

MURCIA MÉDICA

:: Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades ::

AÑO II

MURCIA - JUNIO - 1916

Núm. 15

DIRECTORES-FUNDADORES

D. Antonio Guillamón Conesa ↔ **D. José Sánchez Pozuelos**

D. Juan A. Martínez Ladrón de Guevara

Académicos Corresponsales de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO

REDACCIÓN.—F. ALEMÁN, *Oftalmología.*—E. AMORÓS, *Enfermedades de la nutrición.*—F. CANO, *Medicina general.*—M. S. CARRASCOSA, *Ginecología.*—F. CONEJERO, *Sifiliografía.*—J. EGEA, *Urología.*—J. GALLEGO, *Pediatría.*—F. GINER, *Aparato digestivo.*—A. GUILLAMÓN, *Biología.*—J. A. MARTÍNEZ L. DE GUEVARA, *Aparato respiratorio.*—J. A. MOLINA NIÑIROLA, *Electrología.*—E. PALAZÓN, *Dermatología.*—M. PRECIOSO, *Cirugía general.*—A. ROMERO, *Oto-rino-laringología.*—J. RUIZ MEDINA, *Neurología.*—J. SANCHEZ POZUELOS, *Aparato circulatorio.*—J. VINADER, *Medicina general.*

COLABORADORES.—DOCTORES: ALBALADEJO, Murcia.—ALBASANZ, Madrid.—AROCA, Murcia.—AYUSO, Murcia.—AZÚA, Madrid.—BARAJAS, Madrid.—CAMPOS PILLOL, Valencia.—CAÑIZO, Salamanca.—CODINA CASTELLVÍ, Madrid.—CUBELLS, Albacete.—DECREP, Madrid.—DEL RÍO, Zaragoza.—FERNANDEZ, Granada.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GÓMEZ OCAÑA, Madrid.—GÓMEZ, Murcia.—GONZALEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAEZ, Salamanca.—HERNÁNDEZ-ROS, Murcia.—LECHA-MARZO, Granada.—LIZCANO, Madrid.—LÓPEZ SANCHO, Valencia.—LOZANO, Zaragoza.—MAESTRE, Madrid.—MANERO, Alicante.—MARAÑÓN, Madrid.—MARQUEZ, Madrid.—MATEO MILANO, Madrid.—MEDINA (Alfonso), Madrid.—MEDINA (Francisco), Murcia.—NÚÑEZ, Salamanca.—PARDO, San Javier (Murcia).—PASCUAL, Madrid.—PESET (Juan), Sevilla.—PESET (Tomás), Valencia.—PIGA, Madrid.—PIQUER, Murcia.—PITTALUGA, Madrid.—RAMÓN Y CAJAL (Santiago), Madrid.—RECASENS, Madrid.—RODRÍGUEZ FORNOS, Valencia.—ROYO GONZÁLVEZ, Salamanca.—SANCHEZ DE RIVERA, Madrid.—SANCHEZ GARCÍA, Murcia.—TOLOSA LATOUR, Madrid.—VERDES MONTENEGRO, Madrid.

COLABORACIÓN AMERICANA.—DOCTORES: MIGUEL ANGEL.—KRAUS.—RAGUSIN.

Suscripción por un año, 5 pesetas.—Número suelto, 1'50 id.

Se autoriza la reproducción de nuestros artículos, indicando la procedencia. De todas las obras que se nos remitan dos ejemplares, publicaremos un estudio crítico. El envío de un solo ejemplar da derecho al anuncio en lugar correspondiente. No se devuelven los originales, ni se publicarán los artículos que no estén íntegros en esta Redacción.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Valor clínico de las supuraciones del oído*, por el Dr. Luciano Barajas.—*Importancia del miocardio como elemento de pronóstico en las infecciones: Lesiones orgánicas* (conclusión), por el Dr. Salvador Albasanz Echevarría.—*Nueva orientación en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis peritoneal de forma ascítica* (conclusión), por el Dr. Carlos López Fanjul.—PRENSA PROFESIONAL: *Iconografía clínica de enfermedades de la piel, sífilis y venéreo*, por el Dr. Vicente Gimeno.—*Nota sucinta sobre el tratamiento de las estrecheces uretrales gonocócicas*, por J. Pellicer Sala.—*Estudio clínico acerca del tratamiento de la tuberculosis por las vacunas atóxicas de J. Ferrán*, por el Dr. Santini.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia: Sesión del día 2 de Junio de 1916.*—*Sociedad Española de Especialistas de pecho: Sesión del día 4 de Abril de 1916.*—*Real Academia de Medicina de Madrid: Pequeños detalles prácticos y algunos principios generales referentes a las medicaciones locales en Oculística* (recepción del académico electo Dr. Márquez).—SECCIÓN VARIA: *Los médicos de los Institutos. Concursos y premios 1916-1917.*—*Ministerio de la Guerra: Real orden circular.*—*Inspección general de Sanidad exterior.*—*Noticias.*—*Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores.*

ARIVLE de S. Pozuelos.-Es la digital del pulmón

Jarabe Antiferino Moreno

PREPARACIÓN RACIONAL Y CIENTÍFICA PARA COMBATIR CON ÉXITO EN TODOS SUS PERÍODOS LA MÁS REBELDE COQUELUCHE.

DENTICINA MORENO

SOBERANO REMEDIO PARA COMBATIR TODAS LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO Y VIENTRE EN LOS NIÑOS.

Cura los VÓMITOS y DIARREA; facilita el BROTE y desarrollo de los DIENTES; evita el picor de las ENCÍAS. Combate las ALFERECÍAS y en general todos los desarreglos que lleva consigo el período de la DENTICIÓN.

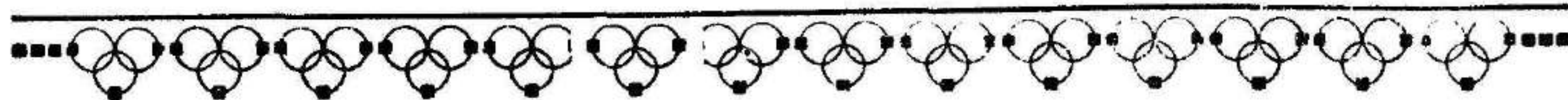
Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias y en la de su autor

Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



FARMACIA
CATALANA
DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



Farmacia

y Droguería

DE

A. Ruiz Seiquer

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos

Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones



Plaza de San Bartolomé

MURCIA



MURCIA MÉDICA
JUNIO 1916

Dr. Luciano Barajas
OTO-RINO-LARINGÓLOGO
DE LA
BENEFICENCIA MUNICIPAL
DE MADRID

¡¡¡ NUESTROS COLABORADORES

—
—
—
—
—

MURCIA MÉDICA

::: Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades :::

Año II .. Junio 1916 .. Núm. 15

TRABAJOS ORIGINALES

Valor clínico de las supuraciones del oído

Por el DR. LUCIANO BARAJAS

Oto-rino-laringólogo de la Beneficencia Municipal de Madrid

POR deberes humanitarios y para rendir el tributo debido al progreso constante que la Ciencia Otológica ejecuta, se impone determinar de una manera clara, precisa y concreta, la conducta a seguir de todo médico, que se halle alejado de los grandes centros urbanos o que se dé cuenta real del papel de atinado consejero de la salud que le está encomendada cuando se halle ante un enfermo de los oídos con el cuadro clínico que trataré de presentar de una manera escueta y sencilla.

Es tanto más necesario cuanto que a pesar de lo que diariamente se publica en periódicos, academias, conferencias, etc., todavía existe gran cantidad de personas ajenas y no pocas profesionales, que no solamente desprecian como asunto secundario y baladí la supuración de los oídos, sino que también llegan en su error a creer que aquellas supuraciones son derivaciones extraordinariamente sanas, para eliminar el organismo los malos humores, y que por el solo hecho de procurar disminuirlos puede acarrear trastornos inmensos.

Esta absurda preocupación ha producido víctimas innumerables que he tenido ocasión de comprobar multitud de veces y cuyo sacrificio es preciso evitar llevando al ánimo de las gentes, el convencimiento de la verdad única, para prestigio de la ciencia y beneficio de la humanidad, haciéndole saber al médico de familia que no

es solamente preciso que su consejo sea sano, sino que es necesario que también sea oportuno, puesto que si aguardamos a que los efectos de la propagación se consoliden y entren en período agudo, en este caso será inútil o por lo menos poco eficaz la intervención del especialista, circunstancia no despreciable de olvidar, pues así como el éxito corona casi la totalidad de las intervenciones practicadas en frío, es en cambio el fracaso casi permanente el que sucede a las intervenciones hechas en caliente.

¿Existen algunos síntomas evidentes que fijen el momento oportuno de una intervención quirúrgica, en los procesos supurados del oído?

Para el otólogo, sin duda alguna, razón por la cual no he de ocuparme de lo que para la vasta cultura de todos ellos es de sobra conocido; tampoco he de tratar de las indicaciones que la impresión visual otológica puede determinar; solamente me dirijo a los médicos generales, a los que he de tratar de presentar groseramente aquellos síntomas que a diario pueden observar sin exploración técnica alguna.

Para ello comenzaré con una ligerísima reseña de la evolución normal del proceso supuratorio del oído medio.

Toda infección en este órgano se hace necesariamente por una de estas tres vías: 1.^a vía sanguínea; 2.^a vía externa o timpánica, y 3.^a vía interna o tubárica; siendo de todas ellas esta última la que acarrea mayor número de infecciones por ser la trompa de Eustaquio el vector más seguro para transportar los gérmenes del oído medio, pues desde los procesos infecciosos generales (sarampión, escarlata, etc.), hasta el traumatismo que puede ejercer el lavatorio retrofaríngeo y nasal, todos son medios hábiles para determinar la infección.

Es por tanto deducción lógica que la primera condición que es necesario tener en cuenta para que el oído no sea invadido, consiste en el saneamiento de la nariz y faringe posterior.

El comienzo de toda otitis aguda es generalmente brusco, con molestos dolores en el fondo de la oreja y zonas inmediatas, fiebre y sordera; persistiendo los dos síntomas primeros principalmente hasta que natural o artificialmente se fistuliza el tímpano dando salida a los productos sero-purulentos allí encerrados, pasando en estos momentos al segundo período de la enfermedad el cual dura de quince a veinte días, al cabo de los cuales se suprime el flujo por completo y la audición va después lentamente reapareciendo.

Este curso no es frecuentemente tan halagüeño y a esta causa es en lo que fundamento estos breves apuntes.

Puede el dolor no ceder ni espontáneamente ni con los anestésicos más usuales, en cuyo caso si se prolonga dicho estado debe practicar el especialista la miringotomía con lo que frecuentemente todo se resuelve. Una vez abierto el tímpano

ya natural o artificialmente, puede continuar la supuración, persistiendo un ligero dolorimiento, en cuyo caso, si después de la cura seca bien practicada no diera resultado, debe enviarse al otólogo; con mucha mayor razón si la supuración es antigua sonrosada y de olor fétido, consecuencia de un proceso de osteitis crónica que progresa por osteitis rarefaciente y necrosis ósea, defendiéndose el hueso por la osteitis condensante periférica. Siempre debe enviarle pronto al especialista puesto que es un peligro constante de muerte, por la marcha insidiosa de sus complicaciones y la inmediata gravedad de la mayor parte de ellas.

Otras veces se os presentará un niño con un flemón retroauricular, subsiguiente a una inflamación del oído, en el que podéis intervenir oportunamente con la dilatación del flemón en forma amplia; pero si después de ocho días la supuración sigue, no vacilar un momento en enviarlo al otólogo, pues en aquel huesecito se ha fraguado una fístula con su secuestro en el antro mastoideo y mientras no sea convenientemente operado, nada obtendréis de la limpieza diaria, exponiendo a contingencias graves el retraso en la intervención verdad, porque la mastoiditis aguda se propaga rápidamente a distancia siguiendo ora la vía vascular, ora por comunicación de unas células con otras.

La parálisis facial en el curso de una otitis aguda o crónica acusa una tendencia progresiva de la afección ósea que una vez alcanzado el acueducto de Falopio puede extenderse más allá, por lo cual urge también que peritas manos actúen sobre estos enfermos.

Para mayor abundamiento cuando la supuración sea crónica, y además sanguinolenta y fétida, procurar corregir esto rápidamente, pues posiblemente la caja en todas sus porciones y principalmente en el techo (ático) estará rellena de masas fungosas revelantes de la ostio-periostitis parietal que envuelve a la caja y comprende a la cadenilla ósea.

Otras veces la persistencia del pus mezclado con estriás sanguinolentas dándole un tinte rosado acusa la presencia de vegetaciones o fungosidades poliposas, que la osteitis parietal produce en su progresivo avance.

No deja de ser frecuente que enfermos antiguos del oído arrojen mezclados con el pus *productos concretos blancos nacarados de aspecto escamoso* que a veces sale apelotonado. Este síntoma de valor indudable acusa la presencia en el oído de un colesteatoma cuya afección es de tal gravedad que no podemos sustraernos a indicar la acción maligna que sobre el hueso ejerce, llegando por un proceso de rarefacción a determinar perforaciones en el mismo casi siempre funestas.

La observación de pólipos que abocan al conducto auditivo externo, fístulas retro-auriculares y todo aquello que a simple vista es anormal, es indudable que en estos casos, por fortuna, el médico rápidamente o espontáneamente el enfermo busca el auxilio del otólogo.

Queda un baluarte muy poco firme aunque corriente para los opuestos a todos géneros de intervenciones. Es muy frecuente oír exclamar *urbi et orbe*, la tolerancia de chicos y grandes para sobrellevar años y años su flujo de oídos sin experimentar el menor trastorno, y esto que parece una verdad inconcusa se desmorona ante el inmenso número de niños fallecidos por meningitis, ataques convulsivos, etc. cuyo origen no ha sido otro que su antigua afección de oídos, completamente abandonada como igualmente otros muchos adultos que también sucumben víctimas de su culpa sin que estos casos desgraciadamente frecuentes, hagan mella en la conciencia de los abstencionistas.

Todo ello es completamente explicable dado lo insidioso de la evolución del proceso óseo, que invariablemente se acusa por supuración constante pero que por radicar en determinada zona es perfectamente compatible con sus órganos vecinos, pero si cualquier circunstancia la hace progresar exaltando su virulencia el fracaso es tan violento como seguro. Además el fracaso es factible en cuanto el hueso lesionado en su cubierta y en su masa se va defendiendo y encastillando a la carie por una obra de osteitis productiva o condensante que sustituye algunas veces a la rarefacción, y en otras es única.

Podemos resumir todo lo dicho para que sirva de norma al médico que reclame la intervención del especialista, y con responsabilidad moral en su negligencia al que no lo haga.

- 1.º Cuando se trata de modificar las afecciones nasales y laringeas.
- 2.º Cuando el dolor de una otitis aguda no cediere después de emplear largo tiempo los remedios oportunos.
- 3.º Cuando la supuración se continúa largo tiempo en el proceso agudo; si existe de modo crónico, así como aumenta la urgencia si fuera sanguinolenta, fétida y mezclada frecuentemente por masas escamosas brillantes, parecidas a las del ácido bórico.
- 4.º Cuando la supuración vaya acompañada de mareos, fiebre o con parálisis facial.
- 5.º Cuando haya persistencia de fistula retroauricular.
- 6.º En caso de persistencia del dolor en la mastoides sin que haya retención en la caja; y
- 7.º En todas las complicaciones otíticas, cerebrales, vasculares y nerviosas.



Importancia del miocardio como elemento de pronóstico en las infecciones: Lesiones orgánicas

POR EL

Dr. Salvador Albasanz Echevarría

Médico de número del Hospital de la Princesa (Madrid).

Miembro correspondiente

de la Real Academia de Medicina. Especialista en enfermedades del pecho, etc.

(CONCLUSIÓN)

Hasta hace poco tiempo toda dilatación cardíaca era explicada por un aumento de presión en las cavidades del órgano que rechazaba sus paredes hacia fuera, pero en rigor no se comprende como un aumento de presión originado por el sístole cardíaco determina dicha dilatación por lo menos en ausencia de lesiones valvulares y por tanto de ondas sanguíneas retrógradas que como se sabe contribuyen a crear hipertensión; además estudios anatómicos hechos en el cadáver han demostrado la posibilidad de encontrar en las autopsias, corazones de paredes adelgazadas y fibras musculares degeneradas, en sujetos que han podido vivir largo tiempo luchando con los efectos de una tensión arterial anormalmente elevada sin presentar por eso signos de dilatación, hecho que confirman los casos de muerte súbita en los que el examen necrópsico pone de manifiesto una rotura de corazón sin la menor señal de dilatación cardíaca.

No siendo suficiente la explicación mecánica del aumento de presión, era necesario acudir a causas distintas de la resistencia ofrecida por las cavidades cardíacas durante el sístole, y de la fuerza de distensión durante el diástole, y esa causa no puede ser otra que el grave ataque que experimenta la tonicidad del miocardio. La disminución de esta propiedad inherente a toda fibra muscular origina relajación de anillos aurículo-ventriculares, y como consecuencia insuficiencias funcionales, hipertensión y dilatación de cavidades cardíacas.

Los síntomas que permiten afirmar la disminución de tonicidad miocárdica son de tres órdenes.

1.º Los debidos a alteraciones del corazón mismo es decir, aumento de volumen, cambios de posición, modificaciones de ruidos normales y presencia de soplos.

2.º Los debidos a trastornos de circulación periférica en órganos y tejidos lejanos, como la disnea, aumento de volumen del hígado, edema, oliguria etc.

3.º Síntomas sensitivos reflejos presentados por las zonas de hiperalgesia, afectando la piel, mamas, axila y músculos del lado izquierdo de pared torácica y a veces trapecio y esternomastoideo del mismo lado.

De todos estos síntomas los que más interesan por su significación diagnóstica y por su importancia pronóstica, son los dependientes del aumento de volumen del corazón apreciables por percusión. Y comprobada por radiografía y ortodiografía practicada al nivel del cuarto espacio intercostal, el descenso y desviación de la punta, apagamiento de ruidos cardíacos que parecen verse a distancia, soplos de insuficiencias valvulares debidas a relajación de las fibras musculares que rodean los orificios aurículo-ventriculares en ausencia de lesión valvular propiamente dicha, y por último signos que traducen la insuficiencia cardíaca en los órganos y tejidos de la economía como el hígado, riñón y pulmón.

En las infecciones en que se presentan signos de insuficiencia cardíaca por dilatación aguda de miocardio, el pronóstico está por entero subordinado a la cantidad de fuerza en reserva agotada por la fibra muscular y susceptible de reparación bajo la influencia del tratamiento digitálico. Si el agotamiento es completo la asistolia aguda será irreductible y mortal, en caso contrario el miocardio reparará poco a poco sus energías y será posible el restablecimiento del equilibrio circulatorio.

