

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

La vacunación anticolérica y el Dr. García Solá, por el Dr. M. Candela.

Notas Clínicas: Un caso de angioma cavernoso progresivo tratado por la electro-ionización zincica, por el Dr. C. Calatayud.—*Caso de cistitis crónica curado con el raspado de la vejiga*, por el Dr. Pedro Chiarri Torrente.

Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades: Apuntes de nuestro primer año del Salvarsán en la sífilis, por el Dr. Peyri.

Revista de revistas.

Varia: Necrología.

Memorias del Instituto: Exposición del trabajo del Dr. Ehrlich titulado Sobre las funciones parciales de la célula y comentarios acerca del mismo. Conferencia desarrollada por el Dr. D. Antonio Salvat.

La vacunación anticolérica y el Dr. García Solá

Por el Dr. M. Candela

De la Facultad de Medicina de Valencia

El ilustre ex Rector de la Universidad de Granada, hace ya muchos años es un prestigio entre los profesores médicos españoles.

Con íntima satisfacción recordamos tiempos ya lejanos en que apenas terminamos nuestra carrera de médicos llegó á nuestras manos la primera edición de su excelente obra de Patología general; fué aquélla la revelación de sus aptitudes profesionales y el punto de partida de una serie bastante nutrida de publicaciones de menor importancia que constituyen la obra bibliográfica suya, y que termina por ahora con *el juicio crítico de la Vacunación anticolérica* que han reproducido varios colegas y al que con toda clase de respetos nos vamos á permitir hacer algunas observaciones pertinentes, para que la generalidad de nuestros lectores no sufra extravíos en conceptos y doctrinas de transcendencia para la salud pública amenazada.

Nos es tanto más obligada esta conducta, cuanto que los antecedentes del maestro granadino y la circunstancia de haber sido agregado á instancias suyas á la primera comisión oficial nombrada por el Gobierno de S. M. en 1885 para dictaminar sobre la bondad de las inoculaciones anticoléricas Ferrán, y siendo él uno de los pocos miembros supervivientes de la misma, tienen sus palabras y sus escritos una cierta autoridad que nos permitiremos discutir, ya que acostumbrado nuestro colega á beber en fuentes extranjeras,

de ellas haya sacado la médula de su argumentación, separándose por completo de la doctrina española en la materia é interpretando á su manera los datos clínicos inconcusos que poseemos, para batir en la brecha á cuantos se permitan hacer apreciaciones sobre los mismos, sin haberse tomado la molestia de estudiarlos debidamente.

Además, el Dr. G. Solá fué de los comisionados de 1885 que si se acercaron á nuestro compatriota Ferrán para estudiar su vacuna, fué de pura fórmula, y en cambio parecía recibir inspiraciones de los centros en donde el papel Ferrán se cotizaba poco más ó menos que el de un advenedizo sin autoridad y sin ciencia para imponer su práctica innovadora.

No ha de parecer extraño, pues, que lo que al Dr. G. Solá le parece el *presente estado de nuestros conocimientos, acerca de los medios de conferir inmunidad contra el cólera*, lo juzguemos nosotros más bien un estado especial de su mentalidad, influida por afirmaciones de otros sabios en reciente trabajo publicado sobre esta materia, que fuerza será á la vez discutamos también severamente, ya que con cierto desenfado han pretendido hacer tabla rasa de opiniones y doctrinas respetables.

Pero como *aliquando bonus dormitat Homerus*, al Dr. Solá le pareció que la enjundia que se traía el artículo del sabio francés le venía como de molde, decidido al parecer á cerrar á todo trance contra la vacuna del cólera; porque no de otra manera se comprenden aseveraciones tan insostenibles, que hace suyas, como que el cólera y el tétanos son intoxicaciones y no infecciones, cual la difteria y el tifus y otras parecidas que poco á poco iremos analizando.

En cuanto á este último proceso, realmente no tiene grandes analogías con el cólera, supuesto que la intoxicación del veneno tífico le permite una evolución que no alcanza el del cólera, más rápido en sus efectos inmediatos y secundarios. Respecto al de la difteria, ya las analogías de génesis y de evolución con el del cólera son palmarias, puesto que ambos gérmenes eligen una mucosa para teatro de sus aventuras, impregnándola y penetrando entre las mallas de sus tejidos, para desde allí intoxicar con más ó menos violencia los organismos atacados; en cuanto al tétanos, ¿deja de ser proceso infectivo porque su anatomía patológica local sea de poca monta, mientras las toxinas elaboradas por el microbio de Nicolaïer no tengan más localización que la del sistema nervioso?

¿Deja de ser de naturaleza infecciosa la septicemia fulminante de los traumatizados, la de los operados y hasta la de las mujeres en estado puerperal, porque no puedan sorprenderse más fenómenos anatomo-patológicos que los de las modificaciones en la crisis sanguínea?

¿En qué se diferencia, en qué puede diferenciarse fundamentalmente hablando, una intoxicación *a* ó *b*, con tales ó cuales manifestaciones locales patológicas, por distintas que sean éstas, si todas ellas tienen un origen bacteriano, si todas ellas obran sobre los centros de la vida, sangre, sistema nervioso ó sobre ambos á la vez, por el acarreo á dichos centros de sus elementos micróbicos ó de los venenos elaborados por los mismos?

Convengamos, pues, en que estas cuatro enfermedades ya citadas, tifus, difteria, cólera ó tétanos son intoxicaciones producidas por las toxinas de sus respectivas bacterias, y por lo tanto no son posibles sin la previa adaptación de las mismas al organismo, fenómeno bio-patológico que constituye la génesis de la infección, y por lo tanto éstas son verdaderas infecciones.

Nos felicitamos de que sin escrúpulos ni distinguos acepte nuestro profesor que

todos los trastornos observados en el hombre atacado de cólera son imputables á las toxinas del vibrión colerígeno, porque éste es un buen punto de partida; pero en lo que no podemos estar conformes es en que el microbio del cólera pulule ó actúe solamente sobre el epitelium intestinal. Nos extraña esta aseveración en un catedrático de anatomía patológica. En el primer discurso que Koch pronunció el año 1883 ante el Comité Sanitario de Berlín, á su regreso de Egipto, al darle cuenta de sus trabajos para la invención del vírgula ya hace constar, entre los detalles anatomo-patológicos intestinales de los coléricos, que aquella mucosa sufre descamaciones epiteliales por zonas y el vibrión colerígeno atraviesa este revestimiento, habiéndosele encontrado en varios cortes intestinales á diferentes profundidades de la capa sub-epitelial.

