

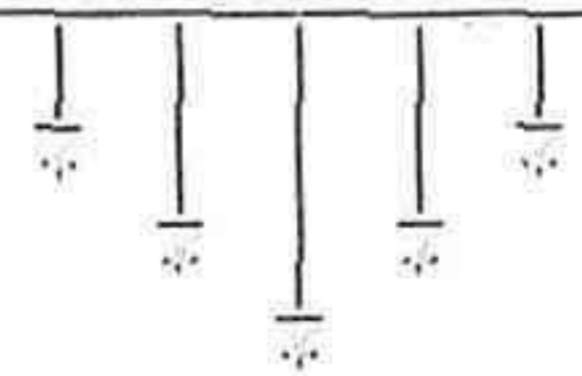


✧
✧
✧
✧
✧

MURCIA MÉDICA
:: AGOSTO 1916 ::

Prof. Lecha-Marzo
DE LA FACULTAD
DE
MEDICINA DE GRANADA

... NUESTROS ...
COLABORADORES





MURCIA MÉDICA

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

Año II .. Agosto 1916 .. Núm. 17

TRABAJOS ORIGINALES

Un nuevo método para la demostración de los espermatozoides en las manchas que asientan sobre soportes compactos :: :: ::

Por A. LECHA-MARZO

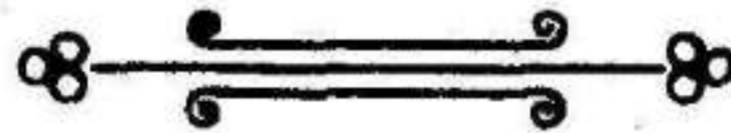
*Catedrático de la Universidad de Granada y del Instituto de Medicina Legal
de la Universidad de Madrid.*

Los métodos de Baecchi, de Dominicus, el mío a la yodo-eosina fenicada y desfibramiento en euparal que sirven para demostrar los espermatozoides pegados a las fibrillas de las ropas, según Gabbi (1) no son aplicables a la investigación de los zoospermos que asientan sobre soportes duros como la madera, el mármol, etc., y por esto propone un nuevo procedimiento que consiste en aplicar un tejido de algodón, blanco, de fibrillas delgadas y previamente humedecido en agua destilada sobre las manchas de esperma; este pedazo de tela traspasa a sus fibrillas los espermatozoides, y luego somete estas fibrillas de algodón a los procedimientos ordinarios de coloración. Para telas negras, con las cuales no resultarían los métodos de Baecchi (en esto no coincidimos con el citado autor) emplea también Gabbi este método para separar los espermatozoides: espolvorea la superficie de la mancha con finísima goma arábiga para que así puedan separarse mejor los espermatozoides de la tela y pone después en práctica los métodos de coloración de Baecchi. Nosotros hemos pensado siempre que cuando las manchas de esperma

(1) M. Gabbi: Sull' esame degli spermatozoi nelle macchie di sperma portate da tessuti neri e in genere da substrati spessi e compatti. *Il Cesalpino*, año X, 15 Junio 1915.

asientan sobre soportes lisos basta separar una pequeñísima cantidad con ayuda de un escalpelo y someterlos a los procedimientos ordinarios de aislamiento y de coloración sobre un porta-objetos, para ver los espermatozoides; y cuando las manchas son muy finas y no dejan separar nada al escalpelo no acudimos a un procedimiento tosco como el de Gabbi. Stockis para mostrar en las salas de justicia la forma de las manchas de sangre halladas en los lugares del crimen las recogía aplicando sobre ellas un papel fotográfico humedecido. Después yo he traspasado la mancha de sangre a las películas gelatinadas usadas por los fotógrafos (humedeciéndolas previamente), las llevo al porta-objetos, estudio al microscopio los glóbulos rojos y obtengo hasta las pruebas cristalográficas de la sangre. Este método era sólo aplicable a las manchas de sangre que asientan sobre soportes lisos; es preciso fijarnos sobre el caso que estudia Gabbi con respecto a los espermatozoides que están sobre soportes duros y lisos. ¿Para qué verlos entre las fibrillas de la batista? ¿Para qué exponernos a que la tela, soporte grosero, no recoja los espermatozoides? Por el contrario si nosotros hacemos el traspaso con una película gelatinada humedecida, con una hoja de celuloide del comercio donde hayamos depositado una finísima capa de gelatina, hacemos el traspaso en mejores condiciones, lo realizamos en una superficie lisa y la observación se hace en un medio transparente. Y sobre esta hoja de celuloide pongo después en práctica o no, pues no son absolutamente necesarios los distintos procedimientos de coloración.

Este nuevo método que propongo, después de repetidos ensayos, creo que merece por su sencillez y resultados, la atención de los prácticos.



-- COLABORACIÓN AMERICANA --

Algunos progresos en el tratamiento
de la sífilis nerviosa, en especial por
las inyecciones sub-aracnoideas :: :: ::

Por el DR. NEOCLE RAGUSIN

MÉDICO DE LOS HOSPITALES MILITAR Y DE NIÑOS DE BUENOS AIRES

(CONCLUSIÓN)

Caso n.º 1: *F. Corte*, empleado, soltero, de 24 años de edad; 5 de Octubre de 1915.

Hace cuatro años tuvo un chancro diagnosticado sífilítico y confirmado por el examen ultra-microscópico. Le hacen una sola inyección de «606» abandonando luego todo tratamiento. En Enero de este año, recibe ocho inyecciones de aceite gris. En Julio ppdo., toma unos 600 gramos de Jarabe de Gibert yodurado a causa de dolores reumatoides en todo el cuerpo y que curaron con esta medicación.

El 5 de Octubre ppdo., empieza a notar que su pierna derecha había perdido toda su fuerza y que le impedía muchísimo la marcha y poco a poco, tres días más tarde, se instala una neta paraplegia por la cual lo veo.

El enfermo no podía ejecutar ningún movimiento, sus miembros parecían a los de un polichinela, ni aún sostenido por dos personas podía mantenerse de pie. Acompañaba a esta paraplegia una constipación pertinaz. En el examen se encuentran todos los reflejos tendinosos y cutáneos muy exagerados existiendo un intenso clonus del pie y pierna de ambos lados. Le hago una inyección de aceite gris de 5 gotas y toma un gramo de yoduro de potasio mañana y noche. Se hace el día 12 de Octubre una punción lumbar al objeto de examinar el líquido céfalo-raquídeo.

16 de Octubre.—Ha recibido dos inyecciones de aceite gris, no hay ninguna mejoría. Se le hace una inyección sub-aracnoidea de 5 miligramos de neo-salvarsán. El examen del líquido céfalo-raquídeo extraído anteriormente, ha dado:

Reacción de Wassermann.	Negativa
Reacción de Nonne Apelt.	Débil positiva
Reacción meníngea.	No hay

20 de Octubre.—Ha soportado perfectamente la inyección. Ya puede caminar aun cuando con dificultad. Continuará con el tratamiento mercurio-yodurado.

6 de Noviembre.—El enfermo lleva tres inyecciones de aceite gris, ha mejorado tanto de la marcha que le permite concurrir a sus ocupaciones. La constipación ha desaparecido.

Llama la atención en este enfermo, la disminución muy marcada de los reflejos y un moderado temblor irregular en ambas manos, lo que se acompaña de una ligera cefalea discontinua.

Caso n.º 2: *A Fouché*, mayor del ejército. Soltero, de 39 años de edad. Lues que data de 12 años. Sufre desde hace tiempo de una marcada amisocoria y hace aproximadamente un año sufre intensos dolores fulgurantes, adelgazamiento y pérdida de la fuerza.

2 de Enero de 1915.—Intenso Romberg, acompañado de ausencia de todos los reflejos tendinosos y cutáneos en ambas piernas. Trastornos sensitivos caracterizados por un embotamiento de la sensibilidad, constipación y frecuentes retenciones de orina. La estabilidad está tan disminuída que apenas le permite lavarse, pues al inclinarse sobre la palangana se cae sobre ella. La intensidad de los dolores fulgurantes es desesperante. Hay signo de Argill-Robertson.

Se examina la sangre y da una Reacción de Wassermann negativa, la que se acompaña de una linfocitosis de 26 %.

El examen del líquido céfalo raquídeo da una:

Reacción de Wassermann.	Positiva
Reacción de Nonne Apelt.	Fuerte positiva
Reacción meníngea.	Fuerte linfocitosis

Con todos estos datos, se hace el diagnóstico de Tabes y se instituye una enérgica cura mercurio-yodurada.

3 de Abril.—Ha hecho diez inyecciones de aceite gris y ha tomado cuatro frascos de yoduro Souffron. Se encuentra algo mejorado en su estado general, no así en cuanto se refiere a la gran sintomatología tabética.

29 de Mayo.—Se le hace una inyección sub-aracnoidea de cuatro miligramos de neo-salvarsán.

5 de Junio.—Ha soportado bien la inyección. Apenas si ha tenido cefaleas. Se siente mejor de sus mareos, orina con facilidad. Los dolores no se han presentado. Tiene mejor apetito y duerme bien. Inicia una nueva serie de inyecciones de aceite gris.

31 de Julio.—Hasta la fecha la mejoría ha progresado paulatinamente. Se ha dado ocho inyecciones de aceite gris.

7 de Agosto.—Desde hace cuatro días tiene fuertes dolores en el talón derecho que se propagan al dedo chico, los cuales calmaron con aspirina.

4 de Septiembre.—Hasta la fecha no ha tenido ningún dolor. Recientemente ha tenido algún dolorcito en el muslo derecho.

