no da intensidad y sólo sí tensión. No me es dable manifestar su modo de acción, pero sí puedo decir que necesita algunos meses para mostrar su efecto saludable.

¿Debe llamarse electrocusión á la acción limitada del carrete de Ruhmkorff sobre el tejido neoplásico? Pienso que no.

espirales de *maillechior*. Un polo del inducido, que debe ser siempre el mismo, va debajo del neoplasma mediante un alfiler de acero que allí se sumerge: paseándose el otro, y sin tocar, por encima de la úlcera. La sesión dura un minuto próximamente, debiendo quedar la ulceración como apergamizada; cambiando el dispositivo del inducido no sucede así.

Con posterioridad á esta comunicación han sido tratados cuatro enfermos, de los que uno solo ha podido continuar y se encuentra sumamente mejorado con un mes de tratamiento. Los demás han desertado antes de que pudieran observarse sus resultados.--(De *La Semana Médica*, de Buenos Aires.)

Bacteriología de los quistes hidatídicos, por el Dr. MARCELO VIÑAS, *Director del Laboratorio del Hospital de Niños*.—Después que se empezó en el Hospital de Niños á emplear el método australiano para los quistes hidáticos, tuvimos oportunidad, con el Dr. Máximo Castro, de observar que, á pesar de todos los cuidados más minuciosos en la antisepsia y operando casos en que el líquido del quiste estaba transparente, incoloro y cristal de roca, se obtenían muy malos resultados, pues tuvimos que lamentar dos casos de muerte por infección, la cual tenía su punto de partida en la cavidad periquística, que había sido cerrada y abandonada en el vientre. En otros casos, si bien no fue tan grave la infección, nos vimos, sin embargo, obligados á reabrir la cavidad periquística, porque ésta se llenaba de un líquido mezclado con gases, y casi siempre este líquido era citrino ó serosanguinolento. Este fenómeno iba acompañado de elevación de la temperatura.

En cambio, otra serie de casos operados por este procedimiento se curaron perfectamente bien.

Con objeto de averiguar cuáles eran las causas que pudieran explicar los malos resultados obtenidos, empezamos con el Dr. Castro á hacer el examen bacteriológico sistemático del líquido de los quistes que se operaban.

Habiendo observado después en algunos casos, que á pesar de que el líquido quístico no contenía ningún germen, se producían también infecciones, resolvimos examinar bacteriológicamente la membrana periquística. Otro punto que queríamos conocer era si el líquido quístico es realmente tóxico, y con este objeto hemos hecho inoculaciones intraperitoneales y en las meninges. Hemos querido también averiguar si el líquido de los quistes de equinococos era buen medio de cultivo para los diversos gérmenes, y para esto hemos hecho cultivos en líquido estéril con diversos microorganismos.

El procedimiento que seguimos para hacer el examen bacteriológico del líquido de los quistes que se operan, es el siguiente: Los enfermos, antes de entrar en la sala, son sometidos á un baño de limpieza; tres días antes de la operación, se jabona bien la región que se ha de operar y se aplican sobre ella curaciones húmedas de timol. El día de la operación se vuelve á lavar la región y se desinfecta con una solución de bicloruro al dos por mil, en partes iguales de alcohol absoluto y éter.

En la caja donde se colocan los instrumentos para la operación, se ponen dos tubos de ensayo con taponés de algodón: tubos esterilizados de antemano y que se vuelven á esterilizar juntos con los instrumentos.

El operador, una vez que llega al quiste, lo punza con un trocar y después de hacer salir la primera parte, toma los tubos de ensayo y deja caer en ellos el líquido quístico, volviendo después á tapar el tubo.

El líquido recogido en estas condiciones es llevado al laboratorio para hacer las siembras é inoculaciones.

Para hacer el examen bacteriológico de la membrana periquística, hemos cortado pequeños pedazos de ésta y han sido puestos en tubos esterilizados; cuando esto no ha sido posible, hemos raspado con una cuchara

rilla la pared y recogido lo que se saca en un tubo de ensayo, preparado como hemos dicho antes.

Si he entrado en todos estos detalles, es porque podría dudarse de la prolijidad y cuidadosos que se han tenido para recoger los líquidos en buenas condiciones asépticas.

Las experiencias hechas con estos líquidos y membranas son las siguientes:

OBSERVACIÓN 1.^a (1). *Prudencia Martínez, sala 3.^a, núm. 4. Quiste del hígado. Septiembre 7 de 1899.*—Líquido quístico transparente, incoloro, cristal de roca.

Con el líquido se han hecho cultivos y no se han obtenido gérmenes.

Se inocular en el peritoneo de un chanchito dos centímetros cúbicos de líquido quístico. Se le tiene en observación durante tres meses; la temperatura ha sido normal y en la autopsia no se ha encontrado ninguna lesión anatómica.

OBSERVACIÓN 2.^a *Hospital de Clínicas, sala 6.^a Quiste del hígado, operado por el Dr. Herrera Vegas.*—Líquido quístico incoloro, transparente, cristal de roca.

En los cultivos, este líquido no ha dado ningún germen.

Con este líquido se inoculan dos chanchitos, que se tienen en observación hasta el 21 de Enero de 1900, día en el cual se les da muerte, y en uno de ellos sólo se observa un ganglio tumefacto en la unión del intestino grueso con el delgado.

No ha habido reacción febril, y aumentaron de peso.

OBSERVACIÓN 3.^a *María Paglieri, 12 años, sala 4.^a Quiste hidatídico del hígado. Noviembre 14 de 1899.*—Líquido claro, transparente, incoloro, cristal de roca.

Se han hecho cultivos y no se han obtenido gérmenes.

OBSERVACIÓN 4.^a *Giglió Novello, sala 1.^a Quiste del hígado. Noviembre de 1899.*—Líquido claro, transparente, cristal de roca. Membrana blanca nacarada.

Se han hecho cultivos y no han dado germen.

Con el líquido se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito y se tiene en observación durante dos meses. En este tiempo aumenta de peso, no tiene reacción febril y en la autopsia no se encuentra lesión.

OBSERVACIÓN 5.^a *Pensionista, núm. 3. Líquido de quiste del hígado. Diciembre 19 de 1899.*—Se han hecho cultivos y no han dado germen.

Se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un chanchito (pesa 270 gramos). Diciembre 27 de 1899, pesa 290 gramos.

Se le dió muerte el 29 de Marzo de 1900, y en la autopsia no se encuentra lesión. La temperatura ha sido normal.

OBSERVACIÓN 6.^a *María Tafolini. Membrana y líquido quístico del hígado. Diciembre 16 de 1899.*—De la membrana se han hecho cultivos y no han dado germen.

Se hace de la membrana una inoculación subcutánea á un chanchito (pesa 280 gramos). Se le da muerte el 25 de Enero (pesa 300 gramos), y en la autopsia no se ha encontrado lesión.

Líquido quístico.—Se han hecho cultivos y no han dado germen.

Se hace una inoculación intraperitoneal de cuatro centímetros cúbicos á un conejo.

Enero 22 de 1900, á la palpación no se encuentra ninguna alteración en el abdomen.

Se le dió muerte el 4 de Abril de 1900, y en la autopsia no se ha encontrado lesión.

OBSERVACIÓN 7.^a *Hospital de Clínicas, sala 6.^a, núm. 11. Líquido quístico del hígado. Marzo 3 de 1900.*—Se hacen cultivos en caldo y no dan germen.

(1) La casi totalidad de los enfermos que han servido para estas experiencias han sido operados en el Hospital de niños.

Se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito, que pesa 230 gramos: Marzo 3, 38°; Marzo 5, 38°8; Marzo 7, 38°; Marzo 24, se hace la autopsia y se encuentra el colon sumamente distendido y un ligero derrame de líquido citrino en el peritoneo.

Con el líquido del quiste se hace una inoculación venosa é intraperitoneal á un cordero.

Mayo 4, 39°6; Mayo 5, 39°3; Mayo 7, 39,6.

Murió el 10 de Marzo de 1900 al mismo tiempo que el cordero testigo no inoculado, por un envenenamiento accidental. En la autopsia se encontraron pequeños nodulitos en el pulmón, de coloración grisácea y del tamaño de una cabeza de alfiler. Se han incluido para hacer cortes.

Se hace también una inoculación intravenosa á un conejo. Marzo 3, 40°; Marzo 5, 40°; Marzo 6, 39°3; Marzo 7, 39°4. Sigue en observación.

OBSERVACIÓN 8.^a *Joaguina Ormazabal, pensionista. Quiste del hígado. Junio 25 de 1899.*—Líquido incoloro, transparente, cristal de roca. Membrana quística blanco-nacarada.

Se hacen cultivos del líquido quístico y no da gérmenes.

Se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito con el líquido quístico, se tiene en observación durante tres meses; la temperatura siempre ha sido normal.

Se le da muerte y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica.

OBSERVACIÓN 9.^a *Santiago Peraza, sala 3.^a Quiste del hígado. Junio 1.^o de 1899.*—Líquido de quiste hidatídico, incoloro, transparente, cristal de roca.

Se hacen cultivos de distintos modos y no se obtiene ningún germen.

OBSERVACIÓN 10. *Victorio T. Roca, pensionista. Líquido de quiste del cerebro, operado por el Dr. A. Castro. Agosto 23.*—Líquido claro, transparente, cristal de roca, la membrana quística de color blanco nacarado.

Se hacen cultivos del líquido y no da germen.

Se hacen cultivos de la membrana quística y no dan germen.

Se hace una inoculación intraperitoneal de dos centímetros á un chanchito, se tiene en observación durante dos meses. La temperatura ha sido normal y en la autopsia no se ha encontrado lesión.

OBSERVACIÓN 11. *Juana Elizide, pensionista, número 6. Líquido de quiste del hígado. Enero 11 de 1900.*—Se han hecho cultivos del líquido y no han dado germen.

Con el líquido se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un chanchito que pesa 280 gramos.

Abril 4 de 1900, pesa 365 gramos. Se le da muerte y en la autopsia no se encuentra lesión.

En el líquido del quiste se han hecho siembras de:

Estafilococos, que dejan el líquido transparente, formando á las doce horas de hecha la siembra grumos blanquecinos en el fondo del tubo.

Bacilos de Eberth, que á las doce horas enturbian el líquido y lo ponen de un color opalino lechoso.

Bacilos coli: ídem al de Eberth.

Estreptococos: á las doce horas enturbian el líquido quístico, dándole un color lechoso y se observan también grumos blanquecinos del tamaño de una cabeza de alfiler, precipitados en el fondo del tubo de ensayo.

OBSERVACIÓN 12. *Mal de Pott y quiste hidatídico del hígado. Sala 4.^a Agosto 22 de 1899.*—El líquido del quiste se presenta incoloro, transparente, cristal de roca.

Del líquido se hicieron cultivos en caldo y no han dado ningún germen.

Con este mismo líquido se hace una inoculación intraperitoneal de dos centímetros á un chanchito, que muere á las diez y ocho horas de inoculado. En la autopsia se encuentra un poco de líquido seroso en el peritoneo.

El examen directo de la sangre no deja ver ningún germen.

Se hacen cultivos del líquido del peritoneo y de la sangre del corazón,

y se obtiene un bacilo corto que pierde el Gram, tiene movimientos, no líquida la gelatina, coagula la leche, y vuelve rojo el agar-agar con tinción de tornasol (bacilo coli).

Del caldo en que se había sembrado el líquido del quiste y había quedado estéril, se hace una inoculación intraperitoneal de dos centímetros cúbicos á un chanchito, que se tiene en observación tres meses, en los cuales la temperatura ha sido normal; se le da muerte y en la autopsia no se encuentra lesión.

En este caso, la infección del chanchito con los bacilos coli no se puede asegurar que haya sido debida al líquido mismo, puesto que ha quedado estéril en los cultivos. Antes de afirmar que el líquido que mata á un chanchito lo hace por su toxicidad propia, como sostienen algunos, es necesario asegurarse bien por medio de muchos cultivos hechos con el líquido del peritoneo, con la sangre del corazón, con la pulpa hepática y esplénica, si no ha habido una infección.

OBSERVACIÓN 13. *Ernesto Luna, quiste hidatídico. Mayo 11 de 1900.*—Se hacen cultivos del líquido quístico, de la membrana quística y de la membrana periquística: no han dado germen.

OBSERVACIÓN 14. *Juan Tiruta, sala 3.^a Septiembre de 1899.*—Líquido de quiste hidatídico del hígado, 550 gramos.

Líquido claro, incoloro, transparente, cristal de roca.

Se hacen cultivos con este líquido y no dan ningún germen.

Se inocula un chanchito y se tiene en observación durante tres meses: en este tiempo la temperatura se mantiene en la normal. Se le da muerte y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica.

Los 550 gramos de líquido se reducen á 20 gramos por la ebullición al baño-maría, y de estos 20 gramos se hace una inoculación intraperitoneal 2 c. c. á un chanchito. Se tiene en observación durante tres meses, tiempo en el cual la temperatura ha sido normal, y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica.

OBSERVACIÓN 15. *Luis A. Picado, pensionista. Quiste del hígado. Septiembre 23 de 1899.*—Membrana quística blanco-nacarada. Líquido quístico, transparente, cristal de roca.

De esta membrana se han hecho cultivos y no han dado gérmenes.

Del líquido quístico se han hecho cultivos y no han dado gérmenes.

De la membrana se hace una inoculación subcutánea á un chanchito. Se tiene en observación durante dos meses; la temperatura se ha presentado normal y en la autopsia no se ha encontrado lesión anatómica. La membrana se había reabsorbido.

700 gramos del líquido se reducen en baño-maría á 50 gramos, y de estos 50 gramos se ha inyectado 2 c. c. en el peritoneo de un chanchito. Se tiene en observación durante dos meses, y en este tiempo la temperatura ha sido siempre normal. Se le da muerte al cabo de este tiempo y en la autopsia no se encuentra ninguna alteración.

Como se notara que la bolsa quística se ha vuelto á llenar de líquido y hay reacción febril, el 27 de Setiembre (esto es, tres días después de operado) se reopera abriendo la bolsa y se recoge el líquido. Este líquido es citrino, y al examen químico se encuentra albúmina y bilis. Al examen microscópico se encuentran glóbulos rojos, uno que otro leucocito y estreptococos en cadenas de 8 á 15 cocos gruesos no bien redondos, sino algo puntiagudos. Estos estreptococos enturbian el caldo y no líquidan la gelatina.

Con cultivos en caldo de estos estreptococos se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito el 27 de Setiembre de 1899 (pesa 335 gramos). Este chanchito muere el 15 de Noviembre del 99 con un peso de 253 gramos; tuvo ligeras reacciones febriles. En la autopsia no se encuentra lesión anatómica.

OBSERVACIÓN 16. *Marta Martot, pensionista. Julio 22 de 1900.*—Líquido quístico del hígado, incoloro, transparente, cristal de roca, contiene cabezas.

Membrana quística blanca nacarada.

Del líquido se han hecho cultivos en diversos medios y no han dado gérmenes.

De la membrana se han hecho también cultivos y no han dado gérmenes.

Del líquido quístico se inocularon 2 c. c. en el peritoneo de dos chanchitos. Se tienen en observación durante cuatro meses; durante este tiempo la temperatura se ha mantenido en la normal. Se les da muerte y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica.

El tumor que tenía la enferma se reproduce á los cinco días de operada, y presenta una ligera reacción febril.

Se abre de nuevo el quiste, y se saca un líquido citrino.

Al examen directo de este líquido, se encuentran cocos que toman el Gram, glóbulos rojos y uno que otro leucocito.

Los cultivos de este líquido han dado el estafilococo dorado, que toma el Gram, liquida la gelatina y enturbia el caldo.

Un chanchito de 460 gramos es inoculado en el peritoneo con este líquido.

