

Revista Sanitaria de Toledo.

Publicación quincenal.

« SUMARIO »

- 1.º Sección científica original.—«Vacunas para el tratamiento de las enfermedades bacterianas según el método de Wright», Dr. J. Ferrán.—«Vacunoterapia y seroterapia en la gonococcia», Dr. Rafael Mollá.—«Apendicitis crónica, concepto e indicaciones», Dr. Sánchez de Rivera Moset.—«Nuevos métodos de tratar los vómitos del embarazo», Wallich.
- 2.º Variedades.—«Eritrasma (intertrigo inguinal)».—Dolores articulares de los gotosos.—«Absceso de fijación: su empleo en la infección puerperal.—«La reacción de Moritz-Weisz al permanganato en la orina de los tuberculosos».
- 3.º «Sociedades y Academias», premios de la Sociedad Ginecológica Española.—Noticias.

VACUNAS

PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES
BACTERIANAS SEGÚN EL MÉTODO DE
WRIGHT

Y PARA PREVENIRLAS SEGÚN LOS PROCEDIMIENTOS CLÁSICOS

Por el Dr. J. Ferrán.

En nuestros laboratorios hay una sección especial provista de todo lo necesario para la preparación de toda clase de vacunas, pudiendo acreditar, con pruebas irrecusables, que venimos consagrándonos a esta clase de trabajos desde el momento mismo en que Pasteur hizo la primera aplicación práctica de sus vacunas contra el cólera de las gallinas y el rouget (1880 y 1883) y Arloing, Cornevin y Thomas la del carbunco sintomático (1884).

A partir del año 1880, fecha relativamente remota, en que comenzamos a preparar vacunas bacterianas, hemos podido adquirir y acumular la experiencia y los conocimientos teóricos necesarios para llegar a un grado de perfección capaz de satisfacer las exigencias más imperiosas de la terapéutica y de la higiene en lo concerniente al tratamiento y a la profilaxis específica de las enfermedades. Cábemos la satisfacción de poder decir que en estos progresos no solo no hemos quedado rezagados, sino que, en algunos, hemos sido los primeros y en otros los precursores. En 1884 descubrimos la vacuna contra el cólera y durante la epidemia de esta enfermedad acaecida en Valencia en 1885, además de haber practicado la vacunación de más de cincuenta mil individuos, comenzamos

a ensayar, con el fin terapéutico, la inyección de cultivo del vibrion colerígeno en las personas invadidas. Las peripecias de aquella campaña provocadas por una insensata oposición oficial que llegó a ser formidable, nos obligaron a interrumpir los ensayos de vacunoterapia apenas comenzados en El Puig, pueblecito cercano a Valencia.

En 1886 ideamos nuestro método de vacunación contra la rabia, fundado en principios originales, derivados de experiencias propias. Este método, perfectísimo en cuanto a su acción inmunizante no lo fué del todo, bajo el punto de vista de su inocuidad, hasta 1894. Desde esta fecha viene siendo el más sencillo, el más práctico e inócuo de todos los métodos en uso, igualándose a todos ellos por su eficacia.

En 1887 comenzamos por vacunarnos contra el tifus eberthiano, inyectándonos debajo de la piel cultivo vivo atenuado por la acción del tiempo. En vista de los efectos obtenidos vacunamos a otros varios individuos; pero personas indiscretas y mal intencionadas dieron lugar a que trascudiesen estos ensayos y a que tuviésemos que interrumpirlos para evitar una campaña tan cruel como la entonces reciente del cólera.

En 1888 publicamos el primer trabajo sobre la inmunización contra la difteria, antes que Carlos Fraenkel publicara el suyo, (1) con la particularidad de que cuatro años antes habíamos anunciado en teoría el descubrimiento de la sueroterapia al afirmar que el suero de los individuos que hubiesen pasado el cólera había de contener materias para curarlo y prevenirlo. Posteriormente Bering y Kitasaco confirmaron la exactitud de estas previsiones teóricas con su descubrimiento del suero antidiftérico.

Por ser tan recientes, no hacemos mención aquí de nuestros trabajos originales sobre la vacuna contra la Tuberculosis que creemos haber descubierto.

Aducimos estos precedentes no para vanogloriarnos con ellos, sino para que quede bien sentado que no solo seguimos en esto los progresos de la Ciencia, sino que les damos personalmente impulso.

Las vacunas polivalentes, y las vacunas sensibilizadas, hallanse también incluídas en el Catálogo de nuestros preparados.

En la elaboración de estos productos seguimos métodos que se separan del camino señalado por otros, cuando esto lo estimamos necesario para aumentar su eficacia; por esto nuestro método de preparación de algunas vacunas difiere fundamentalmente de que adoptan otros.

Las vacunas bacterianas simples las obtenemos cultivando en condiciones siempre idénticas bacterias de una sola especie, raza o variedad, dotadas de una virulencia constante.

Si ello es necesario preparamos con cada clase de bacterias tres vacunas cada una de ellas de distinta graduación. La más floja que es la que lleva el número 1, contiene las endo o las exotoxinas que hay en un volumen dado de cultivo, diluído en tres volúmenes de solución fisiológica. El número 2, contiene la misma cantidad de materias bacterianas inmunizantes que la número 1 diluída en dos volúmenes de dicha solución fisiológica.

Excusado es añadir que las bacterias, cuando ello es necesario, han

(1) Esta prioridad la reconoce W. Kolle, en su obra *La Bactériologie Expérimentale* (tomo II, pág. 31) y el mismo C. Fraenkel en carta que obra en nuestro poder.

sido antes muertas adoptando los procedimientos que respetan mejor la integridad de sus componentes.

Por otra parte, aquellas bacterias cuyas exotoxinas no es conveniente que formen parte de estas vacunas son repetidas veces lavadas por centrifugación en un aparato de gran rendimiento. Aquellas otras cuya asimilación por los fagocitos conviene que sea favorecida uniéndolas a sus anticuerpos homólogos, son precisamente saturadas de estos anticuerpos, constituyendo de este modo las llamadas vacunas sensibilizadas.

Todas estas vacunas son muy favorables para crear inmunidad activa aun durante el curso de los procesos infectivos. El tratamiento vacunal de las enfermedades consiste precisamente en la aplicación de estos agentes que son a la vez profilácticos y curativos.

El éxito extraordinario de estos preparados en el tratamiento de un buen número de procesos infectivos se basa en que dan origen a la formación de sustancias inmunizantes con más rapidez que las bacterias de la misma clase que contiene el enfermo en el sitio infectado.

En cuanto a la posología no andan completamente acordes los prácticos. Unos sostienen que para que el tratamiento tenga éxito no hay necesidad de que las dosis empleadas produzcan la menor reacción; otros afirman que es conveniente que produzcan reacción, pero poco intensa. Ambos criterios son sostenibles.

En ciertos procesos infectivos (como por ejemplo la tuberculosis) la reacción ha de ser nula o apenas perceptible; por lo tanto hay que ser parcós en la dosis. A un enfermo agotado, caquéctico y con recargos febriles, no se le deben inyectar dosis que aumenten la fiebre, aunque solo sea en unas décimas de grado.

Si el proceso infectivo es extenso, muy activo, y recae en órganos esenciales para la vida, como por ejemplo, en casos de nefritis doble, también hay que ser parcós en las dosis a fin de evitar toda reacción que pueda agravar el estado del paciente.

En los casos ordinarios en que las reacciones de 2 a 3 décimas de grado puedan ser perfectamente toleradas, mejor será emplear dosis que produzcan una débil reacción.

Estas reglas no pueden seguirse si al comenzar un tratamiento vacuoterápico, no se posee la gráfica de la temperatura del enfermo, para que sirva de término de comparación.

Aun estando el enfermo en las mejores condiciones existe siempre, para el práctico, una incógnita que le obliga en muchos de los casos a comenzar por dosis pequeñas que podríamos llamar exploradoras. Esta incógnita es el grado de sensibilidad que pueda tener el enfermo para la vacuna que vamos a emplear.

Por esto es prudente explorar esta sensibilidad inyectando una o dos décimas de centímetro cúbico de la vacuna que esté indicada, para ver como la to'era el enfermo. Si la tolera sin reacción, al día siguiente se le puede inyectar doble o triple dosis; a los tres días se aumentará otra vez la cantidad de vacuna a inyectar, y así gradualmente a intervalos de dos a cuatro días, se irán repitiendo las inyecciones aumentando gradualmente las dosis a medida que dejen de producir reacción. Cuando se inyectan dosis que producen una reacción por pequeña que sea, no se dará nueva

inyección sin que la reacción producida por la anterior, tanto si es local como general, haya desaparecido.

Digamos que además de la reacción general caracterizada por elevación de temperatura, sobreviene también una reacción localizada en el sitio infectado que se manifiesta por una ligera exacerbación de todos los síntomas locales. Cuando sobrevienen estas reacciones, la pausa que se establece entre una y otra inyección durará tanto como tardan en desaparecer el dolor y cuantas molestias locales haya podido provocar la vacuna. Ordinariamente cuando ocurre esto, hay que poner entre una y otra inyección un intervalo de 8 a 10 días.

Siguiendo estos consejos, la vacunoterapia resulta completamente desposeída de peligros, y es entre todos los tratamientos el más eficaz y racional que puede emplearse contra muchos procesos infectivos.

Huelga manifestar que estas inyecciones, como todas, deben practicarse tomando las debidas precauciones antisépticas.