En ausencia de signos claros de dilatación cardíaca, son de gran importancia para el diagnóstico y pronóstico de una localización infectiva sobre el miocardio dos signos.—1.º Apagamiento de ruidos normales.—2.º Producción de ruidos anormales.

Las modificaciones en el timbre de los ruidos normales del corazón y los soplos orgánicos, a juzgar por lo que tenemos observado, aparecen tardíamente, cuando las lesiones principalmente endocárdicas tienden a organizarse y constituir esclerosis, muchas veces habiendo ya desaparecido el estado febril, a condición de interesar no sólo la fibra muscular sino también el endocardio en la línea de adaptación orificio valvular determinando lesiones óricas o valvulares, de insuficiencia o estrechez.

El apagamiento de los ruidos normales no puede considerarse como quiere Potaire como patognomónico de localización endocárdica aguda, por ser normal en muchos sujetos, y sobre todo por ser más bien signo de invasión y parexia del miocardio en los casos en que deriva de una localización cardíaca por la infección.

Cuando las lesiones inflamatorias predominan en el endocardio valvular, no suelen ser los signos físicos, los mejores ni los más precoces para descubrirlas, cuando aún no han hecho alteraciones óricas o valvulares; son más bien los síntomas subjetivos de ansiedad y angustia precordial, la disnea, junto con la existencia

de fenómenos de eretismo cardíaco, de pequeñez de pulso, irregularidades etc., dependientes de la alteración de la fibra muscular los que nos ponen en camino del diagnóstico y por tanto los que pueden constituir elementos de apreciación pronóstica.

Más tarde en la declinación de las infecciones es cuando aparecen de ordinario los signos físicos de percusión y auscultación por haberse ya constituido lesiones de orificios o de válvulas cardíacas, con frecuencia combinadas como corresponde a endocarditis difusas y de extenso radio de acción, siendo desde el punto de vista práctico los soplos sistólico de la punta y diastólico de la base los que más interesan por su valor diagnóstico de lesión mitral y aórtica (insuficiencia), siempre teniendo presente la importancia mayor de los soplos diastólicos por traducir casi siempre lesión orgánica, sobre los sistólicos que frecuentemente son producidos por causas diversas anorgánicas.

En la interpretación de los soplos cardíacos lo importante es pues precisar su naturaleza orgánica por los caracteres de fijeza, intensidad, área de propagación variable según la topografía de la lesión, para no confundirlos con los orgánicos o cardio pulmonares cuya significación pronóstica es completamente diferente.

Por tanto, en los casos de endomiocarditis aguda infectiva el pronóstico no sólo depende del estado del miocardio, sino también de la lesión endocárdica valvular, por los trastornos circulatorios inherentes a las insuficiencias o estenosis creadas por esta última.

No son los soplos orgánicos los únicos ruidos anormales que traducen la infección cardíaca, pueden las lesiones interesar la serosa externa del corazón, el pericardio, originándose procesos de mio-pericarditis, en cuyo caso a los signos que revelan la alteración miocárdica se añade el roce pericárdico en las formas secas, o signos de derrame en las formas exudativas que modifican el área de percusión cardíaca con su forma de pera característica extendida hasta la segunda costilla y determinando a veces según Ewar cambios de percusión en la base del pulmón izquierdo, que precisa tener en cuenta para no confundir los derrames pericárdicos con los pleuríticos, siendo sobre todo estas últimas las que tienen peor pronóstico por la posibilidad de que se establezcan adherencias que sumen su acción a la del derrame para crear tales dificultades al funcionalismo cardíaco que la vida resulte imposible.

* * *

Las modificaciones de presión arterial son constantes en las enfermedades infecciosas; tanto las infecciones agudas como las crónicas se acompañan de hipotensión, en grado variable según la naturaleza del agente patógeno y la acción de sus toxinas, pues entre la pulmonía, infección en la que apenas si se modifica la tensión



sanguínea, y la tifoidea sobre todo en alguna de sus formas y la tuberculosis, en las que es constante la baja considerable de tensión hasta descender a veces a 13 y 11 centímetros de mercurio, existen grandes diferencias que no pueden ser explicadas de otro modo que por la acción ejercida por las secreciones bacterianas sobre los mecanismos productores y reguladores del tono cardio-vascular.

Las modificaciones de tensión arterial no sólo suministran datos acerca del estado del miocardio, sino también de la manera como se comporta el sistema vascular; tal influencia tienen los vasos en la génesis de la tensión sanguínea que en clínica todo descenso manifiesto de la misma debe ser considerado como signo de insuficiencia cardio-vascular, lo demuestra el hecho de que las tensiones más bajas de 8 á 10 centímetros de mercurio, coinciden tanto en las infecciones como en las lesiones cardíacas constituidas, con muchos de los síntomas ya estudiados y que revelan lesiones agudas profundas del miocardio, y trastornos de inervación vasomotriz, tales son la taquicardia en sus diferentes grados y formas, arritmias, embriocardia etc., aun cuando las lesiones miocárdicas y vasculares no siempre deban ser consideradas como responsables del síndrome hipotensivo, puesto que se sabe, hoy que la patología de las glándulas vasculares sanguíneas ha hecho grandes progresos, que muchas infecciones son susceptibles de determinar estados de insuficiencia funcional aguda cardio-vascular por lesiones congestivas, inflamatorias y degenerativas de las cápsulas suprarrenales, órganos que entre otras e importantes funciones tienen a su cargo el sostenimiento del tono cardio-vascular, y como consecuencia de la tensión sanguínea.

Así pues, prescindiendo de las formas ligeras de hipotensión que pueden estimarse como normales en las infecciones y dependientes de un trastorno funcional puramente tóxico, dos órdenes de lesiones determinan el síndrome hipotensivo. 1.º Lesiones de miocarditis aguda. 2.º Lesiones de surrenalitis aguda. Tanto unas como otras son graves por ser causa frecuente de insuficiencia cardio-vascular caracterizada por pulso pequeño, rápido, débil e irregular, más tarde enfriamiento con palidez y a veces cianosis, síndrome que a menudo termina con la muerte súbita por síncope, o rápida por colapso cardíaco, aun cuando pueda a veces prolongarse y constituir una forma lenta del mismo.

Es por tanto la hipotensión arterial un síntoma de gran valor pronóstico en las infecciones, en cuanto traduce el estado anatómico y funcional del miocardio y de los vasos y constituye una de las fuentes principales de indicaciones terapéuticas.

* * *

A las alteraciones de ritmo, modificaciones en el volumen del corazón y de los ruidos cardíacos, y á la hipotensión arterial acompañan con frecuencia síntomas fun-

cionales que no dejan de tener significación en el curso de una enfermedad infecciosa para pensar en la existencia de una complicación miocárdica, como con las sensaciones subjetivas experimentadas por los enfermos, ansiedad y angustia precordial, opresión, a veces dolor con o sin irradiaciones espontáneas o provocadas, palpitaciones y sobre todo disnea más o menos intensa con su frecuencia de movimientos respiratorios y con la sed angustiosa de aire, síntoma que por cierto no encuentra explicación en el estado del pulmón por cuanto su auscultación da resultados negativos, dato de gran importancia y que debe tenerse muy en cuenta para dirigirse a explorar corazón, seguros de que si prescindimos de los casos de disnea de causa puramente nerviosa y tóxica, hemos de encontrar en la miocarditis aguda la causa y explicación de dicho trastorno.

De la intensidad de muchos síntomas funcionales pueden obtenerse elementos de pronóstico que demuestran una vez más la importancia tan grande que tienen las alteraciones de la fibra cardíaca en la apreciación de dicho juicio clínico en el curso de toda enfermedad infecciosa.

* * *

Estudiados los síntomas que demuestran la participación del miocardio en un estado infectivo, y la significación pronóstica de cada uno de ellos con el criterio amplio que lo hemos hecho; ¿cabe admitir diferencias respecto a la frecuencia y gravedad que en las infecciones tienen las determinaciones cardíacas? Aun cuando esta pregunta no pueda ser contestada de un modo absoluto y terminante por la razón de que a diario vemos infecciones diversas en naturaleza y gravedad aparente ocasionar serias complicaciones cardíacas, no cabe dudar sin embargo que existen algunas en que la frecuencia de dichas complicaciones constituye un rasgo característico que las diferencia de las demás, tal ocurre con el reumatismo agudo, la pulmonía, la fiebre tifoidea y la difteria, presentando además la particularidad de que aun en estas mismas infecciones el predominio de lesiones en el miocardio o en las membranas serosas varía, hecho que contribuye poderosamente al esclarecimiento del pronóstico.

Nadie duda de la frecuencia y predominio de lesiones endocárdicas, en el reumatismo articular agudo sobre todo del endocardio valvular, así como de la rareza con que escapa ileso el miocardio, cuyas alteraciones tienen una gran importancia no sólo para el pronóstico del estado agudo infectivo, sino para la integridad ulterior del músculo cardíaco, llegando en ocasiones la infección a determinar alteraciones del pericardio, constituyendo el tipo anatómico conocido con el nombre de gran corazón reumático de Duroziez.

Esto que ocurre en el reumatismo respecto de las serosas cardíacas, lo encontra-

mos en la pulmonía y bronco-neumonías con relación al miocardio; Ituchard lo ha expresado a propósito de las determinaciones pneumónicas de la grippe diciendo que la enfermedad reside en el pulmón y el peligro en el corazón. Es tan frecuente la miocarditis aguda en las formas graves de neumonía con predominio de fenómenos generales, sobre todo en ciertas epidemias, que en ocasiones se hace difícil distinguir los síntomas debidos a la invasión del corazón de los originados por la infección general, y la enfermedad puede evolucionar rápidamente hacia la muerte y tener ésta lugar, pocas horas después del escalofrío inicial. La miocarditis aguda constituye pues la determinación predominante de la pulmonía en el corazón.

Otro tanto ocurre con la tifoidea, infecciones de germen paratífico y colibacilar, en ellas la miocarditis representa una de las complicaciones más frecuentes y temibles por su gravedad, sobre todo en las formas hiperpiréticas e hipertóxicas, que se acompañan de fenómenos generales graves y a menudo de alteraciones de la misma naturaleza en otros órganos como el riñón, hígado etc.

La difteria en sus formas malignas polimicrobianas y en las mal tratadas suero-terápicamente también tiene su rasgo distintivo en la frecuencia con que hace determinaciones cardíacas tóxicas, constituídas por esas alteraciones graves del miocardio que ocultas muchas veces entre el considerable número de complicaciones y síntomas de infección general son susceptibles de crear una tendencia grande al síncope mortal por parálisis cardíaca.

Porque determinadas infecciones tengan como hemos visto tendencia marcada sobre otras a complicarse de lesiones cardíacas, no quiere decir que todas las demás enfermedades infectivas no puedan originarlas en el trascurso de su evolución, con tal de que la virulencia del germen y de sus secreciones, o la escasa resistencia del terreno favorezca su desarrollo; así vemos a las fiebres eruptivas en particular la viruela y la escarlatina, a las infecciones puerperales en sus diversas formas, la erisipela, la grippe, tifus exantemático, fiebre de malta, paludismo etc., complicarse a menudo de infección miocárdica constituyendo complicaciones graves y con frecuencia mortales sin contar las formas agudas de tuberculosis que como sabemos son capaces también de determinar localizaciones miopericardíticas de pronóstico completamente desfavorable.

*
*
*

Si las infecciones agudas febriles y con hipertermia son las que más frecuentemente hacen localizaciones cardíacas, bueno es recordar la importancia que en clínica ha tenido siempre la hipotermia como generadora de estados de impotencia miocárdica capaces de ocasionar la muerte.

A primera vista parece paradójico hablar de hipotermia en las infecciones fe-

briles, pero los modernos trabajos referentes a los venenos de origen microbiano, los de Chantemesse y Widal, y los de Dourmont y Doyen con los bacilos tíficos y diftéricos, así como las relaciones entre la dosis de sustancia tóxica y el peso del animal, han demostrado dos hechos.

1.º La hipotermia en las infecciones agudas reconoce las mismas causas que la hipertermia, intoxicación por toxinas microbianas y productos resultantes de trastornos nutritivos y nerviosos.

2.º La hipotermia es capaz de hacer estragos mayores en el miocardio que la hipertermia, y de matar sin dar tiempo a que se establezca lucha y defensa por parte de los animales infectados o intoxicados.

La clínica ha reconocido siempre la importancia de las infecciones hipotérmicas en la génesis de muchas insuficiencias cardíacas causantes de la muerte, todos los médicos saben la gravedad que encierran y la rapidez con que matan los estados de algidez y de colapso en las infecciones como el cólera, disentería, estados tíficos y paratíficos, la misma pulmonía y la gripe, para que necesitemos insistir en la urgencia de su diagnóstico y de su terapéutica, queriendo sólo recordar que la capacidad funcional del miocardio obtenida merced a recursos puestos en práctica constituye el elemento más importante de pronóstico y el que decide la suerte de los enfermos; su restablecimiento salva la vida con frecuencia, su agotamiento ocasiona la muerte.

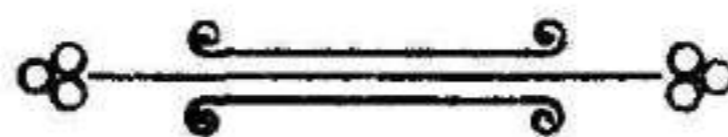
En resumen la influencia de las infecciones sobre el corazón es un hecho innegable, lo demuestra la clínica y la experimentación y lo confirma la anatomía patológica, sus lesiones son frecuentes, casi siempre difusas, es decir, extendidas a los diversos elementos constitutivos del órgano miocardio y membranas serosas, más rara vez localizados, o mejor dicho predominantes en algunas de esas partes y constituyendo tipos clínicos de afección endocárdica, miocárdica o pericárdica.

Tanto en un caso como en otro suele ser el músculo cardíaco el que más directamente sufre las consecuencias de la invasión microbiana o del envenenamiento por las toxinas, hecho que explica como clínicamente por lo menos son los síntomas de miocarditis aguda los que más sobresalen y los que mayor significación diagnóstica y pronóstica tienen para el médico.

Prescindiendo de las formas latentes, con frecuencia mortales, los síntomas que en la mayoría de las infecciones traducen la alteración del miocardio son: 1.º Taquicardia. 2.º Debilitación de latidos y apagamiento de ruidos cardíacos. 3.º Arritmias sobre todo de contractilidad (pulso alterante) en el período de estadio de la enfermedad, embriocardia e hipotensión arterial considerable. 4.º Fenómenos de dilatación cardíaca aguda y soplos orgánicos. 5.º Trastornos funcionales, en particular disnea.

En presencia de signos claros de miocarditis aguda infectiva, el pronóstico está en principio subordinado al estado del músculo cardíaco, según la fuerza de reserva agotada y susceptible de reparación espontánea o terapéutica, debiendo tener presente que si en las lesiones crónicas de corazón, como luego veremos, el hecho es totalmente exacto, en las infecciones agudas no es posible hacer pronóstico completo sin relacionar los datos suministrados por el estado del miocardio con los que nos proporcionan otros elementos de juicio de grandísima importancia, como son la elevación térmica que si sostenida en grado moderado representa un mecanismo defensivo que conviene respetar, es lo cierto que cuando alcanza cifras extremas es un motivo más de lesiones degenerativas viscerales; como son el estado funcional del hígado y del riñón, órganos que tienen a su cargo el desempeño de funciones anti-tóxicas y eliminadoras necesarias para la vida, y que con frecuencia sufren al mismo tiempo que el miocardio las consecuencias de la invasión microbiana.

Además, lesiones de miocardio, temperatura elevada o por el contrario baja, e insuficiencia funcional de hígado y de riñón, las vemos combinarse en las formas graves hiperpiréticas e hipertóxicas de las infecciones agudas, que son las que más frecuentemente ocasionan la muerte, aparte otra serie de complicaciones inherentes a la naturaleza y localización de cada una de ellas, nerviosas, intestinales, renales, etc., que no ocupan para nada nuestra atención.



Nueva orientación en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis peritoneal de forma ascítica

FOR EL

DR. CARLOS LÓPEZ FANJUL

DE OVIEDO

LEMA: PATTERSON

(CONCLUSIÓN)

Que los leucocitos desempeñan un papel importantísimo en la defensa contra las infecciones, se ha demostrado con toda claridad por el hecho, de que puede hacerse variar la resistencia de los animales contra dosis de materias infectantes, y haciendo además desaparecer con los experimentos de Wassermann, el antagonismo existente entre la teoría fagocitaria de Metschnicoff, y las teorías humorales de Buchuer, y demostrando que los complementos bacteriolíticos pueden ser productos derivados de los leucocitos, y que la presencia del suero es esencial para que la fagocitosis se realice, pues ni la bacteriolisis ni la fagocitosis pueden realizarse sin la acción simultánea de las células y los líquidos, y nuestro compatriota el Dr. Don Martín Salazar en su notable obra sobre la «Inmunidad» y ante la aparente disparidad de los dos citados experimentadores, se explica también en la siguiente forma: Si bien la doctrina de Metschnicoff da más importancia al aspecto celular, que al aspecto químico del fenómeno, y la teoría de Buchuer más valor al lado químico que al celular pueden ambos puntos de vista, armonizarse en una integración mental superior admitiendo como admitimos nosotros que no un grupo de células, ni un linaje especial de humores, sino el organismo todo se defiende contra las infecciones conduciéndose cada uno de sus elementos, sean hísticos o anhísticos, según su especial naturaleza y función.

Sería interminable citar los estudios y experiencias llevadas a cabo sobre asunto de tanta monta, y que de una manera magistral en su obra de anatomía pato-

lógica, describe nuestro maestro Ramón y Cajal, y avaloran las experiencias de Ehrlich, Arrhenius, Madsen y otros muchos.

El sujeto que se deja invadir por la infección tuberculosa, el contenido de su sangre en sustancias necesarias para la fagocitosis, (opsoninas) en bacteriolisinas y antitoxinas, es sin duda alguna muy pobre para contrarrestar la acción patógena de las toxinas de elaboración microbiana. Es de absoluta necesidad ayudar al organismo a vencer en la batalla entablada, y nuestro pensamiento al querer luchar contra la tuberculosis peritoneal, era aumentar en la región de la serosa, todas las defensas posibles. Llevemos al peritoneo tuberculoso una mayor irrigación, aumentemos con ello el número de leucocitos en dicho sitio, pues si actualmente se admite por todos, que la reacción inflamatoria constituida por el aumento de leucocitos y de suero, tiene por objeto proteger al organismo con la acumulación local de anticuerpos, tales como bacteriolisinas y opsoninas que naturalmente se encuentran en la sangre, provocaríamos una superproducción local, capaz de vencer en una zona limitada. Además, tiene aún mas valor ésta nuestra suposición, si se tiene en cuenta después de las observaciones de Patterson, *que los leucocitos de las leucocitosis provocadas e infecciosas, tienen un poder bactericida más grande que los de la sangre normal.*

Para conseguir nuestro propósito, ninguno de los procedimientos hasta el día seguidos, son suficiente a llenar el requisito apuntado, pues si el proceder de Casati parece dejar entrever alguna luz, aparte de lo incompleta y limitada de su acción, la persistencia del drenaje entre la masa intestinal y en un mismo punto, puede ser causa de infecciones secundarias y necrosis del intestino, con todos los graves y muchas veces mortales accidentes de la perforación intestinal.