Julio 27.	38°0
Julio 28.	38°6
Julio 30.	38°4
Agosto 2.	38°4
Agosto 10.	37°8
Setiembre 22.	38°0

Se le da muerte en Diciembre 26; pesa 533 gramos, y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica.

OBSERVACIÓN 17. *Margarita Gómez, sala 4.ª Líquido quístico. Enero 16 de 1900. Líquido sanguinolento de la membrana periquística obtenido por raspado.*—Se hacen cultivos del líquido del quiste y no dan germen. Se hacen además cultivos del líquido sanguinolento de la membrana periquística y se obtienen estafilococos (albus), que toman el Gram y liquidan la gelatina, y colibacilos.

Con el líquido quístico se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un chanchito que pesa 200 gramos. Enero 17, temperatura 39°. En el resto del tiempo en que se ha tenido en observación no ha tenido temperatura febril.

Se le dió muerte en Abril 6 de 1900, y en la autopsia no se ha encontrado lesión.

Con líquido periquístico se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un chanchito que pesa 280 gramos. Enero 17, 38°8; Febrero 14, 38°4.

Murió en Marzo 30 de 1900; peso, 230 gramos.

Se han hecho cultivos de la sangre del chanchito y se ha obtenido: un estafilococo que toma el Gram, liquida la gelatina, forma película al caldo; y un bacilo corto que pierde el Gram, no liquida la gelatina, tiene movimientos, no forma película al caldo, pone rojo el azul de tornasol, y coagula la leche.

El líquido del peritoneo ha dado los mismos gérmenes que la sangre.

OBSERVACIÓN 18. *Margarita Gómez, sala 4.ª, núm. 9. Líquido extraído de una cavidad periquística. Enero 23 de 1900.*—Se han hecho cultivos y han dado estafilococos (albus) que toman el Gram y liquidan la gelatina.

Del líquido se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un chanchito que pesa 255 gramos.

Se le dió muerte en Abril 20 de 1900, pesa 273 gramos, y en la autopsia no se ha encontrado lesión.

Se han hecho cultivos del hígado, del líquido del peritoneo, y no han dado ningún germen.

OBSERVACIÓN 19. *José Languefosse, sala 4.ª, núm. 2. Membrana y líquido quístico del hígado. Diciembre 16 de 1899.*—De la membrana quística se han hecho cultivos y no han dado germen.

Se ha hecho una inoculación subcutánea á un chanchito (pesa 305 gramos).

Diciembre 22 de 1899. Por debajo de la piel se nota un tumor móvil de forma esferoidal fluctuante.

Febrero 16 de 1900. El tumor tiene el tamaño de un garbanzo grande.

Se le dió muerte el 31 de Marzo, pesa 285 gramos. En la autopsia se nota que el tumor arriba mencionado, del tamaño de un huevo de paloma, colocado por debajo de la piel, está envuelto por una membrana fibrosa.

Abierta esta membrana fibrosa, se observa que el interior de ella está completamente lleno por la membrana quística ingertada, la cual no presenta ningún síntoma de absorción, y contiene una pequeña cantidad de líquido transparente. Se ha hecho fotografía de este quiste.

En los demás órganos no se encuentra lesión alguna.

Del líquido quístico se han hecho cultivos y no han dado germen.

Se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un conejo.

Enero 22, de 1900. A la palpación no se encuentra ningún tumor.

Se le dió muerte en Abril 4 de 1900, y en la autopsia no se ha encontrado lesión.

OBSERVACIÓN 20. *José Languefosse; sala 4.ª, núm. 2. Líquido contenido en una cavidad periquística del hígado después de la operación. Diciembre 31 de 1899.*—Se hacen cultivos en caldo y en agar del líquido, el cual presenta un color citrino transparente, en medio del que se encuentra un coágulo fibrino-hemático de coloración rojo-amarillenta.

Los cultivos en caldo han dado un bacilo que toma el Gram, y un estreptococo que toma también el Gram.

En agar han dado idénticos gérmenes.

Del líquido se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un chanchito, que pesa 265 gramos. Enero 22 de 1900, no presenta alteración á la inspección: pesa 280 gramos.

Murió el 4 de Abril, y en la autopsia no se ha encontrado lesión: pesa 262 gramos. Se han hecho cultivos del líquido del peritoneo, de la sangre y del hígado, que no han dado gérmenes de ninguna especie.

Con los cultivos en caldo se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un chanchito, que pesa 270 gramos.

Enero 22 de 1900, pesa 315 gramos y no presenta alteración á la inspección.

Abril 18 de 1900, pesa 300 gramos, se le dió muerte y en la autopsia no se ha encontrado lesión.

Se han hecho cultivos de la sangre, del líquido del peritoneo, del hígado, y no han dado gérmenes.

OBSERVACIÓN 21. *Juan Tosini; sala 3.ª, núm. 10. Líquido quístico y membrana periquística del hígado. Febrero 8 de 1900.*—Del líquido quístico se han hecho cultivos y no han dado germen.

Se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un chanchito, que pesa 380 gramos.

Se le dió muerte, Abril 19 de 1900: pesa 325 gramos, y en la autopsia no se ha encontrado lesión.

Del líquido quístico reducido al baño-maría de 350 gramos á 25 gramos, se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito (un centímetro cúbico): pesa 190 gramos.

Febrero 17 de 1900, pesa 210 gramos; la temperatura nunca ha pasado de 38°.

Se le dió muerte, Abril 19 de 1900, pesa 235 gramos, y en la autopsia no se ha encontrado lesión.

De la membrana periquística se hacen cultivos y dan el *estafilococcus albus*. Tres siembras, y las tres han dado el mismo germen.

De los cultivos en caldo de los estafilococos se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito, Febrero 12 de 1900, pesa 270 gramos; Febrero 15, 39°; Febrero 16, 38°8.

Febrero 17, pesa 240 gramos, temperatura 38°6. Marzo 2, pesa 270 gramos, temperatura 38°3. Abril 6, pesa 262, temperatura 38°.

Se le dió muerte, Abril 19 de 1900: pesa 295 gramos, y en la autopsia no se encuentra lesión.

Se hacen cultivos de la sangre, del líquido del peritoneo, del hígado, y no dan gérmenes.

En el enfermo operado de este quiste se pudo observar que la cavidad periquística se llenó de líquido. Tuvo una temperatura idéntica á la del chanchito inoculado, y al cabo de un mes el tumor desaparecía por reabsorción progresiva, pues no hubo necesidad de abrirlo.

OBSERVACIÓN 22. *Manuel Leane; sala 3.^a, núm. 14. Membrana quística, membrana periquística del hígado. Marzo 31 de 1900. Operado sin dejar drenaje.*—Se han hecho cultivos del líquido quístico y no han dado germen.

Se han hecho cultivos en tubos de la *membrana periquística*, y todos han dado *estafilococos albus*, que toman el Gram y liquidan la gelatina.

OBSERVACIÓN 23. *Juan Lalane; sala 3.^a. Quiste hidatídico del pulmón. Tumor del tamaño de una cabeza de niño. Mayo 21 de 1899.*—Líquido claro, transparente, cristal de roca. Se encuentran cabezas y ganchos de tenia.

Los cultivos que se han hecho con este líquido no han dado germen alguno.

Con este líquido se hace una inoculación de un centímetro cúbico en la cavidad abdominal de un chanchito de 670 gramos:

Mayo 22.	38°0
Mayo 23.	37°8
Mayo 25.	38°0
Mayo 27.	37°6
Mayo 31.	38°0
Junio 7.	38°0

Julio 25, pesa 655 gramos. Se le da muerte, y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica apreciable.

Con el objeto de averiguar si el líquido quístico podía producir lesiones inflamatorias del lado de las meninges, se hace una trepanación á un perro con la fresa de Doyen; previa esterilización y antisepsia rigurosa, se llega á la duramadre; con una pipeta cargada con dos centímetros cúbicos de líquido de quiste, se punza la duramadre y se inyecta este líquido en las meninges.

El perro ha permanecido más de un mes en observación y no ha presentado alteración alguna. La herida operatoria cicatriza rápidamente y bien.

La misma experiencia se repite en un conejo, con idénticos resultados, Agosto 6 de 1899. En esta se presenta el enfermo al servicio con un piodneumotorax localizado en el sitio del quiste. Se había operado cerrando todo.

Se extrae un líquido purulento. Al examen microscópico del pus no se encuentran bacilos de Koch ni otras bacterias.

En los cultivos se encuentran escasas colonias formadas por estreptococos que toman el Gram y liquidan la gelatina.

OBSERVACIÓN 24. *Quiste reoperado por el Dr. Herrera Vegas; líquido citrino, líquido sanguinolento. Marzo 28 de 1900.*—Del líquido citrino se hacen cultivos en caldo y en agar-agar, y no dan gérmenes.

Se hace una inoculación intraperitoneal de dos centímetros cúbicos á un chanchito que pesa 210 gramos, temperatura 37°8.

Murió Abril 23 de 1900; pesa 150 gramos, y en la autopsia no se ha encontrado más que un poco de líquido seroso en el peritoneo.

Se hacen cultivos del hígado, de la sangre, del líquido del peritoneo y no se ha desarrollado ningún germen.

Del líquido sanguinolento se hacen cultivos en caldo, y han dado estafilococos (albus) que toman el Gram, liquidan la gelatina.

En agar-agar no han dado gérmenes.

Del líquido sanguinolento se hace una inoculación intraperitoneal de un centímetro cúbico a un chanchito, pesa 175 gramos. Marzo 29, 38°4.

Murió, Abril 1.º de 1900; pesa 130 gramos. En la autopsia presenta un poco de derrame seroso en el peritoneo, congestión hepática. congestión pulmonar.

Se han hecho cultivos de la sangre y no han dado germen.

El líquido del peritoneo ha dado un estafilococo que toma el Gram y liquida la gelatina.

El hígado ha dado estafilococos que toman el Gram y liquidan la gelatina.

OBSERVACIÓN 25. *Juan R. Barrera, pensionista, núm. 5. Líquido de quiste recuperado, líquido serosanguinolento. Enero 4 de 1900.*—Se hacen cultivos en caldo y agar-agar, y han dado el estafilococo albus.

Se hace una inoculación intraperitoneal a un chanchito.

Enero 22 de 1900, pesa 315 gramos; a la inspección no se observa ninguna lesión.

Abril 4 de 1900, se le da muerte, y en la autopsia no se encuentra lesión.

Se hacen cultivos del hígado, y han dado colonias formadas por estafilococos; toman el Gram, no liquidan la gelatina.

La sangre ha dado estafilococos (albus), que toman el Gram y liquidan la gelatina.

El líquido del peritoneo no ha dado germen.

OBSERVACIÓN 26. *Líquido y membrana quística del hígado. Marzo 29 de 1899.*—El líquido se presenta claro, transparente, cristal de roca, y contiene cabezas.

La membrana, de color blanco nacarado, contiene en su cara interna gran cantidad de cabezas.

El líquido en las siembras que se han hecho en agar-agar y en caldo, ha dado estafilococos que toman el Gram y liquidan la gelatina; del líquido quístico se ha hecho una inoculación intraperitoneal a un chanchito de 433 gramos.

Marzo 29.	38°0
Marzo 31.	38°6
Abril 4.	38°6
Abril 7.	39°0
Abril 12.	39°3
Abril 13.	39°5
Abril 16.	38°4
Abril 18.	38°3
Abril 22.	38°0
Mayo 2.	38°0
Mayo 15, pesa 404 gramos.	38°0

Mayo 18, se le da muerte, y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica.

OBSERVACIÓN 27.—*P. Luna, sala 3.ª, núm. 30. Quiste extraído del epiplón. Marzo 18 de 1899.*—El líquido quístico se presenta claro y transparente, cristal de roca.

Haciendo, previa cauterización, una punción en el quiste del epiplón, se saca con una pipeta un líquido claro, transparente, cristal de roca, y con éste se hacen cultivos en agar-agar, que dan *stafilococcus albus* con sus caracteres: toma el Gram, liquida la gelatina, enturbia el caldo, etc.

De la membrana quística se hacen cultivos en agar-agar y da también colonias de *stafilococcus albus*, y además unas colonias pequeñas de un diplococo que toma el Gram.

De los cultivos de estafilococos que ha dado la membrana, se hace una inoculación a un chanchito de 235 gramos.

Marzo 21	38°0
Marzo 22	38°5
Marzo 23	38°8
Marzo 24	38°7
Marzo 27	39°0
Marzo 29	38°6
Abril 4	38°4
Abril 6	38°3
Abril 12	37°8
Abril 20	38°0

En Junio, 30, se le da muerte, y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica apreciable á simple vista. Se hacen cultivos de la sangre del corazón, hígado y bazo, y no dan gérmenes.

OBSERVACIÓN 28.—*Trinidad Iriarte, de la provincia de Buenos Aires. Quiste del cerebro. Mayo 15 de 1899.*—El líquido se presenta incoloro, transparente, cristal de roca.

Se hacen cultivos en caldo y dan estafilococos que toman el Gram, liquidan la gelatina y enturbian el caldo.

Se hace una inoculación intraperitoneal de estos cultivos en un chanchito de 480 gramos.

Mayo 20	37°6
Mayo 22	38°2
Mayo 27	38°0
Mayo 31	38°0

Se le da muerte el 9 de Junio, y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica.

Los cultivos hechos con la sangre de este chanchito no han dado germen.

OBSERVACIÓN 29.—*Rosa Saavedra, cinco años, argentina pensionista. Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado.*—Se practica una punción exploradora en el pulmón derecho.

El líquido quístico extraído por la punción pulmonar se presenta incoloro, transparente, cristal de roca.

Se hacen cultivos con este líquido en caldo, y da estafilococos que toman el Gram y liquidan la gelatina.

Con el resto del líquido (un gramo) se hace una inoculación á un chanchito de 503 gramos, y presenta las temperaturas siguientes:

Mayo 6	38°5
Mayo 8	38°8
Mayo 13	38°2
Mayo 17	38°0
Mayo 19	38°0

El 28 de Mayo se le da muerte, y se encuentra una peritonitis fibrino-purulenta localizada alrededor del bazo.

Del líquido del peritoneo, de la sangre, de la pulpa hepática de este chanchito se han hecho cultivos, y en los medios de cultivo se han presentado colonias de *stafilococcus albus* que toman el Gram y liquidan la gelatina.

Teniendo el líquido del exudado peritoneal, se han encontrado en éste estafilococos escasos, y algunos colocados en el interior de los leucocitos.

La membrana quística se presentaba con una coloración blanco-nacada; se hacen cultivos, y también se encuentra el mismo estafilococo.

El líquido del quiste hepático era incoloro, transparente; cristal de roca.

Con este líquido se hacen cultivos en caldo, y no han dado ningún germen.

Se hace con el líquido una inoculación á un chanchito.

Abril 26.	35°0
Abril 30.	37°8
Mayo 1.º.	37°7
Mayo 5.	37°9
Mayo 9.	38°0
Mayo 11.	45°2
Mayo 13.	38°2
Mayo 17.	38°3
Mayo 19.	35°0
Mayo 20.	37°9

El 20 de Mayo se le dió muerte, y en la autopsia no se encontró ninguna lesión anatómica.

Este caso es tan interesante, que quiero acompañarle de su historia clínica, porque viene á demostrar de una manera clara que el líquido incoloro, transparente, cristal de roca, puede ser séptico.

Antecedentes hereditarios. — La madre es sana. Tenía una hermana que murió de una enfermedad al pulmón.

Antecedentes personales. — La niña ha sido siempre sana. Hace veinticinco días que empezó su enfermedad con fiebre, tos y desasosiego general. Hace cuatro ó cinco días que sus síntomas se agravaron, elevándose la temperatura á 39°5 por la tarde, y 40° por la noche: esta elevación de temperatura empezaba algunas veces con chучo, y terminaba con sudores copiosísimos. Acusa un dolor persistente en el costado derecho. Ha tenido urticaria un solo día.