La región preferida para darlas, la eligirá el práctico en cada caso, según su criterio. Resulta muy cómodo darlas en el tejido celular subcutáneo de la pared del abdomen: pueden darse indistintamente en el brazo, en el muslo o en la región lumbar; pero siempre en el tejido celular subcutáneo.

INDICACIONES

Todos los procesos infectivos pueden ser tratados según este método.

Las forunculosis, el acné, los eczemas, la piorrea alveolar, las supuraciones y catarros del oído medio, los de las cavidades accesorias de la nariz, la mastitis. Es una palabra; todas las localizaciones microbianas no importa en que sitio u órgano radiquen, podrán ser tratadas ventajosamente con sus vacunas correspondientes.

Con la *vacuna estafilocócica*, y con la *estreptocócica* se tratarán todos los procesos supurativos producidos por estafilococos o por estreptococos como flemones, abscesos, erisipelas, reumatismo articular e infecciones mixtas en la tuberculosis y en otras enfermedades.

La *vacuna antitífica*, se empleará en el tifus abdominal en sus diferentes formas, en las fiebres gástricas y en la disentería.

Con la *coli-vacuna*, se combatirán la cistitis, la pyelitis y las apendicitis.

La *vacuna gonocócica*, combate muy bien la gonorrea, las prostatitis, epididymitis y afecciones articulares crónicas. En una palabra: toda infección sea cual fuere el punto donde esté localizada siendo producida por gonococcus, se combatirá con éxito casi seguro, empleando esta vacuna.

Vacuna antituberculosa es el mejor de todos los remedios específicos para combatir la tuberculosis. Los efectos suelen ser tardíos; pero muy notables tratándose de casos poco avanzados.

Para adquirir el convencimiento de su eficacia elíjanse casos de tuberculosis quirúrgica o de tuberculosis pulmonares poco graves.

En los casos avanzados inyéctense dosis que no aumenten la fiebre o lo que es lo mismo, que no produzcan reacción.

Solo en los casos de tuberculosis apiréticas podrán inyectarse dosis reaccionales que no eleven la temperatura más allá de un par de décimas sobre la normal. No se darán en estos casos nuevas inyecciones sin que

la temperatura se haya mantenido dos o tres días seguidos en estado normal.

Hasta tanto que una dosis deje de producir reacción, no será aumentada, y aún en este caso procédase con mucha parsimonia. En el tratamiento de esta clase de enfermos, toda impaciencia resulta contraproducente. Hay que advertirles que el tratamiento suele ser muy eficaz, pero largo.

Para no verse uno agobiado por la gravedad de estas situaciones, lo mejor es evitarlas, esforzándose en hacer el diagnóstico precoz de la tuberculosis, a fin de poder comenzar a tiempo su tratamiento vacunoterápico.

En todos los casos debe sostenerse éste mucho tiempo.

Desconfíese siempre de haber obtenido una curación definitiva; y si el enfermo se imaginase que está completamente curado y quisiese abandonar este tratamiento, indúzcasele a repetirlo varias veces. Todos los planes y regímenes diatéticos e higiénicos ordinarios, son compatibles con la vacunoterapia de la tuberculosis.

Con la *vacuna antipneumónica* o *pneumocócica*, se tratarán las pneumonías, bronquitis, apendicitis, úlceras serpiginosas de la córnea y todas las otras localizaciones pneumocócicas.

Con sujeción a los mismos principios y mediante una técnica análoga preparamos las vacunas contra las enfermedades exóticas de origen bacteriano; como son las vacunas contra el cólera asiático y contra la peste bubónica.

VACUNAS POLIVALENTES Y AUTO-VACUNAS

Las bacterias no son por esencia patógenas. Lo son gracias a que por estar dotadas de un quimismo muy muy versátil, se adaptan fácilmente a vivir en medios que reúnen condiciones muy diferentes pudiendo, por consiguiente, adaptarse en los organismos superiores en calidad de parásitos. Cada adaptación en un medio nuevo implica una modificación adecuada de su quimismo, y esto da lugar a que deriven fácilmente de cada especie bacteriana razas más o menos numerosas, que aun cuando difieran muy poco unas de otras, sin embargo estas diferencias influyen algo en el éxito del tratamiento vacunoterápico. No es que no se obtenga un éxito completo con las razas afines; pero es siempre más seguro obtenerlo empleando la raza o variedad aislada del mismo enfermo. En cuyo caso se dice que se emplea una *auto-vacuna*.

En nuestros laboratorios se preparan auto-vacunas siempre que se nos envíe un cultivo puro de las bacterias o material de origen en perfecto estado para que nosotros podamos aislarlas.

Lo mejor es que, a ser posible, nos sean dirigidos los enfermos para que podamos aislar los microbios agentes de la enfermedad que padecen, preparar con ellos la auto-vacuna y ensayarla. Hecho esto, nuestros colegas pueden efectuar, personalmente, el tratamiento vacunoterápico de sus clientes con una vacuna del todo adecuada.

En la mayoría de los casos esto, que es lo mejor, resulta poco menos que irreabilizable; y si no irrealizable, es casi siempre muy embarazoso. Afortunadamente, merced a las *vacunas polivalentes* queda en parte desva-

necido no solo este embarazo, si que también el que depende a veces de la imposibilidad de efectuar con la debida rapidez un diagnóstico bacteriológico exacto que permita elegir con acierto la vacuna monovalente que más convenga al enfermo.

Las vacunas polivalentes contienen reunidas, varias razas o variedades bacterianas fines: así, por ejemplo, reuniendo en una misma vacuna las bacterias del tifus eberthiano, las del paratífus A, las del paratífus B y el coli-bacilo, tendremos la vacuna polivalente aplicable contra toda clase de tifoidea y demás procesos infectivos cuyos agentes sean estas bacterias.

Otro tanto diremos de las *vacunas polivalente-stafilocócicas, streptocócicas, antituberculosas, etc., etc.*

VACUNAS SENSIBILIZADAS

Ya hemos indicado cuál es el fundamento de estas vacunas. Las ventajas que ofrecen son incuestionables. Su obtención es más costosa y exige la previa obtención de sensibilizatrices homólogas. En la actualidad tenemos preparada la *antitífica* y la *antituberculosa* y podemos preparar, bajo pedido, la mayor parte de las que figuran en este catálogo.

Siguiendo los mismos procedimientos, preparamos vacunas especiales para prevenir y curar lo epizootias de los animales ú t les.

* * *

Al prescribir cualquiera de esas vacunas, indíquese junto al nombre de origen, el de la vacuna y el número o graduación que se desee; sin olvidar que su actividad crece con el número que llevan en la etiqueta.

He ahí algunos ejemplos de cómo deben formularse:

Vacuna Ferrán antituberculosa núm. 1. (o el que se desee).

Vacuna Ferrán antitífica-polivalente núm...

Vacuna Ferrán antitífica-sensibilizada-polivalente núm...

Vacuna Ferrán antituberculosa sensibilizada-polivalente núm. 1. Etcétera, etc.

VACUNOTERAPIA Y SEROTERAPIA EN LA GONOCOCICIA

por el Dr. Rafael Mollá.

Comencemos por hacer constar la impropiedad de los nombres *vacunas* y *vacunoterapia* aplicados a ciertos agentes de tratamiento de las manifestaciones de la infección gonocócica.

La palabra *vacuna*, en su acepción clásica, da idea de un agente *profiláctico*, específico, virulente o bacteriano, de una infección determinada; y la palabra *vacunación* es sinónima de inmunización contra una enfermedad; pero inmunización preventiva o profiláctica y *artificial*. El vulgar ejemplo de la vacuna y vacunación antivariólica como ejemplo de vacuna natural, digámoslo así, y las vacunas preparadas por Pasteur contra el cólera de las gallinas, la carbuncosis y otros procesos con cultivos de los propios

gérmenes, como vacunas artificiales, merecen llamarse todas vacunas por cumplir su empleo sin fin profiláctico. Las mismas prácticas de seroterapia con sueros antitóxicos o mejor con sueros microbianos, empleadas a título de preventivas, merecen llamarse vacunas y vacunaciones, aunque sea forzando un poco el valor de la palabra.

Por lo mismo afirmamos que no son ni deben llamarse vacunas a los cultivos artificiales o a los sueros empleados contra las manifestaciones de la gonococcia, sino que deben llamarse medicaciones o tratamientos específicos, puesto que no es un fin profiláctico, sino curativo, lo que se persigue con su empleo, sin desconocer que se han hecho ensayos para la inmunización contra la gonococcia, verdaderos ensayos de vacunación, y que tal vez sea este el verdadero camino de toda la terapéutica específica, de la *gran terapéutica*, como la llamó Ferrán, o de la terapéutica del porvenir, como afirma Wright.

Con relación a la gonococcia es ya grande el número de sueros y vacunas empleadas con un fin terapéutico en estos tres últimos años, lo cual hace difícil el ocuparse concretamente del *método* o *procedimiento*, sin descender a los detalles de los agentes empleados, y más difícil todavía emitir juicios definitivos sobre la eficacia del tratamiento.

El problema de la terapéutica específica por vacunas y sueros en sus distintas modalidades, *vacunas*, *virus vacunas*, *cultivos* y *emulsiones bacilares*, *sueros bacterianos* y *sueros antitóxicos*, es siempre complejo, considerando en general, porque existen muchas lagunas en el conocimiento de los variados aspectos de la química viviente que han de ser suplidos por la hipótesis, la teoría o la interpretación; y estas dificultades no pueden menos de reflejarse sobre una infección determinada, tal como la gonococcia, cuyo germen tiene condiciones biológicas muy especiales.