Ferrán, en sus trabajos con Nicati y Rietsch en los cadáveres de atacados del cólera en el hospital Pharo de Marsella, en 1884, pudo también comprobar este hecho, y estudios posteriores han demostrado que desde este punto el vírgula es fagocitado por los leucocitos y éstos á la vez lo conducen al torrente circulatorio, en donde vierten sus toxinas, si bien la digestión de los mismos por los leucocitos impide su reproducción en la sangre.

Basta sembrar determinada cantidad de sangre de colérico en medio adecuado para convencerse de esta acción de presencia en la sangre del vírgula. Las consecuencias de este hecho no son baladí; en la sangre hay lucha contra los invasores y por consiguiente producción de sustancias defensivas. Los vibriones fagocitados son antígenos que producen anticuerpos homólogos, revelables, como sabe muy bien nuestro colega, mediante reactivos biológicos verdaderamente específicos.

La llamada reacción de Pfeiffer demuestra precisamente esto.

Hemos concedido relativa importancia al citado detalle de anatomía patológica, porque de su comprobación depende la base de los estudios relativos á la inmunidad contra el cólera.

Ni se diga que es insignificante la cantidad de antígenos fagocitados y acarreados por los leucocitos á la sangre para conferir inmunidad, porque bastante menor cantidad de bacterias se introducen en el organismo de los animales, con las vacunas pasteurianas, y ellas solas bastan para inmunizarlos. Aparte de que las toxinas vertidas por los vírgulas en el tubo intestinal pueden inmunizar también atravesando el epitelium intestinal, y absorbidas por los capilares pasar al torrente circulatorio, que no de otra manera puede explicarse actualmente la curación espontánea del cólera.

No queremos hacer hincapié, aunque mucho podríamos discurrir sobre ello, por salir pronto de este segundo párrafo del artículo del Dr. G. Solá, en el que, después de negar que el cólera sea una infección, asegura á renglón seguido *que muchas de las perturbaciones provocadas en los animales con cultivos coléricos, son simples infecciones vibrionianas provocadas por bacterias que no son vibriones del cólera, sino vibriones paracoléricos.*

Como ven nuestros lectores, los cultivos coléricos pueden producir infecciones siquiera recibiendo la denominación de vibriones paracoléricos, y el vibrión colerígeno no produce una infección, sino una intoxicación. ¿Por qué criterio nos decidimos? Porque para emitir conceptos nuevos en bacteriología conviene demostrarlos, y si son tomados de alguna parte no deben aceptarse sin la debida documentación. Para nosotros, tratándose de esta enfermedad, su génesis y patogenia nos resulta siempre muy clara, y en el estudio de sus fenómenos dejamos á un lado todo lo que no sea genuinamente producido por el vírgula

de Koch. Cuantos experimentos se realicen con vibriones que no responden á los reactivos específicos del vibrión del cólera no podemos aceptarlos.

También en la especie de preámbulo el articulista se ocupa de la taxonomía del vibrión colerígeno, intentando modificar el concepto genérico que bajo este punto de vista se ha tenido del microbio del Ganges. Confesamos que este es un punto débil de nuestros conocimientos. Pero de todos modos entendemos que, como se diferencian ligeramente las razas humanas bajo su punto de vista anatómico, algún día pueden descubrir los botánicos modificaciones del género *vibrio* que hasta ahora apenas se han presentado; pero lo que sí podemos asegurar á nuestro colega, que esa polimorfia que él pudo observar en el cólera de Valencia la hemos visto nosotros reproducida en el de Vendrell, y los bacteriólogos de sus respectivos países la han observado también en el v. de Malta, en el de Sangai, Nápoles y Hamburgo.

Pero así como las modificaciones sensibles de la especie humana apenas afectan fundamentalmente á sus razas, de la misma manera, las variantes que en las razas de vibríos pueden observarse, según Courmont, respecto á su forma, medios de cultivo, virulencia, facilidad de coloración, etc., no invalidan los caracteres fundamentales de la especie; pues todas las bacterias polimorfas, á cualquier raza que pertenezcan, derivadas del genuino vírgula colerígeno, producen las mismas aglutininas y las mismas bacteriolisinas. Todas, salvo pequeñas diferencias cuantitativas, se muestran sensibles á las aglutininas y á las bacteriolisinas obtenidas con el más legítimo vibrión del cólera morbo asiático; de manera que sea cual fuere la procedencia del vibrión colerígeno, aunque sea de aquellos en los que al parecer han podido encontrarse diferencias en sus modalidades accidentales, en lo fundamental, ó sea en la producción de toxinas y antitoxinas, todos obedecen á las mismas leyes bacteriológicas conocidas.

Por este concepto, pues, no deben preocuparnos gran cosa estas ligeras variantes en su morfología desde el momento que no afectan á sus propiedades inmunizantes.

Entrando ya de lleno en la cuestión, expuestas las dificultades que hemos procurado resolver de antemano, el Dr. García Solá se propone valorar las tentativas que se han realizado para obtener el estado refractario mediante la vacuna anticolérica.

Y para ello enumera todas las formas de vacunas empleadas por los diferentes autores que ninguna novedad fundamental introducen en el sistema de la inoculación anticolérica de Ferrán y las tentativas de sueroterapia humana desde la de Klemperer, descubierta ya también por Ferrán, aunque no practicada en grande escala, y la de Taurelli y Salimbeni, procedente de animales y aplicada al hombre con resultados no tan lisonjeros como fuera de esperar.

Y para apreciar sus resultados decide apoyarse en el *criterio experimental*, deducido de la observación en los animales, y al *criterio clínico*, fundado en las estadísticas de la vacunación en el hombre.

En este terreno también le seguiremos. Para mayor claridad, pueden dividirse en dos grupos los experimentadores; unos que siguiendo poco más ó menos la primitiva técnica de Ferrán inoculan los caldos inmunizantes debajo de la piel, y por la misma vía ó subperitonealmente aplican la dosis virulenta y letal de los vírgulas, algunos días después, obteniendo resultados contradictorios, por ninguno de los cuales se decide nuestro colega; y la de los que, como Metchnikoff y su auxiliar Choukevich (1908), inocularon preventivamente debajo de la piel al conejo común en el período de lactancia, é hicieron ingerir más

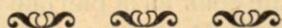
tarde una gota de cultivo de vírgulas, provocando el cólera más ó menos mortal en los mismos, pues sabida es la propiedad de estos animales, en este período de su vida, de ser sensibles á la acción de los vibriones por la vía intestinal, propiedad que pierden cuando comienzan á alimentarse de vegetales.

También nosotros prescindiremos de los primeros experimentadores citados, porque precisamente para aquellos que, como Haffkine y Gamaleña, no se separaron apenas de la técnica de Ferrán, las conclusiones fueron tan análogas y tan satisfactorias que el mismo Pasteur creyó llegada la hora de conceder el premio Breant á Gamaleña; y de hecho se hubiera concedido y quedara desde entonces resuelta la eficacia de las vacunas, á no mediar la protesta documentada de Ferrán ante la Academia de Ciencias de París, que dió al traste con aquella palmaria injusticia contra el microbiólogo español.

