



# BOLETIN MENSUAL

## Laparatomía de urgencia por fibroma pelvico, quístico supurado

(Sobre la imperiosa necesidad quirúrgica de intervenir á tiempo)

Parece verdaderamente imposible y no es así, que el público en general ratiocine tan deficientemente y que apesar de los peritos consejos del médico y sobre todo á trueque de sus grandes sufrimientos, no recurra á la intervención, hasta que se encuentra ya batallando entre la vida y la muerte: Si las intervenciones quirúrgicas se realizaran cuando les toca científicamente su turno, me atrevo á decir que los éxitos quirúrgicos superarían á los médicos, aun y todo relativamente á la importancia pero... la ¡operación!... Sin cultura no es posible vivir bien, pero imposible es, apetecerla por medios rápidos, ha de venir paulatinamente, evolutivamente y estoy esperanzado que no á lejanos tiempos, se llegará á la comprensión de la verdad; lá viencia; el bien vivir; la felicidad...

Voy pues á publicar un caso interesantísimo para que se vea una vez más la importancia de la intervención quirúrgica á tiempo y las consecuencias en caso contrario.

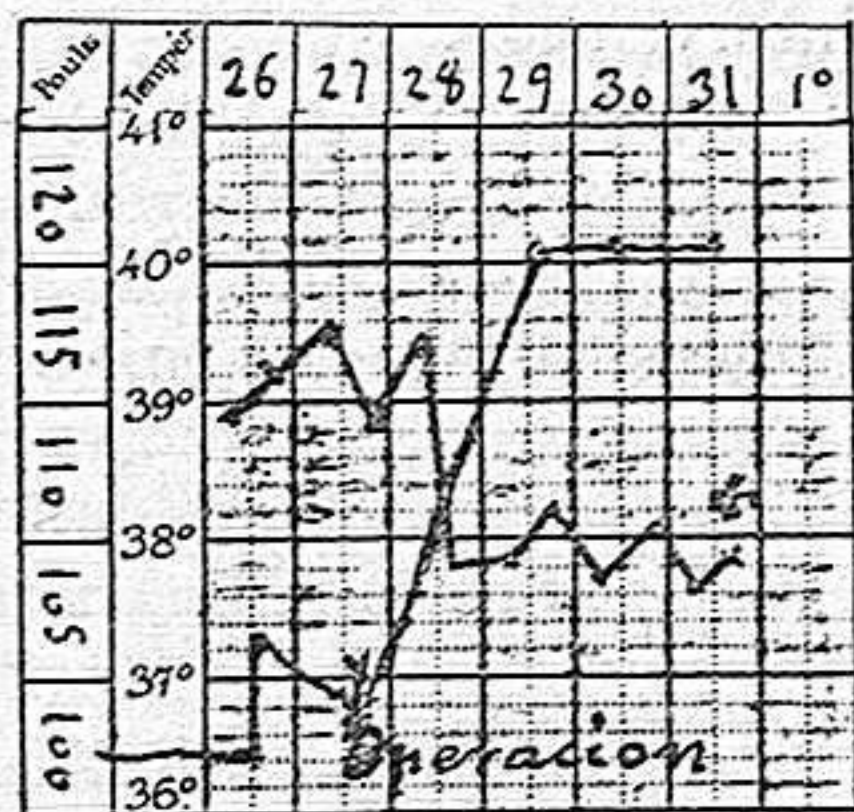
Tratase de una mujer G. C. de 30 años de edad, casada, multipara; natural de esta ciudad: Su historia genital ningún dato útil reporta, hasta hace seis años que consistió en dismenorreas y trastornos difusos y que después del último parto hubo algo de infección puerpe-