Estado actual. — Abril 25 de 1899. Píniculo adiposo escaso, pequeños ganglios submaxilares é inguinales.

Tórax. — Asimétrico, más elevado y saliente en el costado derecho, cerca del reborde costal y del apéndice xifoides.

Pulmón derecho. — Por detrás hay una zona mate que comienza dos centímetros por encima del ángulo inferior del homóplato, confundándose por debajo con la matidez hepática; lateralmente esta zona se extiende hasta la línea axilar, el murmullo vexicular está disminuido en el mismo sitio, hay algunos estertores sibilantes y gruesos, y se sienten también algunos frotés.

Abdomen. — Ligeramente saliente y abovedado en el hipocondrio derecho: el resto está bien.

Higado. — A la palpación se nota que este órgano sobrepasa mucho el reborde costal, palpándose su borde inferior á un centímetro por encima de la espina iliaca anterior superior.

La superficie es lisa, y se nota, al nivel de la línea paraesternal, por debajo del reborde costal, una saliente, de superficie lisa, de paredes resistentes elásticas, fluctuante, de forma esferoidal.

La matidez hepática, en su parte anterior, llega hasta la sexta costilla.

El análisis de la orina ha dado 1,70 de albúmina, y en los sedimentos se encuentran gran cantidad de leucocitos y cilindros hialinos y granulosos.

Operación. — Abril 25 de 1899. Anestesia clorofórmica tranquila. Laparotomía oblicua lateral derecha, á un través de dedo del reborde costal. Se llega al quiste, que es intrahepático. Se punza en el sitio de mayor fluctuación y sale un líquido cristal de roca que se recoge en un tubo. Se hace una incisión para abrir el quiste, que está cubierto por un centímetro de parénquima hepático. Al hacer esta incisión, el parénquima da mucha sangre; se cohibe con el termo-cauterio; se termina de abrir bien el quiste, se saca la membrana quística, y se marsupializa la periquística. Tumor del tamaño de una cabeza de niño. El drenage se hace de gasa esterilizada. Se marsupializa por la temperatura y los sudores, que hacían temer fueran producidos por el quiste.

Abril 26. — Por la noche la temperatura se ha elevado á 38°1 y ha habido sudores copiosos.

Abril 27. — Por la mañana la temperatura está en 36°. Persiste la pun-

zada de costado; por la noche la temperatura se levanta á 40°2, con malestar general, y después empieza á descender, seguida de sudores copiosísimos.

Se cambia la curación; las gasas están completamente limpias. Se mandan al laboratorio para que se hagan estudios bacteriológicos; la cavidad quística está completamente limpia.

Abril 30.—La temperatura se ha mantenido en 36°8 por la mañana, 37°6 por la tarde. Los sudores persisten, empapando las almohadas y mojado el cabello como si se hubiera lavado la cabeza.

Se vuelve á hacer un nuevo examen clínico, y se observa que la matitez antes descrita en el pulmón derecho persiste; esta matitez es de forma curva y convexidad superior; por la parte anterior, baja rápidamente hasta encontrar la matitez hepática; por detrás, baja más oblicuamente hasta encontrar el ángulo posterior de las costillas (sonoridad oscura en esta parte). A la auscultación, murmullo vesicular muy disminuido y abolido en el punto en que la matitez es más marcada.

Se oye uno que otro frote.

Se hace una punción exploradora, previa antisepsia rigurosa de la piel, introduciendo la aguja, de un tercio de milímetro de grueso, de una jeringa esterilizada, al nivel del 5° espacio intercostal, punto en que la matitez es más marcada; y se extraen dos gramos de líquido transparente, cristal de roca, con el cual se hacen inoculaciones á chanchitos y cultivos en caldo.

Mayo 2 de 1899.—En vista del resultado de la punción exploradora, y como la fiebre persistía en la misma forma antes descrita, se procede á la operación. Anestesia clorofórmica tranquila. Incisión en U de ramas cortas sobre la sexta costilla. Se disecciona el colgajo músculo-cutáneo, hasta poner en descubierto la sexta costilla. Se incide el periostio y se aísla la costilla en una extensión de cuatro centímetros, que se reseca. Se palpa sobre la pleura parietal puesta á descubierto y se siente la fluctuación del tumor.

Se secciona la pleura, dando salida á un líquido quístico transparente, incoloro, cristal de roca. Se extrae la membrana quística, la cual presenta una coloración blanca nacarada. Se marsupializa la membrana periquística, la cual estaba adherida á la pleura parietal por bridas fibrosas laxas. Se hace drenaje con gasa.

En el análisis de la orina no se encuentra albúmina. Los cilindros han desaparecido. Se encuentra uno que otro leucocito, cristales de fosfato amoníaco-magnésico, células epiteliales pavimentosas.

Mayo 4.—La temperatura se mantiene baja. Los sudores persisten menos abundantes. Se nota que las gasas del hígado salen impregnadas de bilis; el quiste pulmonar está bien.

Mayo 6.—La pérdida de bilis ha aumentado algo, el quiste pulmonar está bien. La temperatura baja; persisten aún los sudores, menos abundantes.

Mayo 12.—La temperatura, siempre en la normal; ha vuelto el apetito. Los dos quistes operados siguen bien.

Junio 2.—La temperatura, en la normal; ha engruesado mucho. Los dos quistes siguen cicatrizando.

Junio 20.—El quiste pulmonar está cicatrizado. Ha desaparecido la matitez; el pulmón respira bien. El quiste del hígado, en vías de terminar la cicatrización.

Junio 25.—Quiste hepático cicatrizado. El hígado ha disminuido muchísimo de volumen; se palpa su borde á un través de dedo por debajo del reborde costal. No hay dolor á la palpación.

En muy buen estado de nutrición, tiene mucho apetito y ha engruesado mucho. Los sudores hace ya un mes que han desaparecido.

Julio 20.—Unos puntos de seda que habían quedado en el quiste del hígado al hacer la marsupialización han supurado, y se ha hecho un pequeño absceso subcutáneo por debajo de la cicatriz. Se incide el absceso, se sacan los puntos de sutura.

Agosto 4.—Herida cicatrizada.

La enferma está completamente curada.

Como se desprende de la historia clínica y del examen bacteriológico, la causa de la temperatura era debida á la infección del quiste del pulmón, que presentaba un líquido claro, transparente, cristal de roca.

Al hacer la punción en presencia del médico interino Dr. Copello, y al ver que el líquido que extráramos era claro, incoloro y transparente, le manifesté que si bien era realmente un quiste el que habíamos punzado, no debía ser el que producía esa elevación de temperatura, pues hasta ese momento pensaba que los quistes sépticos eran de contenido turbio.

OBSERVACIÓN 30. Sala 3.^a, núm. 12. Quiste del hígado cara superior, líquido y membrana quística: membrana periquística. Marzo 6 de 1900.—Del líquido quístico ligeramente turbio (en el examen microscópico se encuentran glóbulos rojos); se hacen cultivos y no ha dado germen.

Se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito que pesa 240 gramos.

Murió en Abril 2 de 1900; pesa 178 gramos, y en la autopsia se encuentra una inyección hufática subcutánea muy marcada. No se encuentra ninguna otra lesión.

Se han hecho cultivos del hígado, de la sangre y del líquido del peritoneo y han dado un bacilo corto que pierde el Gram, enturbia el caldo sin formar película, en agar-agar forma colonias azuladas de bordes irregulares, tienen movimientos, no liquidan la gelatina, ponen rojo el azul de tornasol.

De la membrana periquística se hacen cultivos y no dan gérmenes.

De la membrana quística se hacen cultivos y no dan gérmenes.

De la membrana quística se hace un ingerto intraperitoneal á un chanchito que pesa 488 gramos.

Murió en Marzo 10 de 1900, de peritonitis purulenta generalizada.

Se han hecho cultivos del hígado y de la sangre y no han dado germen.

El pus del peritoneo ha dado colibacilo y estafilococo dorado.

OBSERVACIÓN 31. Sala 4.^a, núm. 8. Quiste hidatídico supurado de la pared abdominal. Enero 20 de 1900.—Se han hecho cultivos y han dado estafilococos que toman el Gram, forman una ligera película al caldo, y en la gelatina se desarrollan poco, no liquidándola.

OBSERVACIÓN 32. Sala 3.^a Quiste hidatídico supurado del pulmón. Octubre 7 de 1899.—Líquido amarillento con grumos blanquecinos.

Membrana quística blanca amarillenta, algo disgregada.

Con el líquido se han hecho cultivos y ha dado estreptococos que toman el Gram, enturbian poco el caldo y liquidan débilmente la gelatina.

Se hace con el líquido quístico una inoculación intraperitoneal á un chanchito el 7 de Octubre y se tiene en observación hasta el 21 de Enero de 1900, día en que se le da muerte: en la autopsia no se encuentra lesión. En los primeros días de la inoculación hubo una ligera reacción febril que no se reprodujo, y el chanchito no perdió peso.

* *

Según estas experiencias, resulta que de 32 quistes hidatídicos, en 19 del hígado, uno del cerebro y uno del pulmón, el líquido quístico no contenía gérmenes; pero el caso de quiste pulmonar volvió á los tres meses después de la operación con un plonemotorax, en cuyo pus se encontró el estreptococo. Otro caso de quiste hidatídico del hígado hubo que operararlo porque la cavidad periquística se llenó de líquido citrino amarillento, y en este líquido se encontró un bacilo que toma el Gram y un estreptococo no virulento; en otro caso de quiste del hígado, que también se tuvo que abrir por la misma causa, se encontró en el líquido un estreptococo virulento; y en tres casos más, idénticos, se encontraron *sta-*

filococcus albus. En un quiste de hígado reoperado en el Hospital de Clínicas se encontró en el líquido quístico el *stafilococcus albus* virulento.

Viendo, pues, que á pesar de que el líquido quístico resultara estéril, el líquido que se acumulaba más tarde en la cavidad periquística después de la operación contenía gérmenes, pensamos que tal vez los gérmenes se quedarían detenidos en la cavidad periquística. Hicimos entonces el examen bacteriológico por separado del líquido quístico de la membrana periquística, y los resultados fueron los siguientes:

En un caso en que el líquido quístico no contenía ningún germen, la membrana periquística contenía colibacilo y estafilococo *albus* virulento. Y en otros dos casos en que el líquido quístico no tenía tampoco gérmenes, la membrana periquística nos dió en los cultivos el estafilococo *albus*.

Los líquidos transparentes, incoloros, cristal de roca, pueden tener gérmenes; así, en un caso de quiste del hígado, en que el líquido estaba en estas condiciones, hemos encontrado el estafilococo *albus* no virulento.

En un quiste del epiplón, en idénticas condiciones, hemos encontrado también el estafilococo no virulento.

En un quiste hidatídico del cerebro, con líquido claro transparente, también hemos encontrado un estafilococo no virulento.

En un quiste equinococo del pulmón, que producía grandes elevaciones térmicas, el líquido también era incoloro, transparente, cristal de roca; y sin embargo, contenía el estafilococo *albus* capaz de producir una peritonitis purulenta enquistada en el chanchito que se inocule.

Por último, en un quiste supurado de la pared del abdomen con líquido purulento, hemos encontrado estafilococos; y en un quiste en idénticas condiciones, del pulmón, hemos encontrado un estreptococo.

Como vemos, no es tan raro que los quistes de equinococos contengan gérmenes; y esto no debe extrañarnos si consideramos que el embrión exacanto de la tenia equinococo, antes de penetrar en la circulación, tiene que pasar por el intestino, mezclarse con una cantidad de gérmenes que se encuentran habitualmente en ese punto, y en ciertos casos podrá éste también llevar consigo uno ó varios de esos gérmenes.

Si los gérmenes que lleva son muy virulentos, terminará rápidamente por supuración; si no lo son, podrá llegar á tener el quiste grandes dimensiones, conservando sus gérmenes en la periferia; y en los casos en que no los lleve, el quiste será completamente aséptico.

Todos estamos acostumbrados á ver agujas que, por casualidad, penetran en el interior de nuestros tejidos: agujas que en unos casos se enquistan, produciendo una ligerísima reacción inflamatoria, y en otros, cuando han llevado consigo gérmenes virulentos, especialmente agentes de la supuración, producen un absceso; pues lo mismo pasa, probablemente, con los quistes hidatídicos, á nuestro modo de ver.

En el número de inoculaciones con líquidos quísticos asépticos que nosotros hemos hecho, ya sea en el peritoneo, ya en las meninges, no hemos podido comprobar la toxicidad que algunos le asignan.

Hemos reducido por evaporación al baño maría 550 gramos de líquido á 20; y de estos 20 gramos dos fueron inyectados en el peritoneo de un chanchito, que se ha tenido en observación tres meses sin que se produjera en él alteración de ninguna especie.

En otro caso, 700 gramos se redujeron á 50 y se inyectan dos centímetros cúbicos á un chanchito con idénticos resultados; y en otro caso, 350 gramos se reducen á 25 gramos y se inoculan dos centímetros cúbicos á un chanchito con idénticos resultados.

El líquido aséptico es un buen medio de cultivo para el estafilococo, que se deposita á las veinticuatro horas en el fondo del tubo, dejando el líquido claro, transparente. También es un buen medio de cultivo para el estreptococo, el colibacilo y el bacilo de Eberth.

Hemos hecho en tres casos inoculaciones de membranas quísticas, y en dos hemos comprobado la reabsorción de ellas; pero en otro caso que se hizo una inoculación por debajo de la piel y se tuvo en observación

durante tres meses y medio, se notó que se fue formando un tumor esferoidal por debajo de la piel, que aumentó de volumen; á la autopsia notamos que esta membrana quística se había rodeado de una tenue membrana fibrosa, y en el interior de la membrana quística encontramos líquido quístico en muy pequeña cantidad.

CONCLUSIONES.—1.^a El líquido quístico puede ser aséptico, y la membrana periquística contener gérmenes.

2.^a Los líquidos de quistes hidatídicos pueden presentarse incoloros, transparentes, cristal de roca, y sin embargo contener gérmenes patógenos: *coli comunis*, estreptococos, estafilococos.

3.^a En todos estos casos no hemos podido observar ninguno en que el líquido quístico fuera tóxico por sí solo, pues en los casos en que, después de inyectado el líquido y á las pocas horas ha muerto el chanchito, hemos encontrado gérmenes capaces de producir la muerte.

4.^a El líquido de quiste hidatídico es un buen medio de cultivo para el estafilococo, estreptococo, colibacilo y bacilo de Eberth.—(De la *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, Buenos Aires).

De la vacuna, de la viruela y su tratamiento por la cámara roja y la miel virgen, por el Dr. ALBERTO DIAZ DE LA QUINTANA.—Podrían escribirse tres grandes tomos, pero sería inútil ese trabajo; pocos los leerían; hoy el periódico ha matado al libro. También parece exigir el rubro de este escrito tres artículos relacionados entre sí, mas resultarían muchos artículos: hay que condensar, estamos en pleno alcaloide; contentémonos, pues, con un solo artículo y hagamos de modo que éste resulte lo más corto posible.

No soy vacunista. Hace ya muchos años que escribí las razones que me separan de la escuela de Jenner (léanse *La Gaceta Universal, Las Ocurrencias*, 1887), y entiendo que la vacuna de la ternera no sólo es ineficaz, sino que es peligrosa (1).

Lo observado en nosotros mismos tiene mayor valor que todas las estadísticas, porque éstas faltan á la verdad con mucha frecuencia.

Yo no estoy revacunado. En los años de mil ochocientos setenta y tantos servía en el Hospital militar de Barcelona; fui trasladado al de Lérida, en la vacante ocurrida por fallecimiento de otro sauitario. Ocupé su cama, y á guisa de novatada, mis otros tres compañeros me hicieron dormir entre las sábanas del difunto, que luego supe había sucumbido víctima de la viruela hemorrágica. No sufrí el contagio.