Punto de partida de las primeras dificultades para la interpretación inequívoca de los hechos es la variedad de raza del gonococo, las dificultades para su aislamiento y cultivo y la similitud morfológica y hasta de acción con otros gérmenes, sobre todo con el meningococo.

Aparte las variantes del gonococo, existen en la uretra otras clases de diplococos, lo que dificulta el diagnóstico bacteriológico cuando éste ha de servir de base a una terapéutica específica o a la preparación de una vacuna autógena. El gonococo de Neisser, además, es de muy difícil aislamiento y cultivo y fácilmente se le asocian otras especies microbianas. La siembra no debe retardarse desde su captación en el pus de la uretra hasta colocarlo en el medio de cultivo, porque si se le deja algunas horas en el tubo de ensayo, se altera o se atenúa espontáneamente, pudiendo esta circunstancia modificar extraordinariamente los resultados de la investigación y de la acción terapéutica que se persigue.

Con el meningococo, especialmente, es muy fácil de confundir el germen de la blenorragia pues morfológicamente son idénticos ambos microbios y los caracteres de coloración y de cultivo son también los mismos; ambos se alteran muy fácilmente cuando se les extrae del organismo humano y ninguno de los dos ejerce acción patógena sobre los animales de laboratorio inoculados por las vías habituales. Hasta en las lesiones que determinan por embolismo o por metástasis, a partir de un foco local, como artropatías serosas o supuradas, se manifiestan de modo parecido. Esta similitud puede ser origen de errores de diagnóstico etiológico, como tal

vez haya sido motivo de éxitos terapéuticos. ¿Cómo si no se explican los éxitos que contra las complicaciones distintas de la blenorragia han obtenido Heitz-Boyer, Hogge y otros con el empleo del suero antimeningocócico más que admitiendo una similitud biológica entre ambos gérmenes o una confusión de uno con otro?

Otra dificultad con la cual deben contar siempre los clínicos, pero que no pocas veces olvidan los prácticos para el éxito de la terapéutica específica, es la gran variedad de las lesiones anatómicas de las uretritis, especialmente en las formas crónicas, y la múltiple flora microbiana de la uretra y de la vejiga.

Por lo que respecta a las lesiones, de tipo esclerósico casi siempre, difícilmente la modificará, no ya el tratamiento específico, ni siquiera los más variados medicamentos, y esto ha de tenerse muy presente para no atribuir a fracaso de la medicación lo que se debe a las lesiones permanentes.

Por lo que respecta a los gérmenes que encuentran en las formas crónicas de uretritis, es clásico admitir *uretritis gonococcicas*, *uretritis bacterianas no gonococcicas* y *uretritis amicrobianas*, y dentro del primer grupo existen las uretritis gonocócicas puras y las formas asociadas con los variados gérmenes de la flora urinaria, especialmente el colibacilo, que se halla en la mayoría de las infecciones urinarias, sobre todo cuando rebasan los límites del esfínter uretral membranoso e invaden próstata y vejiga, y estos hechos han de tenerse muy presentes para entablar racionalmente la terapéutica específica.

Los dos grandes métodos de la terapéutica específica de la gonococcia son la *vacunoterapia* y la *seroterapia*; y como realmente esta rama de la terapéutica no ha pasado de su período constituyente, las dudas y las discusiones, las opiniones y las preferencias son lógicas compañeras de la mayoría de los procedimientos que se aconsejan por sus respectivos autores o partidarios. Brevemente analizaremos cada uno de estos métodos y procedimientos.

Las vacunas que se vienen empleando aunque todas tengan el mismo fundamento, cultivos de gonococos, tienen distintas procedencias, variada titulación y hasta modo diverso de prepararlas. Citemos *la de Wright*, con su método fundamental; *la de Bereska*, *la de Maister*, o Gonargina; la reciente de *Nicolle y Blaizat*, y la de Pérez-Grande y Mayoral.

La vacuna de Wright, expresión de su método, puede ser recién preparada, fresca, con el germen tomado directamente del propio enfermo, verdadera *auto-vacuna*, o puede la vacuna ser conservada, de almacén o de *stock*, aunque preparada con una clase o raza de gonococo.

No cabe duda de que este método es muy racional, especialmente empleando vacuna fresca o auto-vacuna. Tiene la ventaja de emplear la misma raza de gonococo productor de la enfermedad, pero es muy delicada y difícil su preparación, y por ello, hoy por hoy, debe estimarse como un verdadero método de laboratorio, excepto para los muy versados en las prácticas vacunoterapias. Por ello se han empleado mucho las vacunas de Wright preparadas, que expenden la casa Davis Parkc, si bien su empleo es más ciego, más empírico y menos científico que el de las auto-vacunas. Hasta hoy han sido las vacunas de Wright las más empleadas; pero en nuestros días, desde hace unos meses, parece que está en alza la de Nicolle, de la que nos ocuparemos a continuación. Las mayores estadísticas, aunque

no muy convincentes, de casos de gonococcios, han sido recogidas con las vacunas de Wright. Semonow, de San Petersburgo, es muy partidario del empleo de vacunas frescas polivalentes de Wright, tituladas a 100 millones de gonococos por centímetro cúbico, empleándolas principalmente en los pseudo-reumatismos de origen gonocócico, con buenos resultados. En nuestro país, el doctor D. Vicente Gimeno, entusiasta cultivador del método de Wright, tiene una nutrida estadística de casos por él tratados, con vacunas de stok, unos y con auto-vacunas otros, y con resultados que animan a proseguir ensayando este medio de tratamiento.

El método de Bereska, con virus de vacunas sensibilizadas, ha sido muy empleado por Cruveilhier, que hace de él grandes elogios, especialmente en determinaciones a distancia de la uretra, pero no tiene grandes estadísticas ni muchos imitadores.

La gonargina de Neister la conocemos por haberla visto anunciada en el comercio y recibido las ampollas a diversas titulaciones. Nos parece bien preparadas a base de diferentes cultivos jóvenes de gonococos muertos, exenta de gonococos vivos y de todo otro germen, según asegura la casa introductora. Su titulación varía de 5 a 50 millones de gonococos por centímetro cúbico, y responde de su inocuidad. No la hemos empleado ni conocemos estadísticas de ella.

La vacuna que recientemente se emplea más, según dejamos dicho, es la de Nicolle y Blaizat, llamada otóxica por sus autores, por la poca reacción local y general que provoca y por su fijeza, que permite conservarla y emplearla a mayores dosis que las demás vacunas.

Al decir de sus autores, no existe fuera de su vacuna ningún tratamiento racional de la gonococcia. Afirman que las vacunas anteriormente empleadas sólo han dado resultados dudosos y acosta de fenómenos de reacción local y general muy intensos y penosos.

Su vacuna sería inofensiva y de resultados muy favorables y rápidos, pues no existe complicación alguna de la blenorragia sobre la que no ejerza acción favorable. Presentan una estadística de más de 200 casos. Si todo esto fuera cierto, holgaba todo comentario; pero creemos que debemos esperar para formar juicio definitivo. En España ha comenzado a usarse hace muy poco tiempo, y dos distinguidos amigos y discípulos nuestros la están ensayando a la vez: el doctor Sánchez de Val, en Cartagena, y el doctor Izquierdo, en Valencia, y no parecen estar descontentos de su empleo.

Al hablar de vacunas, no podemos pasar por alto los trabajos de dos compatriotas nuestros que llevan ya más de tres años trabajando en este asunto de las vacunas para el tratamiento de las uretritis y sus complicaciones; nos referimos a los doctores Pérez-Grande y Mayoral.

Puesto de manifiesto por el doctor Pérez-Grande que el diplococo que toma el gram, que se encuentra en las ureritis crónicas y que se desarrolla en el agar ordinario, sembrando con el pus de una uretritis aguda, no es otra cosa que el gonococo; los doctores Mayoral y Pérez-Grueso han elaborado una vacuna mixta de diplococos gram-positivos y gram-negativos, con la cual dicen obtener magníficos resultados en las gonococcias agudas y crónicas, asociándola a un tratamiento local atenuado.

El doctor Pérez-Grande, al cual se debe buena parte de los estudios bacteriológicos y toda la experimentación clínica de esta vacuna, funda su eficacia en que los cultivos se obtienen directamente de gonococos proce-

dentes de su clínica, en que se procuran obtener varias razas de gonococos, y sobre todo en que antes de hacer la vacuna se hace la transformación del diplococo gram-positivo en gram-negativo, valiéndose de ciertos medios y procedimientos especiales de cultivo.

En la comunicación que los dos experimentadores madrileños hicieron a la Academia Médico-Quirúrgica Española el 19 de Enero del presente año, no dieron estadística alguna, reduciéndose a hacer un ligero estudio comparativo entre su vacuna y la de Nicolle, y concluyendo el doctor Pérez-Grande por recomendar en los casos rebeldes la elaboración de vacunas con la flora microbiana de la uretra del mismo enfermo.

El hecho de no haber dado a conocer hasta ahora su vacuna polivalente, si bien en el Congreso español de Urología de 1912 ya nos presentaron una vacuna diplocócica y una estadística de 32 enfermos, nos hace mirar sin recelo esta vacuna y nos anima para su empleo, que comenzaremos en breve.