¿Es esto, Sr. García, estar las cosas, como indica usted al final de su escrito, á la altura de las conclusiones *de su ya citado Folleto* que, no suficientemente percatado de la mentalidad de Ferrán ni mucho menos de su obra imperecedera, escribió usted hace 26 años?

Pero ahondemos más en el asunto, que los estudios y trabajos del auxiliar de Metchnikoff en el Instituto Pasteur nos van á proporcionar datos muy curiosos, en cuyo lado deleznable no se ha fijado el catedrático de Granada.

(Continuará.)



TRABAJOS DEL INSTITUTO

Sección de Cirugía

NOTAS CLÍNICAS

Un caso de angioma cavernoso progresivo tratado por la electro-ionización zíncica, Por el DR. C. CALATAYUD.

Tanto como la curación, ó á la vez que ella, perséguese casi siempre en el tratamiento de los angiomas cavernosos la corrección de los defectos estéticos, muchas veces considerables, que resultan de la presencia de dichas lesiones en determinadas partes del cuerpo.

No tendríamos que esforzarnos mucho para demostrar que uno ú otro de dichos puntos de mira entrañan una contraindicación rotunda para todos los antiguos métodos, desde la cauterización ígnea y potencial, hasta las inyecciones de sustancias coagulantes, la vacunación, la compresión, etc., que hace poco tiempo figuraban todavía en la terapéutica de la expresada afección.

Un solo procedimiento, la electrolisis, permite llenar satisfactoriamente la doble indicación, curativa y estética, y de él cabe decir, con Brock, «que es en verdad un trata-

miento maravilloso», y puede afirmarse, con Zimmern, «que constituye una operación precisa, segura y aplicable á todas las variedades de angiomás cavernosos, pequeños, graves, circunscritos, difusos y progresivos».

El tratamiento quirúrgico mismo, muy superior á los medios antes citados, queda también en segundo término ante el procedimiento electrolítico, no pudiendo como no puede intervenir sin el peligro de la infección y sin dolor ó sin el riesgo de los accidentes de la anestesia, siempre probables y temibles.

En aplicación bipolar, monopolar positiva y monopolar negativa, que de los tres modos se emplea, la electrolisis ha hecho sus pruebas absolutamente favorables y decisivas, y nadie, sin negar la verdad clínica, podría contradecirlas.

A partir de los excelentes trabajos de Léduec, demostrativos de la acción coagulante del ion zinc, incorporado eléctricamente á los órganos y tejidos, algunos prácticos, nuestro compatriota el Dr. Cirera, entre otros, probaron á modificar la técnica clásica de la electrolisis monopolar positiva sustituyendo las agujas de platino y acero por agujas del metal primeramente nombrado. Los resultados obtenidos han sido buenos por demás.

Así nosotros hemos querido también ensayar el nuevo método, y de sus efectos puede juzgarse por el siguiente interesantísimo ejemplo:

C. M. Y., de Torrente (Valencia), de 9 años de edad. Al mes y medio de haber nacido, una muchacha le dió un pellizco en el labio inferior, produciéndole un equimosis muy extenso y pronunciado. Este disminuyó pronto, pero el labio quedó como hinchado en su mitad izquierda y con un cambio de color en la piel que ha persistido después. Como consecuencia del hecho referido se desarrolló en el punto citado un tumor vascular que evolucionó lentamente hasta adquirir los caracteres que en seguida describiremos.

El Dr. T. Miquel, de Torrente, creyó indicado para el caso el tratamiento electrolítico y nos recomendó á la enfermita.

El día 12 de Noviembre de 1909 presentaba aquélla un angioma de las dimensiones de un huevo de paloma en el lado izquierdo del labio inferior y que penetraba en todo el espesor del mismo. Por la piel, de un color rojo-vinoso, serpenteaban algunos vasillos flexuosos. En la semimucosa y en la mucosa del labio la proporción de venas dilatadas, salientes y superficiales, que se entrecruzaban en todas direcciones, era considerable. La lesión invadía, á modo de cinta estrecha, el carrillo izquierdo en una extensión de cuatro centímetros próximamente. Según referencias de la madre de la niña, alguna vez, y por efecto de los mordiscos que inevitablemente se daba ésta en la porción afecta del labio, había sufrido hemorragias, aunque de poca consideración.

El mismo día 12 de Noviembre comencé el tratamiento del tumor en mi Instituto Clínico, practicando la primera aplicación de electroionización zíncica. Una aguja larga de hierro galvanizado fué introducida en la ramificación angiomatosa del carrillo. Otras cuatro agujas se implantaron equidistantes en la semimucosa y mucosa del labio, de modo á comprender todo el tumor desde su perifería, y otra aguja se introdujo por la mucosa en el centro de aquél. Las cuatro agujas periféricas se dirigían un poco oblicuamente hacia dicho centro. Todas las agujas conectadas con el polo positivo, y cerrado el circuito con una placa negativa grande aplicada sobre la parte superior de la pared torácica anterior, se hizo pasar la corriente galvánica con una intensidad de 20 miliamperes durante 30 minutos. Terminada la operación, dejamos las agujas puestas unos 30 minutos, y pasado este tiempo las retiramos lentamente, procediendo así para limitar todo lo posible la salida de sangre,

que quedó en efecto reducida á unas cuantas gotas. Al mes de practicarse la operación el tumor se había reducido más de la mitad. Se hizo una segunda aplicación el 15 de Diciembre de 1909 con la misma técnica que la primera vez, salvo que se suprimió la aguja central. A los dos meses de aquélla, practicamos la tercera aplicación, y tres meses después de ésta la cuarta. La quinta aplicación se hizo transcurridos cuatro meses de la anterior, y entre la quinta y la sexta y última, dejamos pasar cinco meses. La técnica apenas se varió.

Con esas seis sesiones de electro-ionización zíncica, muy bien soportadas todas por la paciente, quedó ésta curada. El labio tratado, en 20 de Mayo de 1911, la última vez que vimos á la muchacha, tenía la forma, consistencia, movilidad, dimensiones y color normales, y ninguna señal aparente, ningún vestigio, excepción hecha de una pequeña placa cicatricial situada al límite superior de la piel de dicho labio, revelaba que en éste existiera

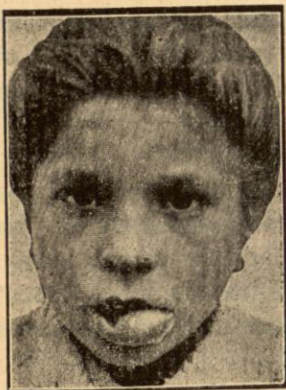


Fig. 1. Antes del tratamiento.