ral; desde esta fecha fueron pocas las molestias hasta que se acentuaron hace dos años: El médico que les visitaba les indicó que podía tratarse de alguna afección quirúrgica, pero desobedecieron los razonados consejos del conciente para entregarse en manos del curanderismo: la enferma seguía de mal en peor, hasta que por fin decidieron recurrir otra vez á su médico el que viendo lo grave del caso, propuso una consulta que tuvimos. La enferma presentaba los siguientes síntomas 38'8 de temperatura 100 pulsaciones y 30 respiraciones; entre el abdomen y pelvis en la parte baja de esta, una hipersensibilidad dolorosa extrema; por la exploración vaginal un aumento de temperatura extraordinario; hipertrofia esclerosica del cuello y ocupación de los fondos de saco; el posterior por una tumuración consistente, y líquida ó semi-líquida en los laterales y anterior; la eliminación renal escasa.

La primera impresión fué de encontrarse frente un caso de supuración pelvica con síntomas de septicemia. El sintoma malo predominante para su pronóstico era la frecuencia en las respiraciones, puesto que sin obstáculo mecánico, alcanzaban á 30 marcando un signo de intoxicación nerviosa; le facie, de aspecto septico, aspecto indescriptible que los que estamos acostumbrados á ver enfermos de esta índole, no se nos borra. El caso era gravísimo. Llamada la familia, se le dijo: ¡la enferma está gravísima!... y al preguntarnos, si ho habia nada que hacer, contesté que la única esperanza era la intervención, pero con pocas garantías de éxito. La familia contestó que si habia con la operación alguna esperanza fuese practicada; se pidió autorización á la enferma y una vez obtenida, se la trasladó á una habitación, que si bien adolecía de defectos, no los suficientes para contrindicar la intervención. El dia siguiente por la mañana estaba con 104 pulsaciones, 39'5 de temperatura y 32 respiraciones,

El dia 28 de Diciembre siguiente dia de la consulta, ayudado de un modo digno de elogio por el Dr. Vilar médico de la enferma y del Señor Roig medico de Port-Bou, procedimos á la operación. Colocada la enferma en la posición de Trendelenburg como siempre en esta clase de intervenciones, procedí á incindir el abdomen por el procedimiento ordinario y nos encontramos con lo siguiente: Adherido al peritoneo parietal formando cuerpo con la masa muscular abdominal un fibroma quístico de unos 7 kilogramos de peso aproximadamente; desprendí adherencias por el lado derecho, con el fin de bascular el tumor hácia el lado izquierdo y permitirme introducir la mano entre el fibroma y peritóneo para ir á despegar el colon accendente; luego mediante com-

presas esterilizadas cogí el intestino y lo aislé lo posible; seguí desprendiendo adherencias, hácia la parte inferior llegando al tumor líquido, que ya por la palpación abdominal se encontraba y que consistía en un absceso de gruesas paredes de unos 14 centímetros de diámetro, colocado por encima la vejiga de la cual estaba adherido, parte superior del útero y extremidad inferior del fibroma; procedí al vaciamiento de la cavidad constituida de un pus amarillo verdoso muy fetido, limpié todo lo posible, pero ví con desagrado que el peritoneo pelvico, estaba gris en signos de desorganizacion, entonces basculé el fibroma hácia adelante, viendo que parte del intestino ileon se encontraba adherido en su parte posterior y en la postero superior del fibroma el colon transverso y parte del accendente, no hay que decir, que lo mismo estaban adheridos parte de los meso colons y en toda su extención el epiplon; aparte del epiplon que tuve que cortar y ligar, los intestinos se desprendieron con relativa facilidad; después de esta labor despegué el fibroma por el lado izquierdo que costó mucho menos; el pediculo estaba formado por dos haces insertado en el fondo de Douglas: después de hecha la ablación completa de la neoplasia, estirpé las paredes del absceso purulento y entonces me ocupé del útero y los ovarios. El cuerpo del útero era normal casi pero el cuello con hipertrofia esclerosica. La trompa derecha grande é hiperhemiada y el ovario derecho quístico y supurado, lo propio el izquierdo pero menos la supuración, en vista de esto procedí á la hysterectomia total, luego de ligados los vasos esc., viendo que quedaba una superficie extensa de peritoneo flogoseado, coloqué un Mickulicz, sujeté la herida abdominal por medio de un punto al ángulo superior de la incisión y otro en el inferior, con seda del núm. 5 quedando abierto unos 16 á 17 centímetros de longitud, se procedió al aposito y á poco de estar acostada la enferma, sufrió un colapso cardiaco, consiguiendo reanimarla á costa de no poco trabajo, pero continuó bien; la operación duró una hora terminando á las 2; y á las 6 de la tarde estaba: 102 pulsaciones 37'8 de temperatura y 26 respiraciones; á las 9 noche 120 pulsaciones, 37'8 de temperatura y 28 respiraciones, siguiendo en lo sucesivo como explica la gráfica.