El trabajo pacienzudo de más de tres años bien vale la pena de que se conceda a sus autores la atención suficiente para experimentar sin prejuicio esta vacuna polivalente de los doctores Mayoral y Pérez-Grande.

En la actualidad estamos ensayando esta vacuna pública de Urología de San Carlos, sin que nos atrevamos a aventurar nuestra opinión sobre su eficacia.

Los sueros empleados en el tratamiento de las gonococcias también han sido varios, como ensayos unos, como tratamiento sistemático otros, y con diversos resultados.

De modo empírico y ciego se empleó el *suero antiestreptocócico*, pero pocas veces y sin resultados evidentes.

También la *auto-seroterapia* se ha empleado, aunque contadas veces, por idénticos procedimientos técnicos a los empleados en la pleuresía serosa y en la meningitis, que son las afecciones en las que se ha empleado este procedimiento *extra-naturista*. Para ello, se extrae por punción la serosidad de un derrame articular y directamente se inyecta en el tejido celular lo más cerca posible de la articulación afecta. Compréndese que el procedimiento queda limitado a los casos de derrame articular de naturaleza serosa, y por ello la experiencia es tan escasa. No tendríamos inconveniente en recurrir a este procedimiento previo un examen del líquido articular.

Otro de los sueros empleados, tal vez el más empleado hasta hoy, es el *antimeningocócico*. Heitz-Boyer y otros urólogos han presentado estadísticas muy favorables. Hogge, de Lieja, recientemente nombrado profesor de vías urinarias, es muy partidario del empleo de dicho suero, sobre todo en las complicaciones agudas de la blenorragia, como son las monoartritis y poliartritis agudas. En la última reunión de la Asociación francesa de Urología, contestando a Nicolle, se mostró Hogge decidido defensor de dicho suero. Ya dejamos consignado antes que la acción beneficiosa de este suero contra las determinaciones de la gonococcia habrá que buscarla en la similitud de los gérmenes de la gonococcia y de la meningitis.

El suero cuyo empleo parece más racional es el *antigonocócico*. Es también el más antiguamente empleado, sobre todo en América del Norte, pero que recientemente los franceses Debré y Paraf han estudiado de nuevo y demostrado experimentalmente, de modo que parece indiscutible, la eficacia de su acción.

Los trabajos de Debré y Paraf son muy interesantes y hasta sugestivos, aceptando como bueno cuanto aseguran los mencionados experimentadores, y de todos modos es muy racional y científico el método seguido para la preparación del suero, inmunizando animales con cultivos de gonococos procedentes de sangre humana de enfermos con *gonococemia*.

Su suero es *antimicrobiano* y no *antitóxico*, como el antidiftérico y antitetánico; es decir, que el gonococo no obra a distancia por una toxina difusible, sino que las lesiones que produce son debidas a la acción misma del microbio, verdadera acción local por las nacientes endotoxinas.

A base de estos principios, para conseguir un suero antigonocócico de positiva acción sobre el organismo humano, ha de responder, según Debré y Paraf, a las tres condiciones siguientes:

1.^a Obtención en los animales de laboratorio, convenientemente inmunizados, de un suero polivalente antimicrobiano. Dicen haberlo conseguido inmunizando conejos.

2.^a Realizar ensayos terapéuticos en animales, a los cuales experimentalmente se les infecta inoculándoles la gonococcia, con objeto de curar esta infección experimentalmente y poder graduar el poder activo del suero antes de aplicarlo al hombre. También afirman haberle conseguido en el conejo.

3.^a Encontrar el modo de aplicación, variable según las diferentes localizaciones del gonocoso en el hombre, buscando la acción local del suero sobre el foco de infección. Esta tercera condición, que es la más importante, es la más difícil de realizar, pero en principio puede estimarse resuelta, según los mencionados autores, inyectando el suero en contacto con las lesiones o lo más cerca posible del foco: en las uretritis, la inyección directa sobre la mucosa; en las artritis, en la misma articulación; pero, clínicamente, no creemos que responda el procedimiento a lo que se prometen en teoría los ilustres biólogos franceses.

Confesamos que en este caso concreto de tratamiento de la blenorragia por las vacunas, como en otros muchos ejemplos de entusiasmo por *tratamientos nuevos*, no nos dimos prisa en ensayarlo, no tuvimos afán por ser de los primeros, prefiriendo esperar el resultado de la experiencia ajena antes de afrontar ciegamente el empleo de medios activos, que tienen además algo de cruentos, aunque no sean peligrosos ni dispendiosos. Dos veces hemos empleado las vacunas preparadas de Wright, de la casa Davis, en dos casos de blenorragia crónica; y aunque en los casos de esta naturaleza es muy difícil formar juicio de la acción del medicamento, en los dos nos quedamos con duda sobre su eficacia. Prescindiendo, pues, de nuestra experiencia, nos hemos atendido a la ajena para estampar estas breves consideraciones.

Lo que parece comprobado, por la experiencia de muchos casos, es la acción benéfica del tratamiento específico, sueros o vacunas, sobre las complicaciones lejanas o a distancia de la blenorragia, *oftalmias*, *artritis*, *reumatismos*, como asimismo complicaciones *anexiales* en la mujer, en los primeros períodos de su aparición, antes de engendrar lesiones persistentes, si bien en muchos casos la eficacia ha sido nula o dudosa, lo cual sucede con todos los tratamientos específicos en cuya acción intervienen múltiples factores de reacción orgánica.

No parece tan evidente su acción sobre las uretritis agudas o crónicas

por lo menos la duda aparece siempre nublando los resultados del caso seguido de éxito, porque los tratamientos son siempre largos y durante ellos no se interrumpe el tratamiento local. Para que el juicio resultara inequívoco, sería preciso emplear exclusivamente el tratamiento específico, prescindiendo del local.

La síntesis del juicio que nos merece el tratamiento específico de la gonococcia, podíamos expresarla transcribiendo palabras del primer aforismo hipocrático, tan verdad hoy como hace mil quinientos años: el *juicio es difícil*, el *experimento inseguro*, por no decir peligroso, y la experiencia falaz y de resultados incoloros.

No por ello hay que restar aplausos a los que en el terreno científico y dentro de los criterios racionales del laboratorio y de la clínica prosigan la experimentación y sumen experiencia noble y desinteresadamente; pero tal vez contenga al propio tiempo poner alas de plomo al mercantilismo y a los que, en brazos del más cómodo de los empirismos, sólo esperan la aparición de un nuevo agente terapéutico para emplearlo sistemáticamente en todos los casos.

El camino está trazado como derivación o sendero del método general que hoy tiende a invadir toda la terapéutica de las infecciones, y la gonococcia no podía escapar a esta ley. Lo que precisa es dominar bien las indicaciones teniendo en nuestra mano los hilos de los variados aspectos del diagnóstico, desde el etiológico al anatomopatológico. Sólo así los fracasos serán menores y, en todo caso, aseguraremos la inocuidad del empleo del tratamiento específico.

Aparte de esto, lo primero que debemos desear todos es que se implante, no sólo para estos agentes específicos de la gonococcia, sino para toda clase de vacunas y suero, un centro oficial, regido por el Estado, donde se analice, dosifique y mida el poder terapéutico y las unidades tóxicas de cada suero o vacuna antes de autorizar su empleo. Este *control* es tanto más necesario cuanto que la fabricación en nuestro país no tiene cortapisa alguna, como no las tiene la introducción de toda clase de medicamentos. (*Revista Clínica de Urología*).

APENDICITIS CRÓNICA

CONCEPTO E INDICACIONES

POR EL

Dr. D. Daniel Sánchez de Rivera Maset.

Ex Ayudante de las Clinicas alemanas de Israel y Carper, y Profesor del Real Dispensario «Victoria Eugenia», en Madrid.

En los trabajos sobre apendicitis crónica se nota una confusión, debida al englobamiento en esta palabra de los «estados crónicos apendiculares y la apendicitis crónica secundaria a las crisis agudas, recaídas y recidivas».

Nosotros, al hablar ahora de apendicitis crónica, nos referimos solamente a los estados crónicos apendiculares caracterizados por su evolución lenta,

crónica, obscura, de sintomatología escasa y poco típica, pero desprovista por completo de crisis.



Claro es que datando el conocimiento clínico de la apendicitis de fecha relativamente reciente, el estado crónico apendicular (de escasa y confusa sintomatología) había de pasar más tiempo desapercibido, máxime cuando el ardor de los médicos se dirigía—del lado de la fosa ilíaca derecha—a observar lo ruidoso, lo que pudiera hacer el apéndice justificable de la intervención del cirujano.

Y como en la placa de gelatina se impresiona lo de fuertes y duras líneas y lo finísimo e interesante escapa a su fijación, así pasó desapercibido mucho tiempo este padecer del apéndice, lento y sufrido, entre los clínicos.

Brun, en 1897, fué el primero en publicar algunas observaciones de estados crónicos apendiculares.

Al año siguiente, Walter y más tarde Ewald, presentaron comunicaciones sobre este asunto.

Después los estudios se inclinaron más en este sentido, sobre todo desde los avances quirúrgicos anexiales en Ginecología, y ya se va conociendo algo más esta afección que pasaba desconocida.

Los síntomas más importantes que pueden darnos guía para el diagnóstico y conducta terapéutica, son: de un lado el dolor, del otro los trastornos del aparato digestivo y generales del organismo todo.