Fig. 2. Después del tratamiento.

una lesión como la descrita. Compárense las dos fotografías que publicamos (figs. 1 y 2) y que dicen sobre este particular más que cuanto nosotros pudiéramos decir.

Tan felices resultados son verdaderamente sorprendentes. Maravilla en efecto la bondad de acción, así curativa como estética, obtenida con una técnica sencillísima, con un procedimiento cómodo, apenas doloroso, perfectamente tolerable é inofensivo, tratándose de una afección que no deja de ofrecer siempre sus peligros y que en el presente caso ocasionaba una gran deformidad. Ello prueba, además, la superioridad incontestable de la electro-ionización zíncica sobre todos los otros métodos electrolíticos, incapaces de un conjunto de efectos semejantes en el tratamiento de los angiomas cavernosos.

Caso de Cistitis crónica curado con el raspado de la vejiga, Por el

DR. PEDRO CHIARRI TORRENTE, *Médico del Cuerpo de Beneficencia Municipal de Valencia y del Cuerpo de Directores de Baños.*

En Octubre de 1905 tuve ocasión de aplicar, por vez primera, este medio en cierta enfermedad de cistitis rebelde, tan rebelde, que había resistido á los tratamientos mejor planteados por otros compañeros.

El éxito que me proporcionó el empleo de dicha intervención, tan poco usual en la

enfermedad de que se trata, es el motivo que me impulsa á la publicación del hecho clínico: si bien reconozco que tan sólo estímulo para nuevos ensayos debe ser mi triunfo, pues una sola victoria, por sorprendente que sea, no puede inducirnos á pretender generalizaciones, sobre todo tratándose de padecimientos quirúrgicos de la índole de la cistitis crónica.

El Dr. D. V. Moreno presentó en mi consulta á D.^a N. E., de Turís, casada, de 44 años de edad, la cual me manifestó venía padeciendo desde hacía cuatro años por una cistitis crónica. Dijo también que, durante plazo tan largo, había sido sometida por sucesivos profesores á la medicación balsámica, á las inyecciones y á los lavados vesicales de diferente cantidad y calidad, sin que nunca pudiera obtener la ansiada calma á sus acerbos dolores y que, por tanto, venía con el propósito formado de someterse á la colpocistotomía, operación que le había recomendado como indicación provechosa un distinguido especialista de la ciudad.

La enferma acusaba dolor local antes y después de la micción, hematuria continua con expulsión de fungosidades y tenesmo insoportable (micción cada 5 ó 6 minutos). Su estado general era depauperado, su nutrición deficiente, con pronunciada anemia y moderada reacción febril.

Inspeccionada con detención, pude apreciar el cuadro clínico de la *cistitis crónica fungosa*, diagnóstico bien corroborado por análisis de los productos patológicos de la orina hecho por el conocido profesor auxiliar de la Facultad de Medicina Dr. D. Juan Campos. La certificación de este compañero hizo constar la presencia de exceso de sales de fosfato amónico magnésico, uratos, muchos estreptococos y coli-bacilos, ningún bacilo de Koch y tampoco elementos neoplásicos, pero sí muchas células vesicales degeneradas y aun muchas en plena degeneración grasienta.

Convencido de que sólo una intervención quirúrgica podía ser útil á la enferma y pareciéndome de momento sobradamente radical dicha colpocistotomía, aconsejé desde luego el raspado de la vejiga, intervención que fué aceptada por todos y practiqué en el 17 de Octubre de 1905.

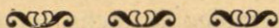
La técnica que seguí fué la siguiente: anestesia clorofórmica; y previa toilette vulvar, empecé la dilatación uretral con bujías Egar hasta llegar á 2 cent., lo cual me permitió el paso del índice, y al tacto pude apreciar una vejiga contraída, de paredes resistentes, y dándome la sensación al tacto, granujenta, debido á la estratificación de las sales minerales en los fingos de las paredes vesicales. Previo un abundante lavado argéntico al 1^o /₁₀₀, empecé el raspado empleando cuchara de útero fenestrada, pues no pude encontrar la cuchara Guyón.

Los dedos índice y medio izquierdos, introducidos en la vagina, daban resistencia á la cara inferior de la vejiga durante la maniobra, el arco púbico apoyaba la cara superior vesical cuando era raspada.

Terminado el raspado, nuevo lavado de arrastre y dejé colocada una sonda Pezzer.

La enferma tuvo dos ó tres días ligera fiebre; cesaron los dolores; la hematuria desapareció al 5 ó 6 días; á los 14 días retiré la sonda y la enferma orinaba cada 2 horas, pero sin dolor ni hematuria. Diez días después, visto el estado local y general, fué dada de alta.

Han transcurrido seis años y la enferma vive y goza de perfecta salud, sin haberse resentido en lo más mínimo de su antigua cistitis.



Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades

APUNTES DE NUESTRO PRIMER AÑO DEL SALVARSAÁN EN LA SÍFILIS, por el
Dr. Peyri, Profesor de Dermatología y Sifiliografía.

Con apresuramientos que *nada científico* justificaba, los grandes periódicos, estos archivos del movimiento médico contemporáneo tan formalmente respetados por todos se han rellenado durante la segunda mitad del 1910 y todo el 1911 de centenares de publicaciones de sifiliógrafos especialistas y de sifiliógrafos improvisados sobre casos de observación de sífilíticos tratados con salvarsán; unas docenas de casos que han sido observados en espacio de pocas semanas han bastado para decidir al autor sobre el valor real del medicamento, sobre el valor comparativo con el bien acreditado mercurio, y lo que es más incomprensible, se ha pronunciado la palabra *curación* referente á una enfermedad que puede tener períodos de latencia de cuarenta años y puede pasar á una tercera generación.

No han sido ciertamente los menos autorizados, ni siquiera los visionarios meridionales, los que así han procedido; han sido autoridades y sesudos septentrionales los firmantes de las publicaciones.

Tratándose de sífilis, una cosa clara es necesario hacer resaltar en primer término: hasta que hayan pasado veinte años es aventurado pronunciar la palabra *curación*; al fin y al cabo, si interesante es hacer desaparecer *una ó varias* manifestaciones activas de la sífilis, lo es mucho más, infinitamente más, asegurar la definitiva extinción del proceso, evitar la parasífilis, la parálisis general progresiva, la tabes, los trastornos tróficos hereditarios, contra cuyos accidentes nada puede esperarse de la medicación antisifilítica ni siquiera con el salvarsán, como ya era de esperar dada la naturaleza de estos accidentes.