La crisis á que dió lugar ultimamente la intervenci3n, fué á la invasi3n del pus septico al tejido pelvico celular y á la reabsorci3n, originando la elevaci3n termica y por cuya intoxicaci3n vino la frecuencia de las respiraciones. Al intervenir fué para dar ampliamente salida al pus é impedir la propagaci3n y nueva formaci3n del mismo.

El descenso de temperatura del dia que fué operada, consistió en la perdida de sangre toxica y diluci3n con el suero artificial disminuyendo la toxemia, no por choc, puesto que entonces hubiera marcado el term3metro por debajo del 37 y se mantuvo entre 37'5 y 38 y la muerte fué por septicemia. El foco purulento á que dió lugar la generalizaci3n de la septicemia se formó á nuestro modo de ver del modo siguiente.

Debido, á un agente específcico séptico exterior invadió el utero y corriendo por la trompa cayó al perit3neo, quien empezó á establecer su sistema de defensa, ya que el absceso se formó gracias á las defensas peritonítcas; entonces era cuando debíase intervenir, con garantías de éxito y no tener que aguardar, cuando el tejido pelvi-celular estuviera ya invadido; por otra parte el conducto genital, estaba cerrado por la estenosis del cuello, debido á su esclerosis hipertrofica. Estando el tejido pelvico invadido, los agentes patogenos en la lucha de la fagocitosis, pasaron á la circulaci3n por la vía linfatica por el canal toracico ó por la vena linfática llegando á la sangre. Cuando me pareció que los centros nerviosos podían correr peligro de intoxicaci3n fuerte, procedí al lavado de la sangre siendo ineficaz por haber sobre carga de toxinas, por los nuevamente fabricadas. Publico este caso para que se tenga en cuenta la importancia de la oportunidad de la intervenci3n.

Figueras 3-1910

DR. J. MAS DE XAXÁS

## INFORMACIÓN CIENTÍFICA (\*)

LA SEROTERAPIA ESPECÍFICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. — CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO RUBIO POR EL DR. V. LLORENTE Y MATOS.

Es bien conocida la personalidad científica del Dr. Llorente. Hombre de grandes entusiasmos por el progreso médico, fundó su excelente Instituto Microbiológico de Seroterapia y Antirrábico en 1894, el mismo año del descubrimiento portentoso de la seroterapia contra la difteria. De esta enfermedad y de otras infecciosas ha tratado este ilustre médico más de 10 900 casos, que le han servido para estudios clínicos y observaciones en su laboratorio. Ha sido el Dr. Llorente el fundador de la primera sección creada en Madrid contra la rabia, alcanzando su estadística la cifra de 1.800 casos.