Nuestro proceder abarca un campo mucho más extenso que el de Casati, estando a la vez exento de los peligros de éste.

Todos nuestros enfermos fueron tratados ocho o diez días antes de la intervención, por las inyecciones de suero fisiológico en cantidad de 400 á 500 c. c. en días alternos.

OPERACIÓN

Previa anestesia clorofórmica, practicamos la laparotomía amplia, limitándonos única y exclusivamente, a permitir la salida del líquido ascítico, pero sin llegar a su agotamiento. A la puerta de la herida operatoria, aparece una cantidad de peritoneo e intestino con su serosa sembrada de granulaciones; nuestra acción entonces, se reduce a recubrir toda la serosa a la vista, con gasa, y sin cerrar la cavidad del vientre, colocamos un grueso y amplio apósito oclusivo.

Claro es, que aunque el peritoneo tuberculoso presenta una notable resistencia

para ser asiento de infecciones vulgares y opone un no menor esfuerzo a la reabsorción de productos tóxicos, todas las maniobras que llevemos a cabo, deben ser presididas e inspiradas, por la asepsia y antisepsia en su mayor grado de concepción.

A las cuarenta y ocho horas de efectuado lo anterior, y sin anestesia clorofórmica, puesto que los pacientes toleran bastante bien este tiempo, procedemos a levantar el apósito, con las mismas precauciones que para la primera intervención. Al intentar extraer la gasa que hemos dejado recubriendo la superficie de la serosa, encontramosla aprisionada por una red de falsas membranas, que además unen las asas intestinales unas con otras, siendo preciso romper con mucho cuidado estas tenues adherencias.

El primer fenómeno que salta a la vista una vez en presencia de la serosa, es, que a la superficie gris pálida, falta de pulimento y ampliamente granulada, ha sustituido una extensa zona congestiva, encontrándose la superficie en contacto con la gasa, enrojecida por una considerable vascularización y fundidas la casi totalidad de las granulaciones.

La destrucción de las adherencias, nos permite introducir fácilmente en el fondo de la cavidad abdominal, la masa sobre la cual actuó la gasa y atraer con sumo cuidado a la entrada de la herida operatoria, una nueva cantidad de intestino y peritoneo granulados, que recubriremos como la vez primera con gasa y vendaje oclusivo.

Transcurridos dos o tres días, repetimos la maniobra de extracción de la gasa y destruyendo con sumo cuidado todas las adherencias y habiendo administrado esta vez al enfermo unas gotas de cloroformo, cerramos definitivamente la herida operatoria.

Como la vez primera, el fenómeno de congestión de la serosa y la desaparición de las granulaciones tuberculosas, ha puesto de manifiesto que la enorme vascularización provocada, ha llevado a la superficie de la serosa enferma una cantidad de elementos hematológicos, capaces de luchar en condiciones ventajosas, con los productos patológicos de elaboración microbiana.

Observación I.—Luisa Méndez, de 22 años de edad y natural de Avilés (Asturias).

Antecedentes hereditarios.—Viven el padre y la madre; el primero padece de reumatismo crónico; la segunda goza de perfecta salud. Tuvo dos hermanos de los cuales uno vive y está sano, y el otro falleció a los 17 años de tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales.—Sufrió una dentición laboriosa, con frecuentes diarreas verdes, que fueron causa de un desarrollo difícil y lleno de incidentes. Las reglas hicieron su aparición a la edad de 17 años, siendo escasas, descoloridas y con frecuentes períodos de amenorrea que duraban tres y cuatro meses.

Enfermedad actual.—De los comienzos del invierno de 1905 databan sus primeros trastornos, consistentes en pérdida notable del apetito, cansancio para todo trabajo, algunos dolores abdominales y alternancias de diarrea y estreñimiento. Poco tiempo después la enferma nota que su vientre aumenta de volumen y en vista de ello, decide a consultar su padecimiento.

Como consecuencia de la consulta, el médico propone una paracentesis que es aceptada por la enferma y su familia, dando por resultado la extracción de unos tres litros de líquido transparente.

Al mes y medio de practicada dicha paracentesis, la reaparición del líquido obliga a repetir la punción dando esta vez mayor cantidad de líquido. La misma maniobra fué repetida tres meses después.

Estado actual.—Al presentarse a nuestra consulta, el estado general es bastante deplorable; del reconocimiento, parece tener integridad fisiológica pulmonar; el vientre está distendido, sin desarrollo venoso en sus paredes, y con sensación de oleada y gran macidez en los flancos; existe algo de diarrea y reacción febril insignificante.

Operación.—Aceptada la intervención, previa anestesia clorofórmica y con las reglas más rigurosas de asepsia, practicamos una amplia incisión que puso al descubierto el peritoneo parietal, incindido éste en toda la extensión de la herida dió salida a una cantidad de líquido que no bajaría de siete litros. Toda la serosa aparecía cubierta de granulaciones de pequeño tamaño, y el reconocimiento de la cavidad del vientre demostró, que tanto los órganos genitales, como el apéndice y vísceras, no participaban de la infección.

Se cubrió con gasa toda la superficie granulada, o la vista, y se colocó un amplio vendaje.

A las cuarenta y ocho horas con las mismas precauciones de asepsia, procedimos a levantar el vendaje; la gasa en contacto con la serosa se encontraba como aprisionada entre numerables bridas fibrosas; despegada con sumo cuidado vimos que toda la zona en contacto con el cuerpo extraño estaba exageradamente enrojecida, habiéndose fundido la mayor parte de las granulaciones. Llevóse al fondo de la cavidad abdominal toda esa masa intestinal y atrájose hacia la superficie nueva masa granulada, cubriéndola como la primera vez con gasa y amplio vendaje.

A los tres días se procedió por última vez y previa anestesia clorofórmica, a extraer la gasa, observando los mismos fenómenos. Se terminó la operación con la sutura de la herida abdominal.

Curso post-operatorio.—Alguna reacción febril insignificante.

A los 25 días fué dada de alta.

En la actualidad persiste la curación.

Observación II.—Laureano Rico, de Luarca (Asturias), de 27 años de edad, casado y de oficio sastre.

Antecedentes hereditarios.—Ninguno que pueda relacionarse con su padecimiento.

Antecedentes personales.—Se crió endeble y dice haber padecido de la vista en ciertas épocas (¿Conjuntivitis escrofulosa?) a los doce años padeció una afección de la piel, para cuyo diagnóstico no da suficiente número de datos. Cumplió el servicio militar sin incidente alguno.

Enfermedad actual.—Hacia aproximadamente seis años que había comenzado su padecimiento con diarrea acentuada y rebelde, poco después dolores de vientre y alguna tirantez; del tratamiento médico de que hizo uso, dice que le mejoró algo, pero los fenómenos volvieron a aparecer y una gran pérdida de fuerzas le obligaron a consultar de nuevo. Punción evacuadora que dió lugar a la salida de una cantidad no grande de líquido ascítico. Como al poco tiempo reapareció el derrame, y siguiendo el consejo de su médico, ingresó pocos días después en el Hospital Provincial de Oviedo.

A los ocho días de su ingreso se le practicó la operación, siendo dado de alta al mes de ser operado.

Después de dos años de operado, sigue sin reproducción.

Observación III.—Rosa Martínez, de 16 años, soltera, de Laviana (Asturias).

Antecedentes hereditarios.—Padre alcohólico. La madre gozó de buena salud, hasta hace poco, que se le presentó una afección en el labio superior rebelde a todo tratamiento, pero que el mercurio curó completamente.

Antecedentes personales.—Se crió bastante enfermiza. A los doce años hizo su aparición una coxalgia que fué tratada por la inmovilización y la inyección de Calot.

Enfermedad actual.—Al año de curada de su coxalgia hicieron su aparición los primeros signos de una tuberculosis peritoneal.

Estado actual.—Estado general malo; vientre muy distendido y con circulación suplementaria; nada de apetito, diarrea y estreñimiento alternando y reacción febril ligera.

Operación.—La intervención confirmó el diagnóstico, procediéndose como en los demás enfermos.

Curso post-operatorio.—Como el estado general era malo tardó en reaccionar del traumatismo quirúrgico. Fué dada de alta al mes y medio. En la actualidad sigue curada.

Observación IV.—Cándida Rodríguez, de 21 años, soltera, de San Clavdís (Oviedo).

Antecedentes hereditarios.—Padre alcohólico, madre sana. Tuvo un hermano que falleció en Cuba de fiebre amarilla.

Antecedentes personales.—Buena salud hasta los quince años, pero con la aparición de las primeras reglas, comenzó a resentirse su estado general padeciendo una clorosis intensa.

Enfermedad actual.—Del mes de Noviembre de 1910 datan sus primeros trastornos de vientre, que consistían en dolores poco acentuados y frecuentes diarreas. Las fuerzas y el apetito habían disminuído ostensiblemente.

Estado actual.—Cuando se presentó a nuestra consulta el estado general no es muy malo; la piel presenta un tinte terroso, de auscultación pulmonar nada anormal revela; el vientre está poco distendido, pero se nota con claridad la sensación de oleada, siendo la macidez absoluta en los flancos. Tiene alguna pequeña reacción febril.

Operación.—Se lleva a cabo sin contratiempo alguno.

Curso post-operatorio.—Bueno, siendo dada de alta a los veinte días.

En la actualidad persiste la curación.

Observación V.—José Iglesias, de 31 años, soltero hospiciano y de profesión cajista de imprenta.

Antecedente hereditario.—No tiene padres conocidos.

Antecedentes personales.—Fué siempre enfermizo conservando varias huellas de procesos ganglionares supurados.

Enfermedad actual.—Hace dos años comenzó a notar gran cansancio para todo trabajo y falta de apetito que le decidió a consultar; el tratamiento reconstituyente fué abandonado pronto, pues la disnea que se le presentó poco después la inculpaba a dicho tratamiento. Poco después y persistiendo los trastornos más alguna distensión del vientre le obligó a consultar de nuevo, siéndole practicada una punción que dió salida a una regular cantidad de líquido.

La reproducción del derrame le obligó a ingresar en el Hospital donde fué laparotomizado.

Estado actual.—A los tres meses y nuevamente reproducido el derrame se presentó a nuestra consulta; su estado general era bastante malo, pero apesar de ello le indicamos de nuevo la operación que aceptó.

Operación.—El mismo proceder que en los demás.

Curso post-operatorio.—Fué bastante accidentado por su mal estado.

Alta a los 47 días. Sigue sin reproducción.

Observación VI.—Cándido Suárez, de 19 años, de Trado (Asturias) dependiente de comercio.

Antecedentes hereditarios.—Su padre falleció de afección hepática; la madre de carcinoma uterino. Tiene dos hermanos y gozan de perfecta salud.

Antecedentes personales.—Dice que disfrutó siempre de buena salud.

Enfermedad actual.—Sus primeros trastornos comenzaron a poco de su llegada a la Isla de Cuba (malas digestiones acompañadas de dolores de vientre, algo de diarrea). Como los trastornos fueron en aumento ingresó en la casa de salud de la Covadonga, donde fué diagnosticado de tuberculosis peritoneal y laparotomizado por el Dr. Varona. Como pasado algún tiempo volvió a enfermar decidió volver a España.

Estado actual.—Estado general malo, vientre bastante distendido, no tiene diarrea en la actualidad pero sí sudores profusos; nada pulmonar y el termómetro marca por la tarde 37 °. 8.

Operación.—La laparotomía da salida a una enorme cantidad de líquido apareciendo la serosa sembrada de gruesos tubérculos.

Curso post-operatorio.—El mal estado general retiene en cama al operado por espacio de dos meses.

No ha vuelto a reproducirse la afección y muy mejorado ha embarcado nuevamente para América. Según noticias, sigue curado.

Observación VI.—Luisa Casillas, de 19 años, soltera, de Taubia (Asturias).

Antecedentes hereditarios.—El padre murió a consecuencia de un ataque de alcoholismo agudo; la madre vive y es afecta de insuficiencia aórtica. Tuvo cinco hermanos, uno falleció a los tres años de tuberculosis meníngea y otro a los diez y seis de tuberculosis pulmonar. Los demás están bien.

Antecedentes personales.—Hasta los quince años que hicieron su aparición las reglas, gozó de buena salud; fueron estas muy abundantes al principio y escasas e irregulares después comprometiendo su estado general que un médico diagnosticó de clorosis acentuada.

El tratamiento instituido no la mejoró nada.

Enfermedad actual.—Poco apetito, adelgazamiento acentuado, dolores de vientre y alguna vez diarrea.

Estado actual.—Desnutrición general no muy acentuada, nada en el aparato respiratorio, aumento muy moderado del vientre, sensación de oleada, un poco de diarrea y nada de temperatura.

Operación.—Fué ejecutada en el mes de Marzo de 1913, y dada de alta a los veinte días de operada.

Persiste la curación.

Observación VIII.—L. M., de veintidos años, soltero, estudiante de Medicina y natural de Gijón.

Antecedentes hereditarios.—Viven los padres y gozan de completa salud, tuvo dos hermanos de los cuales uno padeció de coxalgia.

Antecedentes personales.—Gozó siempre de buena salud hasta hace dos años que dice haber recibido un traumatismo en el vientre con una pelota y desde entonces comenzó a sentir algunos dolores en el vientre que no mejoraron gran cosa con los tratamientos instituidos.

Enfermedad actual.—Con la persistencia de los dolores de vientre, comenzó a sentirse el apetito, adelgazando sensiblemente; esto ocurría hacia el mes de Enero de 1913.

Estado actual.—Desnutrición acentuada, nada de aparato respiratorio, vientre poco distendido, pero con sensación clara de oleada. Se propuso la operación pero la familia sólo aceptó la punción, que dió salida a unos dos litros de líquido.

Al mes se había reproducido la ascitis con más intensidad, y la operación fué aceptada.

Operación.—Fué practicada con arreglo a nuestro procedimiento.

La curación fué perfecta y persiste en la actualidad.

Observación IX.—José Suárez, de 35 años, casado, albañil, natural de Pola de Siero (Asturias).

Antecedentes hereditarios.—Nada de particular.

Antecedentes personales.—Dice haber gozado siempre de buena salud, aun cuando abusó bastante de las bebidas alcohólicas.

Enfermedad actual.—Hacia el mes de Diciembre de 1914 comenzó a sentir trastornos de estómago que le obligaron a consultar varias veces, sin encontrar mejoría, y que parecía aliviarse algo cuando se le presentaba diarrea. Poco después notó que el vientre aumentaba de volumen y en este estado se presentó a nuestra consulta.

Estado actual.—Nada de apetito, desnutrición acentuada, aumento considerable del vientre con circulación suplementaria, sensación clara de oleada y algunas décimas de temperatura.

Operación.—Se llevó a efecto en Marzo de 1914, dando salida la laparotomía a una enorme cantidad de líquido. Al mes de operado, parecía querer reaparecer en parte el derrame, por lo cual, le aconsejamos la helioterapia que en pocas sesiones, se la resolvió completamente.

En el mes de Junio del presente año de 1915, seguía completamente curado.

Observación X.—María L., de 17 años, soltera, de Oviedo.

Antecedentes hereditarios.—El padre falleció de tuberculosis pulmonar; la madre vive y goza de buena salud: No tiene más hermanos.

Antecedentes personales.—Dentición laboriosa, con frecuentes diarreas verdes que fueron la base de un desarrollo defectuoso. Comenzó a reglar hace un año, siendo estas reglas escasas y poco coloreadas.

Enfermedad actual.—Los meses de Noviembre y Diciembre de 1914 no se le presentó la regla y desde entonces, perdió el apetito, adelgazó bastante teniendo frecuentes diarreas y sudores. El vientre parecía que aumentaba de volumen.

Estado actual.—Gran palidez de mucosas, nada de apetito, nada de temperatura y vientre poco distendido pero que permite apreciar un poco de oleada y macidez en los flancos.

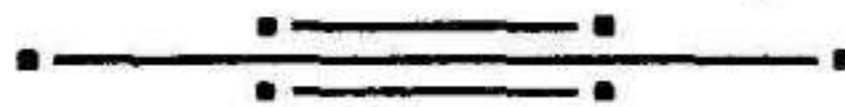
Operación.—Se practicó en Marzo último, siendo dada de alta a los 18 días.

Las últimas noticias son de que sigue bien.

Como se ve y al comienzo de este trabajo indicamos en diez observaciones seguidas de lisonjero éxito se basa este nuevo proceder quirúrgico, que estadísticas más numerosas y el tiempo gran juez y maestro se encargará de fallar,

Por satisfechos nos daríamos, no ya al dar por resuelto problema de tan transcendental importancia, sino de aportar aunque sólo fuera un rayo de luz en pro de la resolución de lo que en la actualidad es preocupación del mundo entero ¡La tuberculosis!

Agosto de 1915.



Los Progresos de la Clínica
(Núm. 40.-Abril 1916)

Iconografía clínica de enfermedades de la piel, sífilis y venéreo

Por el DR. VICENTE GIMENO

Profesor auxiliar de Dermatología y Sifiliografía de la Facultad de Medicina de Madrid

EPITELIOMA CANCROIDE Y SEBORROIDES MÚLTIPLES PREEPITELIALES

Constituyen el grupo de los llamados cánceres epiteliales (1) aquellos tumores malignos de origen epitelial que resultan de la proliferación atípica del epidermis y sus anejos. En la actualidad, este grupo comprende lo mismo los epiteliomas (2) que los carcinomas (3) que, como ya es sabido, se estudiaban antes separadamente por no conocerse bien su origen; hoy está absolutamente probado que es en un todo común (4).

(1) A los cánceres epiteliales se les ha designado también con los diversos nombres de epiteliomas, poliadenomas, úlceras roedoras, cancroides, nolme tangere, carcinoma (especialmente por los alemanes).

(2) El término epitelioma se supone fué creado en 1852 por Hannover, quien con él designaba a todos los tumores malignos de naturaleza epitelial desarrollados a expensas de la piel y las mucosas.

