sión en que una epidemia semejante se destruye en tal forma.

Animada con tan felices resultados la Dirección de la Enseñanza Primaria en la Prefectura del Sena, ha procedido al examen de los 160,000 niños que hay en sus escuelas y aunque es un trabajo de varios años, se abriga la esperanza fundada de que dentro de 4 ó 5 la tiña habrá desaparecido de París, por lo menos en el estado endémico y que no se observarán ya sino casos esporádicos, curados tan pronto como se presenten.

En México, en una estadística de 716 enfermos de la piel anotados en el Consultorio anexo á la Clínica Dermatológica, aparecen 18 tricofíticos, todos de la cabeza, con excepción de una joven de 18 años que la llevaba en el dorso de una mano, donde se demostró microscópicamente en las escamas la presencia del hongo patógeno. De estos 18 enfermos, 10 eran hombres y 8 mujeres, y sus edades se hallaban comprendidas entre 2 y 18 años, correspondiendo el mayor número, 5 casos, á la edad de 8 y á la de 4 y 10 tres casos á cada una.

Como dato complementario de los estragos que suele causar la tiña, mencionaré una epidemia que se desarrolló en el Hospicio de Pobres de esta ciudad, en donde á principios del año anterior existían 76 niños enfermos, entre los que se eligieron los mejores ejemplares para que sirvieran de materia á una lección que el Sr. Profesor Cicero dió á los alumnos de sexto curso de Medicina.

Sin temor de equivocarse puede afirmarse que la cifra que da la estadística citada y que sólo representa un 2.5 por ciento de tricofíticos en el total de enfermos de la piel vistos en el Consultorio, se queda muy por abajo de la realidad por ser bien sabido que la tiña es un padecimiento silencioso que por regla general no causa dolor y que por mucho tiempo suele reducirse á simples placas pitiriasicas, pequeñas, diseminadas en la superficie de la cabeza y ocultas por los cabellos, los que al principio se alteran en muy corto número. Añádase á esto que la dermatosis es mucho más frecuente en las clases pobres, de suyo abandonadas y negligentes, en las que poco ó nada se cuida de la cabeza de los niños y se acabará de comprender que para poseer el número real de tiñosos, habría que irlos á buscar y no esperar á que ellos acudan al mé-

dico, lo que sólo hacen cuando el mal reviste grandes apariencias, ó cuando se complica.

De aquí la necesidad de una inspección médica escolar muy rigurosa, supuesto que la enfermedad lo es por excelencia de las escuelas, y que allí casi exclusivamente deberán hallarse sus pequeñas víctimas.

Pero no bastaría descubrir simplemente el mal, sino habría que ponerle remedio y para ello es indispensable que el Estado tome por su cuenta la curación de los niños tiñosos, á los que no puede contentarse con separar de los planteles de instrucción para que no sigan propagando la enfermedad, la que ahora menos que antes se curarán por sí mismos con la prontitud y eficacia que demandan la ciencia y la instrucción pública, desde el momento en que el tratamiento requiere para su ejecución un arsenal dispendioso, cuyo aprovechamiento resultaría muy caro y fuera de los recursos del pueblo; mientras que para el Gobierno este nuevo servicio significaría un pequeño gasto, en exceso compensado con los beneficios de la instrucción que podría continuar impartiendo á esos pequeños miembros de la sociedad, que sanos y educados, serían mañana su mejor sostén.

México, abril 26 de 1905.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.

REVISTA EXTRANJERA.

Ruptura espontánea de cicatrices antiguas de operación cesárea.

Desde el empleo metódico de las suturas por planos, la ruptura de cicatrices antiguas de operación cesárea se ha vuelto más y más rara; sin embargo, de tiempo en tiempo se la observa aún. En este trabajo el Sr. Prousmann, con motivo de un hecho de este género, procura establecer las condiciones que favorecen la producción de este accidente.