Orador sin hojarasca ni rodeos, va en sus argumentaciones á los puntos concretos, dándole á sus afirmaciones una claridad absoluta. Iniciador en España de los trabajos de seroterapia, ha gastado una fortuna en su establecimiento suntuoso, y considera deber sagrado dar á conocer desinteresadamente á la clase médica española el fruto de su experiencia personal, bien confirmada, llamando la atención de los prácticos acerca de estos asuntos importantísimos. Al ocupar la tribuna del salón de conferencias del Instituto Rubio, empezó su discurso con cierta emoción, diciendo: «A la menor indicación vengo aquí con el mayor gusto, porque, entre otras razones, tenía ansias de rendir mi tributo de admiración al fundador de este Centro, Dr. D. Federico Rubio, que me alentó en la creación de mi Instituto, escribiendo en el álbum de mis recuerdos la siguiente dedicatoria: *Siempre experimento un placer cuando veo en mi país un adelanto. Honremos á los que lo hacen.* Yo, señores, no puedo olvidar á D. Federico, y he visto siempre con íntima satisfacción los adelantos del Instituto Rubio y su vitalidad científica, porque ha contribuído y contribuye á la elevación de nuestro país, y porqué

(\*) En el núm. 5 de los *Archivos Españoles de Neurología, Psiquiatría y Fisioterapia*, correspondiente á Mayo pasado, se publican las notas que reproducimos; la primera reasumiendo una conferencia del Dr. Llorente y la otra dando á conocer las conclusiones referentes al Cáncer, que el Doctor Cervera presentó al III Congreso Español de Cirugía celebrado hace poco en Madrid.

Una y otra revelan estudios de observación personal realizados por médicos españoles, que conviene divulgar, tanto mas cuanto evidencian que en nuestro país también hay quien realiza labor científica.—N. de la R.

sus enseñanzas han alcanzado el honor de pasar nuestras fronteras.»

El día que se publique esta conferencia del Dr. Llorente, tendrá de seguro resonancia en la clase médica. No es posible en una Crónica de impresiones dar más que una ligera idea. Haremos todos los esfuerzos por conseguirlo para satisfacer la curiosidad de nuestros lectores, limitándonos á lo más esencial.

El Dr. Llorente se propuso principalmente demostrar que no es indiferente inyectar sueros de origen animal para el tratamiento de las enfermedades infecciosas, ó como preventivo de las mismas, ó con objeto de aprovechar sus propiedades hemostáticas, pues conviene tener presente la siguiente afirmación: *Todos los sueros de origen animal contienen principios tóxicos, de los que no se ha podido en absoluto desembarazárseles hasta hoy.* En todos existen un anticuerpo conocido con el nombre de *sensibilinógeno*, que engendra una substancia conocida con el nombre de *sensibilisina*, que se fija á la célula nerviosa de los inyectados, pasados los doce días de la inyección primera. Si á un individuo en estas condiciones se le inyecta de nuevo, pasado este tiempo, suero del mismo animal, puede presentarse el fenómeno conocido y aceptado ya por los laboratorios y por la clínica con el nombre de *anafilaxia*, que, como indica su etimología, significa *contradefensa*, y cuyos síntomas son depresión del pulso, taquicardia, adinamia y á veces un flemon, ó, mejor, un edema en el punto de la inyección; síntomas todos de tal gravedad, que pueden acarrear la muerte. La importancia de esta observación, ya bien comprobada en la clínica, puede deducirla el médico. El afán de emplear los sueros de origen animal con cualquier motivo ó pretexto, y con el fin de aprovechar algunas de sus propiedades, tiene como se deduce de lo dicho, gravísimos inconvenientes. Supongamos á un niño ó adulto con bronconeumonía, al que se le inyecta suero: el individuo se cura, pasa un año y se presenta en él la difteria ú otra bronconeumonía; si se le hace otra segunda inyección con suero de la misma especie de animal, puede muy bien, y el Dr. Llorente lo ha visto, presentarse la *anafilaxia* y fallecer por consecuencia de ella.

Por el estado de sensibilidad y de indefensa en que el organismo queda cuando se practica una inyección de suero, y, á partir de los doce días siguientes á la inyección, aparte de otras razones, el doctor Llorente es opuesto á usar los sueros como preventivos en las enfermedades tóxico-infecciosas, pues las dos ó tres semanas escasas que preservan al individuo no compensan el que éste quede anafilaxiado, es decir, dispuesto á que si por cualquier otra enfermedad se le repite la inyección, se le presente el terrible cuadro de la *anafilaxia*.