El *dolor*, pocas veces espontáneo, no suele ser constante, más bien refieren los enfermos la sensación a un peso, tensión, incomodidad, que las fatigas, enfriamientos, esfuerzos violentos, convierten a veces en verdadero dolor molesto y penoso.

Generalmente se localiza en fosa ilíaca derecha, pero no guarda una fijeza tan constante en su elección del punto Mac-Burney, como el de las apendicitis agudas.

Irradiándose por todo el abdomen y aun refiriéndole algunas veces los enfermos al lado izquierdo, despista al clínico poco observador, que no investiga con el interrogatorio y exploración, su localización primitiva y el punto máximo de intensidad.

Estas molestias apendiculares, irradiándose al hígado, riñón, útero, testículos, etc., hacen difícil, a veces, indagar su verdadero origen; asociada a ellas los enfermos suelen notar la sensación de *barra* en el epigastrio y manifestar aversión por determinados alimentos.

Hay también a veces náuseas y vómitos, éstos sobre todo muy frecuentes en los niños, que se atribuyen a excesos en la alimentación, brote de los dientes, con infecciones gástricas secundarias, etc., etc.

Estos trastornos repercuten sobre el estado general, y la fatiga, las neurosis, la atonía del ciego, las estrangulaciones intestinales por la brida apendicular (Sonnenburg), el estreñimiento pertinaz y rebelde, el catarro mucoso del intestino grueso, la caquexia intestinal y la tuberculosis peritoneal, suelen ser, aunque raras, las complicaciones de la apendicitis crónica.

Walter cree que la apendicitis crónica está caracterizada principalmente por estos trastornos digestivos que deben ser atribuidos a muchas causas.

La primera y la más importante es la infección sostenida por la foliculitis, infección que se propaga directamente al intestino, pero que también

lo hace por vía linfática; se traduce clínicamente por la intolerancia de algunos alimentos (a que antes nos referimos), por un tinte terroso característico, por pequeños ataques de congestión hepática y por la pérdida de fuerzas.

En otro número de casos los cambios digestivos son debidos a la persistencia del dolor, y, por último, en un tercer grupo, a la existencia de adherencias epiploicas, adherencias que Walter ha encontrado 18 veces en 83 casos.

Cuando son antiguas pueden provocar acodaduras del intestino, con los trastornos consecutivos.

La ablación del apéndice hace desaparecer los trastornos de los dos primeros grupos; en el tercero hay necesidad de extirpar todo el epiplón adherente.

Rastouil, fundándose en la dificultad de encuadrar en un solo tipo los variados que se observan en la clínica, los divide en tres grupos.

En el primero, *de tipo doloroso*, estarían todas aquellas formas con dolor constante o pasajero, sordo o violento, asociado o no a la sensación de barra epigástrica y con las irradiaciones ya citadas.

En el segundo, *tipo dispéptico*, entrarían las de predominio en los trastornos digestivos, ya gástricos o intestinales.

En éstos se reconoce al enfermo y se piensa en gastritis, dilataciones de estómago, enteritis, gastralgias, enteralgias, etc., y se olvida la apendicitis.

El tratamiento médico que se instituye mejora o no los trastornos, de los que no se ve libre el enfermo si no se le opera.

Y en el tercero, *tipo nervioso*, se agruparían las de predominio con fenómenos reflejos, dolores exagerados con localizaciones múltiples, síntomas que hacen pensar en la peritonitis generalizada.

Tratar de precisar el diagnóstico fino, detallado, diferencial, con las demás afecciones con que puede confundirse y se confunde, equivaldría a tener que repasar la patología abdominal.

Las lesiones que producen esos trastornos y que se encuentran en la operación no son siempre las mismas: tan pronto son de apendicitis crónica (variaciones en la forma y situación del apéndice—atrofia e hipertrofia—apéndice en reloj de arena, con estrecheces, dilataciones, etc.), como pequeñas bridas del meso apéndice, éxtasis fecales, etc.

Los errores proporcionados por su escasa sintomatología son muy frecuentes.

Guinard ha publicado algunos muy curiosos, que no podemos dejar de transcribir por la enseñanza que encierran.

En uno de ellos se trataba de una señora con dolores de vientre.

Se la trató primero como enfermedad del estómago; por cólicos hepáticos después.

Más tarde se la diagnosticó un fibroma, al que se cargaron en cuenta las molestias. Se la operó, pero los dolores de vientre no desaparecían.

Reconocida nuevamente, se le apreció una hernia crural. «Esta es, sin duda, la causa de las molestias»—debieron pensar;— nueva operación y nuevo error, hasta que diagnosticada por Guinard de apendicitis crónica, e la extirpó el apéndice y desaparecieron los dolores.

La confusión con las salpingitis derechas es también muy frecuente.

cuando no se trata de salpingitis doble, los antecedentes genitales de la enferma nos darán la clave del diagnóstico.

Por último, el riñón móvil, fibromas uterinos, quistes del ovario, colitis muco-membranosa, tuberculosis y colecistitis calculosa, pueden confundirse—si no se hace un análisis detenido de los síntomas y antecedentes—con el estado crónico apendicular.

Ahora bien; diagnosticada una apendicitis de esta índole, ¿cuál debe ser nuestra conducta?

La mayoría, casi todos los cirujanos que hablan de esta cuestión, se muestran partidarios de la intervención y extirpación del apéndice.

Dielafoy, en cambio, apóstol en *otro tiempo* de la intervención, dice que la apendicitis cura, como cura la otitis, cuando la trompa de Eustaquio recupera su permeabilidad.

Blad Sutton y los que con él comparan la apendicitis con la angina amigdalina, parecen opinar en el mismo sentido.

Yo creo que en este asunto, como en el de la apendicitis aguda, no se puede ser absoluto.

Diagnosticada una apendicitis crónica, debe someterse al enfermo a un tratamiento ordenado, y si con él los síntomas y molestias desaparecen por *completo*, no hay para qué pensar en intervención.

Por el contrario, si se trata de individuos con molestias continuas, que se exacerban agravando el estado general a la menor causa, en estos casos se instituye el tratamiento médico apropiado (combinar el estreñimiento, si existe, régimen alimenticio débil, ejercicios o supresión de ellos, según la indicación particular de cada caso), y si momentáneamente se consigue la mejoría o desaparición de los síntomas, para repetirse al poco tiempo, la intervención quirúrgica entonces se impone, para evitar lleguen las complicaciones.—(*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*).

NUEVOS MÉTODOS DE TRATAR LOS VÓMITOS DEL EMBARAZO

Importa, primeramente, definir con precisión qué es lo que hay que entender por vómitos del embarazo. En efecto, un prejuicio admitido por algunos parteros es el considerar a ciertos vómitos de naturaleza benigna como incluidos normalmente en el cuadro sintomático de la preñez. Pues bien, nada menos exacto. Si las formas observadas son muy diversas, y si es legítimo oponer en clínica los *vómitos simples* a los *vómitos graves* o *incoercibles*, sería del todo errónea la creencia de que los primeros no son la expresión del estado patológico. Las investigaciones emprendidas en gran escala en la Clínica Baudelocque, han demostrado que los vómitos se observan solamente en la mitad de las mujeres en cinta, so pena de considerar como anormales a las que no vomitan, hay que admitir que existe un estado anormal en las que vomitan.

Una terapéutica rigurosa y segura debe apoyarse en bases patogénicas sólidas, y no hay nada más debatido que la patogenia de los vómitos del embarazo. Se ha echado la culpa a la histeria y está fuera de duda que ésta es a veces responsable, como puede atestiguarlo el hecho siguiente: una joven atacada de vómitos incoercibles presenta un estado general grave

que inquieta a los que la rodean; a pesar de todos los tratamientos puestos en práctica, la intolerancia gástrica es absoluta, la delgadez es extrema, tiene 150 pulsaciones; está a punto de provocarse el aborto: sin embargo, se decide tomar como última determinación la de Bernheim, de Nancy, amigo de la familia. Bernheim llega, y dirigiéndose a la joven, que había conocido cuando niña, le dice sencillamente estas palabras: «¡Desgraciada! ¿Qué haces? ¿No ves que si continúas así te morirás? ¡Es necesario que cesen tus vómitos!» Y los vómitos desaparecieron para no volver a presentarse más.

Pero en bastantes circunstancias, cualquier sugestión es vana, y no se sabría invocar al histerismo. He aquí un ejemplo, debido a Varnier: Varnier se vió precisado a provocar el aborto en una mujer atacada de modo amenazador de vómitos incoercibles; el huevo se ha expulsado, los vómitos continúan, con gran disgusto del partero. Algunos días más tarde ha expulsado un segundo huevo, y de pronto cesan los vómitos. A la *presencia del huevo y su influencia directa* es a quien hay que recriminar aquí.

La teoría de la *autr-intoxicación gravídica* tiene numerosos partidarios; Pinar acusa más especialmente a la hepato-toxemia. Es un hecho que entre varias mujeres que presentaran vómitos en el curso de su embarazo, un estrecho interrogatorio permite descubrir alguna afección hepática anterior; tales o cuales alimentos convertidos en nocivos a consecuencia de la insuficiencia del hígado pueden jugar un papel en la producción de los vómitos. Sin embargo, ¿es permitido el creer en la intoxicación alimenticia en una enferma que vomite todo, aun algunas gotas de agua, cuando su tubo digestivo no contiene nada más?