Conste, pues, que si interesante resulta algunas veces el hacer desaparecer las manifestaciones activas de un terciarismo visceral, la acción preventiva de las formas tardías de éste ó de la parálisis es el verdadero nudo del tratamiento de la enfermedad; la sífilis sin esto sería una enfermedad sólo excepcionalmente maligna.

De aquí una premisa clara; que el tratamiento de la sífilis debe ser considerado bajo dos puntos de vista bien marcados:

- 1.º *Tratamiento de los accidentes activos.*
- 2.º *Tratamiento curativo de la afección y en consecuencia preventivo de los daños irreparables que hacen de la sífilis una de las plagas de la humanidad.*

Ahora bien: durante el lapso de tiempo que es necesario transcurra para poder hablar de curaciones, es menester anotar las observaciones de nuestros enfermos tratados con salvarsán, marcar las formas y las circunstancias en las cuales este medicamento tenga su intensidad de acción para poder deducir en consecuencia su valor curativo de la afección.

Creemos que lo que se publique sobre el empleo clínico del salvarsán hasta entonces debe concretarse al análisis imparcial de los hechos, bien medidas las circunstancias de cada hecho, bien analizado éste, pero sin deducciones que sólo el tiempo y las circunstancias hayan suficientemente demostrado; es claro que nos referimos igual á la crítica positiva que á la negativa, porque si ridícula fué la afirmación de que el mercurio había des-

aparecido de la clínica sifilográfica, botaratada y no pequeña fué aquella otra afirmación de 606 igual á 0; ni uno ni otro sabían de salvarsán y de sífilis gran cosa más de lo que sabe el portero de nuestro dispensario.

Cuando la enorme excitación tan bien meditada y llevada á cabo por los explotadores del medicamento, que como jamás se había visto obligó á los profesionales á ocuparse del asunto por exigencia del público, el pedir serenidad é imparcialidad científica era demanda inútil; se puede pedir serenidad en juzgar una cuestión de histología ó de química biológica, por palpitante que sea, pero era inútil pedirla en un medicamento nuevo para una de las grandes plagas mundiales, la mejor servida terapéuticamente, pero la que por circunstancias sociales más liberalmente puede remunerar al profesional que le dedique sus cuidados.

Lo que ahora se puede decir libremente de este medicamento era entonces interpretado, tanto en más, como en menos, en sentido extra-científico y poco caritativo.

Hoy creo que la revolución científico-profesional ha pasado ya y ha dejado, como todas las revoluciones, algo bueno; es cuestión de juzgarlo fríamente y saber aprovechar presente y futuramente los beneficios del medicamento de Ehrlich-Hata.

Anualmente pensamos copilar nuestras observaciones; he aquí las de nuestro primer año:

A) *De la forma de inyección.*—Teóricamente creíamos superior la intra-muscular ó sub-cutánea:

1.º Por ser posible inyectar mayor cantidad con menos riesgo.

2.º Precisamente por la persistencia mayor del medicamento y mayor lentitud de eliminación; téngase en cuenta que dada la biología de la sífilis todo medicamento de acción rápida no conseguirá mas que una acción igualmente rápida y por ende pasajera; recordemos que en las infecciones crónicas no basta con crear un estado de inmunidad y que en la sífilis los focos que inician el terciarismo se hallan protegidos de la acción directa de la corriente circulatoria. Con el mercurio habíamos quedado con que las sales insolubles eran mejores por esto precisamente para el *tratamiento de fondo* que las solubles; y que la inyección intravenosa de mercurio, con ser preciosa, es sólo de ocasión, de conjuro de un accidente; nadie la ha administrado como medicación de fondo, como curativa de la enfermedad.

3.º Por los menores riesgos en caso de descuido técnico; es de advertir que una medicación antisifilítica debe poder ser manejada por el más modesto y aislado de nuestros pantiatras rurales.

4.º Por tener menor número de contraindicaciones.

El *excesivo dolor* en casi todos los casos y tanto en las soluciones ácidas ó alcalinas como en las suspensiones neutras nos han hecho abandonar la intramuscular y subcutánea, pero conste que por *este único motivo*, el número de *recidivas por ahora en nuestros casos de inyección intramuscular es inferior en más de un 30 % á las recidivas de la intravenosa*.

Nos quedamos aún con la *subcutánea neutra* en los siguientes casos: 1.º Siempre que sea necesario el 606 y exista alteración del árbol vascular ó lesiones orgánicas cardíacas, compensadas por supuesto. 2.º En los heredo-sifilíticos, en los cuales es difícil el sondaje de una vena (no hemos querido probar la punción y sondajes de la yugular, como ha hecho uno de nuestros compañeros, pero pensamos probar el sondaje de las venas del cráneo previa compresión circular).

A excepción de estas dos circunstancias, nos quedamos con la intravenosa. La *solución ácida* que por las propiedades de ácidos y fenoles coagula la sangre *in vitro* no es posible teóricamente utilizarla por producir trombosis y embolias; pero se ha visto también que en soluciones muy diluídas *in vitro* no tiene lugar la coagulación, bastando *in vivo* la alcalinidad de la sangre á producir la necesaria alcalinidad, si es que ésta en realidad es necesaria. Se habían atribuído ciertos casos desgraciados á las inyecciones ácidas, pero en realidad parece sólo que dan una reacción más intensa que las alcalinas. La sencillez de la preparación y la poca diferencia de acción la hace preferir á algunos (Spiethoff, Dörr, Fleig, Duhot); nosotros no nos hemos atrevido á ensayarla.

La *solución alcalina* ha sido la preferida por casi todos; le atribuímos sólo los inconvenientes siguientes: 1.º Al prepararlas pueden hacerse hipo-alcalinas, y en este caso capaces de coagular la sangre; ó *hiper-alcalinas* (y esto es lo más frecuente), esto es, conteniendo sosa no neutralizada, libre, que obrará como cáustica y en consecuencia tendrá el poder de ésta, disolvente de los glóbulos rojos y alterante del epitelio vascular.

2.º En segundo término, diluyendo con suero al 8 por 1.000 y añadiendo la concentración molecular propia del salvarsán, las soluciones resultan *hipertónicas*, lo cual puede evitarse empleando la solución del cloruro sódico al 5 ‰. (Se supone la dilución ordinaria de 0'10 de salvarsán por 50 c. c. de suero; en caso de mayor concentración, menor cantidad de cloruro sódico.)

3.º En tercer término, es sabido, después de Fleig, que el salvarsán ácido ó alcalino puesto en presencia de bifosfatos ó bicarbonatos en cantidad suficiente precipita *in vitro* el salvarsán; en la sangre la cosa debe ser más compleja; para obviar estos inconvenientes Levy-Bing propone el precipitar al arseno-benzol con estos compuestos é inyectar intravenosa alcalina insoluble; sus ensayos por otra parte han demostrado á Fleig que se pueden inyectar enormes cantidades sin que nada se produzca.