¿Cómo se evitan estos accidentes? 1.º No usando indebidamente de los sueros. 2.º Usando sueros calentados previamente á 56º. 3.º Usando sueros de animales distintos de aquella especie, que ha sido inyectado por primera vez el individuo. Ejemplo: ¿Se ha usado el suero de caballo? Pues inyéctase entonces (si hay necesidad de repetir la inyección pasados los doce

días) el suero de burro ó de otro animal de distinta especie al del caballo. ¿Con estos medios se pueden evitar en absoluto los fenómenos de *anafilaxia*? Es prematuro dar una contestación afirmativa, pues estos trabajos datan de los de Richet (1907), Theobal-Smith y Besredka, y no hay tiempo para que la clínica coloque en el libro de sus afirmaciones experiencia bastante. Claro que todo el afán de los investigadores no es otro que sus resultados merezcan la sanción terapéutica, fin de la medicina. La más hermosa de las ciencias será siempre la más útil.

El Dr. Llorente trató esta cuestión después desde otros puntos de vista. Habló de la constitución de los sueros normales, y sin pararse en detalles, impropios de estas conferencias, dijo que dichos sueros, en síntesis, están constituídos por la parte líquida de la sangre, ó séase el plasma, menos la fibrina, y que contiene las denominadas *proteínas*, que son las albúminas del suero, con más la desintegración de las mismas, alcaloides, fermentos, pigmentos, hidrocarbonados, grasas, jabones, lecitina y colessterina, y otros derivados que indican su complejidad.

Los sueros de aquellos animales que son inmunizados contra un veneno de origen microbiano (toxina diftérica, tetánica), contienen las antitoxinas, es decir, los contravenenos. Y el suero de los inmunizados contra microbios tienen los denominados anticuerpos, ó sean sustancias que obran sobre el cuerpo de estos microbios, unas veces aglutinándolos (aglutinias), otras disolviéndolos (bacteriolinas), otras uniéndose al cuerpo del microbio, formando un todo con él y favoreciendo de este modo la digestión de dicho microbio por los fagocitos, recibiendo estas sustancias el nombre de *opsoninas*, que en su etimología significa *yo preparo*.

Declaró el Dr. Llorente que la seroterapia antiinfecciosa está limitada en el tétanos como preventiva y como coadyuvante, una vez declarada la enfermedad. Como preventiva tiene un poder muy limitado, ya que sólo confiere la inmunidad durante unos días. Como curativa es de escasa importancia, porque la enfermedad sólo se manifiesta cuando la toxina se apodera de la célula nerviosa cerebral, y entonces ni aun las trepanaciones, con el objeto de inyectar el suero en el cerebro mismo, dan resultado.

Los sueros antiestafilocócicos no existen.

El antiestreptocócico no da resultado, lo mismo que los polivalentes, tomándose como efectos las meras coincidencias.

El suero antiescarlatinoso está, con razón, muy en tela de juicio, pues no se conoce el germen de la escarlatina y si sólo un estreptococcus que la complica en los casos graves.

El suero contra la meningitis cerebro espinal da resultados positivos en inyección raquidiana; pero como no se hacen diagnósticos previos y se inyecta en casos de meningitis tuberculosa, teme el Dr. Llorente que este suero lo lleven injustificadamente al descrédito.

El suero de la fiebre tifoidea no da resultado.

El anticólerico lo dá en el laboratorio, como preventivo, pero no en los

casos de cólera, porque no debe olvidarse que el veneno colérico no es un veneno orgánico, es el ácido nitroso, que produce el vibrión colérico en función con la flora intestinal saprofítica, transformando los nitratos en nítritos.