(3) La palabra carcinoma la emplearon ya Hipócrates y Galeno refiriéndose a los tumores invasores cuyas ramificaciones podían presentar una cierta analogía desde luego muy burda con las patas extendidas de un cangrejo de mar.

(4) La Escuela Alemana representada por Virchow en 1858 fué la que, atribuyendo un origen conjuntivo a los carcinomas, estableció una separación que ha durado casi hasta nuestros días entre ellos y los epiteliomas llamados «tumores malignos, que tienen su tipo en el tejido epitelial». Hoy está universalmente admitido por todos los histólogos el origen epitelial de los carcinomas cuyo estrecho parentesco con los epiteliomas es fácil comprobar y cuya etiología y patogenia no puede por menos de estudiarse simultáneamente.

Todas las divisiones que se hacen de los cánceres epiteliales tienen como base la variada disposición histopatológica con que pueden presentarse, siempre dentro de los moldes celulares de sus representantes fisiológicos. Por eso, teniendo en cuenta el principio de Virchow «*Omnis cellula e cellula*» transformado por Bard (1) en el axioma «*Omnis cellula ejusden naturam*» cabe afirmar que, histológicamente, los cánceres epiteliales pueden ser tantos como epitelios de revestimiento existen. Admítase, en efecto, por algunos histólogos la existencia de epiteliomas pavimentosos córneos, epiteliomas cilíndricos, epiteliomas de células caliciformes o mucíparas, etc., etc., según que se aprecien o no microscópicamente unas u otras morfologías y disposiciones celulares. De entre todos éstos uno de los más interesantes es el que corresponde al tipo clínico llamado Cancroide, desarrollado a expensas de la piel y de las mucosas de epitelio pavimentoso y al que únicamente nos vamos a referir en esta nota.

Los epiteliomas cancroides que, histológicamente, según la clasificación de Darier, que nosotros admitimos, pertenecen como es sabido al grupo de los epiteliomas de tipo profundo y estructura pavimentosa lobulada córnea, con globos epidérmicos; tienen como características primordiales la malignidad y la localización preferente en las proximidades de las mucosas. Esta clase de epiteliomas, en unión de los del tipo superficial vegetante o epiteliomas papilares (papilar córneo, cuerno cutáneo y papilar desnudo), forman por su aspecto histopatológico la agrupación llamada por el citado autor (Darier) epiteliomas lobulados o espino celulares.

Dichos epiteliomas ofrecen en su comienzo, a simple vista, un aspecto granuloso, que al desarrollarse sobre la piel, (única localización que estudiaremos aquí) lo hacen en forma de pequeños tuberculitos de color grisáceo, que se recubren bien pronto de una minúscula escama o costra. Este neoplasma, de desigual consistencia friable en unos puntos, denso y duro en otros, se deja fácilmente fragmentar, lo que ha hecho que Cruveilhier le llamase Cáncer frágil.

De ordinario, llega a alcanzar un tamaño de un guisante algo grueso, y aparece como engastado en la piel de cuyo nivel sobresale; rodea al tumor un cordoncillo o reborde duro que limita la parte central erosiva; ésta es la que más tarde deberá ulcerarse.

Por su localización, más frecuente en los labios, en la lengua, en el suelo de la boca, en el ano, en el pene, en los orificios nasales etc. puede sufrir diversos traumatismos que lo ulceran más o menos y que le hace ganar rápidamente en extensión y en profundidad. Formada ya la úlcera, sus bordes aparecen algo ranversados irregulares, de color grisáceo, limitando una superficie granulosa o salpicada de filamen-

(1) Bard Archives de physiologie. 1885, I, pág. 247.

tos amarillentos, compuestos generalmente, de células córneas y de globos epidérmicos. Esta superficie sangra con mucha facilidad y a veces, según la extensión y localización del neoplasma, puede originar verdaderas hemorragias, difíciles de cohibir en algunos casos.

No suelen ser estos neoplasmas dolorosos, aunque, en ocasiones los movimientos o la presión provocan alguna molestia y hasta dolor. En esta clase de epitelomas se afectan los ganglios con bastante rapidez.

Su examen histológico permite comprobar la estructura clásica del epiteloma pavimentoso, lobulado córneo, de globos epidérmicos, los cilindros, que se extienden hacia la profundidad, forman una redcilla irregular lobulada, de espacios anchos, que parecen ser como la resultante de las prolongaciones interpapilares o de los folículos pilo-sebáceos. Su estroma ofrece una estructura, variable, abundando poco, generalmente; en cambio suelen ser muy numerosas las *plasma zellen*.

La evolución de esta clase de epitelomas resulta de ordinario relativamente corta, ganando en profundidad, lo que no hace suponer su apariencia externa. De ello resultan ulceraciones gangrenosas que llegan a alcanzar a veces hasta los ganglios más próximos. La muerte puede sobrevenir por caquexia o hemorragia. Es poco frecuente la generalización visceral.

Estos epitelomas son los que más engañan con respecto a los éxitos terapéuticos. Sus manifestaciones objetivas no permiten a muchos sospechar su gran malignidad, la que guarda relación por supuesto, con la extensión del territorio linfático que resulta invadido. Son estos epitelomas los que exigen un diagnóstico más precoz y mayor energía terapéutica debiendo asociarse ésta, sea cual sea la que se emplee a las aplicaciones de rayos X.

HISTORIA CLÍNICA (RESUMEN)

Atanasio D. B. de setenta años de edad, de Caltojar (Soria), casado. No ha tenido hijos ni su mujer abortos. Su padre murió de ochenta años y su madre de setenta y ocho.

Ha padecido la fiebre amarilla en Cuba, donde estuvo ocho años de soldado. Un bubón a los veintitrés años en la ingle izquierda (venéreo).

Se dedica actualmente a las faenas del campo.

Enfermedad actual.—Hace dos años le salió sobre el ala izquierda de la nariz, cerca de la ventana nasal una papulita o grano en forma de cañamón, de color grisáceo obscuro, que le producía prurito. Empezó luego a crecer, habiendo días en que no le picaba y otros en que se le exacerbaba por el contrario mucho el picor.

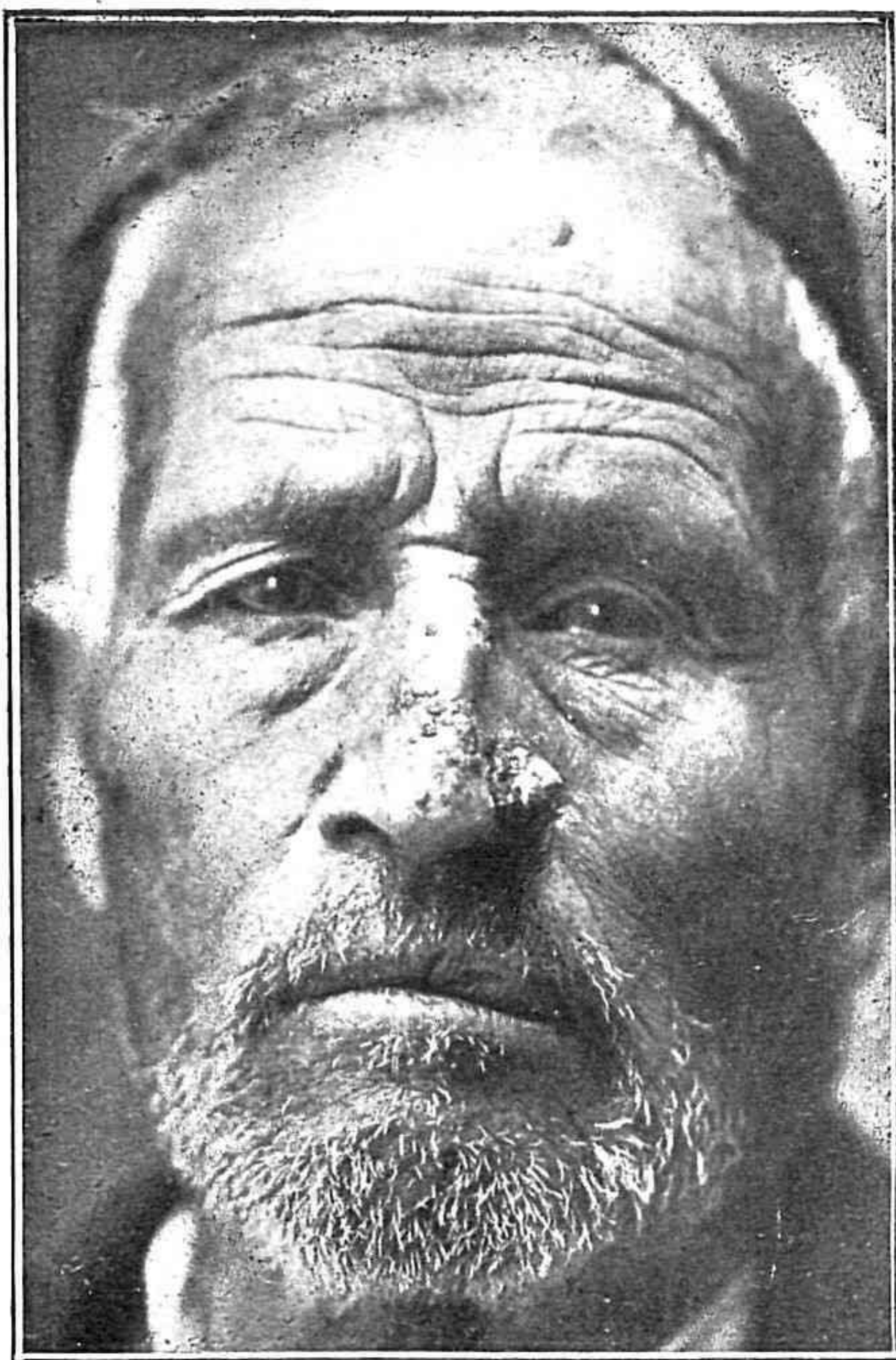


Fig. 1.º - Epitelioma cancroide. - Seborroides múltiples preepiteliales (vista de frente).
(Colección Gimeno)



Fig. 2.º - Epitelioma cancroide. - Seborroides múltiples preepiteliales (vista de perfil).
(Colección Gimeno)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

Rascándose se le formó una costrita que, al desprenderse producía siempre una hemorragia mayor o menor.

Examen 10-II-916.—Piel de la cara curtida por el sol. Numerosas seborroides en diversos estados de evolución, repartidas por toda la cara.

Sobre el ala de la nariz del lado izquierdo, invadiendo la parte posterior de la ventana nasal del mismo lado (fig. 1.^a) se apreciaba un gran costrón de capas superpuestas, pero no estratificadas, producido por amontonamiento y desecación de serosidad, costras y pus procedentes de la ulceración a que recubría. Este costrón presentaba el aspecto de un cuerno cutáneo de unos 8 á 10 milímetros de largo por un centímetro de ancho que ha podido serlo, pero que no lo es en el momento del examen, puesto que se desprende fácilmente de su base, carece de festón rosado que lo circunde y la disposición de sus componentes escamosos no es la de aquel.

Levantado este costrón, quedó al descubierto una úlcera profunda, circular, de casi un centímetro de diámetro que había comido parte del borde y lóbulo nasal izquierdo y que se hundía en los tejidos que unen la nariz y la mejilla por ese lado. El fondo de esta úlcera estaba recubierto de pus; era granuloso y sangraba con facilidad, en cuanto se arrancaba la costra, siendo difícil contener la hemorragia. Limitaba a la úlcera unos bordes salientes de color obscuro, duros, irregulares y con festones grandes en las partes correspondientes al cartilago nasal invadido y desaparecido. El fondo *ulceratorio* presentaba algún que otro trayecto fistuloso, pero no muy profundo. La mucosa nasal estaba invadida en pequeña extensión. No se hallaban afectados los huesos. Infarto ganglionar submaxilar del lado izquierdo.

En la mejilla derecha se observaba una neoformación epitelial papulosa (epitelioma papilar córneo) que asentaba sobre una seborroide (de esto no hemos de ocuparnos puesto que ya lo hemos hecho en otro trabajo aparecido en esta misma revista).

Diagnóstico.—Epitelioma cancroide y seborroides múltiples preepiteliales.

Tratamiento.—Raspado superficial y profundo con cucharilla, aplicación subsiguiente líquido Czerny y rayos X.

Consideraciones.—La disposición morfológica de este neoplasma no nos hizo dudar ni por un momento de que se trataba de un caso de epitelioma cancroide de la piel, con extensión a la mucosa nasal, desarrollado consecutivamente a un epitelioma papilar córneo o mejor aún, sobre un cuerno cutáneo situado a su vez sobre una seborroide preepitelial.

Desde un principio creimos que, dada la extensión y las zonas de invasión que comprendía el neoplasma (territorio linfático inclusive) era inútil todo tratamiento que se intentara; pero los requerimientos del enfermo y su insistencia en que le hiciésemos algo, nos decidieron á practicarle un raspado superficial y profundo de

* ✎
toda la masa neoplásica seguido de cauterizaciones con el líquido Czerny, aconsejándole se sometiese á repetidas aplicaciones de rayos X una vez hubiera caído la costra formada por la cauterización.

No creemos sin embargo en un éxito terapéutico, ni mucho menos en una curación duradera. Esperamos firmemente una recidiva, aun cuando es posible que la edad del enfermo la evite por completo.



Nota sucinta sobre el tratamiento de las estrecheces uretrales gonocócicas

Por J. PELLICER SALA

Una de las consecuencias más terribles de la blenorragia por las molestias que al enfermo ocasiona y por los cuidados que del médico exige, es la estrechez uretral. Siguiendo ella un curso fatal, hace por sucesivas etapas, llegar al enfermo a la caque-*xia urinaria*, en medio de los horrorosos suplicios de la retención sólo conocidos de quien los ha sufrido y del médico que busca con la sonda traspasar el obstáculo que obstruye la salida de la orina, de ese líquido tan despreciado normalmente y que con tanto cariño se contempla caer en el recipiente, cuando, por el sifón formado por la sonda, va saliendo poco a poco. El traspasar una estrechez es una de las pequeñas grandes victorias que se obtienen muchas veces, no hay duda, pero con seguridad no olvidará ningún médico la primera que obtuvo.

Es principalmente después de una retención de orina de momento aliviada, cuando el médico se pregunta cuál es el mejor medio de curar para siempre la estrechez que la produjo y es entonces cuando se repasa toda la terapéutica de la misma y cuando cunde el desaliento al ver que todos los medios regularmente en uso (o casi todos) por lo que pueden dar ellos de sí, o por inconstancia del enfermo, si bien de momento alivian, a la larga fracasan. Piénsase en seguida en la uretrotomía interna y la dilatación externa consecutiva; piénsase en los *beniqués*, en todos los dilatadores conocidos; pero se piensa también en seguida en los resultados, que si de momento magníficos, son poco alentadores para el porvenir, puesto que es casi un axioma que todo enfermo estrechado ha de pensar siempre en su médico o mejor en las manitas de su médico, que son casi siempre los estrechados de la uretra, por la índole de la enfermedad que padecen, enfermos de la clase de saltarines que os dirán, sin que lo queráis saber, que si vuestras manos al pasar un *beniqué* número tantos son de plata, las de otro son de hierro, como son de oro las del de más allá.

Es este el inconveniente de los medios de dilatación mecánica; la persistencia de la causa que convierte al médico en una especie de figaro que ha de rapar la barba de sus clientes todos los sábados.

Este inconveniente, esta lucha entre la estrechez que quiere persistir y el *beni-qué* u otro dilatador que quiere pasar, se solventa supeditando a los estrechados al tratamiento electrolítico, pues la electricidad galvánica es de las que dejan huellas de su paso. Es como un hombre de voluntad que se propone hacer y hace (me refiero a la electrolisis circular), hace con dulzura y elegancia.

Son dos los métodos electrolíticos aplicables a la uretra: la electrolisis lineal y la electrolisis circular.

No hablaré del primero, que no es otra cosa al final que una uretrotomía interna llevada a cabo haciendo pasar por electrodo uretral 30 o más miliamperios y como uretrotomía que es, si da resultados espléndidos, no previene recidivas, ni deja de tener inconvenientes por las complicaciones a que puede dar lugar. Nogier dice que tal vez la electrolisis, así aplicada, es lo que ha desacreditado el método ante los cirujanos. Yo estoy de ello convencido: la electrolisis lineal es dolorosa y de resultados tardíos malos. Tiene que ocupar un lugar muy secundario entre los métodos de tratamiento de las estrecheces uretrales.

No pasa así con la electrolisis circular, método de resultados positivos próximos y lejanos y de pocas molestias para el paciente, pues, a más de no ofrecer ningún peligro, va dilatando la uretra sin dejar que lo hecho retroceda; calibre ganado es calibre que queda. Tengo entre los enfermos de mi práctica electrolítica (que comprende tres años) uno que dejó de venir a la clínica después de cinco sesiones cuando pasaba la bujía número 15 (escala Charriere). Volvió al cabo de un año y diez meses, y la bujía 15 de la misma escala acusaba la persistencia de lo ganado. Claro que un caso nada dice, pero corrobora lo que expresan los autores de los óptimos resultados con la electrolisis circular obtenidos.

El instrumental para la electrolisis circular es bien sencillo. Nosotros usamos las bujías Bordier, números 4, 6, 8, 10, 12, 15, 18 y 21 (escala Charriere). Constituyen ellas el polo negativo que se aplica a la uretra. El polo positivo que aplicamos al abdomen del enfermo, lo forma un gran electrodo esponjoso que sujetamos con un cinturón de goma. Unos exploradores de bola nos describen la estrechez y un buen miliamperómetro nos indica el número de miliamperios que pasan por el circuito.

¿Cuál es la técnica de la electrolisis circular? Guarda el enfermo, al que se le habrá sujetado al abdomen el electrodo positivo, la posición supina y, después de supeditado a las más severas prácticas que la asepsia nos aconseja en toda exploración uretral, con el explorador de bola nos damos exacta cuenta de la estrechez. Conocida ésta, pasamos entonces hasta ponerla en contacto con la misma, una bujía Bordier bañada en glicerina neutra estéril, dos o tres números mayor que el indicado por el explorador guía y que unimos al polo negativo. Damos entonces paso a la corriente y elevamos poco a poco su intensidad hasta 3 o 4 miliamperios.

La bujía, sostenida en contacto de la estrechez con ligerísima presión, la traspasa tan fácilmente después de unos minutos de pasar la corriente, que da la impresión de haber desaparecido de una vez el obstáculo que se oponía a su paso. Esto logrado, abrimos el circuito, quitamos la bujía e introducimos otra dos o tres números mayor, la que, con la misma facilidad de la primera, pasa.