Nosotros inyectamos la alcalina en la proporción de disolución ordinaria de solución alcalina al 5 ‰.

La *neutra* ha sido recomendada por Levy-Bing; parte de que cada neutralización por la sosa de 1 decigramo de salvarsán produce 25 gramos de Cl Na. Por lo tanto, traduce en la probeta ó en un Erlenmeyer 150 c. c. de solución de cloruro sódico al 7 ‰ calentado previamente á 40° y 30 centigramos de salvarsán, se agita para disolver y se añaden 6 gotas de sosa cáustica al 15 ‰, debe ser neutra al tornasol; si se inyecta más concentrada la solución de cloruro sódico debe disminuir en la proporción de 75 c. c. $\times$ 6'5 de cloruro sódico; se obtiene una suspensión extremadamente fina, en cuya forma es inyectada.

Levy-Bing considera la forma como productora de menos reacción y cree que con ello se conseguirá convertir la inyección intravenosa en una sencilla operación de introducción de salvarsán con una jeringa de 20 c. c.

Nosotros llevamos 6 inyecciones neutras en enfermos que habían sido inyectados ya de alcalina á la misma dosis; la reacción, al revés de las observaciones de Levy-Bing, son en contra de la neutra, pues la reacción ha sido mayor en todos ellos.

B) *Instrumental*.—Después de varios tanteos, operamos con el aparato completo del Dr. Azúa; con todo, la cánula puede substituirse con cualquier otra que enchufe con ella; el tubo de vidrio con su conducto indicador de la entrada de la sangre resulta lo más práctico, pero puede substituirse con una jeringa ordinaria de inyecciones de vidrio ó con un cuentagotas.

C) *Dosis*.—Después del caso de Gaucher de muerte con 30 centigramos, creemos que no es la dosis lo que daña, á no ser que ésta sobrepase la dosis de 1 centigramo por kilogramo; son en primer término las circunstancias individuales del enfermo y en segundo lugar la forma ó los descuidos de técnica.

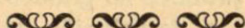
Nosotros, pensando aún en la esterilización magna, *que si ha fracasado en un 80 % de casos no sabemos si ha fracasado en los demás*, creemos que sobre todo en las sífilis frescas ó en los casos en plena floración debe intentarse aquélla dando una dosis elevada; sabemos que en las tripanosomiasis en las cuales la esterilización magna es una realidad, sólo tiene lugar á dosis elevada; si la dosis es pequeña fracasa y entonces entraña el peligro de crear razas arseno-resistentes.

En consecuencia, la primera vez en los casos dichos damos dosis elevada, oscilando alrededor de los 50 centigramos; luego repetimos la dosis á la mitad ó algo más de la primera; después de una segunda, en un período de 3 á 6 semanas dejamos de administrar el 606, si bien en algunos casos en los cuales el salvarsán ha respondido bien hemos llegado á una tercera, para mercurializar después al enfermo; en el 2.º, 3.º ó 4.º año, creemos en la necesidad de una nueva cura del salvarsán indicada por los síntomas ó el Wassermann: procederemos de un modo parecido ó según la indicación que nos sugiera el caso.

Somos contrarios convencidos de las dosis fraccionadas porque significan la renuncia implícita á la acción treponemícida, y lo que debemos buscar con el salvarsán entre los casos hasta ahora no recidivados es qué circunstancias en ellos concurrían para en los casos semejantes poder hacer lo mismo y conseguir la esterilización. El dar el arseno-benzol á dosis fraccionadas es considerarlo ya nada más que como arsenical, y para las curas arsenicales tenemos medicamentos en igualdad de dosis tan potentes, que se dan subcutáneas y sin el dolor del salvarsán dado subcutáneo ó sin la delicada preparación dado intravenoso.

La diferencia de hombre á mujer ha sido de 10 centigramos; en el niño ha oscilado entre 5 miligramos y 1 centigramo por kilogramo.

(Continuad.)



REVISTA DE REVISTAS

CIRUGÍA

La tintura de iodo al 2 % en las quemaduras en general, por el DR. A. GALASSANO.—*(Bulletin Commercial, Octubre 1911.)*

El autor, teniendo que cuidar á un marino cuyos dos antebrazos presentaban extensas quemaduras de 2.º y 3.º grado á consecuencia de un chorro de vapor de agua, tuvo la idea de tratar uno de los antebrazos por los medios ordinarios y el otro por la tintura de iodo débil

al 2 %. La aplicación de la tintura de iodo provocó, desde luego, una sensación de quemadura durante algunos minutos, después de los que el enfermo experimentó una sensación de bienestar. Al practicar la cura siguiente en el antebrazo tratado por la tintura de iodo, las quemaduras de 2.º grado estaban en vías de reparación rápida y al nivel de las quemaduras de 3.º grado, el desprendimiento de la escara estaba muy adelantado, habiéndose desarrollado las granulaciones de una manera considerable. En el otro antebrazo, al contrario, existía una

secreción puriforme, estando los fenómenos de reparación mucho más atrasados.

El enfermo curó en excelentes condiciones, habiendo desde entonces el autor tratado todas las quemaduras con la tintura de iodo al 2 %, con excelentes resultados.

SEMEIÓTICA

El signo de la moneda aplicado al diagnóstico de los tumores del escroto y del testículo.—

(*Presse Médicale*.—*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.)

Conocido es el «signo de la moneda», basado sobre la transmisibilidad de las ondas acústicas á través de los líquidos; si se ausculta el pecho mientras que sobre un punto opuesto se percute con dos monedas, se percibe por todas partes donde existe líquido un sonido claro argentino característico.

Mr. Duvergey, cirujano de los hospitales de Bordeaux, ha tenido la idea de aplicar este signo de la moneda en el diagnóstico diferencial de los tumores del escroto y de los testículos.

Se sabe hasta qué punto el diagnóstico de estos tumores es á veces difícil, tanto, tanto, que en algunas es casi imposible; entre un hematocele vaginal y un tumor del testículo, MM. Sebibeau y Chevassu han descrito, para diferenciar estas dos afecciones, la punción de la vaginal y la punción del epidídimo, que constituyen ciertamente dos signos preciosos; mas acontece que estos signos pueden inducir á un error; en estos casos, el signo de la moneda podría fijar el diagnóstico.

En primer lugar, ¿cómo le encontraremos?