Ya médico, he asistido á variolosos varias veces á la sazón de grandes epidemias (en la Habana, en Manila), sin experimentar la menor novedad. Y otros compañeros que se vacunaron ó revacunaron, perecieron por la viruela.

Recientemente, por instigaciones de compañeros amigos, permití que vacunarán á mi hijo (niño de dos años); yo mismo pedí la vacuna, que no prendió. Desistí de repetir. En mi casa hubo después un foco de viruela. Falleció un niño de la edad del mío en el piso de al lado; después fue contagiado mi hijo, que salvó; por último, falleció otro niño en la cochera de la misma casa. Los dos niños víctimas de la viruela estaban vacunados; el mío no lo estaba. Podría citar muchos casos parecidos.

Para que se padezca una enfermedad es indispensable que preceda la predisposición.

El terreno que hace fructificar tal siembra no permite la vida de otras diferentes: la planta que aquí vive, allá se marchita y muere; hay perso-

(1) Creemos innecesario advertir que *El Siglo* respeta las opiniones del autor acerca de la vacuna, pero que cree lo contrario de lo que expone. Sin embargo, estimamos conveniente que se lea toda clase de juicios.—J. H.

nas que pasan la vida entre constantes disgustos y, sin embargo, están sanas; en otras, la primera tristeza las abate y enferma. Aquel gañán está bueno y alegre, comiendo pan y cebolla; este señor se encuentra enfermo, bien alimentado y atendido. El agua contaminada que lleva la tifoidea á cien personas, respeta á quinientas que también la beben. Yo he visto morir en Singapoore de sífilis maligna á un marinero que, con otros varios compañeros, había cohabitado en un prostíbulo chino con la misma prostituta: y estos afortunados no sufrieron el menor contratiempo. En Yunnan, cuando yo estudiaba *de visu* la peste, pude comprobar infinitas de estas rarezas. Dejádme, pues, que dude de la eficacia de las vacunas, de los sueros antipáticos (de *patos*, enfermedades), y no olvidemos que también falleció Cámara Pestana recientemente en Lisboa, perfectamente vacunado con el suero antipestoso....

El *predispuesto* sufrirá de la viruela, sin remisión alguna; y el mejor tratamiento consiste en influenciarle con la cámara roja, administrándole al interior miel virgen (una cucharada cada dos horas), dejándole beber agua hervida á voluntad (sistema muy usado en Oriente).

El empirismo ya nos dice que, en las fiebres eruptivas, es conveniente abrigar al enfermo con el color rojo; no hay aldeana que no cubra á sus hijos, atacados por el sarampión, escarlatina, viruela, etc., con mantas de aquel color. Y este cuidado no tan sólo se observa en Europa; yo lo he comprobado en otras regiones y, como yo, cuantos en ellas han vivido (China, Japón, Annam, principalmente).

El Dr. Finsen escribió buenas observaciones en 1893, estableciendo como conclusión que la viruela debe sustraerse á la acción de los rayos químicos del espectro, con lo que se evita constantemente la supuración de las pústulas (que muy pronto se desecan), la fiebre secundaria (de supuración) y la presentación de cicatrices.

La conclusión es verdadera, y la *remachan*: Ehlers (de Copenhague), Black (de Chesterfield), Gallavardin (de Lyon), Lindholm (de Bergen), entre otros, y algunos con anterioridad á Finsen. (*The Lancet*, London, 1867-1871.)

De la parte azul, violeta y ultravioleta del espectro, proceden los rayos químicos, como de los rojos y ultrarrojos los rayos luminicos, por más que todos participen de ambos efectos; quiero referirme al máximo y mínimo.

Los rayos químicos actúan maléficamente allá donde dan; ellos son los que originan el eritema solar, ellos los que higienizan el suelo, la atmósfera, cambiando las condiciones de las bacterias—maleficio éste que se convierte en beneficio para los seres animados;—y ningún observador deja de aconsejar se evite en lo posible la acción directa y violenta de estos rayos, que, no obstante, resultan medicinales en algunas ocasiones: lo prueba la fototerapia, hoy en grande boga, sacando partido de la revulsión que producen para tratar las neuralgias, el reumatismo, etc. Se ha probado hasta el convencimiento que los efectos irritantes, inflamatorios, de la luz no se deben al calórico y sí á los rayos químicos de que estoy escribiendo.

En todas las fiebres eruptivas, las partes expuestas á la luz son las que después acusan más las huellas de la enfermedad; las cicatrices de la viruela pueden ser infinitas en la cara y manos, sin presentarse apenas en el resto del cuerpo. Este hecho debe ser suficiente para comprender la ventaja de librar á los enfermos de la influencia de la luz.

Sin recurrir á la cámara roja, la práctica ya aconseja el embadurnamiento de las regiones que no pueden abrigarse, con diferentes sustancias (tintura de iodo, nitrato de plata, vaselina boricada, polvos inertes, etc.), pero sin darse cuenta de que el embadurnamiento originaba los buenos resultados, en virtud de la defensa que establecían contra la luz, bien fuera deficiente; lo experimentado con la cámara roja ha venido á explicar las virtudes de aquellos procedimientos, atribuídas, á los medicamentos que los constituían.

El año pasado, un compañero que tenía enferma de viruela á una per-

sona de su cariño, siguió mi consejo y estableció la cámara roja en el cuarto del enfermo, administrándole al mismo tiempo la miel virgen á cucharadas: apenas sufrió de fiebre, las pústulas se secaron sin supurar, y no quedó una sola cicatriz como rastro de la viruela sufrida.

Son muchos los casos en los que he logrado que la viruela abortase, acudiendo á tiempo á la instalación de la cámara roja: en tiempo de epidemia es muy fácil diagnosticar la enfermedad prematuramente; entonces es también muy fácil convertir una viruela grave en insignificante manifestación de la enfermedad.

En los hospitales debieran convertirse las salas de viruelas, sarampión, etc., en cámaras rojas; la instalación resulta barata y fácil de hacer, siendo suficiente pintar los cristales de rojo y colocar algunas cortinas de igual color en las puertas, porque la privación de los rayos químicos debe ser absoluta, y con que se encienda una cerilla, basta para malograr los efectos del color rojo. La luz, si es eléctrica, se convierte en roja, pintando de rojo las lámparas ó cubriéndolas con tela roja: si es de aceite, usando de tubos rojos, pintando los cristales de los faroles con igual color y evitando que por la más pequeña rendija puedan penetrar en la sala los rayos químicos.

Como tratamiento abortivo de la viruela, también he empleado la franklinización, que me ha dado admirables resultados; pero de este nuevo asunto me ocuparé en otra ocasión.—(De *El Siglo Médico*.)

BIBLIOGRAFÍA

Memorias de Historia Natural y Médica de Asturias, por el Dr. D. GARRAR CASAL, reimpresas y anotadas por A. Buylla y Alegre y R. Sarandesea y Alvarez, con noticias biográficas del autor, por D. Fermín Canella y Secades, Vice-rector de la Universidad de Oviedo, y un prólogo del Dr. D. Angel Pulido y Fernández, de la Real Academia de Medicina. (Oviedo: Escuela Tipográfica del Hospicio, 1900); un tomo de XXVII-340 págs.: 6 pesetas.

El regionalismo literario y artístico, generalizado en todas las comarcas de España, no sólo sería simpático en alto grado, sino también muy provechoso para la cultura de las patrias chicas y de la *Patria grande*. Particulares, sociedades privadas y corporaciones populares han iniciado varias veces en diversas provincias españolas la publicación de obras producidas por ingenios muertos ó vivos, que allí nacieron ó vivieron largo tiempo: obras de positivo mérito eminente; poco ó nada divulgadas muchas de ellas; desconocidas, casi, para quien no sea un erudito profesional; acreedoras de justa estimación; jalones dispersos, que deslindan el campo de las actividades intelectuales de España en los tiempos pasados y presentes; sumandos de la total civilización hispánica; documentos genealógicos de nuestra noble estirpe mental; alarde glorioso de guardadas riquezas del entendimiento; galardón póstumo de pretéritas glorias, y señuelo para atraer hacia las bellas empresas de las letras, las artes y las ciencias á los enamorados futuros de nuestro renacimiento en todos los órdenes del saber y del obrar.

Así, recuerdo que la Diputación provincial de Zaragoza publicó á sus expensas bastantes volúmenes de obras originales de *Autores aragoneses*; en la Coruña ha habido editor inteligente y constante, para dar á luz por espacio de muchos años una preciosa *Biblioteca gallega*; en la entusiasta y laboriosísima Barcelona viene de muy antiguo el afán de no dejar en el olvido las producciones del alto *Ingenio catalán* de épocas pasadas y de la contemporánea; y en otras muchas comarcas españolas existen pruebas de ese amor á los hijos gloriosos de ellas, que son otros tantos florones de la augusta corona de la Patria. ¡Hermoso regionalismo, no hecho para que lo exploten caciques políticos-vividores ó los barones feudales de la industria ó los *condottieri* del comercio ó los eternos enemigos de la civilización moderna, sino para que se ufanen todos los españoles de contar en el seno de la familia ibera de ambos mundos con hijos que tanto la honran y engrandecen!

En este orden de hechos meritorios figura la publicación de la obra cuyo título encabeza las presentes líneas; labor de sabrosa y nutritiva lectura; dechado de producciones castizas, inspiradas en la naturaleza real de las cosas, siguiendo la honda dirección que marcaron para siempre el genio de Hipócrates y el talento observador de Sydenham: que tales progenitores científicos son los del insigne Dr. Casal, de grata memoria, impercedera en los anales de la Medicina española (1679-1759). Diez años después de morir el *Hipócrates inglés* nació nuestro *Hipócrates asturiano* ó nuestro *Sydenham español*.

Traspuestos los dos pórticos bellísimos que preceden á la reimpression de las *Memorias de Casal*—las eruditas notas biográficas del Vice-rector Canella y el galano prólogo del académico Pulido,—viene luego reproducida la portada de la primera edición madrileña (1762), que sacó á luz el Dr. Juan Joseph García Sevillano, convirtiendo en obra *póstuma* la obra *intédita* de D. Gaspar, servicio por el cual debemos estar agradeci-

dos á la buena memoria del académico García Sevillano. La novísima edición ovetense contiene, como la edición madrileña del siglo XVIII, una alocución *Al público español de sabios eruditos* y un *Prólogo del editor*, una *Carta* del famoso Padre Sarmiento al Dr. Casal y otro *Prólogo del autor*: documentos muy bien escritos todos ellos y pensados con un buen sentido que encanta, si se recuerda lo poco propicio del *estado de alma* española, por aquel entonces, para las tareas científicas hechas con criterio positivo y desligado del metafísico escolasticismo al uso. Avaloran la presente edición, además de los antedichos trabajos de los señores Canella y Pulido, varias notas muy discretas con que los Sres. Buylla y Sarandeses aclaran, confirman y glosan muchos conceptos y observaciones de Casal.

Las Memorias del Dr. D. Gaspar Casal, constan: de una *Historia físico-médica del Principado de Asturias* (veinte capítulos); *Constituciones epidémicas* (cinco capítulos, donde se historia el estado de la salud pública en el Principado de Asturias durante dos partes de un período de treinta y un años); *Enfermedades endémicas* (seis monografías, entre ellas la descriptiva del *mal de la rosa* ó pelagra); *Cartas* (referentes á una consulta, por escrito, entre el Dr. Casal y siete notables profesores de París, acerca de un enfermo francés que residía en Oviedo); *Historia del succino ó ámbar asturiano* (monografía científica) y un *Brevísimo tratado, en que con experiencias se declara que, para entender las importantes doctrinas y sentencias de Hipócrates, valen más las observaciones prácticas que la lectura y estudio de los comentadores de ellas* (estudio crítico).

Don Gaspar Casal, que vivió durante los reinados de Felipe V, Luis I y Fernando VI (falleciendo el mismo año que este último monarca), resulta un precursor de los sabios españoles que ilustraron el reinado de Carlos III: representa el recto sentido científico experimental y de observación, para el cual abrieron paso franco con una crítica independiente de dogmatismos en lo alto y supersticiones en lo bajo los famosos frailes Feijóo y Sarmiento, dignos amigos del *Hipócrates asturiano*. El doctor Casal procura siempre ver bien la realidad y describirla tal como sus perspicaces ojos la atisbaron viva, prescindiendo de rutinas doctorales y prosopopeyas magistrales, ojo avizor á lo que en la Naturaleza existe y con los ojos cerrados á lo que los libros afirman porque sí ó porque lo dijo alguno de esos sabihondos que mirándose el ombligo ven el Universo entero en él condensado. Por eso pudo describir antes que nadie la *pelagra* y lograr que así lo reconocieran los observados concienzudos de países extraños. Sus trabajos acerca de epidemias, endemias y topografía médica en Asturias, llenos están de esa lozana y vigorosa frescura que tienen las labores personalísimas, propias de quien ve las cosas por sí mismo, las piensa con libre criterio y las expone sin trabas de escuela, secta ni pandillaje alguno. He ahí por lo que no sólo pueden, sino que hasta deben leerse las Memorias de este sabio español del siglo XVIII; aún queda mucho dogmatismo escolástico y ontológico hasta en las ciencias más positivas y en los científicos que alardean de mayor independencia, para que no resulte útil una obra tan sincera y escrita (por añadidura) en tiempos no muy propicios para soltar los funestos audaces y chichoneras de la metafísica y de la teología, en materias puramente de ciencias naturales. Plácemes mercede también la Diputación provincial de Oviedo, por el auxilio prestado para la reimpresión de este libro tan ameno como instructivo. ¡Cunda ese buen ejemplo!

Lecciones de Antropología, por los Doctores HOROS y ARANZADI. Madrid, 1890 y 1900; 2.ª edición, en cuatro tomos, con 1.504 páginas en conjunto: 21 pesetas, en la librería de Romo y Fússel, Alcalá, 6.

Esta obra, ya conocida por su primera edición, aparece ahora por segunda vez adoptando otra distribución de materias más práctica para la

enseñanza, así como grandes correcciones y notable aumento doctrinal. Son labor de D. Luis de Hoyos los tomos I y III, cuyos respectivos títulos son: *Técnica antropológica y Antropología física* (600 páginas) y *Etnografía, Clasificaciones, Prehistoria y Razas americanas* (375 páginas). El Sr. D. Telesforo de Aranzadi ha escrito los tomos II y IV, que tratan: el uno, de la *Etnología, Antropología filosófica, Psicología y Sociología comparadas* (551 páginas); y el otro, de *Etnografía, Razas negras, amarillas y blancas* (372 páginas). Al frente del tomo I figuran el prólogo de la primera edición y otro propio de esta segunda, escritos ambos por el doctor Antón y Ferrándiz, Catedrático de la asignatura de la Universidad Central, justamente bien reputado por su sabiduría y por su amor á la ciencia, que profesa brillantemente.

Un poco embrollado resulta el que la obra de los distinguidos antropólogos Sres. Hoyos y Aranzadi tenga un orden muy diferente del expuesto en su programa por el Profesor Antón, cuando aquéllos aceptan dicho programa y no existe más enseñanza oficial que la dada en Madrid. Si eso es indicio de independencia de criterio en lo que atañe al plan, es digno de elogio el fundamento de tales discrepancias, porque lo primero de todo es la sinceridad honrada y el respeto á nuestra propia persona, tanto, por lo menos, como á las ajenas. Si, á la vez que la conservación del personalismo en los autores, se han propuesto ser útiles á los alumnos examinandos, también merece elogios el deseo de subsanar la falta de un libro de texto español.