Tal vez, y de un modo algo empírico, se ha invocado la insuficiencia tiroidea, suprarenal, ovárica. Pottet, en una tesis reciente, indica, que entre varias mujeres atacadas de vómitos incoercibles, se han encontrado unas veces quistes y otras apoplejía del cuerpo.

En presencia de una mujer en cinta que vomite, sea cual fuere la benignidad de los vómitos, el práctico debe convencerse de que se ocupa de una *enferma*, y esforzarse en hacer que desaparezca este estado patológico.

Con bastante frecuencia, los vómitos simples reconocen por causa la violación de algunas reglas de higiene: las mujeres en cinta que salgan menos que lo acostumbrado y vivan, por consiguiente, en un aire confinado; están constipadas; tienen una alimentación deficiente. Por otra parte, su organismo soporta peor estas causas de fatiga que las soportaría fuera del estado de gravedad.

Aconsejando la *aireación*, prescribiendo un *régimen* conveniente, *combatiendo la constipación*, se obtendrán éxitos. He aquí cómo deben ponerse en práctica estos procedimientos terapéuticos:

Aireación.—Se resume en el principio de la *ventana abierta*.

La mujer que vomite tendrá siempre la ventana abierta durante el día; se vestirá de modo que no tenga que temer al frío, se acostará, si es preciso, al lado de un buen fuego, pero no cerrará nunca las ventanas. Por la noche, las cortinas estarán corridas, pero detrás de estas cortinas la ventana quedará entreabierta.

Régimen.—Hay que tenerlo esencialmente en la *supresión de las sustancias fermentescibles*. Se prohibirá, pues: el caldo de carne, la leche (sobre todo si se absorbe al mismo tiempo que otros alimentos), el pescado (a

menos que no se consuma muy fresco, es decir, en el mismo puesto en que haya sido pescado), los huevos (y con los huevos, los entremeses, pasteles, salsas, pastas alimenticias, etc., que la contienen)

Se permitirá:

—Para la comida de la mañana: te ligero o cacao al agua; un poco de pan con o sin manteca.

—A mediodía: carne asada o tostada *simplemente aderezada* (vaca, buey, carnero, pollo), *asociada a cuatro o cinco veces su peso de farinosos*. (Está demostrado que esta asociación disminuye en proporciones considerables la tara de purinas urinarias). Pero otra vez que aconsejar ciertos harinosos y y disuadir de otros, muy ricos en nitrógeno. Se dará la preferencia a las patatas, al arroz, a los macarrones sin huevo, rechazando las lentejas, los garbanzos y las habas.

La comida del mediodía se completará con una legumbre verde y una compota.

—Por la noche, comida ligera: potage farinoso, legumbre fresca del tiempo, compota de frutas.

Tratamiento del estreñimiento.—Consiste en el uso de laxantes suaves, elegidos según la delicadeza y las reacciones de cada enfermedad.

Con estos medios tan sencillos, se logra que desaparezcan en gran número de circunstancias, las náuseas y los vómitos.

En todo caso, no se obtendrían estos resultados más que en casos en que no hubiese gravedad, en los cuales la mujer «vomita riéndose» y come de nuevo después de haber vomitado. El facultativo que combata los vómitos incoercibles se encuentra con grandes dificultades, al atenerse a la patogenia de sus accidentes, que es de las más variables. Esta patogenia muy diversa explica la variedad de las medicaciones propuestas, medicaciones que se puede colocar en cuatro o cinco categorías: medicación desintoxicante; medicación calmante; opoterapia, seroterapia; interrupción del embarazo.

Medicación desintoxicante.—La *dieta absoluta* es el método al que se debe recurrir cuando todos los demás medios han fracasado; pero no es necesario decir que tal tratamiento no podría durar mucho tiempo. Para evitar la disminución considerable de las orinas, es indispensable administrar lavados de suero (las inyecciones subcutáneas son menos recomendables, en atención a la fragilidad del riñón).

La *dieta hídrica* puede prescribirse con más amplitud: se dará cierta cantidad de agua *en intervalos regulares, reduciendo la dosis hasta lo que pueda soportarse* (en ciertas circunstancias, es imposible de pasar al principio menos de una cucharada de las de café cada dos horas). Luego, poco a poco, se aumenta esta dosis.

Si se pasa bruscamente de la dieta hídrica a la dieta láctea, es frecuente que los vómitos vuelvan a empezar. Así es muy importante recurrir, como medio de transición, a la *dieta hidro-láctea*: se da al principio una pequeña cantidad de leche, por ejemplo dos cucharadas en ocho de agua; durante cuarenta y ocho horas, se llega hasta dar la mitad de leche y mitad de agua. Viene enseguida la *dieta láctea*: una enferma que llega a soportar la leche pura, está por decirlo así «fuera de caso». Pero hay que guardarse de administrársela en demasiada cantidad; un litro y medio representa la

dosis diaria de la que no hay que salirse; las «tomas» se verificarán cada dos horas y media por taza de te.

Ciertas personas aborrecen la leche: para que la acepten hay que ingerírselas añadiendo un poco de café, chocolate, cacao, coñac o kirsch.

A la leche pura sucederá—con prudencia—algunas *sopas de leche* (sémola), luego *purés de leche*.

Los *purgantes* repetidos, según el método de Bonnaire, no son aconsejados por Wallich, quien prefiere lavados simples o en la necesidad de los lavados purgativos.

Medicación calmante.—Utiliza medios psíquicos, físicos y medicamentosos.

Medios psíquicos.—Será conveniente *aislar a todas las enfermas* atacadas de vómitos incoercibles, cualquiera que sean.

La observación del Profesor Bernheim, citada más arriba, prueba que la sugestión en estado de vigilia puede dar muy buenos resultados.

En un caso publicado recientemente, bastó para obtener la curación el pintar el epigastrio de la enferma con colodión coloreado con azul de metileno.

Potocki ha visto desaparecer instantáneamente vómitos graves en una mujer a la que persuadió de que no estaba en cinta y que se trataba de un fibroma.

Medios físicos.—A la *aireación* de que ya se ha hablado, se juntarán, si hace falta, *inhalaciones de oxígeno*, y *fricciones cutáneas* excitantes.

La *electricidad* (corriente galvánica) ha sido experimentada sobre todo por Gautier y Larat. El polo positivo se coloca bajo la clavícula, el electrodo negativo en el hueco epigástrico se hace pasar durante quince a veinte minutos una corriente muy débil (7 a 8 milamperes). El método ha dado resultado, pero también fracasos completos. Algunos creen que la electricidad no obra directamente, y Doléris ha publicado dos observaciones muy halagüeñas en las cuales, después de haber atribuido a la electricidad la cesación completa de los vómitos, se da cuenta de que la máquina que se había utilizado era inservible e incapaz de producir la menor corriente.

Medios medicamentosos.—Hay que desconfiar del opio, en razón a la lentitud con que es eliminado por las enfermas. Todo lo más que debe dárseles serán algunas gotas de *luádano*.

Wallich no es partidario del eter, del cloroformo ni del valerianato de cerio. Por el contrario considera el *cloral* como un excelente medicamento. Se prescribirá de una vez 4 gramos por la vía rectal:

Cloral.....	4 gr.
Leche.....	100 gr.
Iema de huevo pura.....	4 gr.

Este lavado es bastante doloroso pero sus resultados son excelentes con tal de que no se abandone esta medicación demasiado pronto; la dosis de cloral se rebajará poco a poco (3 gramos, 2 gramos y 1 gramo).

Opoterapia.—A la opoterapia tiroidea y supra-renal hay que preferir la

opoterapia ovárica y en particular la administración del cuerpo amarillo (ocreina). Por lo demás los resultados obtenidos todavía son poco concluyentes.

Seroterapia.—Fieux y Lorier han obtenido resultados sorprendentes inyectando a una mujer atacada de vómitos graves de 20 a 30 cent. cúbicos de suero de otra mujer *normal* en cinta (si es posible, ambas mujeres deben llevar embarazadas el mismo tiempo). Sería prematuro el fundar grandes esperanzas en este método, que no está exento de muchos inconvenientes. Al principio, será difícil el encontrar a una mujer en cinta que esté dispuesta a que se le extraiga cierta cantidad de sangre. En segundo lugar, y sobre todo, no se puede saber cuando está una mujer completamente en estado normal. Ciertamente es que Fieux y Le Lorier han tomado todas las precauciones posibles; ¿pero se puede estar seguro de desconocer una tuberculosis o una sífilis en estado latente? La reacción de Wassermann no garantiza lo bastante: si es negativa no permite afirmar que el individuo no esté sífilítico.

Interrupción del embarazo.—Pinard ha establecido la siguiente fórmula; cada vez que el pulso de una mujer en cinta que esté atacada de vómitos se mantenga *en permanencia más allá de 100 pulsaciones*, está indicado el interrumpir el embarazo. La fórmula es excelente; tomado al pie de la letra, es sin embargo un poco absoluta, y Pinard ha declarado que ha visto morir a una mujer cuyo pulso no pasaba de 80 pulsaciones. Es menos segura la cifra de las pulsaciones que sobre la *aceleración permanente del pulso* que hay que rebajar la indicación terapéutica en los casos graves. Así es que influye en la debilitación de la enferma, en la intolerancia absoluta que persiste a pesar de haber puesto en práctica un régimen severo.

En algunos casos, ha bastado el introducir un tallo de laminaria en el cuello para que los vómitos cesasen al punto.