El cirujano aplica un estetoscopio sobre un punto del tumor á diagnosticar, de preferencia sobre una de las partes laterales. Con una mano mantiene el estetoscopio aplicado sobre la piel, deprimiéndola ligeramente, mientras que con uno de los dedos de la otra mano se tapa una de las orejas y aplica la otra al pabellón del estetoscopio. Durante este tiempo, el ayudante eleva el tumor, separándolo de los muslos, y golpea con dos monedas sobre un punto opuesto al que ausculta el cirujano. La percusión debe ser lige-

ra. Es bueno repetir la misma maniobra varias veces, cambiando sucesivamente de sitio, pero teniendo siempre cuidado de auscultar sobre un punto diametralmente opuesto al percutido. Hemos dicho que es preferible auscultar y percutir las partes laterales del tumor, porque cuando se trata de tumores líquidos de la vaginal, el testículo es retenido atrás y abajo y no intercepa el sonido.

M. Duvergey, en un año, ha encontrado el signo de la moneda en 26 sujetos, cuyas afecciones se repartían en la siguiente forma: Tumores del testículo, 4 casos; hidrocele vaginal, 11 casos; quiste del epidídimo, 1 caso; hernias escrotales, 7 casos; hematoceles vaginales, 3 casos.

Sin entrar en el detalle de las comprobaciones hechas por los cirujanos *bordeleses*, diremos solamente que el resultado de las mismas ha demostrado que el signo de la moneda es positivo en los tumores líquidos de los testículos y escroto, en los hidroceles, en los hematoceles vaginales ó en los quistes del epidídimo, mientras que es negativo en los tumores sólidos del escroto en general y de los testículos en particular.

Las hernias intestinales escrotales dan á la percusión metálica un ruido de bronce muy característico.

Pero es necesario advertir que para darse cuenta de los diferentes matices del sonido, es preciso que el oído reciba una cierta educación y un cierto entrenamiento.

Vacunoterapia.—F. TOLEDO (*Edinburgh Med. Journal*).

En la vacunoterapia, dice el Dr. James Ritchie, deben dividirse las enfermedades bactericas en dos grandes grupos, las intoxicaciones y las infecciones propiamente dichas. En las intoxicaciones bactericas, de las que pueden citarse como ejemplos el tétanos y la difteria, la multiplicación de las bacterias queda limitada á las partes superficiales del cuerpo; los organismos no pasan á la sangre y los efectos patógenos son debidos á los venenos flúidos que forman las bacterias y que absorbe la economía. En las in-

fecciones verdaderas las bacterias suelen multiplicarse en los tejidos del organismo humano.

El proceso por el cual los verdaderos organismos infecciosos producen trastornos generales en el cuerpo es desconocido. Se atribuyen de ordinario estos trastornos á la elaboración de toxinas. Los efectos tóxicos están asociados con la destrucción del protoplasma de la célula bacterica.

Al producirse la infección los líquidos del organismo adquieren nuevas propiedades á causa de la formación de sustancias especiales llamadas anticuerpos, cada uno de los cuales sólo es capaz de obrar por regla general sobre la substancia infecciosa que le ha producido. Estos anticuerpos de las bacterias se dividen en dos grupos: cuerpos bactericidas y opsoninas; estas últimas hacen á las bacterias más susceptibles de ser ingeridas por los fagocitos.

Es muy difícil separar los dos procesos que engendra la infección, el nocivo y el benéfico, é ignoramos si una fiebre moderada indica ó nó un principio de resistencia. Es muy probable que la absorción de una cantidad pequeña de protoplasma bacterico favorezca la resistencia y que la de una dosis grande disminuya el proceso de reacción. La curación natural es obtenida probablemente siempre por la autoinoculación, es decir, por un mecanismo gracias al cual penetran en los líquidos de la economía sustancias perjudiciales para la vitalidad de las bacterias infecciosas.

El objeto de la vacunoterapia es estimular las facultades del organismo humano para hacerle capaz de prevenir la infección ó de vencerla si se ha producido ya. El medio que se emplea es la inyección del organismo causal modificado á fin de impedir que se multiplique en los tejidos, bien matándolo ó recurriendo á un medio que desorganice su protoplasma. El primer medio es el que se emplea con mayor frecuencia. Se lava con una pequeña cantidad de la solución salina normal un cultivo bien desarrollado sobre agar; la emulsión bacilar formada así se agita perfectamente para disgregar las masas de bacterias que existan, de modo que á ser posible quede una suspensión de células bactericas aisladas. Se calcula el número de bacterias que existe en cada unidad volumen. Los organismos son des-

pués muertos, sometiéndoles á la temperatura más baja posible. La cantidad de vacuna que se desea emplear, se introduce en una ampolla esterilizada que se cierra á la lámpara. Al usar la vacuna se rompe la ampolla, se recoge el contenido con una aguja esterilizada y se inyecta debajo de la piel desinfectada previamente.

La única vacuna que se prepara con protoplasma bacterico disgregado es la del bacilo tuberculoso. Los bacilos tuberculosos muertos, cuando se inyectan, pueden producir un granuloma local. Se emplean generalmente dos tuberculinas, la tuberculina R y la emulsión de tuberculina bacilar. La antigua tuberculina, que es en su esencia una emulsión glicerínada de los bacilos tuberculosos sometidos á la autólisis, se usa muy poco en vacunoterapia.

Las vacunas estimulan el mecanismo productor de los anticuerpos. Su beneficio no es inmediato, porque se necesita bastante tiempo para que se formen éstos. Son ligeras las modificaciones que se observan en el organismo durante las primeras treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, «fase negativa», á la que sigue la «fase positiva», en la que los anticuerpos aparecen en la sangre en grandes cantidades, casi á la manera de crisis. La existencia de la fase negativa constituye un gran inconveniente para la aplicación terapéutica de las vacunas. En las infecciones crónicas puede prolongarse en exceso y si se hace una nueva vacunación durante este período la resistencia puede disminuir de tal modo que favorece la proliferación activa de las bacterias con grave perjuicio del enfermo.

El gran obstáculo con que tropieza la vacunoterapia es que los recursos del mecanismo de la economía antagonista del protoplasma bacterico son limitadísimos: de aquí la importancia de diferenciar las intoxicaciones bactericas de las verdaderas infecciones. Es fácil inmunizar un animal con la toxina bacterica de modo que pueda tolerar impunemente la inyección de cantidades de veneno muchas veces mortales, pero no sucede lo mismo con las inyecciones de bacterias muertas. Es muy difícil, y muchas veces no se consigue inmunizar un animal aun contra un pequeño número de dosis mortales, y esta limitación del mecanismo antagónico debe ser tenida constantemente en cuenta. Es posible tratar un

organismo infectado de modo que consiga destruir las bacterias que le invaden, pero como su reserva de capacidad es muy pequeña, se pasa fácilmente del éxito al fracaso y puede hacerse más perjuicio que beneficio.