En cuanto á español, lo es por los cuatro costados: no desperdicia ocasiones para proporcionar datos referentes á los caracteres antropológicos y étnicos de nuestro complejo pueblo. En la tercera edición y sucesivas, es de desear que aumente el número de noticias exactas acerca del pueblo hispano en ambos continentes, el viejo y el nuevo, sin prescindir de las relativas á los demás pueblos y razas, por el interés general científico del completo conocimiento de tales materias para nuestra ilustración positiva y amplia. Uno de los defectos de nuestra producción científico-literaria consiste en que casi todas las obras parecen hechas con retazos de todas las banderas nacionales, menos la española. Algo producimos de nuestra propia cosecha, pero no suele tenerse en cuenta fuera de casa; ¡y es lastimoso que tampoco se hable de ello ni en nuestra casa misma! No nos detengamos nosotros de la ciencia universal, ya que es contraproducente el concepto de ciencias nacionales (alemana, inglesa, francesa, española, etcétera), pues no hay esfera de mayor colectivismo que la de la Ciencia.

Programa de Anatomía práctica, por J. BÁRCIA CABALLERO, Catedrático numerario de Anatomía descriptiva y Embriología de la Universidad de Santiago, 1896; un tomo de 446 páginas (sin designación de precio).

Anatomía práctica, por el mismo autor y por el Dr. D. VICENTE GOYANES CHDRÓN, Director de trabajos anatómicos en la Facultad de Medicina de Santiago; con un prólogo del Dr. D. Timoteo Sánchez Freire, Catedrático de Clínica quirúrgica en la misma Facultad, 1898; un tomo de 414 páginas (6 pesetas.)

Dos obras eminentemente útiles, por la materia de que se ocupan y por el modo de tratarla. Si la Anatomía es la base del conocimiento del hombre y de los estudios médicos, la Discección es la disciplina fundamental para llegar á ser buen anatómico y concienzudo médico. Ambos manuales están escritos para servir de guía en las prácticas del Anfiteatro y del Museo anatómico. Hechas con vista de las preparaciones en el cadáver, y con ánimo de facilitar hasta lo sumo su práctica acertada, tienen estas dos obras un gran valor por lo claras, precisas y concisas: condiciones exigibles en todo libro docente para llenar sus altos fines. Pocos momentos sobre lo escrito y mucho tiempo escudriñando con el escalpelo y la sierra el organismo humano, producen un buen anatómico; las condi-

ciones opuestas producen, á lo más, un parlanchin inepto en su día para la clínica, y apto solamente para escarceos retóricos de Academia ó periodismo, ó un *curandero-charlatán con licencia del Estado* en forma de título académico. La sobriedad de estos dos libros no empece para que sean completos, completísimos, en su desempeño útil. De esas proporciones debieran ser todos los libros de texto: pero es muy más difícil concretar que diluir las nociones fundamentales de cualquier orden de conocimientos científicos. Ningún libro de primeras letras debería tener más de 100 páginas en 8.º español, ni los de segunda enseñanza más de 300 en igual forma, ni los de enseñanza superior más de 500 en 4.º Un gran tomo está expuesto á ser un gran tíno: la experiencia demuestra que en algunos casos así sucede, no sólo desde el punto de vista económico, sino, sobre todo, desde el punto de vista instructivo. La primera de estas obras está desarrollada en 82 capítulos, cuyo promedio de extensión es de cinco páginas; la segunda consta de 124 capítulos, de á tres páginas por término medio. El gran número de capítulos demuestra lo detallado de los asuntos; el corto número de páginas indica lo claro de su redacción. Estos hechos no necesitan más elogio que el ponerlos de relieve y como ejemplo magnífico, digno de ser imitado.... ; Aunque no se imitará, tal vez, por muchos tratadistas y Profesores!

Y cuenta que el Sr. Barcia sabe más retórica que la mayoría de los científicos verdaderos y falsos: tanta como el mejor literato y humanista. Pero deja la retórica para donde es necesaria; y la suprime donde basta la gramática (castellana, no parda) para exponer la ciencia á los alumnos. Escribe hermosísimas poesías en habla gallega y en correcto lenguaje de Castilla; novelas, cuentos, artículos y aun libros enteros de crítica literaria; obtiene merecidos premios en públicos certámenes á las bellas letras dedicados.... y da á luz libros docentes que son decentes, puesto que aparentan poco, valen mucho y cuestan baratos. Meten bastante ciencia en la cabeza de los discípulos.... y sacan escaso dinero del bolsillo de los padres. Estas dos consideraciones son muy atendibles cuando los directores de la Instrucción pública no saben lo que dirigen, y suceden planes á planes de estudio con seis ú ocho asignaturas cada curso durante media docena de años.

El tartamudeo y otros vicios de pronunciación, con su tratamiento, por D. AGUSTÍN RIUS Y BORRILL, maestro normal, Director de la Escuela municipal de la calle de Poniente, autor y traductor de varias obras pedagógicas. Un tomo de 118 páginas, 2 pesetas: 1900, Barcelona, calle del Carmen, 44, primero.

El respetable Profesor catalán Sr. Rius demuestra en este libro ser, no sólo una persona instruída en su noble carrera, sino un hombre de santísimo criterio propio, lleno de buen sentido y de óptima voluntad para las más arduas tareas pedagógicas. En efecto: después de haber publicado un volumen acerca de *La educación de los niños atrasados ó cortos de inteligencia*, aborda en el presente el problema de la corrección de los defectos locutivos no dependientes de trastorno orgánico, sino de vicios funcionales en la emisión de la voz, en la articulación silábica y en la pronunciación de las palabras, formando dicciones sueltas y frases oracionales. Su plan de enseñanza especial se distingue por cimentarse á la vez en el conocimiento científico, en el sentido común (que más bien debiera llamarse escaso) y en una larga práctica acertada é inteligente.

La más útil y bella facultad de relación que tiene el hombre es la palabra. Consentir en estropear ese hermoso instrumento psíquico y social, permanecer en la indiferencia ante esas degradaciones del habla, revela poco gusto estético en los padres que lo autorizan y en los maestros que no lo enmiendan. No es el tartamudo quien debe inspirar burlas; el menosprecio lo merecen sus familias y sus profesores. Y, por lo mismo, es digno del mayor aprecio el Sr. Rius. Los quince captulos de su obra tra-

tan la materia de un modo claro, metódico y útil para su fin especial. Sinceros elogios le tributamos, por el propósito que le anima y por el buen desempeño del mismo; pues en cuestiones científicas, literarias ó artísticas, *con la intención no basta*.

Aquí el pedagogo auxilia poderosamente al higienista y al médico, teniendo aquél tanta importancia como estos últimos.

La apendicitis: sus complicaciones y curación, por el Dr. D. JULIO DEL CASTILLO y DOMPÉR. *Médico Mayor del Cuerpo de Sanidad Militar*.—Un tomo de 806 páginas, 8,50 ptas.; Gerona, 1900; imprenta y librería de P. Torres, Plaza de la Constitución.

Diecisiete capítulos forman esta importante monografía. Su materia es una conquista de la ciencia nosográfica contemporánea en el terreno de la clínica, despejándose continuamente de nebulosidades y confusiones, hasta deslindar de un modo positivo especies morbosas con una precisión admirable. No se trata, pues, de «enfermedades nuevas» ni «asuntos de moda», como dicen las personas poco enteradas acerca del fondo real de las cosas.

Por eso, el interés de la obra empieza en el primer capítulo, *Ojeada histórica*; en él se ve descrito con imparcialidad serena y con buena copia de datos modernos, compulsados debidamente, el camino recorrido por patólogos y clínicos en estos últimos tiempos para alcanzar el más claro concepto de las lesiones apendiculares, sus causas, modalidades patogénicas, el síndrome diagnóstico y los diversos principios en que puede fundarse el tratamiento más útil para el enfermo de apendicitis.

El capítulo II expone la *anatomía normal* del apéndice vermiforme, como precedente necesario de la *anatomía patológica* del mismo (capítulos III, IV, V y VI); la *etiología* ocupa el capítulo VII, con lo cual hay elementos para comprender la *patogenia*, estudiada en dos capítulos (VIII y IX). Tras estos preliminares de patología, vienen los capítulos de carácter clínico: *sintomatología* (X y XI), *diagnóstico* (XII y XIII), *pronóstico* (XIV) y *terapéutica* (XV y XVI). El último capítulo de la obra (XVII) expone una forma especial de la enfermedad, en relación con una causa también específica: *apendicitis actinomicósica*.

En resumen: un libro bien hecho, muy digno de aprecio; y un autor que merece legítima recompensa por su trabajo, por contribuir al beneficio de la salud pública, de la cultura científica española y del alto renombre del Cuerpo de Sanidad Militar, á que pertenece el doctor Castillo y Dompér.

Dislocación de los órganos pelvianos en la mujer, *Memoria presentada á la Real Academia de Medicina de Madrid*, por D. JOAQUÍN CORTIGUEIRA, Miembro correspondiente de la misma Corporación.—Un tomo de 170 páginas (sin indicación del precio); Santander, 1900, imprenta de J. M. Martínez, San Francisco, 15.

Noto con grandísimo placer y como un hecho muy significativo, á la vez que muy plausible, lo siguiente: Las obras de que hago reseña bibliográfica en este número, se han publicado en diversas provincias de España y ninguna en Madrid. ¡He aquí una descentralización reveladora de nuevas energías mentales en todo el pueblo nuestro, representado ahora por los publicistas médicos de quienes me ocupé! Y esto no resulta un efecto buscado, sino una cosa real, que no es hija de propósito voluntario mio ni obra inconsciente del acaso ciego. Indica que en todas partes cunde el deseo de trabajar con propio impulso generoso, sin apocamientos ni desmayos.

Entremos ya en materia.

Distínguese la obra del Sr. Cortigueira por un tono general de *prudencia terapéutica* que no suele abundar, y menos en especialistas, aunque no por eso deje de existir hasta en operadores de profesión. No que haya verdadera intemperancia quirúrgica, pero sí suele descuidarse la

dosificación é indicaciones racionales del bisturi, como las de cualquier otro medio, farmacológico ó dietético.

Hasta la página 62, esta meditada monografía se ocupa en la parte general del asunto: prólogo, prolegómenos y concepto general de las dislocaciones, etiología, patogenia, marcha, mecanismo, complicaciones, síntomas y pronóstico. Desde la página 63 hasta el final, trata de las dislocaciones de los órganos en particular: anteversión, anteflexión, retroversión, retroflexión, prolapso, uterocele, anejocele, enterocele, cisto y uretrocele, prolapso uretral é inversión uterina. Tanto ó más que en las indicaciones, piensa el autor en las contraindicaciones de los diversos métodos y procedimientos curativos, preocupándole con justicia los inconvenientes de cada uno, y sin dejarse ofuscar su claro juicio por soñadas ó pretensas ventajas de los mismos. Este alto sentido crítico es, con una buena observación, el fundamento de la Clínica; y es lo que campea por todas las páginas del presente trabajo, el cual resulta un modelo en su difícil género. Promédianse abundosa erudición bien traída y criterio personal bien fundado.

Sin atenuaciones, es una labor excelente.

Estudio de la rija y tratamiento que racional y científicamente debe ser preferido, por el Dr. JAVIER PONGILIONI, del Instituto Rubio de Terapéutica Operatoria.—Un cuaderno de 51 páginas, dos pesetas.—Jerez, 1900: védense en casa del autor (Porvera, 69, Jerez de la Frontera) y en las principales librerías.

Tras una breve introducción acerca de la etiología é historia de la dacriocistitis (vulgo rija), estudia nuestro distinguido comprofesor la etiología, patogenia, anatomía patológica, síntomas, complicaciones, patocrónia, diagnóstico, pronóstico, observaciones clínicas y tratamiento de la inflamación del saco lagrimal. Respecto á la terapéutica ensayada para curar una enfermedad tan rebelde y antiestética, ocupa la mitad de esta interesante monografía. Después de juzgar el tratamiento operatorio, habla el Dr. Pongilioni de los favorables resultados obtenidos por él con las inyecciones de formol y con las de protargol, justificándolo con varias notas clínicas muy breves y substanciosas.

Resulta un trabajo muy discreto y de gran utilidad práctica para todos los facultativos ejercientes, tanto ó más que para los oftalmólogos.

Memoria que comprende la observación de la epidemia de viruela de Peñaranda de Bracamonte (de 1894 á 1895), precedida de algunos datos de topografía médica de la indicada villa, por D. MIGUEL COLL GARCÍA.—Un tomo de 220 páginas, tres pesetas: Salamanca, 1902, imprenta de Calatrava, á cargo de L. Rodríguez.

La Real Academia de Medicina de Barcelona premió con medalla de oro y título de socio correspondiente al autor de esta obra, digno continuador de los trabajos positivos de un Casal, para el estudio físico-médico de España. La primera mitad abarca la topografía de Peñaranda; la segunda una epidemia variolosa en dicha villa. En la primera parte destácanse de un modo primoroso los capítulos dedicados al agua potable y al carácter de la población; y cuenta que los demás están muy bien tratados. La segunda parte es la más acabada descripción de una epidemia pequeña y de su tratamiento profiláctico activo, inteligente y eficaz. Constituye una preciosa página de historia sanitaria, debiendo estar justamente satisfechos de su conducta el profesor Coll, las autoridades municipales, la principalía de la villa y el pueblo entero; la conducta de Peñaranda en aquellas circunstancias enaltece á todos y debiera ser conocida é imitada no ya sólo por las pequeñas localidades, sino por la misma capital de España. ¡Qué contraste! En Madrid se logra desacreditar la vacunación oficial con vacuna del Estado; y en Peñaranda se consigue una serie de terneras vacuníferas y la revacunación de todo el vecindario

sin declararla obligatoria, aunque sí gratuita. Positivamente hay que aprender mucho de los modestos, inteligentes y firmes de voluntad.

El árbol genealógico de la transmisión epidémica de la viruela en Peñaranda, es un dato interesante por lo bien obtenido y presentado de una manera clara e instructiva. Respecto á lo que importa el estudio de las epidemias pequeñas, tranquilice su ánimo nuestro muy estimable compañero profesor, señor Coll; las pequeñas epidemias estudiadas por los grandes observadores, son el único trabajo serio y concienzudo en epidemiología moderna; en las grandes epidemias, no abarcables en conjunto para un solo observador científico, hay más consumo de generalidades pretenciosas é inútiles, que de enseñanzas sanitarias reales. Pero aun así, no es fácil tarea, ni mucho menos. Hacen falta muchos médicos á lo Coll, y muchos alcaldes á lo Sánchez de la Peña, muchos pudientes ilustrados y generosos á lo Avila Ruano y demás donantes de terneras y locales, mucha *Voz de Peñaranda*....., para dar como resultado la campaña vacunadora de Enero de 1895, el fin brusco de una epidemia en auge, y un libro tan hermoso como este.

Topografía médica, Estadística demográfico-sanitaria y Plan de saneamiento de la villa de Coca, por el DR. D. RAFAEL NAVARRO GARCÍA.—Publicada por acuerdo y á expensas del Ayuntamiento de Coca.—Un cuaderno de 70 páginas: Valladolid, 1899, imprenta y librería de Hijos de J. Pastor.

Ayuntamientos como el de Coca merecen tener facultativos como el doctor Navarro, y el vecindario debe estar satisfecho de unos y otros al verlos preocuparse en serio de la salud pública. Además del bien directo que á sus administrados y clientes produce la redacción y publicación de la topografía médica de una localidad, prodúcelo también á todas las demás, por el buen ejemplo de cultura práctica propia de pueblos civilizados. Además de estos beneficios inmediatos, si *todas* las localidades publicaran sus oportunas *topografías médicas* y las remitieran á la Sociedad Española de Higiene, podría redactarse un ensayo de *Geografía médica de España*, base del conocimiento positivo de nuestro territorio y población, con lo cual tendrían mayor carácter técnico y adecuado á nuestras necesidades reales cuantas disposiciones legislativas y gubernativas se diesen para mejorar y hasta perfeccionar la Higiene pública y la Sanidad civil en nuestra patria.