¿Cómo hay que hacer, en la práctica, la elección de los diversos métodos y cual es la marcha que hay que seguir?

Para una mujer en cinta con vómitos graves: se prescribirá una taza de las de té de agua de Evian cada dos horas y media, disminuyendo progresivamente esta dosis, si no puede soportarla, hasta una cucharada de las de café. Si la enferma rechaza esta pequeña cantidad, se prescribirá la dieta absoluta. Al cabo de veinticuatro o treinta y seis horas, volver con parsimonia a la dieta hidrica, luego a la dieta láctea, utilizando al mismo tiempo la sugestión, la electricidad, el cloral.

Cuando los accidentes persistan, a pesar de todo, o se agraven, notándose una aceleración permanente en el pulso, no habrá más remedio que provocar el parto, tomando en ese caso cuantas precauciones deontológicas usuales (presencia de uno o varios colegas, muerte de feto, etc.)

El final de las «nuevas» aplicaciones a los métodos terapéuticos de que acaba de hablar parecerá exagerado; es el medio de practicar lo que Wallich ha querido calificar de este modo.

Wallich.

(Journal de Médecine et de Chirurgie.)



El único específico para las enfermedades del Estómago, es el Jugo estomacal de Win.

Depositorio en Toledo y su provincia: Farmacia SANTOS

VARIEDADES

Eritrasma (intertrigo inguinal).—SABOURAUD.—El eritrasma es una dermatosis que tiene como asiento la cara interna del muslo, inmediatamente por bajo del pliegue inguinal. Se observa generalmente en la edad adulta, especialmente en el hombre; aparece en el lado izquierdo en el mismo punto exactamente en que las bolsas se encuentran en contacto con el muslo, y en forma de una o varias placas rojas, redondas, de contornos completamente regulares, y cuya superficie toda es de un rojo obscuro y cubierta de escamas muy finas. Los trastornos funcionales no se manifiestan más que por picores, a veces un tanto vivos, cuando hace calor.

Esta dermatosis—originada por la presencia del *microsporon minutissimum*—no es grave, pero como preocupa a veces a los enfermos, debe tratarse; por otra parte, el tratamiento es sencillo y va seguido siempre de resultados satisfactorios. Consiste en fricciones diarias practicadas con un pincel hecho de algodón hidrófilo enrollado en una varilla y mojado en el líquido siguiente:

Tintura de yodo fresca.....	20	gramos.
Licor de Hoffmann.....	180	—



Dolores articulares de los gotosos.—Un periódico de medicina americano (*Therapeutic Gazette*) preconiza la siguiente mixtura, cuyo fórmula puede satisfacer por su naturaleza a los aficionados a la polifarmacia:

Forfato de sosa.....	15	partes.
Salicilato de sosa.....	15	—
Bicarbonato de sosa.....	10	—
Extracto fluido de cáscara.....	4	—
Tintura de cardamomo compuesta	} ââ	10 —
Tintura de simientes de cólchico..		
Tintura de simientes de cólchico..		
C. s. hasta.....	120	—

M. Para inyección rectal.—*La Quincena Médica.*



Absceso de fijación: su empleo en la infección puerperal.—Casadevant (Tesis de París, 1913) ha recogido 132 observaciones de esta infección tratadas con el método de Fochier. Curaron 106 y murieron 26, es decir, un 80 por 100, proporción en extremo favorable si se tiene en cuenta que casi todos los casos eran muy graves.

Sobre la bondad del método no hay que insistir, pero interesa conocer algunas particularidades.

Si el absceso no se forma, si no hay reacción, la muerte es casi segura.

Las indicaciones surgen de la forma y gravedad de la infección. Inútil cuando esta se limita a los órganos genitales y en la peritonitis generalizada es de gran valía en la septicemia y más todavía en la pioemia (Brindeau), en las que se obtienen resultados verdaderamente notables.

¿Cuándo se debe intervenir? Asunto tan delicado como importante, pues

el éxito depende de la intervención. No hay para ello regla definida. Cada síntoma, por sí sólo, no es capaz de precisar la indicación. La aparición precoz del estado infectivo, la fiebre de grandes oscilaciones, la frecuencia del pulso, la disnea, los escalofríos repetidos, el tinte terroso, son, agrupados, señales ciertas de gravedad, pero entonces la infección está ya avanzada. Cuando después de una desinfección completa del útero (raspado, escobilleo, etc.), no menguan los fenómenos infecciosos, la temperatura se sostiene alta o presenta grandes oscilaciones, persisten los escalofríos, hay abatimiento, será prudente no esperar más tiempo una mejoría hipotética. Sin embargo, hay formas pioémicas subagudas que permiten más tiempo, y sobre las cuales los abscesos de fijación producen aún grandes efectos.

El punto de elección es el muslo.

De ordinario basta una inyección, pero si la reacción tarda en producirse, para ganar tiempo, es prudente repetirla al otro día o en alguno de los siguientes.

No se debe pasar de dos gramos de inyección; las dosis mayores no son necesarias para que se forme el absceso y, tal vez, en individuos predispuestos, pueden causar efectos nocivos. Una vez se inyectó veinte y no ocurrió nada desagradable, pero vale más no repetir el experimento.

La inyección debe hacerse en el tejido celular subcutáneo, con una jeringuita ordinaria y con todo rigor antiséptico.

El absceso no debe ser abierto hasta que la convalecencia esté bien establecida. Esto es tan delicado como la determinación de la época en que se ha de inyectar. Desde el momento en que se abre, el absceso deja de ser activo y no debe extinguir su acción terapéutica antes de que la enferma esté fuera de peligro. Cuando sea forzoso intervenir se debe antes crear un nuevo foco de supuración, En sentido inverso no hay para que eternizar una gran colección de pus.

El absceso será tratado como todas las supuraciones, pero con todo esmero en la limpieza, pues siendo aséptico hay que aprovechar hasta el fin esta situación. Se ha de curar con cuidado. La evacuación metódica del pus, los toques con tintura de iodo, etcétera, activarán la cicatrización, que se logrará, con más o menos lentitud, pero por lo común sin incidente.

A la par que el absceso se podrá recurrir a los otros tratamientos habituales: colárgol, rodio, suero, etc., pues los efectos no son contrarios, más bien se auxilian. (Doctor Rodríguez Ruiz. *Gac. Med. Cat.*)

SOCIEDADES Y ACADEMIAS

Premios de la Sociedad Ginecológica Española.

Premio de la Sociedad: *Estudio sobre la pituitrina y sus indicaciones y contraindicaciones en Obstetricia.*

Premio del Dr. Cortejarena: *Resultados de investigación personal acerca de la reacción de Adberhalden en el diagnóstico de los tumores malignos del útero.*

A cada tema corresponde como premio 500 pesetas y un Diploma.

CONDICIONES DE LOS CONCURSOS

1.^a Las Memorias deberán ser originales y estar escritas en castellano.

2.^a A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado exteriormente con el lema que figure en la Memoria a que corresponda, escrito con igual letra que la que con que se haya impreso dicho lema en la respectiva Memoria, para evitar la confusión que pudiera originar la posible coincidencia de que dos o más Memorias ostenten el mismo lema.

Será excluído del concurso todo trabajo que se halle firmado por su autor o que contenga alguna indicación que pueda revelar su nombre.

3.^a Quedan excluídos de este certamen los Socios numerarios de esta Corporación.

4.^a Las Memorias se dirigirán, bajo sobre, al Presidente de la Sociedad, y serán recibidas por la Secretaría general (Mayor, 1, Colegio de Médicos), donde se expedirá a quien lo solicite el correspondiente recibo de entrega.

5.^a El concurso quedará cerrado el día 31 de Octubre de 1914, después de cuyo plazo no será admitida cualquier Memoria que se presente.

6.^a La Sociedad publicará oportunamente los lemas de las Memorias recibidas, así como el de aquella que la Corporación juzgue acreedora al premio.

7.^a Este será públicamente adjudicado en la sesión inaugural del año 1915 al autor de la Memoria premiada o a quien para ello se presente debidamente autorizado, abriéndose en el mismo acto el sobre que debe contener su nombre, a la vez que se inutilizarán los que correspondan a las Memorias no premiadas.

8.^a Toda Memoria recibida para el concurso quedará propiedad de la Sociedad.

9.^a El autor de la Memoria premiada no podrá reimprimirla sin permiso de esta Academia.

Madrid 21 de Enero de 1914.—*A. de Udaeta.*

NOTICIAS

Comité femenino de Higiene popular.—En el pasado mes se verificó en el salón de actos del Ayuntamiento el reparto de premios del décimo-cuarto concurso organizado por el Comité femenino de Higiene popular.

Como es sabido, dichos premios se adjudican a las madres que más se distinguen en el cuidado de sus hijos y de sus casas, y a los niños que se distinguen por su limpieza.

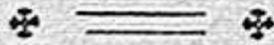
Presidió el acto la distinguida Sra. D.^a Luisa Sáiz de Sánchez Guerra, esposa del Ministro de la Gobernación, que tenía a su lado a la ilustre escritora D.^a Sofía Casanova.

El Alcalde excusóse de asistir por impedírselo deberes de su cargo.

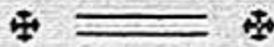
Después de breves palabras de D.^a Sofía Casanova, ensalzando la importancia del acto que se celebraba, se verificó el reparto de los premios, terminando la reunión a las siete de la tarde.