El diplococcus de la pulmonía no tiene toxina. Los sueros antineumocócicos no dan resultados, y tienen de grave que, siendo ésta una enfermedad que se repite con frecuencia en el mismo individuo, si pasado uno ó dos años, y aun más, se hace nueva inyección, por haber creído dió buenos resultados la primera, se pueden presentar los fenómenos de anafilaxia y arrebatar al enfermo. Hay más de un caso de este género, ó parecido que habrá atribuido la muerte de estos enfermos á todo menos á lo que realmente la ha determinado, que es la anafilaxia.

Un nuevo campo — dijo el conferenciante — que se descubre hoy de vacunas y de medio de obtener rápidamente la inmunización de los animales contra gérmenes y toxinas, medio fundado en unir la psonina correspondiente á cada microbio, preparado éste para una fácil fagocitosis inyectarlo á los animales, con lo cual se logran rápidas inmunizaciones, El Dr. Llorente obtiene por este medio y con una sola inyección la inmunidad contra la rabia, pudiendo á un animal así preparado inyectarle á las sesenta y cuatro horas la rabia en el cerebro, y el animal no contraerla, á pesar de ser ésta la mas dura de las pruebas. Se extendió el Dr. Llorente acerca de la explicación de estas vacunas sensibilizadas, que dijo abren un ancho horizonte á la medicación preventiva y curativa de las enfermedades infecciosas, con que bien pronto se ha de enriquecer la terapéutica.

La conferencia del Dr. Llorente dejó imperecedero recuerdo. Los profesores y alumnos del Instituto Rubio aplaudieron con entusiasmo al orador, que recibió después las felicitaciones de todos.

\* \* \*

#### CÁNCER: ESTUDIO EXPERIMENTAL.

Claro que vamos á hablar del eminente cirujano, ilustre Jefe de Clínicas del Instituto Rubio, Dr. D. Eulogio Cervera y Ruiz. Su admirable estudio experimental del cáncer, leído en la primera sesión científica del tercer Congreso Español de Cirujía, que acaba de celebrarse, es un *modelo de Ponencia* (según ha dicho ya el Dr. Cereda en *La Correspondencia*), «por la cantidad enorme de trabajo propio de investigación que en él se almacena». (Así lo manifiesta el ilustrado escritor citado.)

En nuestra anterior Crónica consignábamos el concepto que tenemos del Dr. D. Eulogio Cervera. No hemos de insistir en ello. No lo necesita tampoco el que llegó noblemente á las altas cimas de la reputación. El Doctor Cervera tiene la obsesión del cáncer, la fiebre por descubrir su causa y su tratamiento. Diariamente le hemos visto subir todo el año al Laboratorio por él instalado y montado en el Instituto Rubio. Allí pasa horas y más horas revisando doctrinas en continuas experiencias. De allí han salido, allí



se engendraron las ideas germinales que ha reunido en la ponencia leída en el Congreso. Allí meditó sobre el fondo de conocimiento atesorado por los que consumieron antes las energías laborando en este sentido, ya que nada en la vida toma forma *per saltum*. ¡Cuánto puede influir en el bienestar de la vida social aquella tarea solitaria del apartado laboratorio! Bien lo sabe el Dr. Cervera y bien lo dice al hablar de la importancia del asunto y recordar la alocución del malogrado Eduardo VII de Inglaterra al Congreso habido en Londres en Julio de 1901, para estudiar la tuberculosis, agregando por su parte Cervera á lo dicho por el Rey: «que aquel que aquello logre merecerá la estatua y mucho más, porque al resolver tan colosal problema, habrá logrado también desentrañar el concepto de la vida; tan convencido estoy —añade— de que estamos ante un problema de *biología*, sin dejar de serlo de *patología*.»

Pero no entremos á comentar el trabajo del maestro. Ni tenemos espacio ni suficiencia para eso. Publicado está para enseñanza de los investigadores y como gran jalón de la cuestión magna. Nos concretaremos sólo á reproducir las conclusiones. Escribirlas, dice el Dr. Cervera que es difícil, casi temerario, dado el estado de confusión é incertidumbre en que se encuentra actualmente el problema del cáncer; pero cumpliendo la costumbre, establece las siguientes, haciendo constar que todas ellas deben ir precedidas de un *probable*.