Para ello pueden servir de acertadísimo modelo las Topografías que mencionamos en esta reseña bibliográfica. Conviene que sus ilustradísimos autores (y cuantos lo sean de trabajos de esta índole) prosigan sus observaciones y las confíen al papel. De esa manera se lograría, tras largos periodos, disponer de muchos y buenos materiales de estudio con que construir una excelente Geografía médica nacional. La *Memoria* del doctor Navarro está hecha con esmero y sin difusiones; en realidad sabe á poco.

Estudio de la etiología tuberculosa: concepto clínico y tratamiento de la misma, por el DR. D. FRANCISCO CARBONELL Y SOLÍS.—Un cuaderno de 92 páginas, 3 pesetas.—Barcelona, 1900, tipografía de la Casa Provincial de Caridad; de venta en casa del autor (Clarís, 80, principal).

En seis capítulos trata el laborioso Dr. Carbonell un tema de tanta importancia clínica, muy moderno y poco desarrollado en los tratadistas generales. De la valía que tiene su trabajo da fe el merecido premio de 1.000 pesetas, otorgado á esta Memoria por la Real Academia de Barcelona, de la que el autor es socio correspondiente, y por la cual había sido ya galardonado con otro premio de la misma cuantía, en atención al mérito de sus estudios acerca de la viruela y sus vacunas. Nuestro notable compañero profesor barcelonés se ha ceñido por completo al asunto desde la primera á la última página, guardando un orden metódico, y disponiendo las partes con la debida proporcionalidad entre sí. El lenguaje es de lo

más correcto que suele emplearse en publicaciones científicas, y por lo mismo desentonan algunos giros y vocablos tan galicistas como la palabra *suspectos* por «sospechosos», etc. Las cuestiones mejor tratadas, son precisamente aquellas que más interesan al médico (diagnóstico) y al enfermo (tratamiento).

Lecciones preliminares de Anatomía humana normal, anormal y evolutiva, por P. L. PELÁEZ VILLEGAS, *Catedrático de Anatomía descriptiva y Embriología humanas en la Facultad de Medicina de Granada*.—En tomo de 176 páginas, cuatro pesetas.—Granada, 1899.—Véndese en la librería de D. José López Guevara, en dicha ciudad, San Jerónimo, 29.

El discurso inaugural de la enseñanza anatómica del autor (1898 á 1899) y siete lecciones de prolegómenos forman este libro, tan atractivo como instructivo, esmeradamente impreso y de mucha lectura (medio millón de letras, tres millares por página).

La primera lección expone atinadas ideas personales acerca del concepto clásico de la asignatura; siento disentir en lo referente á nueva terminología, y no estoy conforme con la construcción de vocablos compuestos de raíces de varios idiomas (por ejemplo, *biomátrica*, un radical griego y otro latino). En último término, esto es una pequeñez, y si lo advierto sólo es por lo mucho que valen el autor y la obra; más ofendo una manchita en un diamante que un manchón en un trozo de vidrio.

La segunda lección da una idea general de la organización corpórea de los seres vivientes, mezclando datos científicos de buenas fuentes con datos filosóficos de fuentes turbias; el autor tiene sobrada ciencia para discurrir por sí mismo en vez de reflejar como un espejo claro ajenas luces confusas. ¡Vuele con sus propias alas el Dr. Peláez, puesto que es de los que pueden hacerlo en España, según lo demuestran sus trabajos de investigación personal á la moderna!

La tercera lección explana los varios aspectos en que puede considerarse dicha organización y cuáles son las ciencias anatómicas derivadas de ellos.

Aquí hay más criterio independiente, aunque influido aún por criterios extraños.

La cuarta lección da el concepto científico de la Anatomía descriptiva, de la Anatomía humana, y el lugar que ocupa entre las ciencias médicas; pero ese concepto no es hijo del Sr. Peláez, sino adoptivo nada más. Y, sin embargo, el sabio profesor granadino tiene potencia intelectual para procrear él mismo, sin prohijar engendros de otros padres.

La quinta lección es un bien escrito bosquejo histórico de los conocimientos anatómicos, principalmente de los relativos á la Anatomía humana; capítulo tan agradable como una buena novela.

La sexta lección resume el concepto científico de la Anatomía normal, anormal y evolutiva de la especie humana; siendo muy notable todo el libro del Catedrático Peláez Villegas, esta lección logra eclipsar con su brillo propio á todas las demás de la obra.

Por último, la séptima lección desenvuelve los fundamentos del plan y método de enseñanza general de la ciencia anatómica, partiendo desde la nomenclatura técnica y llegando hasta la clasificación de materias.

El Dr. Peláez, además de saber mucho, escribe muy bien y sabe hacer simpático todo cuanto su pluma traza en el papel. Y como este libro reproduce sus lecciones orales primeras, cuando los ignorantes bachilleres (ignorantes por culpa de los directores de la Instrucción pública, más que nadie) se presentan en el pórtico de la enseñanza médica, tiene grandísima virtualidad una exposición artística y literaria de los prolegómenos anatómicos, para hacer que la ignorancia empiece por amar á la ciencia, si ha de sustituir ésta á aquélla de buen grado. No sólo hay belleza de formas, colores y perfumes en las flores; también la hay en los frutos que alimentan, sin que obste para ello su hermosura. Así ha de ser la Ciencia pedagógica.

LUIS MARCO.

VARIEDADES

HIPOCRATES. — ΙΠΟΚΡΑΤΙΚΟΝ. — Del pronóstico. Traducido por DON DONACIANO MARTÍNEZ VÉLEZ, del Instituto Rubio.

1. El médico me parece muy bien que ejercite el pronóstico. Porque preconociendo y prediciendo lo que hay, lo que hubo y lo que habrá en los enfermos, y explicando lo que ellos omiten, inspirará más confianza de saber cuanto se refiere á las enfermedades, y así, se atreverán más los hombres á ponerse en sus manos. Y también llevará mejor la cura quien por los padecimientos presentes conozca los que están por venir. Ya que á todos los enfermos no puede sanarlos—lo cual sería sin duda mucho mejor que conocer las cosas venideras. Con todo, supuesto que se mueran muchos hombres, unos por la fuerza de la enfermedad, antes de llamar al médico, y otros que, tan pronto como le llaman, al punto fenecen—ó bien que vivan un día, ó poco más, antes de vencer el médico por medio del arte la enfermedad de cada uno de ellos,—conviene, sin embargo, saber la índole de tales enfermedades en cuanto sobrepujan la fuerza de los cuerpos, y en cuanto hubiere en ellas de divino, para de todas aprender el pronóstico; porque así será el médico justamente admirado y tenido por buen curandero. Y aun en los enfermos que valgan librarse de su mal, podrá mejor el médico tomar precauciones mucho tiempo de antemano, y providencias para todo lo que aconteciere, y no caerá en falta si precocice y predice los que hayan de morir y los que hayan de salvarse.

2. Y conviene investigar así en las enfermedades agudas: Primeramente observar la cara del enfermo, si es semejante á la de los sanos, sobre todo á la del mismo enfermo cuando tenía salud; porque esto sería lo mejor, y cuanto más diste de lo semejante, tanto será más temible; por ejemplo: la nariz afilada, hundidos los ojos, caídas las sienes, frías y encogidas las orejas y sus pulpejos retorcidos, y dura la cutis del rostro y tirante y árida, y la color de todo el semblante amarilla y amoratada. Si tal se presenta el semblante al comienzo de la enfermedad sin que todavía por las demás señales puedan hacerse conjeturas, conviene preguntar, desde luego, si el enfermo estuvo desvelado, si padeció abundantes cámaras, si tiene por ventura mucha hambre; y cuando confesare alguna de estas cosas, debe tenerse por menos de cuidado; juzgándose de todos modos en un día y una noche si por aquellas causas tiene tal apariencia el semblante. Pero si nada de esto confiesa ni en el tiempo dicho se compone su rostro, entiéndase que es señal de muerte. Y si la enfermedad llevara más de tres días siendo tal el semblante, se debe preguntar acerca de las cosas que antes previne, y oscudriñar las demás señales, así las de todo el cuerpo como las de los ojos. Porque si los ojos rehuyen la luz ó lloran sin querer ó se bizcan, ó el uno se hace más pequeño que el otro, ó lo blanco de ellos se vuelve rojo, ó se muestran alrededor de las niñas venas lividas ó negruzcas, ó legañas, ó si aparecen levantados, saltones, ó muy hundidos, ó si mudó toda la color del rostro, sepas que estas señales son todas malas y de muerte. Conviene también examinar lo que se muestra de los ojos por debajo durante el sueño; porque si quedan entreabiertos los párpados y se descubre algo de lo blanco no siendo por diarrea, ni por medicamento, ni por costumbre, la señal es mala y muy de muerte. Y si queda torcido ó amoratado el párpado ó

(1) Me abstengo de introducción y notas, porque pienso hacer un estudio más detenido del presente libro, tan pronto como pueda colacionar los códices hipocráticos que tenemos en España.

el labio ó la nariz juntamente con alguna de las otras señales, sepas que ya está muy cerca de morir el enfermo. También es mortal tener los labios abiertos y colgados y fríos y blanquizeos.

3. Conviene hallar al enfermo echado sobre el lado derecho ó sobre el izquierdo y teniendo las manos y el cuello y las piernas un poquito encorvadas y todo el cuerpo resudoso; porque así es como suelen estar echados la mayor parte de los sanos, siendo las mejores posturas las más semejantes á las de éstos. No es tan bueno el estar echado de espaldas teniendo extendidas las manos y las piernas. Pero si está inclinado y se escurre de la cama hacia los pies, esto es más temible. Y si se halla teniendo al desnudo los pies, aunque no estén muy calientes, y las manos y las piernas desparramadas de un modo extraño y también desnudas, entonces malo, porque significa grande agitación. Asimismo es mortal dormir siempre con la boca abierta, y estando supino tener muy juntas las piernas y enteramente dobladas. Estar echados sobre el estómago los que no acostumbraran á dormir así cuando sanos, mala señal, porque significa delirio ó algún dolor hacia el estómago. Quererse levantar el enfermo durante la fuerza de su enfermedad, mala señal en todas las agudas, pero muy mala en las pulmonares. El rechinar los dientes durante la calentura en los que no lo acostumbraren desde niños, anuncia el delirio y la muerte; y si al hacerlo ya deliran, está todo perdido.

También conviene observar si acaso tuviese alguna herida, ya que fuera anterior ó ya que se produjera en la misma enfermedad, porque si el enfermo hubiere de morir, poco antes la herida estará amoratada y seca ó pálida y dura.

4. Acerca del movimiento de las manos tengo observado que en las fiebres agudas, y en las pulmonías, y en las frenitis, y en las encefalitis, se llevan las manos por delante del rostro cazando al aire y esmelenan las ropas y recogen el vello y arrancan pajuelas de las paredes, señales todas muy malas y mortales.

5. La respiración frecuente significa dolor ó inflamación cerca del diafragma; profunda y tarda, significa delirio; saliendo fría de la nariz y de la boca, es ya cosa perdida. La buena respiración conviene saber que es muy gran parte para salvar de todas las enfermedades agudas, es decir, de todas las que lleven fiebre y se juzguen en cuarenta días.

6. En todas las enfermedades agudas son muy buenos los sudores cuando suceden en los días de crisis y libran finalmente de la calentura. Favorables son también los que viniendo por todo el cuerpo demuestran que el hombre lleva de buen cocer la enfermedad. Los que no alcanzan ninguno de estos provechos, no son útiles. Los peores son los fríos que vinieren sólo en la cabeza y por el cuello; porque éstos en una calentura aguda significan la muerte, y en otra más benigna el alargamiento de la enfermedad.

7. El hipocondrio es muy favorable cuando está sin dolor y blando y uniforme por el lado derecho y por el izquierdo. Pero inflauado y dolorido y tirante y desigualmente dispuesto el de un lado que el del otro, señales son para que se deba recelar. Y si hay en él palpitaciones, indican una agitación grande ó delirios. Pero á los tales se les debe mirar también á los ojos, que si se mueven con frecuencia, de esperar es que el enfermo delire.

Cuando hay un tumor duro y doloroso que abarque todo el hipocondrio, señal es muy mala; pero si sólo está en un lado, es de menor peligro en el izquierdo. Tales tumores al comienzo de la enfermedad significan que el peligro de muerte es cercano; pero si pasan de veinte días la calentura sin quitarse y el tumor sin resolverse, entonces será que viene á supuración. A estos enfermos en el primer período les aconee echar sangre por las narices, lo cual les alivia mucho; pero conviene preguntarles si les duele la cabeza ó si la vista se les enturbia, porque si tal sucede, por ahí va la cosa. Este sangrar de las narices recae con más frecuencia en los menores de treinta y cinco años.

Si los tumores son blandos ó indolores que cedan al tacto del dedo, hacen más tardía la crisis y son menos temibles que los otros: y si pasan de sesenta días la fiebre sin cesar y el tumor sin resolverse, indica que vendrá á supuración. Y del mismo modo acontece en las demás partes del vientre: los tumores dolorosos, duros y grandes, significan peligro de muerte cercano; y los blandos y sin dolor que ceden al tacto, son más duraderos.

Los tumores del estómago hacen menos *apóstasis* que los del hipocondrio; y los que se hallan por debajo del ombligo son los que menos vienen á supuración; así como el echar sangre debe esperarse principalmente de las regiones de arriba. De todos los tumores que perduran en estas regiones, debe investigarse cómo supuran; y de este modo hay que examinar la formación del pus: de cuantos se dirigen á fuera, son los mejores los pequeños y los más inclinados al exterior y los que se elevan en punta; empero los grandes y anchos y menos puntiagudos son los peores: y de los que revientan por dentro, son los mejores aquellos que no comunican con el exterior, sino que están en sí recogidos sin doler y apareciendo de un mismo color el cutis. El pus mejor es el blanco y suave y uniforme y muy poco fétido; con las cualidades contrarias, será el peor.

8. Los hidropes que provienen de las enfermedades agudas son todos malos; porque ni libran del ardor ni dejan de ser muy dolorosos y mortíferos. Comienzan los más por los vacíos y por los lomos y algunos por el hígado. Cuando comienzan por los vacíos ó por los lomos, hinchañse los pies y sobrevienen diarreas de larga duración sin que esto resuelva los dolores de las ijadas y de los lomos ni ablande al estómago. Cuando provienen del hígado, les acomete á los enfermos ganas de toser, puesto que los esputos sean muy insignificantes, y luego, los pies se hinchan y el estómago no da curso si no es á materias duras con dolor y á la fuerza, y por el vientre resultan tumores, unos á la derecha, otros á la izquierda, unos en formación, otros cesando.

9. Estar frías la cabeza, las manos y los pies, estando calientes el vientre y los costados, es mala señal: lo mejor es que todo el cuerpo esté igualmente caliente y flexible.

Conviene que el enfermo pueda volverse fácilmente y que en los movimientos hacia arriba esté ágil. Pero si aparece muy pesado de manos y pies y de cuerpo, está muy en peligro. Y si, además de la pesadez se amoratan las uñas y los dedos, de esperar es enseguida la muerte. Denegridos por completo los dedos ó los pies es indicio menos mortal que amoratados. Pero también deben examinarse las demás señales; porque si se ve al enfermo llevar su mal con tolerancia ó si se muestran otros indicios favorables, entonces puede esperarse que la enfermedad se convierta en abcesos, salvándose el hombre y cayendo del cuerpo los humores negros que le dañaban.

Contraídos los compañeros y el miembro pudiendo, significa dolor ó muerte.

10. Acerca del sueño, conviene, según es natural y tenemos costumbre, que el enfermo esté despierto de día y duerma por la noche; invertir este orden es asaz malo; menos le dañara si durmiera desde la madrugada hasta terciar el día; dormir desde esta hora es muy perjudicial; pero lo peor de todo es no dormir ni de día ni de noche, porque el desvelo será efecto del dolor y de la fatiga ó será señal de delirio.