11 de Septiembre. Ha tenido uno que otro dolor fulgurante calmable con aspirina. Se le hace hoy una nueva inyección sub-aracnoidea de 5 m/m de neo-salvarsán.

13 de Septiembre.—La inyección ha producido un gran recrudescimiento de los dolores, los que le duraron 36 horas. No ha tenido ni cefalalgias ni raquialgias. Hoy se siente muy bien. El signo de Romberg es poco apreciable.

5 Noviembre.—Gran bienestar, aumento de peso, ha desaparecido la constipación, llamándole la atención al enfermo la regularidad en el movimiento de su intestino. Su vejiga marcha perfectamente. Al parecer los reflejos rotulianos son apreciables.

Caso n.º 3: *E. Bernard*, de 48 años de edad, casado, español y con los siguientes antecedentes mórbidos.

Chancro y bubón diagnosticados sifilíticos hace 29 años, por lo cual se hace una serie de fricciones mercuriales. Un año más tarde tiene una fuerte blenorragia; y hace nueve años, estando en el Paraguay, tiene otro chancro y bubón diagnosticados también como sifilíticos, por lo que se hace nuevamente fricciones mercuriales hasta su completa curación. Desde esa fecha abandona todo tratamiento, sin sufrir la menor molestia. El 7 de Febrero de este año, al levantarse de la cama se siente mareado y pocos minutos más tarde sufre un vértigo, cayendo al suelo sin sentido, aunque por muy corto tiempo; constata que no puede levantarse, sufre fuertes cefaleas y nota que todo su lado izquierdo se ha paralizado lo mismo que el derecho de la cara, es decir, se había instalado una neta hemiplegia izquierda. Lo asiste un colega quien instituye tratamiento yodo-mercurial, haciendo al enfermo unas veinte fricciones con lo cual mejora de su parálisis facial y de la pierna, lo que le permite andar aun cuando con mucha dificultad. El brazo no ha sufrido ninguna modificación. Nota el enfermo durante todo el tiempo que dura esta cura, unos cincuenta días, disminución diaria de la visión, hasta que en los últimos días tenía que hacerse acompañar para poder caminar. En este momento, lo examina el Dr. Rivero, quien

encuentra fuera de su *hemiplegia* una *atrofia papilar* del ojo izquierdo, y en el derecho una *coroiditis miópica peri-papilar*. La papila del ojo izquierdo está atrofiada, blanca nacarada y a bordes netos. La visión en el ojo izquierdo, es nula; la del derecho es 1/20.

Se hace una reacción de Wassermann de la sangre y resulta débil positiva, la que se acompaña de una linfocitosis de 25 %. Por esta razón me lo envía el Dr. Rivero para su tratamiento. Al examen, el 4 de Abril próximo pasado, constato una neta hemiplegia izquierda, algo espasmódica, con exageración de todos los reflejos, intenso clonus del pie y pierna, parálisis moderada del facial derecho. Los movimientos son apenas posibles con la pierna izquierda, los que permiten caminar con mucha dificultad; por el contrario, los movimientos del brazo son nulos. El 8 de Abril hago una punción lumbar extrayendo 10 c. c. de líquido céfalo raquídeo, y su examen dió:

Reacción de Wassermann.	Positiva.
Reacción de Nonne-Apelt.	Positiva.
Reacción meníngea.	Regular linfocitosis

Teniendo en cuenta el carácter de las lesiones y la presencia del Wassermann en la sangre y en el líquido céfalo raquídeo, hago el diagnóstico de:

Hemiplegia izquierda por hemorragia cerebral derecha a causa de una endoarteritis sífilítica. Neuritis óptica con atrofia papilar izquierda.

Hago durante el mes de Abril tres inyecciones intravenosas de Salvarsán, con lo que no se consigue ninguna mejoría; apenas si mueve algo el brazo izquierdo. A pesar de los lentes recetados para corregir la miopía del ojo derecho, el enfermo ve muy mal y tiene que venir acompañado de su esposa.

El día 13 de Mayo próximo pasado le hago una inyección sub-aracnoidea de cinco miligramos de neo-salvarsán que es soportado perfectamente y nueve días más tarde, una inyección intravenosa de salvarsán (50 centigramos).

Diez días más tarde, veo nuevamente al enfermo, hay neta mejoría en la marcha y en los movimientos de su brazo. En cuanto a su visión ha mejorado, por cuanto el enfermo ya viene solo y me refiere que llega a distinguir los números de los tranvías. Le hago el 29 de Mayo una nueva inyección sub-aracnoidea de 6 miligramos de neo-salvarsán y el día 5 de Junio le hago otra intravenosa de salvarsán y a continuación de esta el 10 de Junio otra sub-aracnoidea de 7 miligramos, también de neo-salvarsán.

Hasta esta fecha ha habido una paulatina y progresiva mejoría de la visión. De su hemiplegia no quedan más que restos, ha recuperado todos los movimientos, aún cuando al ejecutarlos los hace con cierta brusquedad.

Recibe dos nuevas inyecciones intravenosas de salvarsán y el 23 de Junio pró-

ximo pasado, lo examina el Dr. Rivero, su informe dice: «Los signos oftalmoscópicos no han mejorado, la visión, ha mejorado de 4/50».

En este momento el enfermo se queja de que se le ha detenido la mejoría de su visión; tiene en el antebrazo izquierdo un flemón del tamaño de una mandarina y al parecer se ha producido a causa de una pequeña extravasación en el tejido celular tras la última inyección intravenosa. Este flemón es incindido el 25 de Julio, dando salida a una buena cantidad de pus.

El 5 de Agosto se le hace una nueva inyección sub-aracnoidea de cinco miligramos de neo-salvarsán y diez días más tarde se presenta nuevamente el enfermo, el cual refiere con gran alegría que su visión en el ojo derecho ha mejorado; tanto que, sacándose el lente puede distinguir la forma de los objetos a más de un metro de distancia; por otro lado la visión nula del ojo izquierdo ha desaparecido; ya puede, aunque confusamente, distinguir algunas formas. De su hemiplegia no quedan más que rastros, se conoce su pasada existencia por una ligera disminución de la fuerza y por la exageración de los reflejos del lado izquierdo, los que se acompañan de un moderado clonus del pie. La presencia del absceso parece haber influido favorablemente en esta mejoría.

Hecho este resumen de su historia clínica, resulta:

1.º Que el tratamiento arseno-mercurio-yodurado, no ha sido suficiente al principio para mejorar la hemiplegia.

2.º Que la asociación del tratamiento general con la medicación sub-aracnoidea ha sido inmejorable en cuanto se refiere a la hemiplegia.

3.º Que los resultados obtenidos sobre las lesiones oculares, si bien no han sido tan brillantes como para la anterior lesión, son sin embargo alentadores, pues bien sabemos cuán ineficaces han sido hasta el presente todos los tratamientos para esta clase de lesiones como lo es la atrofia de la papila y la neuritis óptica; y digo ineficaces, no solamente para curarlas, sino siquiera para detenerlas en su evolución siempre progresiva; en nuestro caso, por el contrario, no sólo se las ha detenido, en su evolución, sino también algo se las ha mejorado.

En todo esto hay una gran contradicción, entre la mejoría de la visión y la inalterabilidad de los signos oftalmoscópicos, lo que, indudablemente se explica dada la fineza de la estructura anatómica de la papila y de las lesiones en ella desarrolladas, lo que establece un límite de diferenciación muy difícil de apreciar.

Un hecho interesante en nuestro enfermo, ha sido la detención de la mejoría tras la segunda inyección sub-aracnoidea, mejoría que ha quedado estacionaria por más de veinte días y que, al parecer, ha venido a reforzarse tras la formación accidental del absceso.

Este refuerzo en el tratamiento por la formación del absceso se asemeja en un



todo a lo estudiado por mi maestro Dr. Díaz, con respecto a los abscesos de fijación, como coadyuvantes en el tratamiento de las sífilis graves; y en este caso, un accidente terapéutico nos ha hecho comprobar una vez más, la excelencia de esta combinación terapéutica para el tratamiento de lesiones que hasta hoy teníamos por incurables.

Es por esta razón, que actualmente, sin haber perdido el enfermo un ápice de su mejoría, lo hemos sometido a un tratamiento mercurial intensivo a objeto de su saturación y tras esta, procederemos a la inyección de la trementina, formadora del doloroso pero bienhechor absceso.

Caso n.º 4: *J. del Valle*, 1915; condestable de la Armada, de 40 años, casado.

Hace 20 años tuvo un chancro en el surco balano prepucial el que más tarde fué acompañado de placas mucosas y alopecia del cuero cabelludo, todo lo cual cura con un tratamiento local en unos cinco meses, no haciéndose ningún tratamiento específico. En el año 1906, ingresa en la sala 6.ª del Hospital Militar donde el Dr. Díaz hace el diagnóstico de sarcocelos sífilítico izquierdo y reumatismo sífilítico, curando todo esto a los cinco meses tras una intensa cura mercurio-yodurada. Cuatro años más tarde empieza a notar dolores fulgurantes en ambas piernas, los que han ido paulatinamente aumentando en intensidad y frecuencia siendo en estos últimos tiempos casi diario y de una intensidad mortificante. Hace un año aproximadamente empieza a notar dificultad en la estabilidad y en la marcha, lo mismo que frecuentes retenciones de orina. Tiene una intensa fotofobia y dolores en los globos oculares. Sensación de constricción en el tronco. Desde dos años atrás ha perdido por completo su energía genésica y anteriormente con mucha dificultad podía efectuar el coito. A principios de este año recibe dos inyecciones de 50 centg. de «606» y cinco inyecciones de aceite gris con lo que mejoró algo su sintomatología dolorosa, pero un mes más tarde su enfermedad vuelve en todo su apogeo.