Nosotros repetimos estas sesiones cada semana y aun en algunos casos hemos practicado dos semanales y esto sin reacción inflamatoria marcada y sin que el enfermo aqueje dolores y molestias que le impidan dedicarse a sus habituales quehaceres. En un solo caso, hemos tenido necesidad de sondar al enfermo después de la primera sesión. Así, en tres o cuatro meses, hemos llegado a pasar con suma facilidad la bujía número 21, lo que quiere decir que la curación está asegurada.

¿Es preciso anestesiar la uretra? Es tan poco el dolor que esta operación produce, que no lo creemos de necesidad absoluta. No obstante, nosotros, instilamos algunos centímetros cúbicos de la fórmula (clorhidrato de cocaína, 1 gramo; solución de adrenalina, al 1 por 100, 20 gotas; agua esterilizada, 50 gramos) recomendada por Bartrina en las estrecheces infranqueables, que dejamos *in situ* durante algunos minutos. Con ello aprovechamos las acciones descongestionantes de la adrenalina y la anestésica de la cocaína, que no son de despreciar.

Ya en el transcurso de esta nota hemos indicado que son excelentes de momento y para el porvenir los efectos de la electrolisis circular en las estrecheces uretrales gonocócicas, tan excelentes que nosotros la hemos adoptado como tratamiento, sinó único, al menos de necesidad en todos los casos que a estas estrecheces se refieran. Los buenos resultados y lo fácil y nada peligrosa que resulta esta operación, hace que aconsejemos su uso a los médicos que, no siendo especialistas, quieran tener a mano un medio que les permita aliviar y curar a los pobres estrechados



Estudio clínico acerca del tratamiento de la tuberculosis por las vacunas atóxicas de J. Ferrán :::

Por el DR. SANTINI

Nos proponemos exponer en este estudio los resultados de una práctica sostenida durante dieciocho meses, de las vacunas atóxicas de Ferrán en el tratamiento de la tuberculosis.

Pero, antes, indicaremos brevemente las razones que nos indujeron, primero al estudio doctrinal y luego al experimental y clínico, de esas bacterias-vacunas.

La noción de las tuberculosis no típicas histológicamente consideradas, inflamatorias y no foliculares; la extensión del campo de infección a enfermedades que la clínica solamente relacionaba con ella, a pesar de su no especificidad anatómica y la ausencia de bacilos de Koch; las sorpresas de ciertas experimentaciones y su falta de paralelismo con lo que nos enseña la clínica y la marcha natural de la enfermedad; la noción de la inmunidad relativa y espontánea (Marfan) y la de la probabilidad de una sub-flora tuberculosa (Burnet), en fin la práctica de las reacciones tuberculínicas, todo ello habíamos puesto de manifiesto la insuficiencia de las doctrinas clásicas y su valor relativo y provisional. Entonces fué cuando, estudiando los caldos filtrados de cultivos de tuberculosis humana espontánea atenuados por la acción del tiempo, reconocimos que esos caldos ofrecían al experimentador caracteres particulares que les diferenciaban, por su acción clínica, de los caldos filtrados de cultivos jóvenes. Nos preguntamos si esas modificaciones no serían correlativas con las observadas en los caracteres morfológicos y fisio-químicos de ciertos bacilos que vegetan en esos caldos: y he ahí cómo nos sentimos inducidos al estudio de los trabajos de J. Ferrán.

Partiendo del cultivo de bacterias no ácido-resistentes y no virulentas *α homo* y *α bovis*, amablemente proporcionados por el Dr. Ferrán, nos dedicamos primeramente a la experimentación, y relatamos los resultados obtenidos en la *Revista Internacional de la Tuberculosis*, (Mayo 1914).

Es evidente que la inoculación experimental de los cultivos atóxicos de Ferrán no reviste para el observador la simplicidad de las inoculaciones clásicas tuberculosas. Sus resultados son lentos, inciertos y, a menudo, de interpretación difícil. ¿Sucedo lo mismo al clínico? ¿La enfermedad procede de modo distinto? ¿Cuántos niños estigmatizados por la cuti, serán luego tuberculosos evolutivos, y después de cuánto tiempo y a la postre de cuáles peripecias? De nosotros podemos decir, que siguiendo minuciosamente las indicaciones del maestro bacteriólogo y penetrados de su pensamiento, obtuvimos éxito en algunas inoculaciones positivas, en tales circunstancias que no nos ha dejado lugar a duda.

Entonces, creímos deber pasar al estudio clínico.

El campo era vasto: se hacía imprescindible limitarlo para precisar el procedimiento, el valor del método. Al escoger entre tuberculosos, comenzamos por eliminar las formas evolutivas, la tuberculosis atacada desde un principio de debilidad congénita, las pleuritis de repetición de Piery y las tuberculosis abortivas de Bard, y nos dedicamos al estudio de las diversas formas de tuberculosis evolutiva, con preferencia las pulmonares y, cuando era posible, las entero-peritoneales, renales y otras.

Hemos observado estas tuberculosis colocándonos siempre en el punto de vista de su tendencia evolutiva espontánea, eliminando, hasta donde era posible, la influencia de las medicaciones.

Finalmente nos servimos, lo más regularmente posible en cada observación, de la cuti en serie, de la sero-aglutinación y de las reacciones leucocitarias. De este modo pensamos evitar la objeción de que las inyecciones de bacterias-atóxicas constituyeran solamente simples inyecciones de substitución.

Ante todo, proclamamos que: la inyección de las vacunas atóxicas de Ferrán no cura las lesiones tuberculosas llamadas específicas anatómicamente.

Estas, durante el curso del tratamiento, continúan evolucionando por su propia cuenta: el tejido no se regenera. *Pero la marcha tóxica general de la enfermedad en evolución, recibe su influencia; los brotes evolutivos, las flegmasías pretuberculosas sobre las cuales se ingerta la neoplasia folicular, son más raras, menos duraderas, de marcha menos aguda. El tratamiento tiene también y preferentemente una acción preventiva o de parada sobre las lesiones que todavía no se han producido, sobre la evolución futura, mejor que una acción curativa sobre las degeneraciones establecidas.* Quien lea los trabajos de Ferrán, comprenderá sin esfuerzo esta acción y lo limitado de sus efectos.

El tratamiento no es tampoco en nada comparable al de las tuberculinas. Disparidad de efecto lo mismo que de causa.

Cuti-reacción.—Considerando, con L. Bernard, Serget & Sousset, la cuti

como un elemento de pronóstico apreciable de las lesiones tuberculosas en evolución actual, la hemos visto modificarse muy frecuentemente durante el curso del tratamiento y convertirse de débilmente positiva en fuerte y francamente positiva. En tres casos, en los que el examen clínico hacía temer una forma fibrocaseosa, rápidamente extensiva y evolutiva, la hemos visto, de negativa hacerse débilmente positiva y luego fuertemente positiva, paralelamente a la evolución clínica.

El estudio de la cuti en serie en el mismo enfermo en diversas etapas del tratamiento, teniendo en cuenta el valor de la reacción (duración, momento de la aparición, induración y tumefacción o relieve, infiltración edematosa, eritema) siempre nos ha parecido, al mismo tiempo que un elemento considerable de pronóstico actual, un elemento de apreciación del valor del tratamiento. Parece evidente, por tanto, que *durante el curso del tratamiento vaccinoterápico de la tuberculosis crónica común por medio de las bacterias de Ferrán, el valor de la cuti aumenta casi regularmente.*

Esta apreciación adquiere importancia más considerable aún, cuando se conviene uno de que en las tuberculosis agudas, septicémicas, o granúlicas, o en las formas lobulares pneumónicas, el valor de la cuti experimenta, a pesar del tratamiento, una marcha decreciente, o queda como estaba al principio, nula.

Despreciando las observaciones aisladas, hemos practicado la cuti en serie en 104 enfermos, de dos a cinco veces en el curso del tratamiento y en periodos de remisión o de exacerbación (28 tuberculosis con focos clínicos múltiples, 52 tuberculosis pulmonares fibro-caseosas crónicas comunes, dos pneumonías lobulares tuberculosas, dos granulias generalizadas, tres cavitarias estacionarias, dos esclerosis densas, cuatro esclerosis difusas, tres Bronquitis crónicas profundas, dos corticales fibrosas o fibro-caseosas discretas, post-pleuríticas, dos septicemias tuberculosas agudas, una tuberculosis renal y tres septicemias bacilares atenuadas.)

Sero-aglutinación.—Aunque menos claro y menos evidente que la cuti, este elemento de apreciación es también sugestivo y sigue a menudo una marcha paralela a la de aquélla. En las formas crónicas comunes, hemos visto la reacción de aglutinación obtenida con bacterias, subir de 1 p - 2 - 1 p 4 a 1 p - 10 y 1 p - 12. En las formas pleurales las hemos visto elevarse, bajo la influencia del tratamiento, hasta 1 p 15 y 1 p 25.

Despreciando las observaciones aisladas, la hemos practicado en serie de dos á cuatro veces en 29 tuberculosos pleuro-peritoneales, 18 tuberculosos pulmonares fibro caseosos crónicos comunes y cuatro tuberculosos pulmonares fibroso-difusos.

Reacciones leucocitarias - Uno de los fenómenos que siguen con mayor regularidad a las inyecciones de las vacunas Ferrán, es la *mononucleosis* tardía. que sobreviene de cinco a ocho días después de la inyección. La hemos observado 72 ve-

ces en el curso de 94 exámenes practicados en serie en 35 enfermos (dos tuberculosos con múltiples focos, dos esclerosis difusas, dos pleuro-tuberculosis serofibrinosa, una septicemia atenuada, dos cavernosas estacionarias, 26 tuberculosis pulmonares comunes).

Esta reacción resulta más o menos marcada (así nos lo ha parecido) según la gravedad de la infección, de suerte que constituye para nosotros en unión de la cuti, el mejor testimonio objetivo a la vez de la gravedad actual de la afección y del valor del tratamiento en cada caso particular.

Estado general.—En todas aquellas formas clínicas en que la intensidad de la impregnación de la toxina, los síntomas de degeneraciones viscerales, y la extensión de las lesiones permiten un esfuerzo orgánico, el estado general se mejora sensiblemente y de un modo duradero.

Paralelamente a esto, el valor en hemoglobina, la medida de los hematíes y la presión arterial, siguen una curva ascendente. Un efecto digno de tenerse en cuenta se produce en los *brotos evolutivos*: éstos son más espaciados, y, cuando se presentan, resultan *más cortos y menos intensos*.

Ciertos enfermos que, habituados a la termometría y a la observación, notaron ellos mismos las diversas fases de su enfermedad, hicieron estas observaciones espontáneamente. *En ello estriba, para nosotros, el fenómeno más notable del tratamiento*, ante todo porque la evolución de la infección tuberculosa pulmonar común es función de los brotes pneumónicos y además, porque la acción inhibitoria sobre estos mismos brotes, es una prueba evidente de la especificidad de esta vacuno-terapia.

Las inyecciones de bacterias atóxicas de Ferrán son subcutáneas. Nosotros mismos nos hemos inyectado al principio y para empezar dos centímetros cúbicos, experimentando seguidamente una fiebre intensa, estremecimientos, quebrantamiento y cefalalgia. Cuarenta y ocho horas después, toda reacción había desaparecido. La inyección resulta a menudo un poco dolorosa y deja algunas veces cierta induración, pero no suele originar ningún fenómeno activo de inflamación local y ello se entiende que tampoco ninguna supuración.

Hemos practicado estas inyecciones a dosis de dos a diez o quince gotas, mitad α homo, mitad α bovis, progresivamente cada diez, doce, quince o veinte días, según las reacciones observadas y según el estado del enfermo. Conviene no olvidar, en efecto, que se trata de un procedimiento de *inmunización activa* y que es necesario seriar las dosis y las inyecciones, no solamente con arreglo al valor general fisio-patológico del enfermo, sino también con arreglo al estado del mismo en el momento de inyectarle la vacuna. Esta es una cuestión exclusivamente clínica. Tal enfermo que, en período de remisión, soportará con poca molestia y con un benefi-

cio considerable diez o quince gotas, en período evolutivo, no soportará de diez a cinco gotas y con un esfuerzo orgánico mucho más considerable y esto en un período de sensibilización durante el que su organismo será menos apto para adquirir el grado de inmunidad que va a provocar la inyección vaccinal.

Hecho constar esto, hemos de afirmar que ningún tratamiento *activo* de la tuberculosis es tan inofensivo, ni tan sencillo como la vacuno-terapia de Ferrán. Para quien esté familiarizado con la práctica de las tuberculinas, pongo por caso, no podrá dudar ni un instante de que la especificidad de acción de las bacterias vacunas no es absolutamente sensibilizante, ni factor de choques anafilácticos.

La acción de la inyección se deja sentir a menudo durante uno o dos días determinando cierta molestia en los movimientos, algunos dolores en los miembros, impotencia relativa e insomnio; se observa una reacción térmica casi constante, pero variable en intensidad (dos o tres décimas de grado a 1,5° y a 2°). Puede presentarse desde algunas horas subsiguientes a la inyección hasta dos días después. A menudo se retarda esta reacción en los enfermos de focos múltiples, y particularmente en los que tienen lesionado el hígado o el intestino. Es variable, según el estado general del enfermo y el momento evolutivo de su afección. Sin embargo, jamás nos ha parecido que su intensidad esté en relación clínica evidente con el pronóstico.

Empleados, como hemos indicado, registrando las observaciones clínicas de cada caso en particular y de cada período actual de la evolución de la enfermedad, *las inyecciones de bacterias atóxicas de Ferrán, no determinan nunca fenómenos reaccionales apreciables en los focos.* Por auscultación hemos tratado de sorprenderlos, pero siempre en vano. *La acción terapéutica resulta humoral y no aviva los focos tuberculosos.* Y esta observación que nos muestra hasta qué punto es manejable el tratamiento de Ferrán, nos lleva también a la cuestión conexas del tratamiento de las lesiones foliculares organizadas ya cuando comenzamos el tratamiento, o de las que, a pesar de él, se establecieron durante el curso del mismo.

Desde hace mucho tiempo consideramos a las tuberculinas como productos excesivamente complejos. Los magníficos trabajos de Dominici de Ostrowsky acerca de los venenos tuberculosos puntualizan esta opinión, al mismo tiempo que aportan a las doctrinas de Ferrán un testimonio digno de tenerse en cuenta. Separando por dialisis, a través de un saco de colodión, las toxinas cristaloides de las toxinas coloidales, dichos experimentadores han enseñado que estos venenos poseían propiedades patógenas, bioquímicas y anatomo-patológicas diferentes, que las toxinas difusibles están en la génesis de todas las lesiones que determinan perturbaciones de la nutrición, de la circulación, de la regulación nerviosa extendiendo su acción hasta los tejidos del embrión, y que la caseificación, proceso local de degeneración

de tejidos, sólo se manifiesta con el apoyo, sea de la toxina sensibilizante difusible o bien por la existencia anterior de un proceso bacilar activo. El tubérculo es, pues, una lesión alérgica local, y todo el bacilo de Koch, constituye en realidad, a manera de una aleación de sustancias cereo-grasientas y de productos núcleo-proteicos, en la cual la relación entre las ceras, las grasas, los ácidos grasos y los lipoides varían al infinito. Estos ácidos grasos, estos lipoides son simples productos sobreañadidos al bacilo, vector del verdadero veneno tuberculoso que es completamente soluble en el agua.

El complejo tuberculina se nos presenta como un producto de evolución creada por el microbio durante el curso de su vida simbiótica, bajo la influencia de los fermentos orgánicos. Para las células del tuberculoso, es una toxina, un anti-fermento: para los bacilos tuberculígenos es una antitoxina, un fermento antileucocitario. En esta substancia se confunden la acción toxínica y la posibilidad de reacciones anti-tóxicas. Ninguna arma es de más difícil manejo que ella. Darle algunas gotas de estas soluciones a un tuberculoso que se defiende trabajosamente, cuyo organismo se ha dejado invadir poco a poco y que parece no obstante tener fuerza para posibilidades de reacción, equivale a disparar, acaso, esta reacción y también una lucha victoriosa.

Pero darle a un tuberculoso anémico aunque no tenga fiebre e invadido por las degeneraciones viscerales que esterilizan de antemano la lucha del organismo, o mejor el que reaccione violentamente y con todas sus fuerzas contra una infección muy tóxica, es echar la gota que colma el vaso y matar al enfermo. Por esto no puede haber regla fija para la administración terapéutica de las tuberculinas. Después de haber experimentado muchas de estas substancias sólo empleamos los cultivos filtrados, jóvenes, tipo Denys (de Leuvain) o los cultivos filtrados espontáneamente atenuados por la acción del tiempo, comenzando siempre por dosis infinitesimales. Una práctica de quince años nos ha demostrado que sus efectos reales, profundos sobre el organismo de los tuberculosos, efectos con frecuencia inesperados, sobrepasan siempre sus efectos inmediatos aparentes.

Nosotros creemos que únicamente la toxina soluble inflamatoria difusible que constituye el verdadero veneno tuberculoso es capaz de producir reacciones de anticuerpos, excepción hecha de la toxina coloidal, que el bacilo tan sólo origina cuando durante el curso de vida simbiótica ha adquirido esta propiedad nueva en el curso de las mutaciones que él ha experimentado y de las modificaciones paralelas a estas mutaciones que su presencia ha determinado en el organismo. Las substancias adherentes, eterinas y cloroforminas, no son otra cosa que substancias puras compuestas exclusivamente de grasas y de ceras que se hallan íntimamente mezcladas con substancias protéicas, cristaloidales y dializables. Emplear tubercu-

linas totales, es provocar casi inevitablemente reacciones en los focos, sin poder jamás prever lo que va a suceder. Ciertamente, los cultivos filtrados no están exentos de toxinas coloidales; pero, de todas las tuberculinas son las menos impregnadas de estas sustancias y por esto es por lo que nosotros las preferimos. Véase por las explicaciones dadas, cómo las indagaciones de Dominici se hermanan con la doctrina de Ferrán, y se comprenderá nuestra razón de proceder.

Hemos tratado con las bacterias-atóxicas de Ferrán, buen número de enfermos.

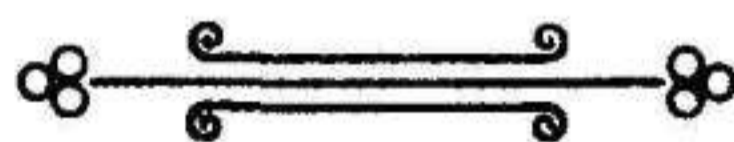
Las circunstancias por medio de las cuales hemos operado desde hace dieciseis meses no nos han permitido, en muchos de ellos, una observación continuada, pero más de doscientos adultos y niños, han sido observados con mucha regularidad. Unos y otros, han soportado el tratamiento y se han beneficiado de sus ventajas. Su desarrollo jamás ha sido alterado y ninguna influencia viciosa procedente de esta terapéutica ha modificado su evolución física. Para poder saber a qué atenernos respecto al particular hemos seguido muy de cerca el estudio de su talla, de su peso, de su coeficiente de robustez y de sus aptitudes morbosas.