11. Los mejores cursos son los blandos y trabados y á la misma hora que en el estado de salud y con la cantidad en proporción de los alimentos: siendo tal la evacuación, estará sano el bajovientre. Pero si fueren muy húmedas las materias fecales, conviene que no salgan á borbotones ni con frecuencia y poco á poco, porque el enfermo se cansa del continuo levantarse y se desvela. Cuando salen con frecuencia y en abundancia, hay peligro de que el enfermo se desmaye. Lo que conviene, que según fuera mayor ó menor la cantidad de los alimentos, así se levante el enfermo dos ó tres veces al día y una vez por la noche, saliendo lo más por la mañana como

de costumbre. Y según vaya acercándose á la crisis la enfermedad, así conviene que se vayan haciendo los cursos más trabados. Buenos fueran de color rojizo y no demasiado fétido. También aprovecha, cuando la enfermedad se acerque á la crisis, arrojar en los cursos lombrices redondas. Y en toda enfermedad debiera el vientre estar blando y bien contorneado. Empero las cámaras muy aguamosas ó blancas ó muy verdes ó espumosas, todas son señales dañinas. También daña si es poco y pegajoso y blanco tirando á verde y suave. Pero aún son más mortales los cursos negros ó lívidos ó grasientos ó enmohecidos, que sean á la vez muy fétidos. Háilos también de color vario, los cuales dan más tiempo pero no son menos mortales: éstos son como raeduras y sanguinolentos y biliosos y de color porráceo y negros, ya salgan todos juntos, ya cada uno de ellos aparte.

El flato es muy bueno que salga sin ruido ni estrépito; aunque mejor fuera salir con ruido que no quedarse dentro y ser envuelto y subido arriba. Con todo, aun así saliendo, indica que el hombre sufre ó delira, si lo despidе sin querer. Los dolores y abultamientos del hipocóndrio, si son recientes y sin inflamación, resuélvelos un borborismo producido allí mismo y que sale muy fácilmente con el escremento y con la orina, y si no, él solo; alivia también con bajarse á la parte inferior.

12 La orina será la mejor cuando sea blanco el poso y suave y uniforme todo el tiempo hasta que haga crisis la enfermedad, porque así denota seguridad en el enfermo y prontitud en la curación. Pero si hace intermitencias y unas veces la orina es pura y otras deja poso blanco y suave y uniforme, entonces es más duradera la enfermedad y menos segura. Y si la orina fuere rojiza y el poso rojizo y suave, esta señal indica mucha mayor tardanza, pero es muy salvadora. El poso que se parece á la harina de cebada mal molida, es malo; aún es peor el poso como de escamas: el poso tenue y blanco es muy malo; y peor que éste todavía si fuere como salvado. Las nubecillas que se levantan en los orines, si son blancas, buenas; si negras, malas. Siempre que la orina sea tenue y roja, indica que está sin cocer la enfermedad; y si ésta se prolongase mucho permaneciendo así la orina, hay peligro de que no pueda resistir el enfermo hasta que su mal haga cocción. Las orinas más mortíferas son las fétidas y aguamosas y negras y gruesas: y para las mujeres y para los hombres las peores son las negras, como para los niños las aguamosas. Aquellos cuya orina es por mucho tiempo tenue y cruda, si las demás señales son de salvarse, debe esperarse en éstos una apóstasis á las regiones de por debajo del diafragma. La tela como de araña que se queda por encima, grasienta, es mal síntoma, porque indica derretimiento. También debe examinarse si en las orinas donde hay nubecillas, están por arriba ó por abajo y qué colores tienen: las nubecillas teñidas de los colores que dijimos ser buenos, si se dirigen abajo, son laudables; si se dirigen arriba, con los colores que dijimos malos, son reprobables. Y no se induzca á error si la vejiga da tales orines por tener en sí misma alguna enfermedad; porque entonces la señal será peculiar de ella misma y no significativa de todo el cuerpo.

13 El vómito más favorable será el más mezclado de fema y de bilis, que no sea grueso ni muy abundante. Los más templados son los peores. Y si lo vomitado fuere porráceo ó cárdeno ó negro, de cualquiera de estos colores, ha de tenerse por malo; y si de todos ellos en un mismo hombre, es ya mortal de todo punto; pero la muerte más cercana se indica por lo cárdeno del vómito si además hierde. Todos los olores corrompidos y fétidos son malos en los vómitos.

14 El esputo en todas las enfermedades del pulmón y de las pleuras, debiera expectorarse con presteza y facilidad y aparecer muy mezclado con lo amarillo; pero si mucho después de comenzar el dolor se expectora un amarillo rojizo ó que dé mucha tos ó que no esté muy mezclado, entonces viene á ser asaz malo, porque de una parte lo amarillo no temperado es peligroso, y de otra lo blanco y pegajoso y redondo es in-

útil. También será malo si fuere muy verde y espumoso. Y si fuere tan destemplado que aparezca negro, esto es aún más temible. Asimismo perjudica cuando el pulmón no se limpia de los esputos, sino que lleno de ellos, los hace hervir en la faringe. Las cózimas y los estornudos son un mal en todas las enfermedades del pulmón, lo mismo si las preceden que si las subsiguen; pero en todas las demás enfermedades de peligro son útiles los estornudos. El esputo amarillo mezclado con una poca de sangre es muy saludable en las enfermedades del pulmón si acaece al principio; pero á los siete días ó después ya es entonces menos seguro. Todos los esputos que no calman el dolor son malos, y los peores los negros según se ha dicho; los que alivian el dolor, son los mejores.

15 Todas las dolencias de estas regiones que no cesaren ni con la purgación de los esputos ni por el curso del vientre ni por las sangrías ó medicamentos ó dietas, enténdase que han de venir á supuración; y que de estas supuraciones cuantas se formen estando aún bilioso el esputo, son muy mortales, ya se expectore aparte del pus lo bilioso, ya juntamente. Sobre todo, si comenzare á salir la padre del esputo en el septenario de la enfermedad, de esperar es que el enfermo muera á los catorce días, como no sobrevenga una señal de las buenas. Son buenas las siguientes: llevar la enfermedad con tolerancia, respirar bien, carecer de dolores, expectorar fácilmente, estar todo el cuerpo igualmente cálido y blando, no tener sed, y en cuanto á las orinas y los cursos y los sudores, presentarse cada una de estas cosas, de la manera que dijimos que serían buenas; aconteciendo así todas estas señales, no morirá el hombre; y si unas acontecen, otras no, vivirá más de cuarenta días, pero morirá de contado. Las señales malas son las contrarias de aquellas: tolerar difícilmente la enfermedad, ser la respiración grande y frecuente, no calmarse el dolor, expectorar á duras penas, tener mucha sed, estar el ardor desigualmente repartido en el cuerpo, muy calientes el estómago y las pleuras, y frías la cara y las manos y los pies, proviniendo la orina y los cursos y los sudores y los sudores de la manera que dijimos que serían malos; si alguna de estas cosas acaeciére en tal esputo, morirá el enfermo antes de los catorce días, en cuanto llegue á los nueve ó á los once. De esta manera puedes calcular cómo es muy mortal el esputo y cómo no llegará el enfermo á los catorce días; y, conjeturando según esto, pronosticar los síntomas buenos y malos que aconteciéren, y no errará. Sin embargo, los otros apostemas revientan la mayor parte unos á los veinte días, otros á los treinta, otros á los cuarenta y aun los hay que llegan á los sesenta días.

16 Pero conviene investigar el comienzo del apostema, contando desde el primer día en que el hombre tuvo fiebre ó en que le cogió la frialdad ó en que sintiera peso en el mismo lugar que le dolía, porque así sucede al comienzo de aquellos. Desde este día, pues, debe esperarse el reventar del apostema, según los tiempos antedichos. Y si el apostema estuviere sólo á un lado, conviene volver de postura al enfermo y preguntarle si tiene dolor en el costado y si un costado está más caliente que el otro; y volviéndole luego sobre el costado sano, preguntarle si le parece que cuelga de arriba cierto peso; y como diga que sí, estará el apostema en el mismo lado en cuyo costado sintiere la pesadez.

17 Cuantos padecen apostemas podemos conocerlos por las siguientes señales: primeramente, no los deja la calentura, la cual de día es pequeña, mayor de noche; los sudores son muchos; éntreles gana de toser, mas no expectoran nada que digno de consideración sea; los ojos se ponen hundidos; en los carrillos hay manchas rojas; las uñas de las manos se encorvan, los dedos se recalientan, sobre todo los pulpejos, y en los pies, ya salen tumores, ya cesan, y por todo el cuerpo resultan granos, y finalmente apetecen tales enfermos la comida.

En todos los apostemas que duran mucho, persisten estas señales, que son muy de fiar; pero los que llevan poco tiempo, se dan á conocer si todavía muestran alguna señal semejante á las que había en el principio, y juntamente si la respiración es algo difícil. En cuanto á los que hayan de

reventar más pronto ó más tarde, podemos conocerlo por los siguientes indicios: si hubiese habido gran desazón en los comienzos, y la respiración fuera difícil, y el toser y el expectorar persistiesen, podemos esperar en veinte días, ó todavía menos, la rotura del apostema; pero si la desazón es más lenta, y análogamente lo demás, en estos enfermos reventará más tarde, porque es menester que á la rotura preceda gran desasosiego y respiración difícil y expectoración copiosa.

De estos enfermos salvanse aquellos á quienes, en el mismo día de reventarse el apostema, deja libres la calentura, y apetecen enseguida el alimento, y carecen de sed, y despiden cursos en pequeña cantidad y bien trabados, y les sale blanco el pus y suave y uniforme y sin flema, y finalmente se limpian de él sin fatiga y sin tos. Aquestos son los que mejor y más pronto se libran, y después, aquellos cuyas señales más se acercan á los que acabo de decir. Al contrario, parecen aquellos á quienes no suelta la calentura en el mismo día; antes bien, aunque lo parezca, luego enseguida vuelve á encenderse, y tienen mucha sed, y no apetecen la comida, y las cámaras son húmedas, y la podre sale verde y cárdena y flemática y espumosa; á quienes tal sucede, mueren de contado; y á quienes alguna de estas señales acontece, otras no. de estos algunos fenecen, otros, al cabo de mucho tiempo, se salvan. Y por las señales que en estos hay, puedes conjeturar en todos los demás casos.

18 Aquellos á quienes por las enfermedades del pulmón sobrevinieran apóstasis junto á los oídos, las cuales reventaran, ó bien echando el pus afuera quedaran en fistulas, todos estos se salvan. Y conviene advertir acerca de esto lo siguiente: si la fiebre persiste y el dolor no se calma, y los esputos no salen buenos, y los cursos no son biliosos, ni sueltos, ni bien temperados, y si la orina es muy gruesa y tiene mucho peso, y si por otra parte son favorables todos los demás indicios, en estos enfermos son de esperar tales apóstasis, las cuales acontecen unas, en las regiones de abajo, á aquellos que tuvieren hacia el hipocondrio algo de flema, y otras, en las regiones de arriba, á los que tuvieren el hipocondrio blando y sin dolor, ó cuya dificultad en respirar hubiere cesado sin causa manifiesta.

Los abscesos á las piernas, en las enfermedades fuertes y peligrosas del pulmón, todos son provechosos, y los mejores aquellos que acontecen cuando el esputo ya está en mudanza. Porque sobreviniendo la hinchazón y el dolor cuando el esputo en lugar de amarillo se ha vuelto purulento y sale afuera, entonces es cuando el hombre se salva más de seguro, y cuando más pronto y sin dolor se termina el absceso. Pero si el esputo no sale bueno, ni aparece la orina con buen peso, entonces hay peligro de que la articulación quede coja y dé mucho que hacer. Mas si desaparecen los abscesos sin haber salido el esputo y sin soñar la fiebre, malo, porque hay peligro no delirar y muera el hombre. De los apostemas producidos por las enfermedades del pulmón mueren más los viejos, pero de los otros apostemas mueren más los jóvenes.

19 Los dolores con fiebre hacia los lomos y las regiones de abajo, si se llegan al diafragma, dejando las partes inferiores, son mortales muy mucho. Se ha de atender, pues, á las demás señales, de las cuales si alguna es mala, no hay esperanza para el enfermo. Mas si avanzando la enfermedad hacia el diafragma no vinieren malas las otras señales, hay entonces muchas esperanzas de que termine en absceso.

Estar la vejiga dura y dolorida siempre es malo; pero lo más pernicioso es cuando sobreviene con fiebre continua. Porque sus dolores son bastantes para causar la muerte, y el vientre, por eso mismo, no da curso sino á materias duras y como por fuerza. Resolveríalo la orina si fuese purulenta y si tuviera un peso blanco y suave; pero si esto no mejora, ni la vejiga se ablanda, ni suelta la calentura, podrá esperarse que en el primer período muera el paciente, como principalmente sucede con los niños de siete á catorce años.

20 Las fiebres se juzgan en el mismo número de días en que los en-

fermos se salvan ó fenecen, porque las más benignas, y de señales más seguras, cesan á los cuatro días ó antes; y las peores, y de señales más terribles, matan á los cuatro días ó antes. El primer ímpetu de ellas así termina, pero el segundo llega á la semana; el tercero, al oncenno día; el cuarto, al catorce; el quinto, al diez y siete; el octavo, al veinte. Con estas adiciones de cuatro en cuatro días, terminan en los veinte las fiebres de las enfermedades agudas.

Pero nada de estas cosas se puede contar por días enteros exactamente, como tampoco se cuentan por días justos los meses ni los años. Después, por el mismo procedimiento y con la misma añadidura, el primer período será de treinta y cuatro días, el segundo de cuarenta, el tercero de sesenta. De estas fiebres, al comienzo, es muy difícil conocer las que han de ser juzgadas en mayor ó menor tiempo, porque los comienzos de todas ellas son muy semejantes, mas conviene desde el primer día pensarlo y en cada añadidura examinarlas, y así no ocultarán hacia donde se dirigen. Y la constitución del cuarto día se conoce por esta disposición de las calenturas: las que han de ser juzgadas en menor tiempo, aparecen de mejor coacción. La diferencia de coacción es grande desde el principio; los que han de salvarse respiran bien, están sin dolor, duermen por la noche y tienen todas las señales más seguras; pero los que han de morir, respiran difícilmente, padecen insomnio, desvarían y en suma, tienen todas las señales que dijimos ser las peores. Por estas cosas conocidas de antemano, se debe conjeturar según el tiempo y según cada añadidura en las enfermedades que van hacia la crisis. Y del mismo modo acontecen á las mujeres las crisis después de los partos.

21 Los dolores de cabeza fuertes y continuos con calentura, si á ellos se añade alguna señal de las mortales, son muy perniciosos; pero cuando el dolor sin estas señales pasa de los veinte días con la calentura, debe sospecharse que haya de salir sangre por las narices, ó que resulte algún otro abceso hacia las regiones inferiores. Mientras el dolor sea fuerte, debe esperarse la salida de sangre por las narices ó alguna supuración, sobre todo cuando es el dolor hacia las sienes ó hacia la cara; y en los menores de treinta años, es más de esperar la salida de sangre, pero en los más viejos la apostema.

22 El dolor agudo de oído con calentura fuerte y continua es temible, porque hay peligro de que el hombre deliro y fenezca. Siendo, pues, esta enfermedad peligrosa y aguda, debe atenderse desde el primer día á todas las demás señales. Muérense de ella los jóvenes á la primer semana y aun antes. Los adultos mucho más tarde, porque en ellos cae menos la fiebre y el delirio, antes de lo cual supuran por el oído. Empero los jóvenes mueren antes de supurar el oído; mas si de éste saliere pus blanco, hay esperanza como se junto con alguna otra señal de las buenas. Sin embargo, en ambas edades las varias recaídas suelen dar la muerte.