Estado actual.—Marcha netamente tabética, signo de Romberg, ausencia absoluta de los reflejos rotulianos y del tendón de Aquiles, lo mismo que todos los cutáneos. Signo de Argill-Robertson con marcada anisocoria, P. D. mayor que P. I.; siendo además algo irregular la pupila derecha. Frecuentes retenciones de la orina y gran constipación. Ausencia de toda la sensibilidad dolorosa en ambas piernas y pies, embotamiento de la misma en el tronco y cuello. El enfermo tiene la sensación de un chaleco constrictivo. Pérdida de toda sensación genésica y hace más de dos años que no tiene ninguna erección viril. Fotofobia y dolor en los globos oculares, no acusando el examen del fondo de ojo nada anormal. — (*Dr. Rivero*)

Se hace un examen de la sangre da un Wassermann positivo, el que se acompaña de una linfocitosis de 31 %. El 1.º de Septiembre se hace una punción lumbar y el examen del líquido céfalo raquídeo da:

Reacción Wassermann.	Positiva
Reacción Nonne Apelt.	Negativa
Reacción Meningea.	No hay

Con estos resultados se hace el diagnóstico de Tabes en el primer período e inicia una serie de inyecciones de aceite gris.

11 de Septiembre.—Se ha dado tres inyecciones de aceite gris de cinco gotas cada una. Toma hoy una inyección sub-aracnoidea de cinco miligramos de neo-salvarsán.

20 Septiembre.—Notable mejoría, caracterizada por una mayor estabilidad, orina y va de cuerpo con toda regularidad. La sensación de constricción ha disminuido lo mismo que la fotofobia y los dolores oculares. Continúa con el aceite gris.

2 de Octubre.—Se ha dado dos inyecciones más de aceite gris; la mejoría ha continuado. Aunque débiles, ha tenido erecciones de su miembro. Toma hoy la segunda inyección sub-aracnoidea de cinco miligramos de neo-salvarsán, haciéndose una nueva extracción de 10 c. c. de líquido céfalo-raquídeo a objeto de su examen.

Octubre 9.—La inyección ha producido intensas cefaleas por espacio de unas 24 horas. La mejoría se ha acentuado aún más, hay una inmejorable estabilidad, no hay dolores ni trastorno alguno, la sensación de constricción es apenas perceptible. Con sorpresa vemos que el examen del líquido céfalo-raquídeo es negativo en todas sus fases. Continuará con el aceite gris.

Octubre 20.—Sigue muy bien. Ha podido efectuar el coito como en sus mejores tiempos. Apenas si se nota el signo de Romberg. La falta de estabilidad ha desaparecido, encontrándose sin embargo un cuanto disminuía.

Noviembre 3.—La mejoría ha continuado. Gran bienestar; sin embargo, la ausencia de los reflejos continúa lo mismo que el Argill-Robertson. Ha tomado dos inyecciones más de aceite gris.

Caso n.º 5: J. Rodríguez, zapatero, soltero, de 25 años.

19 de Junio de 1915.—Sífilis diagnosticada por el Dr. Uriburu el 1912, tratada durante los 15 primeros meses con píldoras y fricciones. Como manifestaciones no tuvo más que un chancro y los dos bubones. Hace cinco meses nota en la ingle izquierda la aparición de un tumor del tamaño de una nuez, el que actualmente existe y ocupa la parte central del triángulo de Scarpa. Casi consecutivamente, nota que el testículo derecho ha aumentado de volumen, siendo sin embargo indoloro. Hace diez días que tras una sensación de frío intenso en ambas piernas se produjo una completa parálisis de ellas, tanto que no puede estar parado. Al examen se nota esta intensa paraplegia acompañada de fuertes reflejos tendinosos, micción muy dificultosa y tras grandes esfuerzos, por otra parte hay relajación del esfínter anal con pérdida de las materias fecales. Ligero dolor en la región raquídea

lumbar, ligera anisocoria, con conservación de los reflejos. Hay temblor general el que parece ser transmitido por el intenso clonus de las piernas.

Por otra parte existe el ganglio indurado (gomadérmico?) en el triángulo de Scarpa y un neto sarcocele sifilítico (testículo en galleta, duro e indolente).

Hay decaimiento general y una remota disártria.

Diagnóstico: Mielitis sifilítica. Sarcocele sifilítico derecho. Coma dérmico.

Se hará también punción lumbar y examen de la sangre.

Tratamiento: Fricciones mercuriales de 5 gr. c/u, mañana y noche. Yoduro potásico 50 gotas a c. c.

21 de Junio.—Se hace examen de la sangre y punción lumbar extrayéndose 10 c. c. de líquido céfalo-raquídeo.

1.º de Julio.—Se ha dado las fricciones, no hay ninguna mejoría. El examen de la sangre, ha dado:

Reacción de Wassermann. Débil positiva, linfocitosis 51 %.

El examen del líquido céfalo-raquídeo, da:

Reacción de Wassermann. . . Positiva.

Reacción Nonne-Apelt. Positiva.

Reacción Meníngea. Linfocitosis de mediana intensidad

Se hace hoy una inyección sub-aracnoidea de 5 m/m de 914.

6 de Julio.—Ha soportado bien la inyección sub-aracnoidea. Hay una ligera mejoría, sin embargo el enfermo no puede estar parado aun cuando se le sostenga. Continúa con las fricciones y el yoduro.

29 de Julio.—No se nota ninguna mejoría. Sus dos piernas faltas de todo movimiento parecen los miembros de un polichinela. Ha hecho las fricciones. Como hay una ligera estomatitis, la suspenderá y tomará hoy una nueva inyección sub-aracnoidea de 5 m/m de 914.

10 de Agosto.—Hay una neta mejoría. El enfermo puede estar parado y dar unos pasos apoyándose.

24 de Agosto.—Sin ningún tratamiento el enfermo ha progresado. Hay mayor estabilidad, puede caminar aun cuando desordenadamente. Se hace hoy una nueva inyección sub-aracnoidea de 5 m/m de neo-salvarsán.

11 de Septiembre.—La mejoría ha continuado. Como aún hay restos de estomatitis continuará con el yoduro el que también es mal soportado.

2 de Octubre.—La mejoría se ha detenido. Se hace hoy una nueva inyección sub-aracnoidea de 5 m/m de neo-salvarsán.

20 de Octubre.—La mejoría del enfermo es neta, ya puede caminar perfectamente, aun cuando lo hace con una cierta rigidez de sus piernas. Vuelve nuevamente a las fricciones y al yoduro.

3 de Noviembre.—Aún mejor, igual tratamiento.

El axamen del líquido céfalo-raquídeo extraído previamente a la última inyección, nos da:

Reacción de Wassermann.	Débil positiva.
Reacción de Nonne-Apelt.	Negativa
Reacción meníngea.	No hay.

Este resultado confirma la mejoría clínicamente observada.

28 Diciembre.—Aún mejor. Se hará una nueva inyección sub-aracnoidea, previas siete fricciones.



INDICACIONES DE URGENCIA

FLEBOTOMÍA

Por ALFREDO DE MARTINEZ SERÓN

Remóntase a primitivos tiempos el empleo de tal recurso. Era práctica, ya en uso, once siglos antes de J. C. Sucesivamente han recurrido a ella egipcios, chinos y griegos. Posteriormente, Galeno pretendía con ella eliminar la *sangre mala*.

En los siglos XV y XVII gozó de gran boga, pues en aquel entonces todos se hicieron eco de la siguiente tesis de Botal: *cuanto más se saca agua corrompida de un pozo, antes se convierte en buena; cuanto más mama el niño, más leche tiene su ama; el símil es de la sangre y la sangría*.

A fines del siglo XVIII y parte del próximo pasado, adquirió un nuevo apogeo, así lo reflejan los libros médicos de aquella época y de labios de nuestros ascendientes lo hemos oído relatar.

Raro era el sujeto adulto, que al caer dentro del campo de lo patológico, no se le provocaban una o varias fleborragias para reintegrarle a su fisiologismo perfecto.

Exitos se consiguieron y se consiguen con tanpreciado recurso, mas por desgracia, también se registraron múltiples fracasos seguidos de consecuencias desagradables; esto y los latigazos de la sátira que la clase médica de aquel entonces sufrió, nos ha conducido a un estado en que quizá se peque por defecto.

Otro factor de los que han intervenido para contribuir a postergarla, ha sido la pícara moda de la cual no se encuentra exenta nuestra hermosa y humanitaria ciencia de curar.

Avalanchas de preparaciones nuevas invaden el campo de nuestros recursos terapéuticos, pero el sereno juicio del clínico no se debe dejar influenciar *por nada* y sólo debe escogitar *racionalmente* de tan frondoso campo las flores que con su miel puedan endulzar la vida de nuestros pobres enfermos.

Pues bien, la sangría es un veterano recurso que ha resistido y resistirá a la acción seleccionadora del tiempo; no así ha sucedido, y, quizá suceda, a otros de gran actualidad, que el tiempo les hará justicia.

El objeto que me he propuesto es el de recordar las indicaciones que cumple

para que en los angustiosos momentos en que a ella se deba recurrir, se obtengan los beneficios que reporta.