Desgraciadamente este comité femenino no es el de Toledo, sino el de Madrid.

Aquí no prenden ciertas ideas.



El Gobierno francés concedió la Cruz de Legión de honor a D. Santiago Ramón y Cajal y al Decano de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central D. José R. Carracido, a quienes el Embajador de Francia ha remitido las insignias de dicha condecoración.

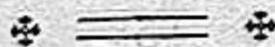


Comisión permanente contra la tuberculosis:—En el Ministerio de la Gobernación, y bajo la Presidencia del Sr. Ministro, se ha reunido por primera vez la nueva Comisión permanente contra la tuberculosis, con asistencia de los Sres, Marqués de Alhucemas, Alonso Castrillo, Barroso, Codina, Cortejarena, Criado y Aguilar, Díaz Agero, Espina, Vizconde de Eza, Fernández Caro, García e Izcara, Gimeno, González Besada, Iglesias. Isla, Martín Salazar, Martínez, Malo de Poveda, Melcior, Prado Palacio, Pulido, Rodríguez Carracido, Sanz y Escartín y Verdes, habiéndose excusado por enfermedad o imposibilidad los Sres. Alba, Azcárate, Bejarano, Lacalle, Allendesalazar, Conde de Romanones y Dávila.

Empezó la sesión leyendo el Secretario general una brevísima nota alusiva a los últimos trabajos realizados por la Comisión anterior y a los pendientes que ha de realizar la que ahora se constituye por Real decreto de 8 de Febrero último, Real decreto que se leyó a continuación.

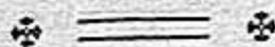
Después dió lectura dicho Secretario a un proyecto de organización y reorganización de Juntas provinciales y locales en toda España, proyecto que fué aprobado; también leyó un proyecto de celeración del *Día de la tuberculosis* como fiesta nacional para toda España, que habrá de organizarse por dicha Comisión permanente de acuerdo con la conclusión última del Congreso de San Sebastián.

Terminada la lectura se acordó repartir dicho trabajo a los señores de la Comisión para su más detenido estudio, presentándose de nuevo en la próxima Junta.



El día 8 del actual visitó nuestra ciudad la Academia Médico-miliar.

En el próximo número de la revista daremos una información gráfica de tan simpática visita y publicaremos, a ser posible, un retrato del Director de la referida Academia Dr. Pérez Ortiz.



Nuestro amigo el Dr. D. Antonio Lecha Marzo, ha obtenido, en reñida oposición, la Cátedra de Medicina legal de Granada.

Con ser muy grande el galardón obtenido, aún lo consideramos pequeño para el joven y genial investigador español, que ha de ser pronto una de las primeras figuras de la Medicina en nuestro país.

Reciba la más cordial enhorabuena de esta Redacción, que considera sus triunfos como propios.

Especialidades y productos de la Farmacia y Laboratorio LOZANO

Hombre de Palo, 23.—Teléfono 186.—TOLEDO

Pastillas pectorales LOZANO, caja.....	0,75 ptas.
Comprimido clorato potasa LOZANO, caja.....	0,40 »
» » » » ».....	0,25 »
» permanganato potásico LOZANO, tubo.....	0,50 »
» bicloruro de mercurio LOZANO, tubo.....	0,50 »
Cápsulas aceite ricino LOZANO, de 6 y 8 cápsulas caja.....	1,00 »
» sándalo LOZANO, frasco.....	2,25 »
» copaiba LOZANO, frasco.....	1,75 »
Zzzarzaparrilla LOZANO, frasco.....	1,00 »
Glicerofosfato cal granulado LOZANO, frasco.....	2,00 »
Levadura de cerveza LOZANO, frasco.....	2,00 »
Jarabe rábano iodado LOZANO, frasco.....	1,75 »
Kola granulada Lozano, frasco.....	2,00 »
Licor de brea concentrado LOZANO, frasco.....	1,00 »
Jabones medicinales LOZANO, caja de 3 pastillas.....	2,00 »
Jabón malvavisco higiénico LOZANO, pastilla.....	0,25 »
Solución clorhidrofosfato cal creosotada LOZANO, frasco.....	1,75 »
Sales marinas con algas LOZANO, paquete.....	1,50 »
Vino tónico reconstituyente LOZANO, frasco.....	3,50 »
Magnesia efervescente LOZANO, frasco.....	1,25 »
Vino peptona LOZANO, frasco.....	2,00 »
Polvos dentríficos oxigenados LOZANO, caja.....	0,50 »
Aceite ricino sin olor ni sabor LOZANO, frasco.....	0,50 »
Agua oxigenada LOZANO, frasco.....	1,00 »
Algodón esterilizado LOZANO, bote de 250 gramos.....	4,00 »
» » » » paquete de 250 gramos.....	3,00 »
Compresas gasa esterilizada LOZANO, bote de 40 compresas.....	4,00 »
» vulvares modelo Gutiérrez.....	4,00 »
Gasa esterilizada hidrófila LOZANO, 1 metro, frasco.....	2,00 »
» » sublimada.. » ».....	2,00 »
» » xerofórmica » ».....	2,50 »
» » iodofórmica » ».....	2,50 »
Vendas esterilizadas LOZANO, bote.....	4,00 »
» cambrie 5 × 5 esterilizadas LOZANO, pieza.....	0,75 »
» » 5 × 10 » ».....	1,25 »
» » 10 × 10 » ».....	1,50 »
Vaselina bórica esterilizada LOZANO, tubo.....	1,00 »
Ampollas de suero Hayem LOZANO, de 500 gramos.....	3,50 »
» » » » de 100 ».....	1,50 »
» » » » de 50 ».....	1,00 »
» » » » de 25 ».....	0,75 »
» » gelatinoso » de 500 ».....	3,50 »
» » » » de 100 ».....	1,50 »
» » » » de 50 ».....	1,00 »
» aceite alcanforado » caja de 10 ampollas.....	2,25 »
» » gris..... ».....	2,25 »
» » mentolado. ».....	2,25 »
» » arrhenal... ».....	2,25 »
» atoxil..... ».....	5,00 »
» atropina sulfato.. ».....	2,25 »
» azul metileno ».....	2,25 »
» cacodilato sosa... ».....	2,50 »
» cafeina ».....	2,50 »
» cinamato sosa... ».....	2,50 »
» ergotina Ivon..... ».....	2,50 »
» ergotinina ».....	3,50 »
» esparteina sulfato ».....	2,50 »

TROUSSEAU PARA PARTOS

Pídase nota de contenido y condiciones de alquiler.

Revista

Sanitaria

de Toledo.

Publicación quincenal.

Precios de suscripción: { 3 ptas. al semestre
6 " " año.

Director propietario:

Doctor Piga.

Núñez de Arce, 23.

Administrador:

D. R. de Pablos.

Valdecaleros, 1.

COLABORADORES

Jaime Ferrán (Barcelona). — Tomás Maestre. — Lecha-Marzo. — Arnar. — Abdón Sánchez Herreros (Madrid). — Pedro Cifuentes (Madrid). — José Palancar (Madrid). — Ruíz Arcaute (Madrid). — Richard Levisrein (Berlín). — Marcelo García. — Fernando Sánchez. — Francisco L. Fando. — Manuel Medina. — Santiago Relanzón. — Juan Moraleda. — Victoriano Medina. — Carlos Ferrand. — Angel J. Ortega. — M. Campos. — Emilio Echevarría. — José Rodado. — Pedro Vidal. — Admeto. — Doulewer. — Sánchez Morate. — Presa y Vázquez. — Carlos Duque. — Fermín Muñoz Urra.



INSTITUTO FERRÁN

(Sagrera) BARCELONA

Preparación de sueros: normal, antitífico, antidiftérico, antifímico, antiestrep-tocócico, antietílico.—Fermentos seleccionados de cerveza y de uva, para usos terapéuticos é industriales.—Fermentos solubles y jugos orgánicos para opoterapia.—Hemoglobina líquida para preparaciones farmacéuticas.—Vacuna contra la viruela del ganado lanar, contra la becera y contra el rouget y demás epizootias.—Tuberculina para revelar la tuberculosis en las vacas.

Vacuna de ternera (garantida).

Tubos para la obtención de 4 pústulas..... 0,50 ptas.
Bombona para la obtención de 80 á 100 pústulas..... 12.50 »

Depósito en Toledo: Farmacia de J. Cabello.

INSTRUCCIONES GRATIS

POR CORREO



BAZAR MEDICO CALLE DE CARRETAS, 35
(frente al buzón de Correos)

ANTIGUA CASA DE J. CAUSOLLES

Artículos de Cirugia, Ortopedia, Higiene y gomas.—Fábrica de Bragueros, Fajas ventrales, Suspensorios, etc.—Construcción de mesas de operaciones, vitrinas, etc.—Aparatos electro-medicinales, Pantostatos, etc. Rayos X.—Aparatos para desinfección, Escupideras, Pulverizadores, etc.—Coches y sillones para inválidos.—Gran Fábrica de Antisépticos, Algodones, Vendas, Gasas, etc., en San Martín de Provensals, Barcelona.—Aparato del Dr. Casteló para aplicaciones del 606.—Vacuna suiza y del Instituto Selma, de Zaragoza.—Instrumentos para veterinaria.

Depositarios exclusivos de los maravillosos aparatos VEEDDEE para masaje vibratorio.—Idem LUMIN, aplicable á la corriente eléctrica urbana.