Una mujer de 40 años, atacada de una estrechez de 6.6 centímetros, había sufrido ya dos operaciones cesáreas. Estaba de nuevo embarazada de tres meses, cuando se presentó á pedir ser operada de hernia abdominal, y con motivo de esta tercera laparotomía, púdose com-

probar que la cicatriz uterina era lineal y de ningún modo estirada. Sin embargo, cuando seis meses después se declaró el trabajo, se produjo una ruptura uterina que obligó á abrir el vientre por cuarta vez: después de la extracción del niño, fué reseca la cicatriz del útero y avivadas y saturadas las paredes del órgano. La enferma curó.

Desde el punto de vista histológico, la cicatriz tenía la particularidad de que estaba penetrada en todo su grosor, hasta el nivel de la serosa, por elementos de la caduca. En esta mujer, antes de la ruptura—y es esto lo que había causado el accidente—peritóneo y mucosa estaban directamente en contacto en la línea de la cicatriz, sin interposición de fibras musculares.

En cuanto al origen de esas prolongaciones de la mucosa en plena cicatriz uterina, se puede emitir desde luego la hipótesis de que la mucosa, cuando se practicó la sutura, habría en cierto modo hecho hernia á través de la herida uterina, en cuyo lugar la abría malamente fijado la sutura; sin embargo, esta hipótesis es inadmisibles, porque la mucosa del útero lejos de hacer hernia como la del intestino, queda adherente á la capa muscular. Por otra parte, habíase comprobado *de visu*, en la parturiente de que se trata que parecía perfecta la cicatriz uterina, lo que no permite admitir que el afrontamiento de las paredes musculares hubiera sido insuficiente. Por lo contrario, es legítimo suponer que simples partículas de la mucosa estaban incluídas en la cicatriz merced á una constricción quizá muy débil de los nudos de la sutura. Así, tomados entre las paredes musculares de la incisión uterina, estos despojos de la mucosa habían seguido creciendo y el nuevo embarazo no había hecho sino favorecer su desarrollo, reblandeciendo, por una parte, el tejido muscular, y activando por otra, la proliferación de la mucosa transformada en caduca. Merced á estos dos procesos, las fibras musculares se iban disociando más y más y no pudieron cicatrizar en la línea de la incisión uterina. En fin, la tensión del huevo, aumentando progresivamente por la aproximación del trabajo, había

acabado de hacer imposible la reconstitución de las fibras musculares.

Esta explicación tiene la ventaja de no hacer intervenir la placenta ni el desgaste de la cicatriz uterina por la penetración de vellosidades, mecanismo que, por otra parte, no es aceptable sino en un pequeño número de casos. Permite admitir la multiplicidad de factores que entran en una buena reconstrucción de la pared uterina, y la dificultad de obtener con seguridad esta reconstrucción: si las suturas están muy apretadas ó lo están insuficientemente, si las hebras de catgut son reabsorbidas con mucha rapidez, si el afrontamiento es imperfecto, las fibras musculares podrán estar insuficientemente aproximadas ó serán cortadas por el material de la ligadura y los elementos de la mucosa se infiltrarán entonces entre aquellos, como en el caso precedente, hasta debajo de la serosa.—*R. de B.*

(*La Semaine Médicale*—18 Octobre 1905.)

Inyección intersticial de oxígeno en el tratamiento de la ciática.

M. Massalongo.—Con M. Danio, he visto que por medio de la inyección de oxígeno en la profundidad, en contacto con los puntos dolorosos del nervio ciático, se puede provocar la elongación de los filamentos nerviosos terminales, al mismo tiempo que se establece un cojinete protector contra las presiones exteriores y que se obra química ó biológicamente sobre el tejido nervioso, cuya nutrición se favorece. Nuestras experiencias en el cadáver y en los animales, nos han demostrado que el gas llega hasta los troncos nerviosos.

Hemos tratado, así con éxito, veinte sujetos atacados de ciática; nueve curaron completamente después de diez ó doce insuflaciones de 250 á 400 centímetros cúbicos de gas; en otros, la duración del tratamiento ha variado de uno á dos meses.

(*Décimoquinto Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna, celebrado en Génova del 24 al 29 de octubre de 1905*).