Nos inspiramos al hacer este recordatorio en los trabajos del Dr. Huchard y antes de entrar en el fondo del asunto, estimo de mucha utilidad el transcribir del gran maestro las palabras que siguen: las emisiones de sangre *«deben quedar como medicación de un síntoma, de un accidente, de una complicación, nunca de una enfermedad»*.

La sangría, al eliminar del organismo de 300 a 400 gramos del líquido hemático, rebaja temporalmente la presión sanguínea; por lo tanto se recurrirá a ella en las enfermedades que por gran plétora en todo el amplio árbol circulatorio o en el de uno de sus segmentos, pueda accidentalmente poner la vida en peligro. Primer grupo de indicaciones.

La pérdida de la referida cantidad de sangre, actúa aliviando al corazón en su incesante trabajar; el descartar algún peso de su abrumadora carga facilita su trabajo; el líquido circulante lo hace en condiciones más aproximadas a las normales y por ende, funciones de tanta importancia como la del aparato pulmonar, queda notablemente favorecida, las de acción eliminadora de los distintos emuntorios se cumple más fácilmente y la mejoría de nuestro enfermo nos expresa la acción beneficiosa de nuestra intervención que puso en armonía, aunque sólo fuese unas horas, la carga cardíaca con el poder contráctil del miocardio. Segunda indicación; en algunos casos de accidentes hiposistólicos.

¿Pero queda reducida a estos dos casos la acción bienhechora de la sangría? No, ciertamente. Existen estados en los cuales la sangre tiene un gran poder tóxico y las funciones evacuantes del organismo están disminuídas extraordinariamente; entonces, al desprendernos a la vez que de nuestra sangre, de la sustancia que nos intoxica, quedamos favorablemente influenciados. Tercera indicación; en algunas toxemias.

Expuestos ya los fines, para conseguir los cuales se debe sangrar, cumpliría-me, siguiendo el criterio de algunos tratadistas, referir las enfermedades que lo pueden requerir en un momento determinado, pero ello lo estimo inútil y es más, creo posible, aun siendo muy minucioso en la exposición, omitir algunas, en que por una rareza pudiera surgir la indicación en condiciones excepcionales. ¡Es tan varia y nos reserva tantas sorpresas la patología!

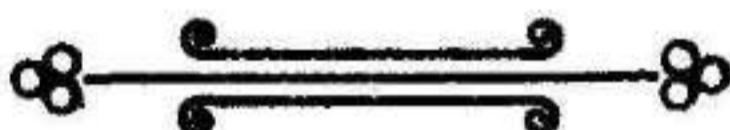
Con esta opinión creo preferible enumerar ciertas enfermedades que pueden considerarse como prototipos, dentro de cada uno de los grupos antes indicados, teniendo presente que aun siendo buenas muestras, en ciertas de ellas la fleborragia llena más de una indicación. La naturaleza no se amolda a nuestras esquemáticas formas expositivas.



Siguiendo con el orden anterior, la arterio-esclerosis figura entre las entidades patológicas del primer grupo. Los cambios que la referida enfermedad imprime a las propiedades físicas de las paredes vasculares determinan trastornos circulatorios de consideración. El cerebro, órgano de rica vascularización y vecino angiológico del corazón, es de los más fatalmente influídos. Determinanse en él, luego de múltiples causas ocasionales, estados condestivos que el enfermo expresa por cefalea o cefalalgia, trastornos auditivos, visuales, etc., que el médico comprueba por síntomas objetivos: enrojecimiento de la cara, labios y conjuntivas y dureza del pulso. En esta situación una sangría es el gran remedio.

Figura llenando varias indicaciones, pero principalmente la comprendida en el segundo grupo, en el edema pulmonar. El corazón en inminencia de asistolia aguda por casi imposibilidad de poner en movimiento la sangre en el árbol de la circulación menor, da visibles pruebas de desfallecimiento empeorando las malas condiciones de la hematosis en aquel aparato respiratorio y amenazando de muerte al enfermo. ¡Cuán beneficioso resulta entonces el indicado que nos ocupa!

Dentro del tercer grupo haré mención de la eclampsia, presentando como tipo la uremia cualquiera que sea su expresión clínica; ella a igual que las precedentes, nos reserva las felices horas que proporciona el haber aliviado a nuestros enfermos y en ocasiones haber alejado a la muerte que rodeaba aquel lecho.



FRACTURAS DEL HUESO RADIO EN SU EXTREMIDAD INFERIOR

Por el DR. E. AMORÓS Y MARTÍ

Poco se puede decir sobre materias de esta naturaleza que resulte desconocido, pero ante la importancia de la misma, siempre se halla oportunidad para decir algo que resulte beneficioso aunque este beneficio se limite al del recuerdo para muchos. Los diferentes casos de fracturas observados por nosotros, de reciente fecha en su producción algunos; de varios meses otros, la confusión si no frecuente tampoco rara de tomar como *esguinces* o *distensiones* lesiones de mayor categoría me han inducido a publicar este trabajo donde condensaré las principales enseñanzas que de lesiones de esta índole he aprendido en los diversos casos estudiados. Comenzaremos por las *Variedades anatómo-clínicas*. Son estas las siguientes:

- 1.º Fracturas con desviación posterior del fragmento inferior. (Colles)
- 2.º Fracturas con desviación anterior del citado fragmento inferior. (Goyrand-Smib)
- 3.º Fracturas de la estiloides radial.
- 4.º Idem del borde articular anterior y posterior. (Fisuras)
- 5.º Desprendimientos epifisarios.

* * *

En los casos de desviación posterior y anterior, así como en los desprendimientos epifisarios, siempre habrá deformidad más o menos acentuada. En los tipos restantes la deformación no existe pero sí un fuerte traumatismo articular con derrame, que lleva acarreado en muchas ocasiones, una impotencia funcional marcada. Me ocuparé casi exclusivamente de la más dable de todas las fracturas, la fractura con desviación posterior del fragmento inferior; las restantes serán expuestas sucintamente con su tratamiento apropiado.

ALGO DE HISTORIA

Esta fractura es conocida desde principios del siglo XIX en que la describió Colles, aunque los franceses atribuyen la prioridad de su estudio a Pouteau. Con

la descripción que hizo aquel (Colles) terminaron para no volver las lamentables equivocaciones de autores y médicos antiguos que tomaban como luxación de mano la tal fractura y lo que antes era considerado como cosa corriente, hoy resulta de una rareza extremada.

Por su frecuencia, ocupa el primer lugar en número entre todas las fracturas del adulto, pues representa aproximadamente un 10 o 12 por ciento de la totalidad, que Goyrand lo hace subir al tercio de la misma. Respecto al sexo, no hay verdadero predominio, pues mientras unos autores afirman que existe un pequeño aumento de la proporcionalidad en los hombres, otros en cambio nos dicen que ese aumento lo han observado en las mujeres; por lo que toca a nosotros, podemos decir que no hemos observado predominio alguno por ningún sexo.

MECANISMO DE LA LESIÓN

Varios son los ideados, aunque sólo enumeraré los que me parecen explicar mejor su patogenia.

1.º *El Ligamento interóseo y su papel.*—Clínicos como Lopes y Hennequín atribuyen la fractura al importante papel que dicen juega el ligamento interóseo. Veamos cómo. Al caer el individuo al suelo sobre la palma de la mano, el cúbito recibe la fuerza de impulsión, transmitida por el húmero y el radio recibe la fuerza de resistencia, transmitida por la masa del carpo, en su choque contra el suelo; el ligamento interóseo, por la resistencia y sobre todo por la dirección de sus fibras, dirige la fuerza impulsiva recibida por el cúbito al radio, como este recibe también la fuerza de resistencia, se romperá en el punto donde coincidan ambas fuerzas contrarias, que viene a ser precisamente entre las fibras más bajas del referido ligamento y la línea articular radio-carpiana.