La vacunoterapia es aplicable á muchas enfermedades, estando limitada su aplicación por tres factores: 1.º, limitación de la capacidad para la respuesta antibacterica en el organismo humano; 2.º, existencia de particularidades individuales de las manifestaciones de la enfermedad, y 3.º, que desconocemos los medios que deben emplearse para aumentar lo más posible la energía de la respuesta antibacterica.

OBSTETRICIA

Un caso obstétrico.—POR EL DR. MATEO BONAFONTE NOGUÉS, *Catedrático de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Sevilla.*

El martes día 20 de Febrero próximo pasado fuí avisado para que viese en consulta en el pueblo de Paterna del Campo (Huelva) á una señora de cuarenta y un años de edad y múltipara, cuyos cinco partos anteriores no presentaron nada de anormal, la que, según datos suministrados por el médico asistente D. Antonio Daza, se encontraba en trabajo de parto desde el sábado anterior (17 de Febrero), habiendo comprobado por tactación una presentación de vértice, sin que nada anormal alterase el curso del parto. La parturiente tenía un vientre enormemente péndulo, de modo que la exacta tactación de la región fetal presentada le costó algún trabajo al Sr. Daza, por la elevación y desviación del cuello uterino arriba y atrás.

En el mencionado día 17 de Febrero, tuvo la enferma una serie de dolores excesivamente enérgicos y molestos, á los que siguió algo de expulsión de sangre, y á partir de este momento el médico asistente no puede comprobar región fetal alguna presentada y la enferma manifiesta haber percibido que el feto se mudó de posición, colocándose en la región superior del abdomen. Así transcurren los días, hasta el martes siguiente, en que sobre las ocho de la noche tuve ocasión de explorarla y observar lo siguiente: estado

general bueno, 37º de temperatura, unas 95 á 100 pulsaciones; algo de palidez de mucosas labiales y conjuntivas, abdomen muy prominente; partes fetales fácilmente tactables á través de la pared abdominal, gran movilidad fetal; dolores de tipo muy raro, que la enferma especificaba afirmando que diferían de los observados en otros partos, pues se irradiaban á las ingles, pero no á los lomos, etc., etc.

Exploración: penetrada la mano á través del orificio uterino dilatado, después de vencer una ligera resistencia, penetra en una amplia cavidad, que tomo por la uterina, y saliendo alguna sangre durante la maniobra; percibo con la cara palmar de la mano una tumoración muy dura, del volumen de un útero, como de cuatro meses de gestación, y que *a priori* supongo es un mioma submucoso prominente en la cavidad uterina; pero buscando orientarme, no consigo tocar partes fetales, y logro tocar una placenta suelta, libre el cordón y nada más del feto; toco unas formaciones, que tuve que interpretar como asas intestinales, epiplón, mesenterio, etc., y por fin, logro convencerme de que mi mano se había paseado por el interior de la cavidad abdominal, y de que el supuesto mioma era el cuerpo uterino abarcado por mi mano por su cara posterior. Un segundo médico, el Sr. Oliva, padre é hijo, exploran á la enferma de igual modo, no se explican lo que tocan y por fin, convencidos de lo insólito del caso, se acuerda realizar preparativos para intervenir activamente, lo que fué ejecutado el miércoles siguiente (día 21), en atención á que todo se hubo de improvisar, dado el medio y premura del tiempo, así como porque el estado general de la enferma era relativamente satisfactorio.

Con la excelente cooperación de los señores Oliva y Daza, practiqué la laparotomía, dando lugar á la salida de gran cantidad de sangre mezclada con líquido amniótico, de olor fétido, ya muy perceptible, y á un feto varón de 4.320 gramos de peso, unido á su cordón y placenta intacta, pero totalmente desprendida. Se limpió el abdomen, se suturó la herida abdominal, y ante la consideración del olor desprendido por el líquido salido del abdomen, se colocó una especie de taponamiento Milkulicz vaginal que sirviese de desagüe, á través de la abertura uterina

que se encontraba en la cara posterior é inferior del útero, en su porción cervical y próximo al Douglas. Curso sin incidentes, y hoy día 29 de Febrero, nueve días después de la intervención, recibo noticias de que la enferma está idealmente bien, hasta el extremo de haber quitado los puntos de sutura de la herida abdominal, desagüe y demás.

Como puede deducirse de esta narración, se

trató de una rotura uterina, á través de la que penetró el feto con sus anejos en la cavidad abdominal libre, de donde fué extraído cuatro días después del accidente, sin que la enferma presentase antes ni después esa sintomatología alarmante de estados análogos y tan conocidos por su inminente gravedad.

De aquí que considere un deber dar á conocer esta página instructiva para la obstetricia.

VARIA

NECROLOGÍA

Con verdadero sentimiento damos cuenta á nuestros lectores de la defunción del digno consocio D. Salvador Campos Fillol, malogrado joven de 33 años, que ha sido sorprendido por la muerte el 18 de este mes, cuando acababa de constituir una familia y cuando por su cargo oficial y numerosa clientela tenía un brillante porvenir. Sensible es siempre la desaparición de un sér humano del mundo de los vivos, pero si éste ha llegado á la vejez, la consideración de que por ley natural la muerte sucede fatalmente á la vida en la evolución incesante de la materia, consuela algún tanto la aflicción que se experimenta; pero cuando se trata de un joven que apenas ha gozado de la plenitud de la vida, ante esa existencia brutalmente truncada, un negro pesimismo invade nuestro espíritu, que se siente anonadado por el inesperado golpe y necesita reaccionar con esfuerzo poderoso para continuar la lucha por la vida con orientaciones al progreso de la humanidad.

El Dr. Campos fué un hombre sencillo, ingenuo, inteligente y laborioso, que si en algo pecaba era de excesivamente modesto. Hizo su

carrera con gran aplicación y ayudándose con el cargo de practicante de la Beneficencia municipal, que ganó por oposición. Ya médico, su afán por el trabajo lo llevó á ejercer la profesión en Argamasilla de Calatrava, con gran satisfacción de aquel vecindario y de su compañero don Enrique Ferrandis.

Pero como buen valenciano, su ideal fué volver á su querida Valencia, y por sus aptitudes y méritos, el Ayuntamiento le nombró Médico agregado al Cuerpo municipal de Sanidad, adscrito á la sección de estadística. Cargo que ha venido desempeñando hasta su muerte con gran competencia.

Las simpatías que tenía entre todos sus compañeros de Cuerpo quedó evidenciada en el acto de su entierro, al que asistieron todos los que estaban libres de servicio, presididos por el señor Inspector D. Antonio López Rodríguez.

Tan espontánea como sentida manifestación de simpatía y consideración, deseamos que mitigue, en lo posible, el dolor que aflige á la familia, del cual tenga la seguridad que participamos todos los socios del Instituto Médico Valenciano.

V. C.