- 1.<sup>a</sup> El cáncer no es una enfermedad parasitaria.
- 2.<sup>a</sup> Las inclusiones celulares, tanto las no capsuladas como las capsuladas, son productos de secreción ó regresión núcleo-protoplasmáticas, pero no parasitarias.
- 3.<sup>a</sup> El cáncer es una enfermedad consecutiva á la secuestración é inclusión en el tejido conjuntivo de un territorio celular, cuyas células cambian su función especializada por la reproductora.
- 4.<sup>a</sup> El cáncer es una enfermedad local.
- 5.<sup>a</sup> El crecimiento del cáncer es indefinido.
- 6.<sup>a</sup> El cáncer se transplanta, siempre que los elementos celulares estén íntegros, pues si la trituración ú otro medio cualquiera destruye su vitalidad, entonces no se desarrolla, aunque se transplante.
- 7.<sup>a</sup> El cáncer no se desarrolla en aquellos animales que ofrecen una resistencia natural.
- 8.<sup>a</sup> La transmisión del cáncer requiere identidad de especie y raza de los animales de experimentación, porque en caso contrario no se desarrolla, y si lo hace es tan sólo breve tiempo, ó sea mientras consume los elementos nutritivos que llevan consigo las células transplantadas.
- 9.<sup>a</sup> El cáncer experimental produce metástasis, como en el ser humano.
10. El cáncer experimental puede transformarse de epitelial en sarcomatoso, y, tal vez, también en espontáneo.
11. Los tumores mixtos pueden ser primitivos ó consecutivo á una transformación del epitelial en sarcomatoso.

12. El cáncer experimental cura espontáneamente, ya por resistencia natural, ya por inmunidad adquirida consecutiva á inyecciones subcutáneas de tejidos normales ó cancerosos. En el hombre tambien se observa, aunque raramente, esta curación espontánea.

13. La curación del cáncer se obtendrá probablemente por la inyección de tejido sano idéntico al en que se desarrolla la neoplasia, ó por el de ésta ó por un suero ó jugo orgánico que tenga acción electiva sobre los elementos malignos.

(Archivos Españoles de Neurología etc.)

---

## EL BACILO DE LA TUBERCULOSIS, ¿NO ES BACILLUS? (1)

En un libro recientemente publicado por M. Guiart se sostiene; con gran abundancia de razones y con vigorosa argumentación, que el bacilo de la tuberculosis, considerado hasta hoy como el tipo de las afecciones bacilares y de morfología definitivamente fijada por todos los tratadistas de bacteriología, no es tal *bacilo*, no es *bacteria*, sino un *hongo filamentosos y ramificado*, próximo pariente del de la *actinomicosis*.

Expuestas, *ex abundantia calami*, las razones que militan en favor de esa tesis, el Sr. Guiart resume cuantos trabajos se conocen sobre este asunto en la forma siguiente:

1.º En los cultivos, como en los esputos, se puede encontrar *filamentos largos y delgados con ramificaciones secundarias*. (Esto fué descubierto por Metchnikoff en 1887).

2.º Las formas *filamentosas y ramificadas* han sido obtenidas artificialmente por Arloing.

3.º En los cultivos, las formas *filamentosas ramificadas* son cada vez mas numerosas á medida que el microbio abandona la vida para-

(1) La presente referencia se publicó en la *Gaceta de Medicina Zoológica* y la reproducimos sólo á título de inventario, en ella no se dice si la *nueva morfología* del bacilo tuberculoso se refiere al tuberculo de los bovidos ú otros animales, ó al de la tuberculosis humana y convenia decirlo; pues no cabe pensar que los instrumentos, reactivos y aparatos de los laboratorios, den imagenes y reacciones diferentes segun sea el pais en que se estudia, y menos aun que el espíritu de escuela induzca á desvirtuar clásicas observaciones.—N. DE LA R.

sitaria y se torna saprofítico, hasta llega un momento en el cual sus cultivos se parecen á los de la actinomicosis.