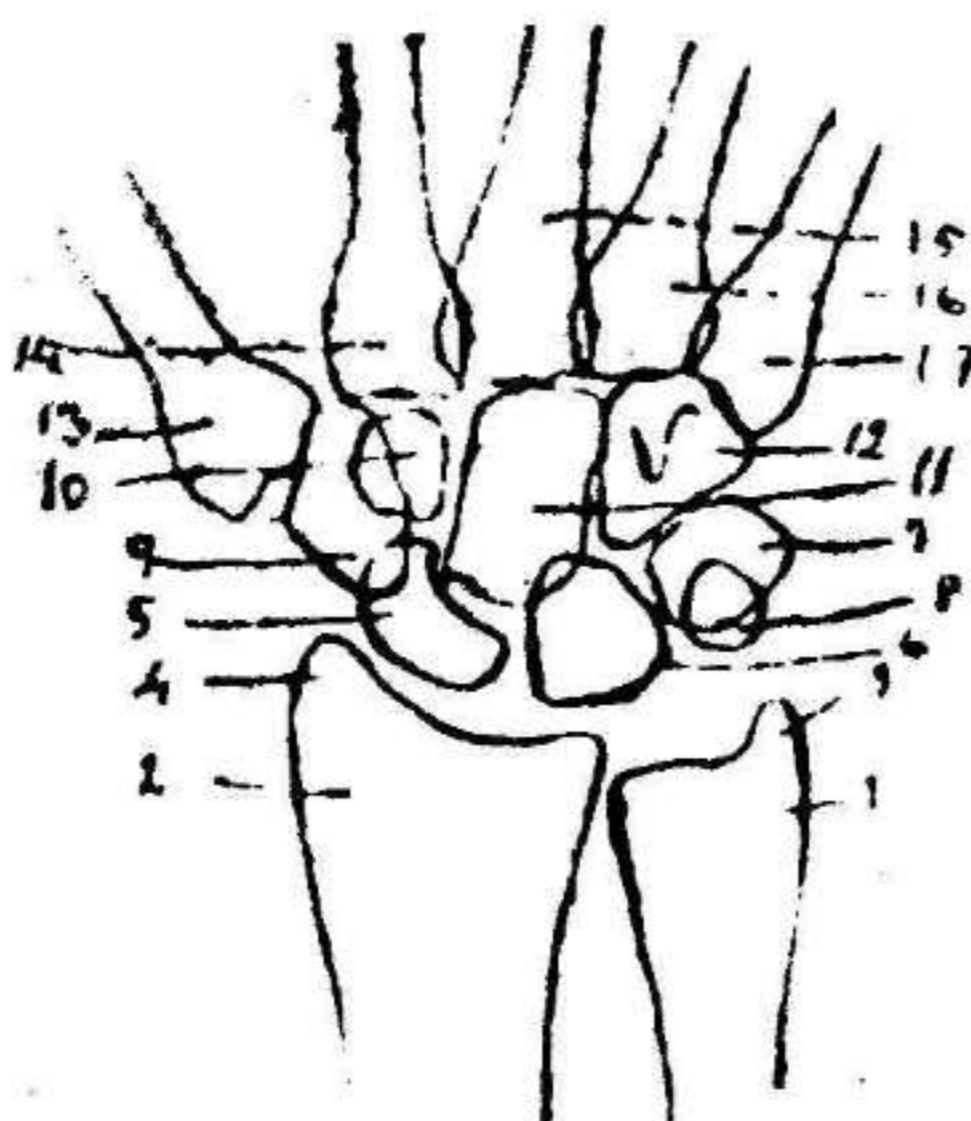
2.º *El Carpo y su ligamento anterior.*—Cuando un sujeto cae al suelo sobre la palma de la mano, esta es fuertemente doblada en sentido dorsal; como por estas circunstancias, el resistente ligamento anterior del carpo sufre una gran distensión, al exagerarse mucho aquella, la distensión llegará a su máximo y como ese ligamento ejerce su acción sobre la extremidad inferior del radio, habrán de suceder una de las dos cosas siguientes: O que se rompa el ligamento por no soportar la distensión o que resista la distensión; si lo primero que es excepcional, tendría lugar la luxación del carpo hacia adelante; si lo segundo, lo de regla, se producirá la fractura del radio en esa extremidad. Al mismo tiempo, los huesos del carpo actuando como un solo cuerpo, son rechazados contra el borde dorsal del radio por el golpe recibido contra el suelo y por el peso del cuerpo; de modo, que recogiendo el carpo la fuerza resultante de las dos fuerzas contrarias (resistencia del suelo,

una; peso del cuerpo, otra) y transmitida al hueso radio aquella resultante, este, por la brusquedad del choque y por la distensión exagerada del ligamento anterior, se fracturará por la parte más inferior. Es pues, una fractura por arrancamiento y por presión.

ESTUDIO CLÍNICO

Inspección.—Procederemos a ella colocando primeramente al enfermo delante de nosotros con los dos antebrazos descubiertos y apoyados sobre una mesa, guardando idéntica aptitud. Con la vista efectuamos la comparación de la muñeca enferma con la sana y pronto nos daremos cuenta de la mayor anchura de la muñeca lesionada—prominencia mayor por el lado cubital (debido al saliente de la estiloides cubital)—deformidad de la cara dorsal que recuerda la forma de un dorso de tenedor—adducción radial de la mano y acortamiento del eje del radio—pequeña concavidad en el lado cubital del antebrazo y en el lado cubital del carpo.

Palpación.—Por medio de presiones suaves intentaremos separar el derrame



1: Cúbito.—2: Radio.—3: Apófisis estiloides de cúbito.—4: Idem del Radio.—5: Escafoides.—6: Semilunar.—7: Piramidal.—8: Pisiforme.—9: Trapecio.—10: Trapeoide.—11:—Hueso grande.—12: Hueso ganchoso.—13-14-15-16-17: Metacarpo.

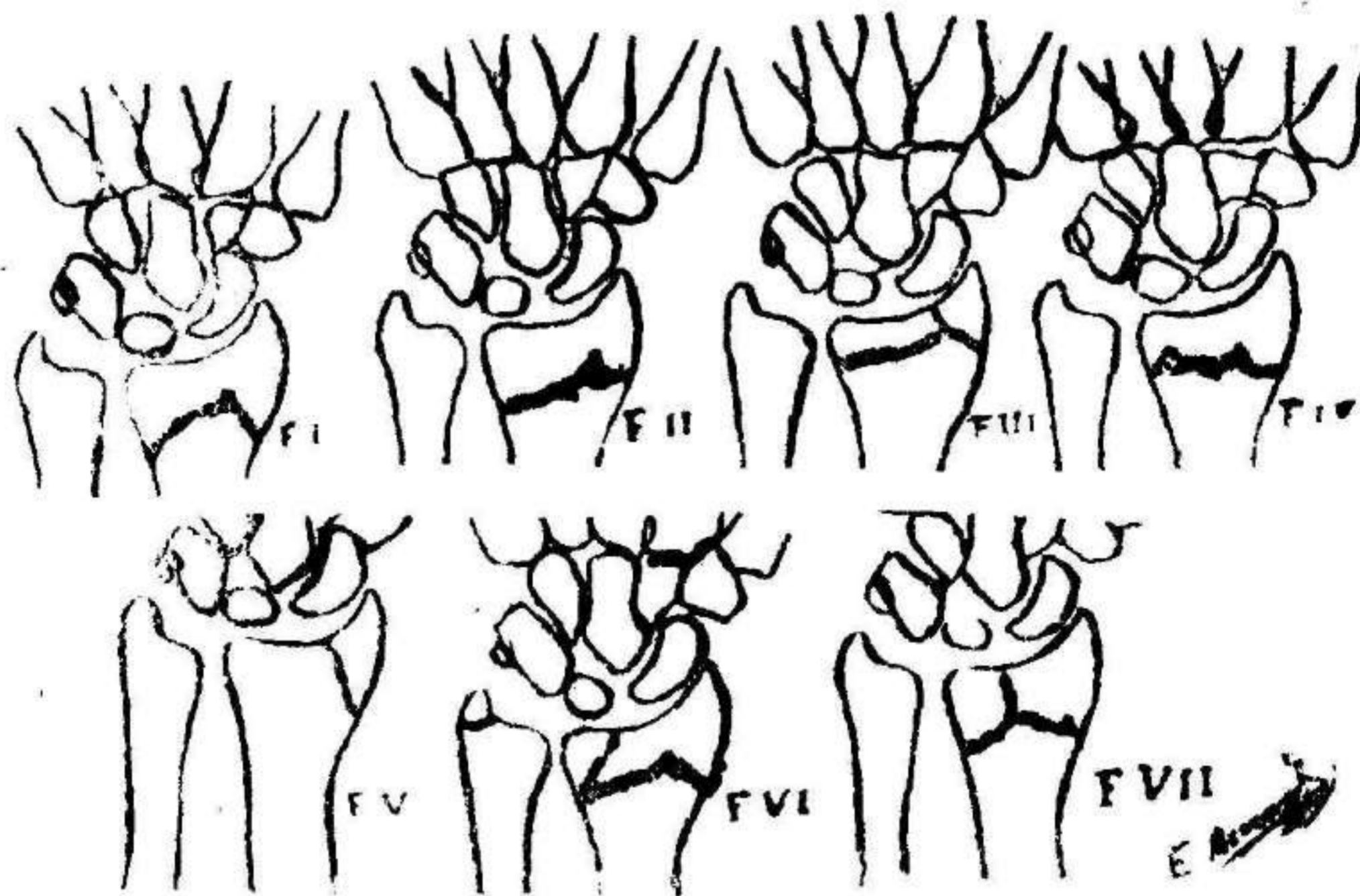
sanguíneo; después con el dedo índice recorreremos toda la extremidad inferior del antebrazo y muñeca. Por la cara dorsal, notaremos el resalte del borde superior del fragmento inferior y la escavación por detrás del sitio de fractura motivada por el desplazamiento. En la cara palmar haremos la palpación de arriba abajo y sin dificultad percibiremos el resalte transversal del extremo de la diáfisis a través de los tendones, aunque hay muchos casos en que por el derrame y sobre todo por los tendones flexores, cuesta trabajo distinguirse. Un dato de gran importancia diagnós-

tica es la localización de un dolor agudísimo a uno o dos y medio centímetros de la interlínea articular, que cuando es positivo casi se puede afirmar la fractura de la epífisis radial. La mejor manera de buscarle es haciendo ligeras presiones en todas direcciones con los dedos índice y medio en la tabaquera anatómica y vecindad de ella; la provocación de un dolor muy vivo en esos sitios nos hará pensar, como antes decía, en la existencia de una fractura. Si aquel dolor está limitado a la tabaquera anatómica con exclusividad, será una fractura aislada de la apófisis radial.

Es muy corriente que a esta fractura se le asocie la de la estiloides cubital (Véase figuras II y III) que la evidenciase más con sólo pasar el índice por el punto de referencia de aquella.

Los movimientos de flexión y extensión son muy reducidos; los de supinación y pronación imposibles.