No damos estadísticas actualmente, porque seguimos documentándonos todavía.

Y sin embargo, quisiéramos que estas líneas fuesen un homenaje rendido al trabajo, a la fe científica, a la voluntad de hierro del Doctor J. Ferrán. ¡Ojalá lleguen a sugerir a nuestros compañeros el estudio de su doctrina y de las investigaciones experimentales que la constituyen!

¡Ojalá el campo clínico llegue pronto a extenderse! Tal es nuestro único deseo.

Saint Nazaire, Enero 1916.



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

SESIÓN DEL DÍA 2 DE JUNIO DE 1916

Bajo la presidencia del Dr. Francisco Medina y con asistencia de un gran número de académicos se dió principio a esta sesión aprobándose el acta de la anterior.

Seguidamente el Dr. Francisco Medina se ocupó de los dos casos de tifus que tiene en tratamiento por las vacunas específicas polivalentes, sacando en conclusión que los resultados obtenidos con su empleo han sido inmejorables toda vez que ambas enfermas pueden hoy contarse como convalecientes de sus dolencias. Entrega para su conservación y unión a los estudios que sobre esta materia hace la comisión que se nombró, las gráficas de temperatura de ambos casos.

El Dr. Hernández-Ros dice que para un estudio que piensa hacer requiere el auxilio de los compañeros de Murcia, y más especialmente de los de nuestra cuenca Mediterránea; trátase del kala-azar: Créese estar bajo la pista de algunos casos sospechosos cuya comprobación piensa efectuar con el auxilio del laboratorio, invitando para ello al Dr. Guillamón, quien accede gustoso.

Este manifiesta que él también ha visto casos al parecer claros y evidentes de kala-azar, pero habiendo llegado en algunos a hacer punción de bazo, demostró el laboratorio que no se trataba de dicha enfermedad.

Y se levantó la sesión.



Sociedad Española de Especialistas de pecho

SESIÓN DEL DÍA 4 DE ABRIL DE 1916.

Accidentes cardio-pulmonares en los cifoescolioticos (Presentación de dos enfermos)

DR. ALVARO GRACIA.—Son sujetos con lesiones vertebrales y antecedentes de traumatismo. En uno, el padre murió de tuberculosis laríngea y tres hermanos de tuberculosis pulmonar. Este enfermo tiene pronunciada cifoescoliosis y el pecho en forma de quilla. Por auscultación nada anormal en su aparato respiratorio, más que enfisema; la macidez cardíaca está aumentada; se queja de dolores en pecho y espalda. Padece hemoptisis con cierta frecuencia, que le hacen ingresar en el hospital.

El segundo enfermo padece una lesión desde los 7 años por un traumatismo. No tiene antecedentes hereditarios. Siempre hizo vida activa, pero desde hace tres meses aqueja tos, dolores y disnea. Nada se aprecia en el corazón ni en los pulmones; no tiene hemoptisis. También es cifoescoliotico.

Desde antiguo se sabe que en esta clase de sujetos se apreciaba por autopsia lesiones de esclerosis pulmonar y dilatación e hipertrofia cardíaca. Por clínica se conocen las crisis asmáticas de estos enfermos.

Considera contraindicado el empleo de la digital en estos enfermos, pues pueden producirse graves accidentes cardíacos y hasta la rotura del corazón por dificultades mecánicas.

Estos enfermos no son tuberculosos a pesar de alguna de sus manifestaciones.

El tratamiento por la tuberculina.

DR. GARCÍA TRIVIÑO.—Para la elección de los casos que han de ser tratados por la tuberculina, ha de tenerse muy en cuenta el grado de las lesiones del enfermo y es lógico que los mayores éxitos se obtengan en aquellos casos menos avanzados por lo que debe recurrirse a todos los procedimientos de exploración a fin de conseguir un diagnóstico precoz de la tuberculosis. Además de las lesiones tendremos

en cuenta el estado del pulso y la temperatura; ni enfermos con gran taquicardia ni con temperaturas superiores a 37° y décimas son apropiados para este tratamiento. La tuberculina que le merece más confianza y de la que más experiencia tiene es la de Koch. Hay que empezar el tratamiento con dosis que no provoquen reacción alguna. Las pautas que más se emplean son las de Von Ruck, Verdes Montenegro y Landmann. No está conforme con que haya que hospitalizar a los enfermos para ser sometidos a este tratamiento, pues en los dispensarios se emplea y con éxito indudable. También se les recomienda a estos enfermos que sigan el tratamiento higiénico dietético, pero no siempre lo hacen por la falta de recursos. Presenta una estadística de casos que ha tratado por la tuberculina, con el siguiente resultado:

Suspensiones del proceso, 165; mejoría duradera, 30; idem transitoria, 30; siguen su curso, 8; fallecidos, 10.

DR. NAVARRO BLASCO.—La comunicación del Dr. L. de Guevara, en la parte que habla de la asociación del arsénico con la tuberculina, tiene antecedentes en la emulsión bacilar arsenicada. Ha podido observar menor número de curaciones en los enfermos no tratados por la tuberculina que en los tratados por ella.

Los cobayas con tuberculosis experimental, nada se benefician con el tratamiento por el arsénico.

Al ver cuando estudiante tratar por tuberculina, observó cómo morían enfermos con verdadero *estrépito* de síntomas, pero luego en el María Cristina pudo observar que nunca ocurría el menor accidente porque los enfermos eran bien tratados.

Ninguna tuberculina tiene todas las toxinas del bacilo y por ello, como dice el Dr. Verdes Montenegro, el tratamiento resulta siempre hecho por el antígeno parcial, mucho más si se considera que el organismo lucha además de con el veneno tuberculoso, con los productos de desintegración pulmonar.

Termina afirmando que bien dirigido el tratamiento por la tuberculina, nunca puede perjudicar y sí beneficiar a los enfermos.

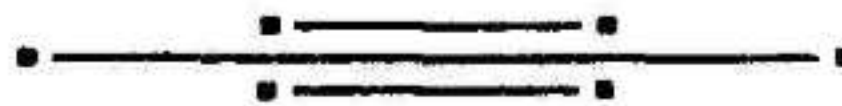
DR. FERNÁNDEZ MÉNDEZ.—Se manifiesta partidario de la tuberculina y refiere casos de sujetos que vió mejorar notablemente sometidos a este tratamiento.

DR. ALVARO GRACIA.—Ya no se discute el tratamiento por la tuberculina. Encuentra dificultad para hacer el diagnóstico de la tuberculosis, pues opina que no puede estimarse como tuberculoso a un sujeto porque en un vértice pulmonar se oiga inspiración áspera o entrecortada.

Tampoco puede afirmarse que las pleuresías todas sean tuberculosas. Conoce gran número de enfermos tratados por la tuberculina y no beneficiados por ella. Al cobaya las inyecciones de tuberculina le matan rápidamente. No está conforme con la gravedad pronóstica de la taquicardia.

DR. ESPINA.—Nos encontramos hoy con respecto a esta discusión igual que cuando se discutía este tema en las sesiones de la Liga antituberculosa. Ni los detractores ni los partidarios de ella han avanzado un paso; hoy es este el procedimiento más restringido para tratar tuberculosos. No da reacción la dosis inicial porque hay poca lesión. Niega la existencia de la unilateralidad en las lesiones pulmonares.

Se acuerda continuar la discusión de este tema en la sesión próxima continuando en el uso de la palabra el Dr. Espina.



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

PEQUEÑOS DETALLES PRÁCTICOS Y ALGUNOS PRINCIPIOS GENERALES

REFERENTES A LAS MEDICACIONES LOCALES EN OCULÍSTICA :::::

Discurso leído ante S. M. el Rey D. Alfonso XIII, para la recepción pública del académico electo SR. DR. D. MANUEL MÁRQUEZ Y RODRÍGUEZ, el día 14 de Mayo de 1916.

SEÑOR:

Corría el año de desgracia de 1885. Aires de desolación y de muerte habían sustituido al aspecto habitual de placidez y de trabajo en hermosas regiones españolas, víctimas de aterradora epidemia colérica. El pánico producía, por contagio moral, más desastres aún que la dolencia misma, siendo el Real Sitio de Aranjuez una de las poblaciones más intensamente castigadas.

Entonces, aquel rey tan español y tan valiente que se llamó D. Alfonso XII, tuvo un hermoso rasgo, que mereció el unánime aplauso de su pueblo. El día 2 de Julio, en las primeras horas de la mañana, acompañado tan sólo de su ayudante, partía en un tren ordinario y se presentaba poco tiempo después, sin previo aviso, ante aquella población consternada, a la que iba a llevar esperanzas y consuelos. Y, en efecto, visitó hospitales y casas particulares; se enteró minuciosamente de las necesidades de la población; reanimó a ésta, infundiéndola alientos, y pudo, al fin, ver realizado su anhelo generoso, algún tiempo antes frustrado, cuando queriendo ir a Murcia por motivos análogos, hubo de refrenar sus nobles impulsos ante consideraciones de alto interés nacional hechas por su Gobierno.

En aquellas circunstancias, sólo admitió el acompañamiento de un guarda de a caballo del Real Patrimonio, que se puso a sus órdenes inmediatas, y a quien oí varias veces referir con sencilla emoción las escenas de que en aquel histórico día fué testigo.

Mi buen padre—que tal era, Señor, el aludido acompañante—consideró siempre como una de las ocasiones más memorables de su vida aquella que le permitía evocar su modesto nombre junto al augusto de su Rey.

Y habréis de permitir que el hijo igualmente modesto del primero, dirigiéndose



a V. M., hijo también agosto del segundo, os diga que la alta distinción de que hoy le hacéis objeto acudiendo a esta solemnidad, quedará asimismo en su memoria como uno de los más gratos recuerdos. Aunque hartos se me alcanza que mi personalidad sin relieve no es sino el pretexto para que V. M. venga a honrar esta Casa, a la que pertenecen las glorias más legítimas de la Medicina patria.

Mas sobre esto, así como sobre otros legítimos deseos que la Facultad siente y que V. M. bondadosamente patrocina, no he de decir más, pues ya en esta misma sesión habrán de hacerlo voces más autorizadas y elocuentes.

Con la venia, pues, de V. M., voy a leer mi discurso reglamentario.

.....

«Por mucha atención que se conceda a los hechos, nunca será excesiva; sin embargo, los hechos muy numerosos sobrecargan la memoria, y no ofrecerían ventaja alguna, si no nos condujeran a formular principios generales...» (1).

(JOHN HUNTER: *Lecciones de Cirugía*)

PEQUEÑOS DETALLES PRÁCTICOS Y ALGUNOS PRINCIPIOS GENERALES REFERENTES A LAS MEDICACIONES LOCALES EN OCULÍSTICA

Tal es el modesto trabajo que voy a someter a vuestra benévola atención, y cúmpleme, en primer término, explicar por qué le he titulado así.

Expuse más atrás el motivo de mi elección de tema dentro de la Terapéutica ocular, armonizando de este modo las exigencias reglamentarias con mis estudios

(1) El contenido de las ciencias experimentales y de observación se resume en dos categorías distintas: de una parte, los hechos y los fenómenos, espontáneos o provocados, y de otra, los razonamientos que sobre los primeros fundamos, desde los juicios más simples hasta los principios y las leyes de carácter más general.

En esta clase de ciencias, a las que la Medicina pertenece, son los hechos indudablemente la *materia prima*, sin la cual todo razonamiento es artificioso y carece en absoluto de base lógica. Por esto ha podido decir Claudio Bernard que «en ciencias experimentales vale más un hecho que una teoría», y Mayer, que «vale más un hecho que una biblioteca de hipótesis». De ahí la inanidad de tantas y tantas hipótesis caprichosas y absurdas de anteriores épocas históricas, que afortunadamente, pasaron ya para no volver jamás, desde que la observación rigurosa de los fenómenos y el determinismo experimental despejaron para siempre el horizonte científico, arrollando al sofisma y poniendo freno a los extravíos de la imaginación.

Mas los hechos, por sí solos, no constituyen la Ciencia. El mismo Claudio Bernard

predilectos. Mas, siendo la Terapéutica ocular extensísima, hube de limitar mi asunto a la Terapéutica local; dentro de ésta, a la farmacológica, que es la parte que encaja mejor en la Sección para la que he tenido el honor de ser elegido, y, en fin, dentro de ella, a las medicaciones astringente, cáustica y antiséptica, de una parte, y a las midriásica y miósica, de otra, por ser las más usadas, dado que las afecciones en que se emplean son las más frecuentes de la Patología ocular, a la vez que por ser los dos grupos medicamentosos más importantes de la Oftalmoiatría, toda vez que las afecciones más graves de la práctica corriente (conjuntivitis purulentas, iritis, glaucoma, etc.) son las por ellos combatidas. Por otra parte, habiéndome una experiencia clínica de más de veinte años permitido formar juicio propio de dichas medicaciones, es por lo que quiero discurrir acerca de ellas, por si las modestas enseñanzas que de este trabajo se desprendan sirven para ahorrar a otros colegas tiempo, trabajo y disgustos. Ahora bien: exponer todo lo que con las medicaciones astrin-

ha dicho: «La Ciencia no consiste en hechos, sino en las consecuencias que de ellos se sacan», y el ilustre John Hunter (en sus *Lecciones de Cirugía*) (*) es de análogo modo de pensar, cuando afirma que «por mucha atención que se conceda a los hechos nunca sería bastante», pero que «sin embargo, los hechos muy numerosos sobrecargan la memoria, y no ofrecerían ventaja alguna si no nos condujeran a formular principios generales». Los hechos, en efecto, sin el razonamiento, conducen sólo al empirismo más grosero. La verdadera ciencia es la que, sobre hechos ciertos y bien observados, funda juicios con arreglo a rigurosas reglas lógicas, elevándose por inducción, primero, a juicios elementales, y, después, razonando sobre éstos como si fueran hechos, y estableciendo principios y leyes cada vez más generales. Así se ha dicho, con razón, que «toda verdad inferior forma parte de otra verdad superior», y que «todas las verdades caben en un puño, y haría un gran servicio el que sintetizando los principios generales del saber humano, los escribiese en un papel de cigarro»(**).

Tal es la marcha ascendente que va por inducción de los hechos a los principios generales. Recíprocamente, una vez establecidos uno o varios de éstos se puede por deducción a partir de ellos, descender hasta los hechos más concretos, haciendo aplicación a éstos de dichas leyes. Y así la doble corriente que va desde los hechos a los principios que les rigen, y viceversa, constituye el verdadero método científico que **Lauder Brunton**(***) sintetiza diciendo que será aquel que cumpla con estas dos condiciones: 1.ª, que las teorías expliquen racionalmente los hechos, y 2.ª, que éstos comprueben en la práctica el fundamento de las primeras.

Mas no siempre pueden reunirse estas dos condiciones. A veces, los fenómenos observados permanecen durante mucho tiempo sin explicación racional, y no por eso dejan de tener valor. Por fin, un día llega en que varios, al parecer los más diversos, son explicados por una teoría racional, o reunidos bajo un principio general que los comprende a todos.

En otras ocasiones (siquiera esto sea la excepción en ciencias experimentales, mientras que es, por el contrario, la regla en ciencias abstractas) una ley o un princi-

(*) Trad. franc. de RICHELLOT: *Oeuvres complètes*, t. I. pág. 236.

(**) CAMPOAMOR: *El Idealismo*, Conferencias del Ateneo de Madrid, 1883.

(***) *Action des médicaments*, pág. 5, Paris, 1901.

gente y cáustica, midriásica y miósica se relaciona es tarea demasiado extensa e impropia de esta ocasión. Sería además inútil porque puede hallarse en las obras clásicas. Exponer, en cambio, lo que se relaciona con ciertos *pequeños detalles* no consignados en estas, o sobre los que no se hace suficiente hincapié, y al mismo tiempo hacerlo de algunos *principios generales*, no formulados tampoco hasta ahora, explícitamente al menos, aunque estén implícitamente en el ánimo de todos; y

pio general, al parecer bien establecidos *a priori*, parecen no ser confirmados por los hechos, y tampoco por eso las teorías o los principios dejan de tener valor. Es para estos casos para los que ha dicho muy bien Lauder Brunton (*) que «negar utilidad a los razonamientos valdría tanto como negar la utilidad de un puente a medio construir».

A veces, las teorías y leyes formuladas tienen brillante confirmación, como en el caso del descubrimiento del planeta Neptuno, a que llegó Leverrier por medio del cálculo o del cuerpo simple Indio hecho por Ramsay, basándose en la llamada «ley periódica» de Mendelejeff. En otras ocasiones, en fin, la hipótesis es desechada definitivamente porque los hechos están con ella en abierta contradicción; pero aun en este caso no dejan de tener valor los razonamientos apriorísticos, a título de *hipótesis de trabajo* (Cajal), que si no conducen siempre a la confirmación de las mismas, suscitan investigaciones y críticas que llevan a veces a resultados inesperados. Así, Newton creía que, siendo el poder dispersivo de una substancia proporcional a su índice de refracción, era una quimera la construcción de objetivos acromáticos. Euler dijo más tarde que, siendo el ojo acromático, debía ser posible la construcción de lentes acromáticas, como así ocurrió, aunque más tarde. Wollaston demostraba que el ojo no es acromático. No es la única vez, hace observar Tscherning (**), que se haya llegado a resultados útiles a partir de hipótesis falsas. Mas, entiéndase que dichas hipótesis tienen sólo un valor relativo y transitorio, es decir, que sólo son valaderas hasta tanto que los hechos las niegan, o que, por el contrario, las confirman, pasando entonces a ser teorías. Precisamente, el error de los antiguos sistemas consistía, no en formular hipótesis, que esto siempre lo hará la inteligencia humana, sino en que las más absurdas concepciones eran establecidas desde el primer momento como irrefutables e incommovibles, y nadie se cuidaba de contrastarlas imparcialmente con los hechos, sino que era forzoso subordinar y violentar éstos para ponerles en armonía con aquellas. Recuérdese lo que sucedió en ocasión memorable con Galileo: cuando la inquisición de Roma le obligó a abjurar de rodillas de lo que los enemigos del sabio llamaban «sus errores», siendo el principal de éstos el de que la Tierra giraba alrededor del Sol, opinión entonces reputada como herética, porque estaba en contradicción con los textos de la Biblia, abjuración que hizo al genio ilustre pronunciar en voz baja, y en son de protesta comprimida por el temor, su famoso *e pur si muove*.