23 La faringe ligada y con calentura es de temer; y si alguna otra señal acontece de las que declamos malas, puede anunciarse que el hombre está en peligro. Pero las anginas más terribles y las que más pronto matan, son aquellas que ni en la faringe, ni en el cuello, no hacen nada de manifiesto, y que sin embargo dan muy grande fatiga y respiración estrecha; porque éstas, aun en el mismo día, suelen ahogar ó al segundo, ó al tercero, ó al cuarto. Mas aquellas que por lo demás son del mismo modo y dan también fatiga, pero que se levantan y hacen una rubicundez en la faringe, éstas ciertamente son muy perniciosas, pero duran más que las otras. Y cuando se enrojece la faringe y el cuello, éstas son las que más duran, y principalmente se libra de ellas el enfermo cuando el cuello y el pecho tienen la rubicundez y no vuelve adentro la erisipela. Pero si ni la erisipela se quita en los días críticos haciéndose tumor externo, ni el pus sale con facilidad y sin trabajo, esto indicará ó la muerte ó la vuelta de la erisipela. Lo más seguro es que la rubicundez se vuelva muy al exterior; pero si se convierte hacia el pulmón, causará por lo regular apostemas y delirio.

Los tumores de garganta son peligrosos de extirpar y de sajar, mientras estén rubicundos y grandes; porque en ellos sobrevienen inflamaciones y hemorragias. Conviene, pues, procurar por los otros medios que con el tiempo disminuyan de volumen; y cuando resulten ya de la forma que llaman racimo, siendo una extremidad del tumor grande y amoratada y la de arriba más ténue, *en tal ocasión es segura la intervención quirúrgica*. Y es lo mejor hacerla, después de vaciar el vientre, *si el tiempo lo permite y no se sofoca el hombre*.

24. Siempre que cesare la calentura sin las señales favorables y fuera de los días críticos, debe esperarse la recaída. Y cuando la calentura se alarga, estando el hombre como de salvarse y no teniendo dolor ni por alguna inflamación, ni por ninguna otra causa manifiesta, en éste será de esperar un abceso con hinchazón y dolor á alguna de las articulaciones, principalmente á las inferiores; los cuales abscesos suceden con más facilidad y en menos tiempo á los menores de treinta años. Y lo del abceso debe sospecharse enseguida si la fiebre pasara de veinte días. Pero á los adultos no les acontece tan fácilmente aun cuando la fiebre sea de más tiempo. Y es de esperar el abceso cuando la calentura sea continua; pero si se acercare al otoño, siendo intermitente y errática, es de esperar que se fije en cuartanas. Y así como á los menores de treinta años les vienen los abscesos, así las cuartanas acontecen más á los adultos. Y conviene saber, que los abscesos vienen con más facilidad en el invierno y cesan entonces más tarde, siendo menos frecuente la recaída.

Quando un enfermo de calentura no peligrosa dice que le duele la cabeza y que le parece tener un velo delante de los ojos y que siente dolor en el estómago, seguramente habrá un vómito bilioso; y si además siente frialdad estando realmente frías las ijadas, más pronto se presentará el vómito; y si á tal sazón come y bebe algo, vomitará mucho más presto. De tales enfermos, aquellos á quienes comienza en el primer día la fatiga del vómito, son más afligidos de la fiebre al cuarto y al quinto, y en el sétimo quedan libres; pero á la mayor parte les comienza la fatiga al tercer día, y en el quinto sufren la mayor violencia del mal, quedando libres al noveno ó al undécimo; mas aquellos á quienes comienzan las náuseas en el quinto día con todo lo demás que dejamos dicho, al día catorce hace su enfermedad la crisis. Y esto sucede á los adultos y á las mujeres en las calenturas predominantemente tercianas; á los jóvenes también en éstas, pero más en las continuas y en las tercianas legítimas.

Aquellos á quienes en semejante calentura les duele la cabeza, si en lugar de tener como un velo delante de los ojos se les enturbia la vista y ven estrellitas, y si en lugar de dolores en el estómago tienen en el hipocóndrio, hacia la derecha ó hacia la izquierda, cierta tirantez sin dolor y sin inflamación, á éstos, en lugar del vómito es de esperar que les salga sangre por las narices; pero no tanto en los adultos, mayores de los treinta, en quienes será más fácil el vómito.

A los niños sobrevienen convulsiones si la fiebre es aguda y si el estómago no da curso y si les falta el sueño y si están asustadizos y si clamocean y si mudan de color adquiriéndole verdoso ó amoratado ó rubicundo. A quien más fácilmente acontecen estas cosas, es á los pequeñitos menores de siete años. A los niños ya crecidos y á los hombres no les sobrecogen ya tales convulsiones, á no ser que les venga alguna de las señales más fuertes y peores, como las que acontecen en las frenitis. Cuáles se han de salvar y cuáles han de morir de los niños y en los demás, debe conjeturarse por el conjunto de todas las señales de que hablé ya en particular tratando de las enfermedades agudas y de sus efectos

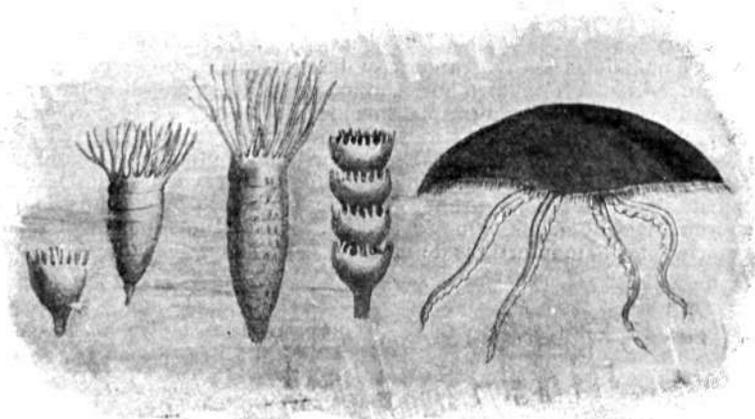
25. El que quiera preconocer rectamente quiénes han de salvarse y quiénes han de morir, y á quiénes durará la enfermedad más días y á quiénes menos, debe aprender todas estas señales, para que pueda juzgar discurriendo por las virtudes de cada una, como se ha dicho acerca de las orinas y de los esputos y de todos los demás indicios. También debe considerar á tiempo la marcha de las enfermedades endémicas, y no

ignorar la constitución del clima. Pero sépase muy bien acerca de todas estas señales é indicios que en cualquiera edad y en cualquiera estación las malas indican lo malo y las buenas lo bueno, y lo mismo en la Libia que en Délos que en la Escitia aparecen verdaderas todas las señales de que hemos hablado; advirtiendo, sin embargo, que en cada país nada tendría de admirar que hallara otras muchas señales quien habiendo aprendido aquellas supiere juzgar y discurrir derechamente. Mas no conviene estar muy deseoso de hallar enfermedades con otro nombre de los aquí puestos; ya que todas las enfermedades que hacen crisis en los tiempos indicados puedes conocerlas bien por las mismas señales que he descrito.

Huyamos de las medusas, por W. — En nuestros mares, como en los de todo el mundo, abundan las medusas, generalmente llamadas por las gentes marineras «aguas malas» ú «ortigas de mar». De su contacto hay que huir como del fuego, porque produce dolores y picazón verdaderamente insoportables, que á veces hace dar alaridos y que á lo mejor degenera en accidentes de larga duración que intrigan muchísimo á los médicos.

Parecen masas de gelatina que van flotando por las aguas, y el doctor Abella, que ha tenido ocasión de tratar algunos casos de picaduras de medusa, las describe diciendo:

«Son unas masas gelatinosas en forma de casquete esférico ó de semi-



Metamorfosis de la *Aurelia rosea*.

Medusa de la *Aurelia rosea*: resultado de la metamorfosis.

globo, con bordes filamentosos, ya arborizados, ramificados ó entrelazados, ya sueltos como una melena; parecen sombrillas con larguísimo fleco; flotan abundantemente en las aguas de todos los mares, más por las zonas templadas y calientes, bien solas, aisladas, bien agrupadas en familias ó colonias, formando guirnaldas, cadenas, mantos ó racimos de notable ligereza y forma elegantísima.

Unas veces son incoloros y de una limpidez casi igual á la del cristal; otras son generalmente opalinos, de un azul claro, de un verde subido ó un rosa bajo; otras, el amarillo, el violeta y hasta el rojo les colora; pero más generalmente son azules y amarillos, dando así el color verdoso que los asemeja á cieno. Su disco ó sombrero varía en tamaño de uno ó dos milímetros de diámetro á medio metro y más. Chicas ó grandes, las me-

dusas son de un tejido tan endeble y delicado, pultáceo verdaderamente, que admira puedan resistir el embate de las olas. Y, sin embargo, fuera de ellas no viven: en cuanto se retiran del mar, bajo la influencia del aire, quedan reducidas casi á nada en un abrir y cerrar de ojos; ¡como que el 99 y medio por 100 de su peso es líquido! Líquido muy cargado de sales, especialmente de cloruro de sodio, de calcio, magnesio, hierro, etc., y de sulfato de cal: la parte sólida queda formada de gelatina, condrina,



Caribdea perifla.



Corimorfa inclinata (pólipo y medusa).

mucilago y diversas sales de cal, magnesia, etc. Cuando están juntas en colonia ó cuando son muy grandes, su descomposición no es tan rápida; pero aun así, en veinticuatro horas, cinco ó seis kilogramos de ellas (peso hecho en seguida de extraerlas del mar) reducen á 10 ó 12 gramos á lo sumo.

Esas masas de agua gelatinosa, que por la noche fosforescen en el mar como lumbreras, á pesar de no contener fósforo ni yodo, cuando se las toca causan una sensación primero de frío y de escozor después, lo que recuerda á las anémonas, y mejor todavía á las ortigas, por cuya razón los marinos las llaman ortigas de mar.



Favonia octonema.

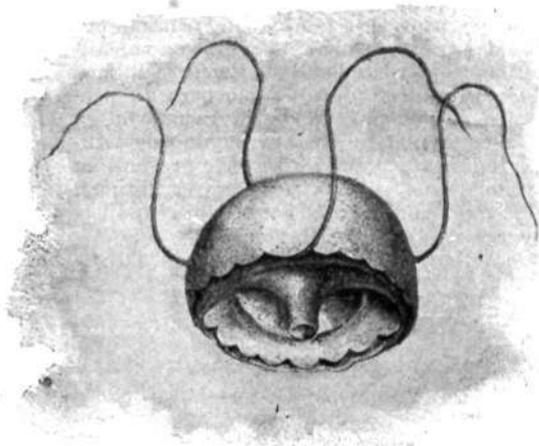


Medusa de la *Campanularia gelatinosa*.

En efecto, la piel de las medusas está llena de nematocistos, ó sean pequeñísimas cápsulas en cuyo interior, lleno de un ácido urticante, se enrolla en espiral un delgado filamento que, rompiéndose al contacto de cualquier objeto, se clava en él, vertiendo su contenido. Saura asegura

que «una sola gota basta para determinar una inflamación en la conjuntiva y edema en los párpados». Brandt lo califica de «veneno irritante». Hæckel de «baba ponzoñosa». Pero nada se sabe de su composición química.. Keer atribuye la urticación, no á un ácido, ni á un veneno ni ponzoña, sino á los numerosos dardos, espinas ó puñalitos microscópicos, que, incrustándose bajo el epidermis, obran como cuerpos extraños. «La ardiente sensación que determinan en la piel—escribe—acusa un trabajo flogístico de eliminación, digno de tenerse en cuenta.»

Y más adelante agrega: «He visto supurar, en forma de criba, los sitios urticados; pareciendo el pus, al concretarse, verdadera viruela confluyente. ¡Quién sabe si las picazones y el malestar que algunos bañistas acusan á veces, será por causa de esos zoofitos que tan perfectamente pasan por limo ó cieno, al que no se le concede importancia alguna! ¡Si esas urticarias, eczemas, eritemas, intertrigos y prúrigos que suelen achacarse *velis nolis* á la falta del clásico purgante, previo en todo bañista rutinario, y también al baño impar, al zarandeado herpes, con la almorrana y el histérico..... serán efecto de igual causa! Y hasta ¡quién sabe si alguna defunción pudiera cargarse en cuenta á lo mismo!»



Medusa de desarrollo directo (*Aegina citrina*).



Rhizostoma Aldrovandi.

Comentando el artículo del Dr. Abella en la misma REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS, donde se ha publicado, observa el Dr. D. Federico Rubio:

«Son muchas las clases de medusas que deben existir, y más venenosas las unas que las otras. Desde luego puede asegurarse que varían de magnitud. Aun en la misma especie que acude á la bahía de Cádiz y sus costas, las hay del tamaño de un quitasol á un sombrero hongo y un puño. Es probable que no tengan igual cantidad de ponzoña las unas que las otras, y respecto á su intensidad morbosa, me parece más cierto. Debe seguirse la misma ley que en las otras especies de animales venenosos. Entre la víbora nuestra y la serpiente de cascabel, hay mucha diferencia.»

Tan es así, que en algunas partes de España y de Marruecos las ortigas constituyen un manjar muy apreciado. Yo mismo he cogido con frecuencia una variedad de ellas sin sentir picazón alguna, y con gran asombro de los pescadores, que me daban gritos diciéndome que me guar-

dara de tocar á las ortigas. Fritas resultan excelentes. Asimismo he tenido ocasión de observar en los mares de Oceanía, medusas de distintos tamaños, dotadas de órganos de locomoción, y que se movían, no á impulsos de las olas ó de la corriente, sino por voluntad propia y con alguna rapidez, gracias á una serie de movimientos que eran enteramente los mismos que los del pistón de una máquina de vapor.

Para curar la picazón insoportable y los dolores vivísimos producidos por las substancias urticantes de las medusas, los malayos emplean el jugo del fruto joven de la *carica papaya*, planta bien conocida en todo el Archipiélago malayo y en Filipinas. Además poseen otros remedios, que conservan secretos, y con los cuales operan curas verdaderamente extraordinarias. Recientemente se ha citado el caso de un blanco que á consecuencia de haberse puesto en contacto con una medusa de gran tamaño, en Singapur, llegó casi á perder la razón; y cuando los médicos europeos le habían abandonado, un indígena consiguió curarle en pocas horas.

Estos hechos que cito, prueban que, como dice muy bien D. Federico Rubio, las medusas no han sido estudiadas suficientemente. Hasta 1837, no se descubrieron las relaciones íntimas que existen entre los pólipos y las medusas, y los trabajos de Sars, Perrier y otros, aunque interesantísimos, no son completos. Por esta razón, y sobre todo, porque el eminente sabio español ha sorprendido en la Ciencia Médica un vacío importante en esa ignorancia, no sólo de las medusas, sino también del tratamiento que debe seguirse para curar el daño que producen al ponerse en contacto con las personas, abre en el último número de la citada REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS, un interesante concurso para un premio de 960 pesetas (importe de los derechos de reválida en España) para el estudiante de Medicina ó de Veterinaria del último grupo de asignaturas de las Facultades ó Escuelas ibéricas y americanas, que presente la mejor monografía acerca de las medusas, sus clases, historia natural, anatomía y fisiología comparadas, relaciones con la patología y análisis de sus ponzoñas. El concurso se cerrará el 30 de Mayo de 1901 para España y Portugal, y el 15 de Junio del mismo año para América.—(De *Alrededor del Mundo*.)

Muchas gracias.—Se las damos muy cordiales á nuestros amigos y colegas el Dr. D. Fernando Calatraveño, director de *La Correspondencia Médica*, y D. Manuel Alhama Montes, director de *Alrededor del Mundo*, por haberse dignado cedernos los clichés que representan á Cajal y varias especies de Medusas, para reproducir los trabajos que tomamos de sus bien acreditadas publicaciones semanales.—L. R.