La movilidad anormal, lo mismo que la crepitación son algo difíciles de apre-



Esquemas de las líneas de fracturas que con más frecuencia se observan.

ciar la mayoría de las veces; sólo valiéndonos de maniobras dolorosísimas la podríamos notar. (Con nuestra mano izquierda cogemos el antebrazo lesionado y con la derecha la mano, practicando movimientos de flexión y extensión y laterales, el crujido como la crepitación aparecerán) aunque será conveniente abstenerse de las mismas por su extremado dolorimiento y por su falta de utilidad.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Dos son las radiografías que en estos traumas de muñeca se suelen obtener: una de cara y otra de perfil lateral. Es de notar las numerosas variedades que den-



Fig. I.—Fractura típica con desviación hacia fuera del fragmento inferior

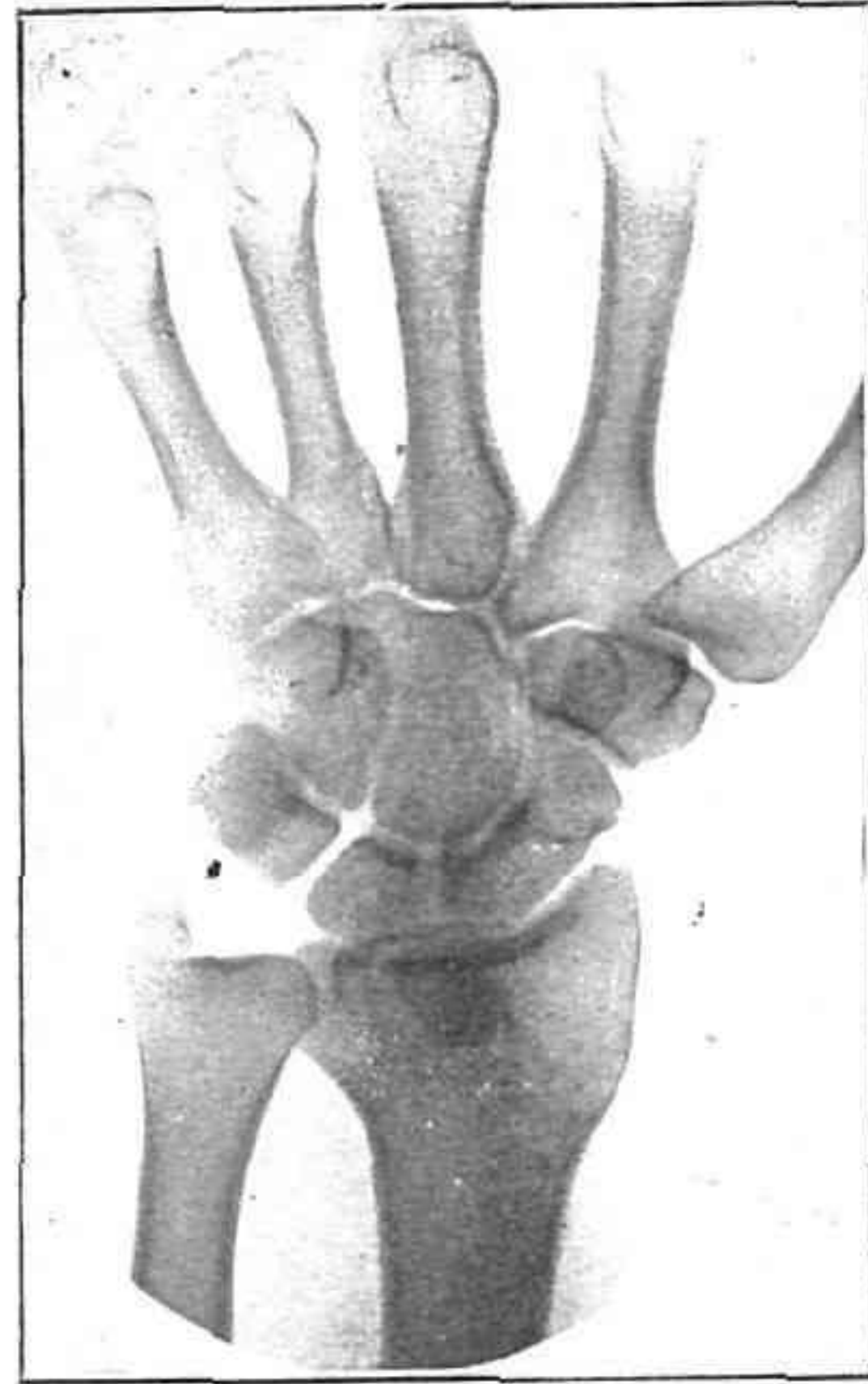


Fig. II.—Fractura con ligera penetración de fragmentos y arrancamiento de la estiloides cubital.



Fig. III.—Fractura típica con pequeño enclavamiento y desprendimiento de la estiloides del cúbito.

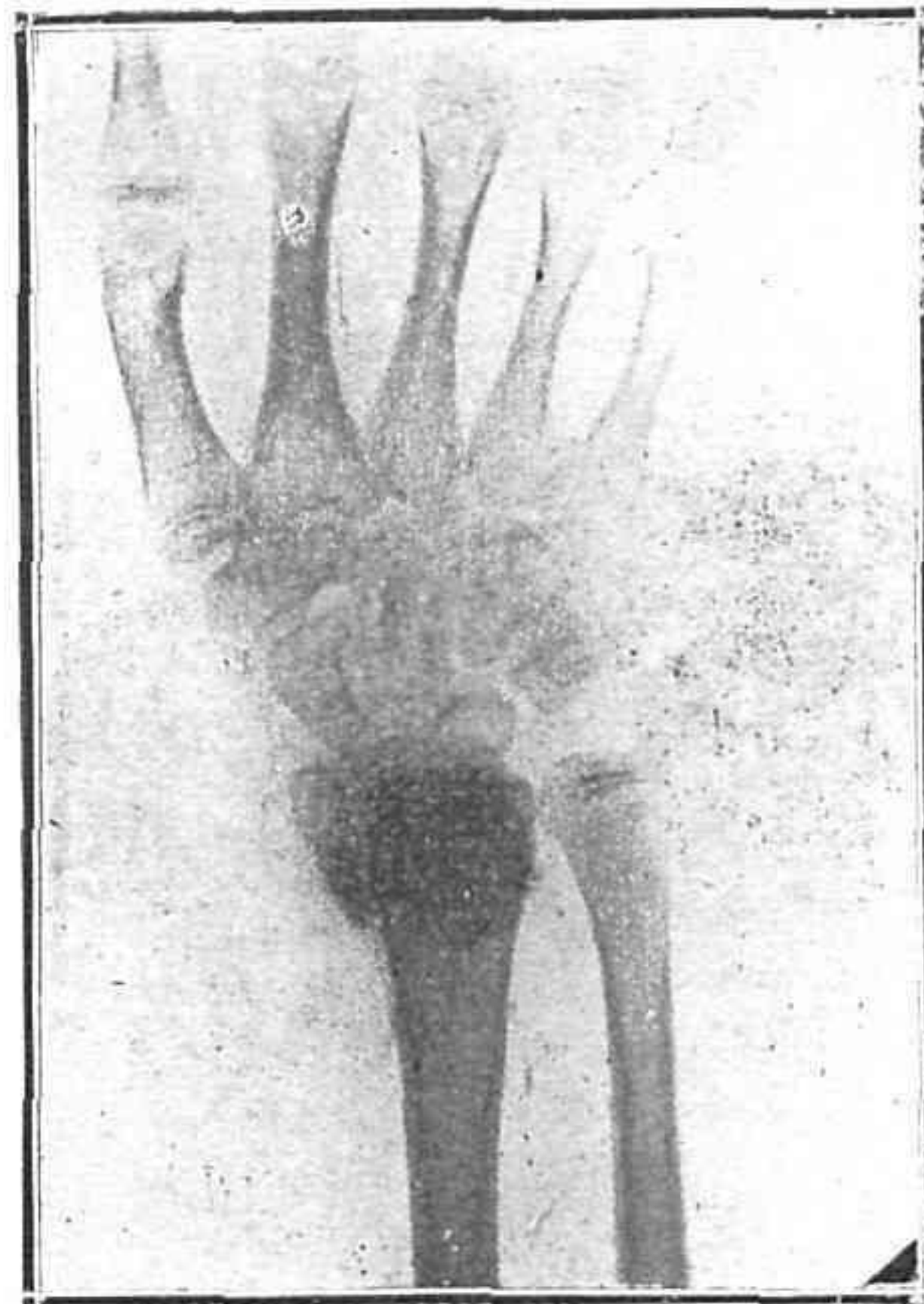
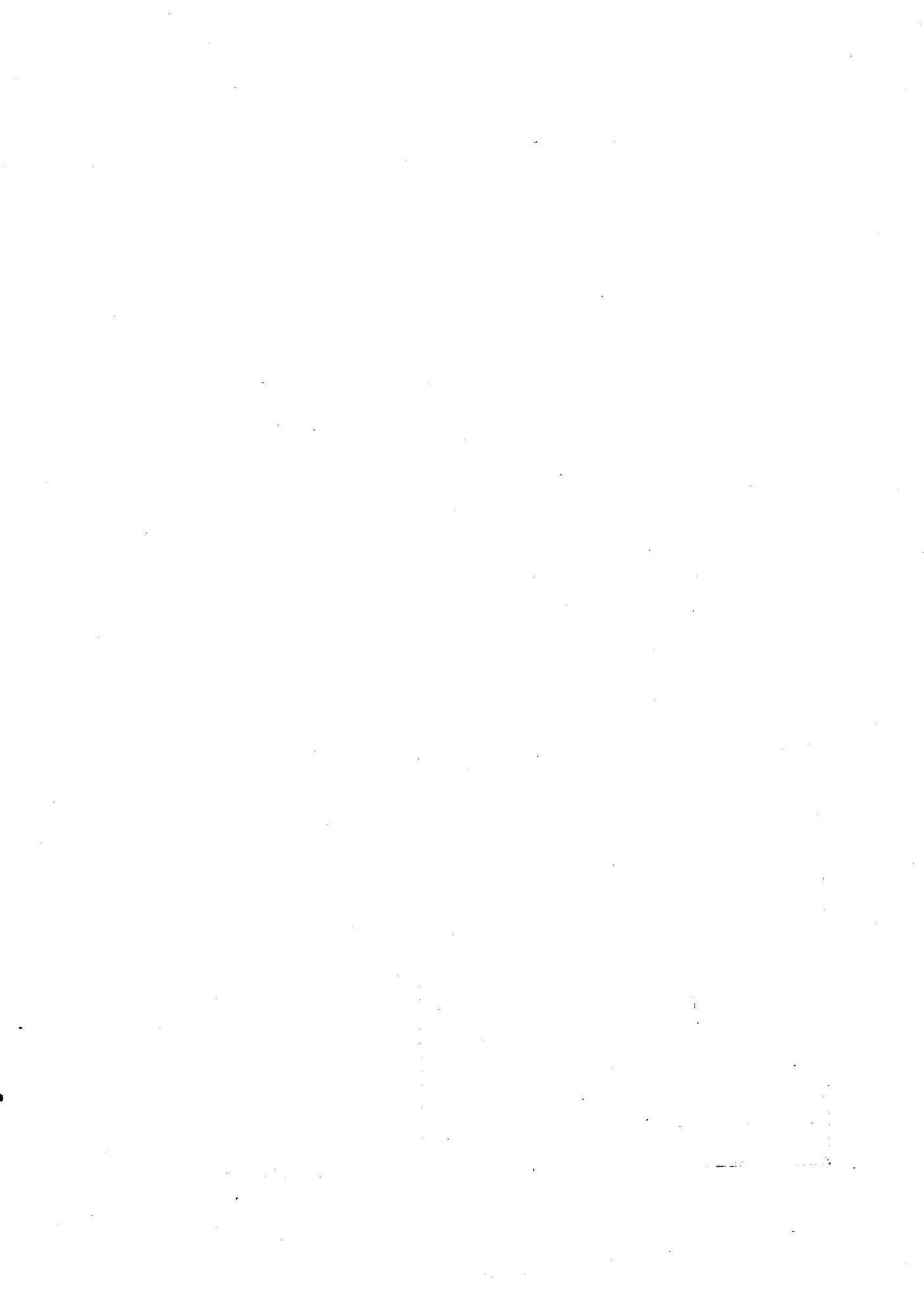