Recuérdense, en fin, también las burlas y la mofa de que fué objeto el gran Colón por parte de los sabios oficiales de entonces, cuando, fundándose en la esfericidad de la Tierra, que también era doctrina heterodoxa en aquella época afirmaba el ilustre descubridor que debía existir un camino directo para las Indias orientales, marchando hacia Occidente, lo que trajo como consecuencia el grandioso descubrimiento de América.

(*) *Terap. et Pharmacolog.*, edic. franc., Bruxelles, 1888. Introd., pág. 6.

(**) *Optique Physologique*. Paris, 1898, pág. 103.

todo ello visto en rápida revista crítica, a través de mis personales impresiones (con lo cual se infiere, desde luego por adelantado, lo deficiente que habrá de ser), constituirá el nervio del presente trabajo.

Vamos, pues, a examinar ya sucesivamente, los dos grandes grupos de medicaciones farmacológicas locales referentes a

- I) *Astringentes, cáusticos y antisépticos*, de una parte, y
- II) *Amidriásicos y miósicos*, de otra.

I.—MEDICACIONES ASTRINGENTE, CÁUSTICA Y ANTISÉPTICA.

Formo un grupo con estas tres medicaciones, porque los fármacos que a ellas pertenecen poseen todos, en más o en menos, las propiedades de cada una de ellas, según la concentración o la forma de aplicación. Así, por ejemplo, el nitrato de plata, astringente en soluciones débiles, es cáustico a mayor concentración y antiséptico en todas. Por otra parte, sustancias en las cuales la acción astringente fué siempre lo que se consideró lo más importante, son hoy tenidas por antisépticos específicos o semi-específicos, cual ocurre con el sulfato de zinc respecto al diplobacilo de Morax-Axenfeld, productor de la conjuntivitis subaguda. El mismo nitrato argéntico es hoy considerado como un antiséptico contra el gonococo. En fin, el sublimado, tipo de los microbicidas indiferentes, tiene, como es sabido, propiedades cáusticas enérgicas en soluciones fuertes, y astringentes en las débiles.

Es verdad que en estos últimos tiempos se ha intentado, con la introducción en la práctica de los compuestos metálicos orgánicos (protargol, argirol, etc., para la plata; cuprinol, para el cobre; alumol, para el aluminio; cadmiol, para el cadmio; hermofenil, para el mercurio; etc.) suprimir los efectos cáusticos conservando los antisépticos; mas hasta ahora, sólo en parte se ha obtenido este resultado, pues si bien las combinaciones con los albuminoides o con otras moléculas orgánicas son, en verdad, menos cáusticas, preciso es confesar también que son menos antisépticas. Así, como después veremos, si bien el protargol y el argirol pueden ayudar la acción del nitrato argéntico y hasta sustituirla en los casos leves, dicha sustitución no es de valor positivo en los casos graves.

Por esto, considerando nosotros que los astringentes típicos son las sales propiamente dichas de los metales llamados pesados y, sobre todo las de ácidos inorgánicos, a ellas principalmente hemos de referirnos, por ser también de las que tenemos más experiencia y las que han sido objeto de nuestras investigaciones comparativas.

La **acción fundamental** del grupo de medicamentos que estudiamos consiste en

una coagulación del protoplasma celular (1), que si es brutal y en masa, cual ocurre en las fuertes concentraciones, origina la acción cáustica destructora del protoplasma, con la correspondiente eliminación consecutiva de la escara formada, mientras que si es delicada y superficial, como sucede con las disoluciones débiles, da lugar a la acción astringente con formación, *según se dice*, de una película superficial que protege al resto del tejido.

Fenómenos inmediatos subsiguientes son: *Por parte del sistema nervioso*, las sensaciones molestas que van desde el ligero picor o escozor hasta el dolor más o menos considerable, y que son punto de partida de los reflejos correspondientes, los cuales en la mucosa ocular son: ya musculares, como, el blefarospasmo, ora secretorios, como el lagrimeo y hasta vaso-motores, que son los que vamos ahora a examinar. Por parte del aparato circulatorio, el fenómeno dominante suele ser la congestión activa local, que va seguida de la vuelta a la normalidad, o bien de una disminución ulterior de los fenómenos inflamatorios, lo cual se traduce en lo visible por descongestión de la mucosa, regeneración de su epitelio después de caída la ligera escara superficial formada, y disminución de las molestias subjetivas locales.

Es lógico pensar que, modificaciones análogas a las que sufren las células de la mucosa bajo la acción de los astringentes, las sufren también los microbios, cuando éstos existen en ella, de lo cual resulta una acción antiséptica directa, sin perjuicio de que las modificaciones que se producen en el tejido contribuyan también a hacer antisepsia indirecta, convirtiendo el terreno en impropio para el desarrollo de los microbios.

La acción astringente, como nosotros la concebimos y que exponemos aquí, no como resultado de las desconcertantes lecturas de los libros clásicos, sino de los razonamientos que nos sugiere la observación de los fenómenos, es, pues, una acción compleja que dista mucho de poder ser explicada por el mecanismo simplista de que los medicamentos de este grupo sustraen agua a los tejidos (2) y los aprietan (teoría

(1) Es sabido que los albuminatos metálicos que se forman son insolubles.

(2) Además, en el caso de los colirios, se emplean éstos muy diluídos, es decir, con gran cartidad de agua, y se produce un abundante lagrimeo sintomático, todo lo cual no está muy en armonía con la *sequedad* que a semejanza de los curtientes debieran producir estos medicamentos. Tampoco convence la explicación de que la película delgada resultante de la coagulación de la albúmina en la superficie de la mucosa obra como un protectorio favoreciendo así la curación espontánea del proceso inflamatorio de la mucosa por debajo de la citada película, porque además que ésta casi nunca se observa en una mucosa como la conjuntival mojada constantemente con las lágrimas *no da tiempo* a que se forme a causa de la eliminación de las capas superficiales de la mucosa, a no ser en fuertes concentraciones del colirio; pero entonces ya no se trata en realidad de la acción astringente, sino de la cáustica, y éste no es ahora el caso de que tratamos.

del *strictum* opuesta a la del *laxum* invocada para los emolientes), lográndose aquí el efecto isquemante por compresión de los vasos y siendo, según esto, los astringentes unos vasos constrictores indirectos. Mas ésta es una cuestión de Farmacodinamia general, que por su importancia merece ocupar nuestra atención por unos momentos.

Varias diferencias fundamentales separan, a mi juicio, las acciones vaso-constrictora y astringente, en lo que a los efectos vasculares se refiere, a saber:

El efecto vaso-constrictor es un efecto pura y *exclusivamente vascular* y es además *primitivo, inmediato*, cual ocurre, por ejemplo, con la adrenalina. La instilación de ésta al 1/000 o más diluído, en el ojo, produce en pocos segundos una intensa isquemia, menos marcada en los tejidos inflamados, y que va seguida de una vuelta gradual a la normalidad y a veces de una reacción congestiva de retorno. En los astringentes sucede precisamente lo contrario, pues la instilación de un colirio metálico en una mucosa normal o inflamada produce casi siempre como efecto inmediato una *congestión activa* (acompañada de otros fenómenos reaccionales, como el lagrimeo), que va seguida de la vuelta gradual a la normalidad o hasta de isquemia. Este efecto isquemante, que con más propiedad llamaríamos descongestionante, es ya un efecto *terapéutico y consecutivo*, pues es la expresión de la curación o alivio de la inflamación de la mucosa, de la que la hiperemia es uno de los síntomas. Es además un efecto *tardío*, pues sólo después de algunas horas se presenta, mientras que al principio, los síntomas inflamatorios de la mucosa parecían haberse exacerbado por el empleo del medicamento. Es que en realidad, y aunque pugne un poco con la idea corriente que se suele tener de los astringentes, los efectos congestivos del principio son efectos *fisiológicos*, o mejor aún, *patogénicos* de dichos medicamentos, y son independientes de los efectos isquemantes o *terapéuticos* que vienen más tarde. Por lo demás, estos últimos no son exclusivos para la mucosa ocular, sino *comunes a todas las demás mucosas*, y, por lo tanto, la aplicación terapéutica que se hace a las inflamaciones de las mucosas es también general. En cambio, los efectos congestivos del principio, en virtud del «*ubi stimulus, ibi affluxus*» (1), aunque más frecuente de lo que suele decirse, no son siempre constantes (2).

Otra diferencia, en fin, entre las acciones vaso-constrictora y astringente reside en el hecho de que la primera puede ser local y general, mientras que la segunda es tan sólo local, pues nadie cree hoy en la acción astringente que el tanino, el per-

(1) «Los nervios vasculares pueden jugar un papel de protección o de reparación en los casos de acciones vulnerantes exteriores. Toda lesión provoca una vaso-dilatación local». (FREDERICQ ET NUEL. *Physiologie*, Paris-Gand, 1910, pag. 149.

(2) Son varios los autores que admiten *para ciertos astringentes* una acción vaso-

cloruro de hierro y otros agentes de este grupo puedan provocar a distancia (1), entre otros motivos, por su rápida transformación en el sitio en que son aplicados o en las primeras vías.

En posesión de todos estos datos, ha llegado el momento de sacar de ellos las oportunas consecuencias útiles para la Terapéutica.

A) En lo que se refiere a la **Acción sobre los vasos**, es de interés consignar aquí la que puede llamarse.

Ley de la inutilidad de las congestiones intensas. Acabamos de ver que el efecto isquemante de los astringentes es un efecto *tardío* y a la vez *consecutivo* a la disminución de la inflamación; que la hiperemia activa del principio no tiene nada que ver con dicha isquemia consecutiva, pues ésta es constante, mientras que la hiperemia no lo es, lo cual habla en favor de que esta última no debe ser necesaria para la obtención del efecto terapéutico. He aquí cómo he llegado a la comprobación práctica de este hecho: observando que en los casos de conjuntivitis agudas y subagudas, los enfermos mejoran por el uso local adecuado de los astringentes, pero a costa de un largo rato, a veces de horas, de tener los ojos congestionados con producción abundante de lágrimas y a la vez con escozor y molestias subjetivas más o menos considerables, que llegan en ocasiones hasta el dolor intenso, pensé en si serían susceptibles de ser suprimidos estos fenómenos molestos sin que la acción terapéutica disminuyese. Y en efecto: he tenido ocasión de comprobar numerosas veces que era facilísimo lograrlo sin más que instilar simultáneamente o a continuación del astringente un vaso constrictor—la adrenalina—para combatir la hiperemia y un anestésico local—la cocaína—para oponerse a los fenómenos dolorosos o simplemente molestos. Y siquiera en muchos casos no se logre hacer desaparecer del todo la una ni los otros, sino tan sólo atenuarlos, y aunque la hiperemia y las molestias subjetivas reaparezcan una vez pasada la acción del vaso constrictor y del anestésico, es lo cierto que ya lo hacen considerablemente atenuados, siendo las curas mucho más soportables. Ahora bien; los hechos atestiguan—y no creo con ello hacer ningún descubrimiento—que la curación se obtiene con igual rapidez instilando el medicamento corrector del efecto nocivo que sin él, con la ventaja de ahorrar fenó-

dilatadora primitiva. Y así, según Thomson de Dorpat (*Centralb. für kl. Med.*, página 126, 1883, cita de Soulier, *Terap. e. lic. esp.*, t. 2, pag. 325), se pueden clasificar los astringentes, en cuanto a su efecto vascular, en tres grupos: 1.º, *indiferentes* (sales de Al y Fe); 2.º, vaso-dilatadores (Sb, Mn, tanino y ácidos agállico y piro-agállico); 3.º, vaso constrictores (Au, Hg, Cu, Pb y Cr).

(1) Tampoco hay que confundir la acción astringente con la que también se suele llamar así en el intestino (astricción, estreñimiento). Es sensible que para cosas y actos tan diferentes, se empleen en el lenguaje médico usual las mismas denominaciones.

menos desagradables. Esto confirma lo antes dicho de que el efecto isquemante de los astringentes es el resultado y no la causa de su acción terapéutica.

B) En lo que se refiere a la **Acción sobre el sistema nervioso**, hay que señalar lo pertinente al dolor y sensaciones molestas de análoga naturaleza.

Aparte de que el dolor es siempre un huésped insoportable y, como dice Soulier (1), «un mal compañero de la acción terapéutica», cuya utilidad —como tal dolor (2)— nadie ha podido demostrar, mientras que sobre sus perjuicios todo el mundo está de acuerdo, tienen el dolor y las alteraciones sensitivas oculares un carácter tal de molestia y desasosiego —dada la riqueza en terminaciones nerviosas de la conjuntiva, y sobre todo, de la córnea—, que *es preciso combatirle siempre*, porque, además, estas impresiones centripetas engendran numerosos reflejos perturbadores (blefarospasmos, lagrimeo, miosis) no sólo sin finalidad útil, sino punto de partida de *círculos viciosos*, sobre los cuales más adelante (v. midriásicos) insistiremos.

Mas refiriéndonos ahora tan sólo al dolor (3) producido por la acción local de los medicamentos astringentes instilados sobre el ojo, hay que decir las circunstancias que le hacen variar, siendo las más importantes las siguientes: el cuerpo empleado, la concentración, el sitio y la extensión en que es aplicado, las cuales vamos sucesivamente a analizar.

1) **Influencia del cuerpo empleado.**—Son numerosos, como es sabido, los compuestos astringentes, inorgánicos y orgánicos, siendo sus propiedades irritantes distintas en virtud de la especial afinidad de cada uno para con los albuminoides del protoplasma. En la imposibilidad de referirme aquí a todos, voy a hacerlo tan sólo de los que han sido objeto de mis investigaciones (4). Estas han recaído sobre las sales metálicas usuales de los metales pesados, es decir, sobre los sulfatos, nitratos, cloruros, y alguna vez el acetato de los metales zinc, plata, plomo, mercurio, aluminio, hierro, cobre y cadmio. La forma empleada ha sido la solución, generalmente en concentración al 1 por 100 (excepto, como es natural, cuando lo que se quería averiguar era la influencia de la concentración).

El modo de aplicar el medicamento, la instilación en el fondo de saco conjuntival inferior de dos gotas del colirio que se ensayaba.

El material clínico utilizable ha consistido en los enfermos de la consulta, ele-

(1) *Terapéutica*, edc. española, t. I, pág. 415.

(2) El mismo autor dice (*loc. cit.*): «Usamos remedios que hacen padecer: el hierro, el fuego, brebajes amargos, no por dolorosos, sino *a pesar de que lo sean*».

(3) Englobamos con esta palabra, para abreviar, toda clase de sensaciones molestas, picor, escozor, sensación de arenillas..., etc. hasta el verdadero dolor.

(4) Estas han sido hechas en la consulta del Real Hospital del Buen Suceso, y en ellas me han ayudado, con gran celo, los Dres. Galiana y Busto, profesores ayudantes de la Clínica, y el Dr. Pastor, asistente a la misma.

gidos bien entre los que no tenían afecciones del polo anterior o bien entre los que tenían conjuntivitis, a ser posible de la misma intensidad en ambos lados para hacer siempre investigaciones comparativas. Nosotros mismos y el personal de la consulta hemos sido también sujetos de experimentación algunas veces.

Las observaciones se han hecho comparando rigurosamente y buscando en lo posible la igualdad de circunstancias, excepto la de aquella cuya influencia queríamos averiguar, y han sido numerosas (unas 250), hasta cerciorarnos del resultado que queríamos obtener. Se han hecho siempre evitando sugestionar a los enfermos respecto al resultado, variando la circunstancia cuya influencia queríamos saber en cada uno de los dos ojos de un mismo sujeto, y anotando el resultado.

El resumen de estas observaciones (cuyos detalles conservamos) ha sido el siguiente:

a) *Influencia del metal* (en las sales del mismo ácido). Se han comparado entre sí los *sulfatos* de cadmio, zinc, aluminio, aluminio y potasio (alumbre ordinario) y ferroso, y los *nitratos* de plata y de plomo. No se han empleado los sulfatos de estos dos últimos metales, el del primero, por no encontrarse corrientemente en el comercio (puesto que no se usa), y el segundo, por ser insoluble. Mas los resultados obtenidos con los compuestos de zinc (v. después), según los cuales la acción del sulfato es sensiblemente igual a la del nitrato, permiten pensar que no hay error apreciable en haber escogido los nitratos de dichos dos metales para compararlos con los sulfatos de los otros.

El resultado de la acción irritante, de más a menos, ha sido el siguiente:

- | | |
|--|--|
| 1. Sulfato de cadmio. | |
| 2. Idem de cobre. | |
| 3. Nitrato de plata. | |
| 4. Sulfato de zinc. | |
| 5. Idem de aluminio y potasio (alumbre ordinario). | |
| 6. Sulfato de aluminio. | } Diferencias casi nulas entre estos tres últimos. |
| 7. Idem ferroso. | |
| 8. Nitrato de plomo. | |

El escozor producido por el cadmio es grande y persistente. El del cobre es también muy intenso, así como el de la plata. El del zinc lo es bastante menos, lo cual explica la predilección en la práctica de los compuestos de este metal. El del alumbre es aún menos, y menos aún el del aluminio, ferroso y plomo, que apenas le producen.

El tiempo que tarda en aparecer el escozor es muy poco. Hay que mencionar que en algunos sujetos no se produce escozor ninguno, ni aun con los más enérgicos, como el cadmio, cobre y plata. Esto lo hemos observado, sobre todo en enfer-

mos de conjuntivitis granulosa, largo tiempo tratados. Se produce, evidentemente, un embotamiento de la sensibilidad por alteración de las terminaciones nerviosas, y otras veces por el hábito a consecuencia del empleo prolongado del remedio.

Como resumen, **se puede formar una escala de acción irritante de los metales, de más a menos de este modo: cadmio, cobre, plata, zinc, aluminio, hierro y plomo.**

b) *Influencia del ácido de la sal.*—Las investigaciones hechas con el zinc, en el que se da la circunstancia de ser solubles el nitrato, sulfato, cloruro y acetato, ha dado los resultados siguientes, también de más a menos:

1. Cloruro.
2. Sulfato. Nitrato.
3. Acetato.

El cloruro ha escocido siempre bastante más que las otras sales del mismo metal. *El sulfato y el nitrato, en igual plano.* El acetato, algo menos.