Como los *discomyces*, los filamentos tuberculosos se dejan con facilidad disgregar en bastoncitos y en granos.

4.º Estos granos ó esporos se destruyen á menos de 100º, á la manera que los esporos de los *discomyces* ó los del enmohecimiento.

5.º Al contrario de las bacterias que se cultivan en medio alcalino, el *baeilo tuberculoso*, al modo de los hongos, se cultiva mejor sobre medio ácido.

6.º El bacilo tuberculoso no es el agente específico del tubérculo, puesto que el tubérculo, se observa también en la actinomicosis, la espergilosis y la mucormicosis.

7.º En 1893; Coppen-Jones ha demostrado que en las mismas lesiones tuberculosas se pueden encontrar formaciones radicales, con mazas periféricas, simulando perfectamente las granulaciones actinomicósicas.

8.º Experimentalmente se pueden obtener formaciones idénticas á los granos actinomicósicos inoculando al conejo, por vía intravenosa, bacilos tuberculosos poco virulentos.

9.º Según Poncet, los enfermos *actinomicósicos* reaccionan muy intensamente á la acción de la *tuberculina*. Es este un hecho muy probatorio, que hará desesperar, en caso de presentarse, á los agentes del servicio sanitario.

«Del conjunto de estas consideraciones parece resultar con una cierta evidencia, que el *baeilo tuberculoso* es un hongo filamentoso vecino del de la actinomicosis, que se le debe hacer entrar en el mismo género con el nombre de DISCOMYCES TUBERCULOSUS.»

En apoyo de la tesis de Guiart está el hecho citado por Mr. Pion, de que muchas veces los Inspectores de carne del mercado de la Villette han encontrado pulmones con lesiones semejantes, sin otra diferencia que el pus era un poco más amarillento cuando estaban actinomicósicos.

Sea de ello lo que quiera, lo cierto es que, apesar del asombroso adelanto de la bacteriología, todavía existen obscuridades y dudas, y aun temores, de que cualquier día se *arme una revolución* en los dominios de los bacteriólogos y suerópatas.

## AVISO

Próxima la época en que ha de celebrarse la XIII Asamblea general de este Colegio, se recuerda á todos los Sres. Colegiados el derecho que les asiste de presentar las proposiciones que estimen convenientes someter á discusión, con la sola advertencia, que el anunciado y conclusiones de las mismas ha de remitirse á esta Junta, antes del día 10 de agosto, para poder insertarlas en la Convocatoria.

Gerona 1.º de Julio de 1910.—P. A. DE LA J., *El Secretario*, PEDRO ROCA Y PLANAS.

El profesor Dr. R. Kutner, Director de la Kaiserin Friedrich Haus de Berlín, ha remitido á este Colegio el siguiente

## ANUNCIO,

**Instituto de la Emperatriz Federico de cursos de ampliación para médicos**

Luisenplatz 2 y 4 BERLIN, cerca del Hospital de la Charité.

## INFORMACIONES GRATUITAS Á LOS MÉDICOS

sobre las instituciones médicas de toda Alemania, y sobre todo sobre las oportunidades de instruirse en cursos de ampliación, son dadas por la

### SECCIÓN DE INFORMES PARA MÉDICOS

en el Instituto de la Emperatriz Federico, Berlin NW6, Luisenplatz 2-4.

### La Exposición permanente de industrias médico-técnicas

proporciona á los médicos que visitan BERLIN la oportunidad de conocer todos los nuevos productos de las primeras casas alemanas necesarios en la *clínica práctica*, en el campo de la técnica instrumental, de la electricidad médica, de la óptica y de la química farmacéutica, así como los productos de los balnearios más acreditados.