Fig. IV.—Fractura típica de un mes de fecha en un muchacho de 16 años.



tro del tipo que se apellida clásico se presentan, hasta el punto de poder decir que no existe la fractura típica con que corrientemente se designa a las fracturas de la extremidad inferior de radio.

La radiografía de cara que es la que generalmente se saca, o casi exclusivamente nos enseña la dirección constantemente, transversal, con irregularidades más o menos marcadas de la línea de fractura, también nos da idea de la distancia de la interlínea articular al sitio de fractura, que oscila entre ocho y treinta milímetros, así como de la ascensión de la estiloides radial con desviación externa del fragmento inferior. (Radiografía n.º 1)

La radiografía de perfil, indica el grado de desplazamiento posterior del tantas veces citado fragmento inferior, en donde caben todas las gradaciones, desde la más pequeña, hasta la que se pudiera llamar luxación completa de dicho fragmento por rozar con la diáfisis tangencialmente.

DIAGNÓSTICO

La confusión apenas será dable cuando hay desplazamiento posterior; la aptitud de la mano, la deformidad en dorso de tenedor y la desviación hacia fuera de la mano ya de sobra acreditan la fractura.

Si la desviación es muy pequeña y disimulada por la hinchazón la confusión puede presentarse, pero bastará practicar con método y minuciosidad la exploración para que deje de existir el error; el dolor que se provoca a muy escasa distancia de la interlínea es demasiado vivo en la fractura para que no nos llame la atención ya que no existe lesión que a nivel de ese sitio origina molestias de la intensidad que en aquella. Si aun así persistiese la incertidumbre, recúrrase sin demora a la radiografía, que ella nos resolverá a satisfacción esa nebulosidad.

TRATAMIENTO

La terapéutica a seguir en estas fracturas es idéntica a la de las fracturas en general. Reducir primero; colocación de un vendaje después manteniendo la reducción para su buena coaptación; amasamiento y movilización pasiva y activa, terminarán el prendimiento.

Reducción.—La perfecta coaptación de los fragmentos, depende como es sabido del modo como se haga aquella y de como se verifique la contención.

Para proceder a reducir la fractura acude siempre al método siguiente: Un ayudante o persona que nos ofrezca confianza, mantiene el antebrazo por su tercio inferior horizontalmente en pronación. Con nuestras manos cogemos la muñeca y mano

del enfermo procurando que los pulgares queden por encima de aquella (muñeca); bien asegurados en esta posición efectuamos la extensión; con los pulgares practicamos una fuerte presión en la deformidad en dorso de tenedor e inmediatamente se flexiona la mano dándole una pequeña inclinación hacia el lado cubital. Los chasquidos que muchas veces esperamos percibir, en esta clase de fracturas, en pocas ocasiones se producen; no hay que contar pues con ese dato, para saber si la reducción fué bien hecha.

Conviene no olvidar que la reducción, de esta fractura, es cosa fácil aunque dolorosa si se hace en las primeras 48 horas o tres días a lo sumo, que después de esa fecha precisa la narcosis y que pasados ocho días, no es posible reducir de un modo perfecto.

Reducida ya, no hay que temer por la reproducción de la misma si se mantiene la mano en la posición adquirida.

Contención.—Innumerables son los procedimientos que se describen y recomiendan para la fractura de Colles pero yo sinceramente me atrevo a señalar dos tan sólo, que cumplen a mi juicio debidamente su cometido, que casi me atrevería a calificarlas de procedimientos de elección.

PRIMER PROCEDIMIENTO

Sosteniendo la aptitud de reducción, se empieza envolviendo el antebrazo y mano hasta la primera falange con una capa de algodón comprimido que se sujeta con una venda y seguidamente se colocan las vendas enyesadas como de costumbre dejando en libertad al pulgar. Antes de que se endurezca el yeso es conveniente exagerar la flexión y la inclinación cubital. A los 10 o 12 días se divide el vendaje en dos valvas, una palmar y otra dorsal, quitando esta última para inspeccionar la región y hacer un poco de amasamiento de preferencia húmedo, que continuará en los días sucesivos. Después de la sesión de masaje se pone nuevamente la valva sujetándola con varias vueltas de venda; a las dos semanas o dos semanas y media se quita la valva palmar y se hace el amasamiento como en la otra cara. A partir de este día se hace el masaje en ambas caras, procurando que cuando se efectúe el de la cara palmar quede la valva dorsal puesta. A las tres semanas, se deja el antebrazo con una valva tan sólo, sujeta con algodón comprimido y varias vueltas de venda. Al mes se quita el vendaje y se continúa con el amasamiento y movilización activa y pasiva de dedos y muñeca, movimientos que comenzarán desde los quince días, menos el de extensión de la muñeca que no se intentará hasta después de las cuatro semanas y con cuidado al principio; los dedos conviene que efectúen movimientos desde los tres o cuatro primeros días.

SEGUNDO PROCEDIMIENTO

Se empieza como en el anterior, envolviendo antebrazo y mano hasta la extremidad superior de las primeras falanges con algodón comprimido sujetándole con varias vueltas de venda. Después se toman 14 o 16 hojas de tarlatana dibujando el contorno del miembro en la aptitud ya referida (con el fin de que se mantenga esta) se recortan y enyesan como siempre se hace y se coloca sobre la cara dorsal sujetándola con una venda; también aquí se acentuará la flexión y adducción hasta el endurecimiento del yeso. El resto del procedimiento igual que el primero con las naturales modificaciones que el aparato exige.

FRACTURAS CON DESPLAZAMIENTO ANTERIOR: : : :

Muy rara como tipo dable en la práctica. Su etiología, la caída contra el suelo. El mecanismo de producción inverso, al de la fractura típica. Su cuadro clínico se puede reducir a la depresión dorsal del carpo, este y el metacarpo se encuentran debajo del antebrazo. En lugar de un dorso de tenedor hay un vientre de tenedor, es decir, un tenedor al revés. La mano se encuentra dirigida hacia fuera (lado radial). La apófisis estiloides del cúbito, formando prominencia por encima del carpo en su cara dorsal. Los movimientos, extremadamente dolorosos y casi imposibles, menos el de flexión que es un poco más amplio.

TRATAMIENTO

Maniobras inversas en la reducción y colocación de un vendaje con una férula para la hiperextensión. A los 10 días se hace amasamiento y a los 15 se empieza la movilización excepto el movimiento de *flexión*, que no se intentará hasta el mes.