Comparando también el *cloruro de zinc* con el *sulfato de cadmio*, y a pesar de la acción enérgica irritante de este último metal (v. más atrás influencia del metal), el cloruro de zinc se ha mostrado aún más irritante, lo que demuestra que la acción irritante del género cloruro es mayor que la del metal cadmio, explicándose así la gran diferencia que hay en la acción irritante de los cloruros, con respecto a los sulfatos, nitratos y acetatos. Esto explica también por qué los cloruros solubles (1) son tan cáusticos (ejemplo: el sublimado), razón por la que no son empleados como astringentes en la práctica diaria. Y así se ve que, aun tratándose de metales indiferentes, como el calcio, y aun para los mismos alcalinos el sodio inclusive, los cloruros tienen siempre alguna acción cáustica. De todo lo cual se desprende la siguiente **escala de acción irritante, según el género de la sal: cloruros, sulfatos y nitratos, acetatos;** y como consecuencia de las dos escalas mencionadas, se puede formular esta **regla de aplicación práctica: cuando sea indiferente el empleo de dos compuestos distintos para obtener el mismo resultado terapéutico, se elegirá aquel que corresponda al metal o al ácido de acción menos irritante.**

Ejemplo: Entre el sulfato de zinc y el de cadmio, se elegirá el de zinc, y entre el cloruro de zinc y el sulfato de zinc, se elegirá el sulfato.

Pero no siempre existe esta indiferencia, sino que hay casos en que son preferibles unos a otros cuerpos, según la afección de que se trate, y esto nos lleva a formular un nuevo principio, o sea la **Ley de electividad**. Ciertas afecciones, como las conjuntivitis producidas por el diplobacilo de Morax-Axenfeld, encuentran en

(1) Cuando son insolubles, como ocurre con el de plata, plomo y el mercurioso (calomelanos), la acción cáustica desaparece. Lo mismo ocurre, en general, con todas las sales insolubles: sulfato de plomo, etc.

las sales de zinc (Morax) y en las de cadmio, según nuestras investigaciones, su agente curativo preferido; las de gonococo y las de bacilo de Weeks, en el nitrato de plata; el tracoma, en el sublimado o en el sulfato de cobre, etc. Son casos de antiseptia específica o semiespecífica, bien porque obren directamente sobre el germen o mejor porque hagan el terreno impropio para su desarrollo (1), bien porque estimulen la fagocitosis..., etc.

La aplicación práctica de este hecho es que se debe emplear la terapéutica específica o aproximarse todo lo posible a ella.

2. Influencia de la concentración.—Desde dos puntos de vista hay que considerarla: desde el puramente *físico* de la presión osmótica, o desde el *químico* de la afinidad.

a) En lo que se refiere al primer factor, o sea a la iso, hiper o hipotonía, la influencia es evidente, aunque no muy acentuada. En lo que se refiere a sustancias fuertemente irritantes, el factor presión osmótica no tiene importancia, por quedar obscurecido ante la influencia química de la concentración, como se dirá en seguida. Para poner de manifiesto la influencia puramente física del factor que estudiamos, es preciso acudir a las sales neutras; es decir, a aquellas que, por resultar de la neutralización de una base energética, por un ácido igualmente energético, e imposibilitadas por esta circunstancia de obrar químicamente, obran sólo por sus propiedades físicas.

El concepto de «osmonocividad», introducido en Patología y en Terapéutica en estos últimos tiempos (aunque en realidad ya se conocía de bastante atrás la acción que las soluciones fuertes y las débiles ejercían por sus propiedades osmóticas) ha sido invocado, como era natural, para explicar la acción irritante de los colirios que no la tenían por sus propiedades químicas. **Cantonet** ha hecho un estudio sobre los colirios isotónicos (2), del cual se desprende que, para no ser irritantes, deben poseer una concentración molecular equivalente a 14/000 de cloruro sódico.

(Continuará)

(1) Las investigaciones del Dr. Duvergier, en el Laboratorio del Dr. Morax, le han conducido a este resultado (*Actión du Sulfate de zinc sur le diplobacille de la conjonctivite subaiguë. Ann. d' Oculistique. Septiembre 1913*).

(2) *Formules de collyres isotoniques aux larmes (Arch. d' Opht. 1908)*.

SECCIÓN VARIA

Los médicos de los Institutos

El Colegio de Médicos de la provincia de Madrid, secundando la iniciativa del de Zaragoza, ha dirigido al Ministro de Instrucción Pública la siguiente exposición, copia exacta de la que remitirán otros Colegios:

«Los que suscriben, médicos del Colegio oficial de la provincia de Madrid, a V. E. respetuosamente exponen:

Que existiendo un proyecto de reforma en el plan general de estudios de los Institutos generales y técnicos, consideran de gran conveniencia y utilidad que las enseñanzas de fisiología e higiene y educación física se establezcan en la forma que indican las siguientes bases:

1.^a Las enseñanzas de educación física y de fisiología e higiene en los Institutos de segunda enseñanza, deben establecerse en la siguiente forma:

a) *Teoría de la educación física con nociones de anatomía, fisiología e higiene aplicadas.*—Clase alterna en el primer año de estudios generales.

b) *Fisiología e higiene.*—Clase alterna en el primer curso del bachillerato especial de ciencias.

c) *Prácticas de educación física.*—Lecciones bisemanales en los cuatro cursos de estudios generales y primeros cursos de los estudios de especialización.

2.^a Las enseñanzas de la teoría de la educación física y de fisiología e higiene, estarán a cargo de un solo catedrático, y se proveerán por oposición entre doctores o licenciados en Medicina.

3.^a Las prácticas de educación física estarán a cargo de los actuales profesores de gimnasia, y en lo sucesivo se proveerán por oposición entre doctores o licenciados en Medicina y profesores de gimnasia.

Gracia que no duda alcanzar de la rectitud y bondad de V. E., cuya vida guarde Dios muchos años.

Siguen las firmas.»

Concursos y premios 1916-1917

MURCIA MÉDICA

MURCIA MÉDICA abre un Concurso entre médicos para premiar dos artículos elegidos entre los que nos remitan, con arreglo a las siguientes condiciones:

- 1.ª El tema es de libre elección.
 - 2.ª Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
 - 3.ª Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
 - 4.ª Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc. que el tema requiera.
 - 5.ª Los trabajos premiados como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.
 - 6.ª Los premios son dos, consistentes cada uno de ellos en **100 pesetas**, 100 ejemplares del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en MURCIA MÉDICA.
 - 7.ª El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Septiembre de 1916, debiendo dirigirse a esta Administración.
- Y última. El jurado calificador se formará por tres Académicos de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, cuyos nombres se darán a conocer oportunamente.

PREMIO GUEDEA

Según anunciamos en el suplemento número 44, *Los Progresos de la Clínica* deseando convivir de algún modo, aun después de muerto, con su querido director D. Luis Guedea y perpetuar en lo posible su recuerdo entre la clase médica española y de la América latina ha pensado hacerlo fundando un premio anual, que se denominará «Guedea», con arreglo a las siguientes bases:

- 1.ª Los trabajos habrán de versar acerca del siguiente tema: «Indicaciones y contraindicaciones de la nefrectomía en el tratamiento de la tuberculosis renal», y ocuparán de 16 á 30 páginas de *Los Progresos de la Clínica*.

2.^a Deberán venir escritos a la máquina o con letra muy clara y acompañados de las ilustraciones en negro o en colores que sean precisas.

3.^a Vendrá cada artículo en sobre cerrado y con un lema, y en otro sobre también cerrado y con el mismo lema, el nombre del autor.

4.^a Los artículos deberán remitirse al señor administrador de *Los Progresos de la Clínica*, en la forma indicada, antes del 1.º de Enero de 1917.

5.^a El Tribunal calificador estará compuesto por los señores siguientes:

Don Antonio Simonena, D. José Grinda, D. Ramón Jiménez, D. José Núñez y otro señor que se designará.

6.^a El premio consistirá:

I. En la entrega de 500 pesetas al autor del artículo premiado.

II. En la publicación del artículo en el periódico.

III. En la entrega al autor de 200 ejemplares del repetido artículo, en edición aparte y en papel couché.

7.^a Podrán optar a este premio los médicos españoles y extranjeros que lo deseen.

8.^a Los trabajos podrán estar escritos en español, francés, alemán o italiano.

9.^a La adjudicación del premio se efectuará el mismo día en que se realice la de los demás premios ofrecidos por la Revista.

El Tribunal calificador se reserva el derecho a declarar desierto el premio, si no considera aceptable ninguno de los trabajos que se presenten. Por el contrario, podrá conceder uno o varios *accésits*. Los trabajos que merezcan esta distinción, serán publicados en *Los Progresos de la Clínica*, y a sus autores se les entregarán 200 ejemplares, en edición aparte y papel couché.

10.^a Todos los trabajos que se presenten aspirando a este premio, quedarán de la exclusiva propiedad del periódico, sin que sus autores tengan derecho alguno a reclamarlos, aunque no hayan resultado premiados.

INSTITUTO MÉDICO VALENCIANO

Programa de los premios extraordinarios para 1917

Sección de Medicina.—Premio: Título de Socio Honorario al autor de la Memoria que mejor desarrolle el tema «Neuritis de los arrozales».

Sección de Cirugía.—Premio: Título de Socio Honorario al autor de la mejor Memoria sobre el tema «Valor práctico de la cirugía intracerebral».

Sección de Farmacia.—Premio: Título de Socio Honorario al autor de la Monografía que mejor estudie el tema «Técnica de preparación de algún producto químico-farmacéutico que pudiera obtenerse en la región valenciana».

Sección de Veterinaria.—Premio: Título de Socio Honorario al autor de la mejor Monografía que desarrolle el tema «Inspección de carnes.—Caracteres diferenciales de las carnes de carnicería.—Diferencias osteológicas.—Signos objetivos suministrados por la carne y por la grasa».

Asunto libre.—Premio: Título de Socio Honorario al autor de una Monografía que mejor desarrolle cualquier tema referente a las ciencias médicas o a sus auxiliares.

Fundación Röel.—Premio: Tres mil pesetas en metálico, título de Socio Honorario e impresión de la Memoria premiada.—Accésit: Mil quinientas pesetas en metálico y título de Socio Honorario.

Tema: «Memoria crítica que, con pruebas verídicas y clínicas, analice los legítimos y aceptables adelantos científicos nacionales y extranjeros realizados dentro del quinquenio último, poniendo de relieve, con justificantes, aquellos que deban calificarse de inadmisibles o perjudiciales».

Condiciones del Concurso.—Podrán optar a estos premios los médicos, farmacéuticos y veterinarios españoles y extranjeros.

A los premios ofrecidos por la fundación Röel, sólo pueden optar los médicos españoles y los alumnos de Medicina de cualquier Universidad de España.

Los trabajos que se presenten podrán estar escritos en latín, español, alemán, inglés, francés, italiano o portugués; deben ser originales e inéditos y no estar premiados por otra Corporación o presentados simultáneamente en otros concursos. Deben ser dirigidos, francos de porte, al Instituto Médico Valenciano, calle del Mar, 21, hasta las doce horas del día 31 de Enero de 1917, acompañados de una plica, con el nombre, apellidos y domicilio del autor, y el lema, según costumbre en estos concursos. Los trabajos recibidos con posterioridad no serán juzgados.

Quedarán de propiedad del Instituto todas las memorias que se presenten, aun las que no reúnan las condiciones exigidas, y no serán devueltos los originales.

El Instituto se reserva el derecho de proceder contra los autores de los trabajos que resulten plagio o copia de otros, o que después de premiados lo hubieran sido o sean simultáneamente por otra Corporación.

No serán premiadas las Memorias que opten a premio del Instituto y que resulten ser de más de un autor.

Las Memorias que opten a los premios de la fundación Röel, y por lo tanto a premios en metálico, tendrán derecho a los mismos, aun cuando resultaren ser de más de un autor, pero no recibirán ninguno de los autores título ni diploma de socio laureado por la Corporación.

Serán considerados como de mayor mérito aquellos trabajos de investigación personal, con relación a otros más completos y mejor documentados, pero de mera erudición.

Los autores de los trabajos premiados se obligan a concurrir o delegar en quien los represente en la solemne distribución de premios del día 31 de Marzo de 1917, y si sus Memorias han de ver la luz pública, a presentar una minuta de las mismas, en forma de cuartillas escritas por una sola cara, con el fin de facilitar la impresión y al propio tiempo conservar el mejor original. El coste de la impresión de cada una de las Memorias premiadas por la fundación Röel no podrá exceder de quinientas pesetas.

Valencia 31 de Marzo de 1916.—El Presidente, *Dr. Manuel Martí Sanchis*.—
P. A. de la J.: El Secretario general, *Dr. Julio Perales García*.

Ministerio de la Guerra

REAL ORDEN CIRCULAR

Excmo. Sr.: En cumplimiento de lo prevenido en el Reglamento orgánico de la Academia Médico Militar, aprobado por Real decreto de 22 de Abril de 1899 (*Colección Legislativa* núm. 87);

El Rey (q. D. g.) se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se convoca a oposiciones para cubrir 35 plazas de Médicos alumnos de la Academia Médico Militar, a los Doctores o Licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten hasta el 26 de Agosto próximo, con sujeción a las bases y programas aprobados por Real orden de 10 de Abril de 1913 (*D. O.* núm. 80 y *Gaceta de Madrid* de este mismo año núm. 106), modificándose únicamente la circunstancia 2.ª del artículo 5.º, en el sentido de que los treinta años a que dicha circunstancia se refiere, pueden cumplirse en el transcurso del año actual, de acuerdo con las disposiciones hoy vigentes en este particular, para las restantes Academias Militares.

2.º Los ejercicios de oposición tendrán lugar en esta Corte y en el local de la Academia, calle de Altamirano, núm. 33, dando principio el 1.º de Septiembre del corriente año; y

3.º De conformidad con lo prevenido en el artículo 25 de las bases, el Tribunal de oposición celebrará su primera sesión pública en dicho local, a las diez del día 31 del citado mes de Agosto, para proceder al sorteo de los aspirantes admitidos a las oposiciones, a fin de determinar el orden en que éstos han de verificar los ejercicios.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid 20 de Mayo de 1916.—*Luque*.

(*Gaceta del día 24*).

Inspección general de Sanidad exterior

En cumplimiento de lo dispuesto en Real orden de esta fecha, se convoca a oposiciones para la provisión de las plazas vacantes de Médicos del Cuerpo de Sanidad exterior en las Estaciones sanitarias de los puertos de Ibiza, Palamós, Puerto Cruz de Orotava, Santa Cruz de la Palma, Motril y Rosas y demás que se declaren afectas a la oposición hasta la terminación de los ejercicios cuyas plazas están dotadas con el haber anual de 2.000 pesetas.

Los aspirantes que reúnan las condiciones que se señalan en el Reglamento presentarán sus instancias en esta Inspección general a partir del día 2 de Octubre próximo, y serán admitidos hasta el 31 de dicho mes, documentándolas debidamente para acreditar los extremos a que el Reglamento hace referencia.

Los ejercicios darán comienzo el día 21 de Noviembre del corriente año.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid 19 de Mayo de 1916.—El Inspector general, *Manuel M. Salazar*.

(*Gaceta del día 24*).

Noticias

En nuestro número anterior, en la reseña de la Sociedad Española de Especialistas de pecho, dice en el título: *Actuaciones morfológicas de bacilo... etc.*, debiendo decir: **Alteraciones morfológicas del bacilo... etc.**

Para la vacante habida en la Real Academia de Medicina, por fallecimiento del querido maestro Doctor Luis Guedea, ha sido nombrado nuestro también maestro y colaborador el Dr. Juan de Azúa.

Nuestra felicitación.

Acaba de salir a luz *Anuario Curiel Médico Farmacéutico de 1916*.

Este tomo de 328 páginas, de tamaño 17 por 24, contiene los nombres y direcciones de todos los Médicos y Farmacéuticos de España, así como los Dentistas y Comadronas de las principales poblaciones.

Precio: 3 pesetas.—Franco certificado: 3'40.—Administración: Aragón, 228.—Barcelona.



El Dr. Carlos Maria Cortezo, Presidente de la Real Academia de Medicina, ha sido operado felizmente, deseando por nuestra parte su total restablecimiento.



Enviamos las más expresivas gracias a nuestro colega *Regeneración Médica* de Salamanca, por haber reproducido en su número del 30 de Mayo pasado, el trabajo *Sobre un quiste hidatídico de pulmón*, por el Dr. Verdes Montenegro, publicado en nuestro número de Abril.



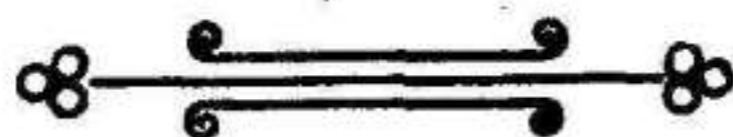
Ha sido nombrado vocal de la Comisión permanente contra la tuberculosis, nuestro ilustre colaborador el Excmo. Sr. Dr. Manuel de Tolosa Latour.
Le felicitamos por tan justa distinción.



Nuestro distinguido compañero D. Eduardo Gotarredona, de Albacete, sufre la inmensa desgracia de haber visto morir a uno de sus hijos.
Reciba nuestro más sentido pésame.



Hemos recibido la visita de nuestro distinguido colega *Revista Balear de Ciencias Médicas*, con el que gustosos establecemos el cambio que solicita.



Correspondencia administrativa

con nuestros suscriptores :: :: ::

- D. Antonio Pavia, Aspe.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Angel Lassala, Caudete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Lorenzo Ballester, Torrevieja.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Manuel Ortuño, Lumbreras.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Juan Rico, Elda.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Félix Templado, Cieza.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Eduardo Gotarredona, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Antonio Bañón, Jumilla.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Pedro Gal, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José M.^a Aroca, Palmar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Mariano Ruiz, Mazarrón.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Luis Calandre, Madrid.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José M.^a García Reyes, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Juan Segura, Alcoy.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Cordero, Almería.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- Muy reconocidos por las alabanzas que nos dirige.
- D. Carlos López Fanjul, Oviedo.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Ignacio Gómez, Puerto de Mazarrón.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Celedonio Bañón, Moratalla. Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Fermín Sánchez, Agost.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Maximiliano Alloza, Castellón.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

(Continuará)



CONSULTA

→ DE ←

Enfermedades ≡
≡ **del PECHO**

A CARGO DEL

Dr. Martínez Ladrón de Guevara

DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE MURCIA
Y DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN LAS
ENFERMEDADES DEL PECHO

— — — — —
Calle de Zoco
MURCIA



LABORATORIO
GUILLAMÓN

ANÁLISIS CLÍNICOS DE
ORINAS, ESPUTOS, SAN-
GRE, JUGO GÁSTRICO,
HECES, PUS, EXUDADOS,
LÍQUIDO CEFALO-RAQUI-
DEO, ETC. ETC. ■ ■ ■ ■



REACCIONES DE WAS-
SERMANN, WIDAL, ETC.

PLAZA DE SAN AGUSTÍN
(LONJA), NÚM. 2
MURCIA