Los otros tipos de fracturas, el del *borde anterior y posterior* así como las *fisuras* presentan una sintomatología poco explícita; sólo el dolor, la tumefacción y la ligera impotencia funcional es lo que se aprecia. Hay que acudir pues a la radiografía si no se quiere que pasen desapercibidas y admitimos un diagnóstico erróneo de contusión e distensión ligamentosa

El tratamiento está supeditado al traumatismo articular que es violentísimo. Lucas Championniere aconseja el masaje desde el primer día, seguido de movilización con movimientos poco amplios, aunque estimo que hay ocasiones en que no se deben efectuar tan precozmente estas maniobras, porque muchas veces precisa el

reposo durante una semana para que el derrame se reabsorba y si se pone en práctica el masaje y movilización, se corre el riesgo de que el dolor persiste y que los fenómenos de artritis se acentúen. Conviene pues en los casos de gran derrame y dolor inmovilizar por lo menos 6 o 7 días. Si después del mes de ocurrido el traumatismo persisten los dolores, aconsejo el uso de un brazalete de cuero en la muñeca que basta para atenuar aquellos.

Alicante-Junio-916.



PRENSA PROFESIONAL

Medicina y Libros
(N.º 14.-Junio 1916)

El corazón en las infecciones febriles

TRASTORNOS FUNCIONANES: SU IMPORTANCIA EN EL PRONÓSTICO

POR EL DR. SALVADOR ALBASANZ ECHEVARRÍA

Profesor de número, por oposición, del Hospital de la Princesa

La importancia funcional del aparato circulatorio, la mayor actividad que el corazón se ve obligado a desarrollar en los estados febriles, y sobre todo el hecho de tener que ir a la sangre para ser eliminados todos los productos segregados por las bacterias, y no pocos gérmenes, junto con las alteraciones posibles de órganos importantes en la defensa contra los microbios, como el hígado y el riñón, dan cuenta del por qué las infecciones determinan con frecuencia trastornos funcionales y lesiones orgánicas de corazón, originadas ya por acción directa del microbio y de sus secreciones, ya por asociaciones bacterianas, cuya influencia en la génesis de muchas complicaciones infectivas está hoy fuera de duda, por haberlo demostrado la experimentación y sancionado la clínica.

Teniendo en cuenta estos hechos, y el no menos importante de la acción electiva que sobre el miocardio parecen tener algunas toxinas bacterianas, como la diftérica, la tífica y la de Malta, hay que convenir: primero, que en todas las infecciones debe el médico explorar y vigilar constantemente el corazón, a fin de sorprender las menores alteraciones de su integridad anatómica y funcional; segundo, toda lesión orgánica, sobre todo miocárdica, o todo trastorno funcional persistente de la actividad cardíaca constituye una de las complicaciones más graves que pueden presen-

tarse en el curso de las infecciones, y, por tanto, uno de los elementos de mayor significación pronóstica y de mayor urgencia terapéutica.

* * *

La influencia de las infecciones sobre el corazón se manifiesta por dos clases de fenómenos morbosos: *a)* Trastornos funcionales; *b)* Lesiones orgánicas.

Es de importancia la diferenciación de estos dos órdenes de alteraciones, pues no puede compararse la gravedad de una lesión orgánica que mata con frecuencia, aun cuando cure a veces, y otras haga lesiones definitivas e irreparables, con la significación pronóstica de un trastorno funcional de mayor o menor duración, pero susceptible de desaparecer por completo tan pronto como deja de obrar la causa que lo motiva, y se llenan las indicaciones terapéuticas necesarias al restablecimiento de la actividad cardíaca con arreglo a las circunstancias propias de cada caso.

Trastornos funcionales.—Dependen en su mayor parte de la elevación térmica que acompaña a la fiebre; la mayor actividad de las combustiones orgánicas en los estados febriles produce como consecuencia aceleración respiratoria y frecuencia de la acción cardíaca, con lo cual queda asegurada la eliminación de los residuos procedentes de esas mismas combustiones. Pero la hipertermia no representa el factor patogénico de todas las alteraciones que constituyen el corazón febril; si la elevación de temperatura fuera la única causa que motivara la frecuencia de latidos cardíacos, siempre existiría y encontraríamos el mismo número de pulsaciones para una determinada temperatura, y la relación entre ésta y el pulso sería constante; pero la verdad es, que si en muchas infecciones hay, en efecto, armonía entre pulso y temperatura constituyendo un signo de pronóstico favorable, en otras se observa lo contrario, con lo cual el pronóstico cambia por completo, aunque no siempre, como ocurre en la fiebre de Malta; además, la misma aceleración de pulso es más marcada en unas infecciones, como la escarlatina y la fiebre ondulante, que en otras como la tifoidea, donde el pulso es relativamente lento, considerado en relación a la misma temperatura.

Hay que admitir como hecho probable para explicar la taquicardia febril una acción tóxica de los productos bacteridianos sobre el miocardio o sobre los ganglios cardíacos, sobre los centros nerviosos, o quizá sobre órganos cuyas lesiones o trastornos funcionales repercuten sobre el funcionalismo cardíaco, como el tiroides, por ejemplo.

En favor de la acción tóxica está el hecho comprobado de la frecuencia con que insensiblemente se pasa en clínica de lo funcional a lo orgánico, lo cual parece indicar que un mismo mecanismo preside la génesis de ambas alteraciones, sin otra diferencia que la impuesta por la virulencia del germen y el grado de intensidad en la

acción de sus toxinas; sólo así se explica que una aceleración grande y, sobre todo, persistente de la actividad cardíaca en el curso de una infección nos inquiete y ponga en guardia haciendo temer el desarrollo de complicaciones miocárdicas, variables, además según los casos.

La convalecencia de las infecciones febriles, cuando la temperatura ha descendido por debajo de la normal, se acompaña de ordinario de bradicardia o lentitud de pulso y a veces, sobre todo en los niños, de irregularidades de ritmo cardíaco. Las arritmias, en este período, tienen una significación pronóstica muy distinta a las del período de estadio, rara vez dependen de lesión miocárdica; casi siempre como veremos, están bajo la dependencia de acciones nerviosas, sin que esto quiera decir que las arritmias del fastigium de las infecciones tengan siempre sustratum orgánico, pues a veces son puramente funcionales, como ocurre con muchas de las observadas en la erisipela, y dependientes de influencias nerviosas, alteraciones hérmicas, etc.

En los estados febriles, los ruidos cardíacos son claros y conservan, por regla general, sus caracteres distintivos normales, sin que tampoco se modifique el volumen del corazón; sin embargo, si el proceso febril se prolonga mucho tiempo, es lo corriente ver desarrollarse cierto grado de dilatación de corazón derecho en las infecciones que determinan dificultades de circulación pulmonar por procesos bronquiales, neumónicos o pleurales, o simplemente por efecto de un decúbito dorsal prolongado, como ocurre en la tifoidea; en estos casos los ruidos cardíacos se debilitan y hasta pueden producirse soplos sistólicos en los orificios mitral y tricúspide con pulsación visible del ventrículo derecho en el epigastrio.

En las infecciones es frecuente observar ruidos de soplo. En la mayoría de los casos de corazón febril, son soplos anorgánicos con los caracteres asignados por Potain a los soplos extracardíacos o cardio pulmonares; suelen ser, en efecto, soplos suaves, mesosistólicos, y por excepción, mesodiastólicos, fugaces y movibles, cambiando de intensidad y de caracteres de un momento a otro, más frecuentes en la mujer que en el hombre, sus causas son, por lo general, múltiples, obedeciendo de ordinario a fenómenos de excitación miocárdica, modificaciones de la sangre consecutivas a la infección, alteraciones nerviosas, anémicas, etc.

Pueden, sin embargo, en ciertos casos depender de endocarditis o miocarditis ligeras, aortitis, es decir, de verdaderas lesiones curables, como demuestra el hecho, a veces observado en la fiebre tifoidea, de desaparecer el soplo extracardíaco para ser sustituido por un ruido de galope diastólico dependiente de miocarditis indudable.

A los soplos acompañan, a veces, otros trastornos funcionales como desdoblamiento de segundo ruido, sin gran significación pronóstica.

El pulso en los procesos febriles suele ser amplio, fuerte, sobre todo durante la fase diastólica de la revolución cardíaca, frecuente en relación a la elevación térmica, y sobre todo, con la naturaleza del agente casual de la fiebre, pero lo que más valor tiene para juzgar por el examen del pulso el estado del miocardio es aparte su frecuencia, el estudio de la tensión arterial. Las modificaciones de ésta en el curso de las infecciones son frecuentes, haciéndose de ordinario con arreglo a la ley establecida por Marey, según la cual, frecuencia de latidos cardíacos y tensión arterial conservan una relación inversa, es decir, que a hipotensión arterial, pulso frecuente; a hipertensión, pulso lento; sin embargo, como ley, tiene excepciones que demuestran que en medicina no se puede ni se debe ser absoluto, y para probarlo recordaremos lo que ocurre en la pulmonía, afección aguda y cíclica por excelencia, en la que es frecuente encontrar una tensión arterial casi normal con un pulso de 120 y más pulsaciones, y en cambio, en la tifoidea, con un pulso relativamente lento de 80 a 90 pulsaciones, la tensión es siempre inferior a la normal, y es que la tensión es factor influenciado principalmente por la naturaleza de las toxinas microbianas, más que subordinado a la frecuencia de la acción cardíaca, lo cual quiere decir que hay infecciones cuya característica circulatoria es desde el punto de vista que estudiamos la hipotensión arterial.

Fuera de estos casos, el síndrome hipotensivo arterial coincide casi siempre con taquicardia extrema, y cuando persiste exterioriza lesiones miocárdicas o de las cápsulas suprarrenales, de pronóstico desfavorable, a menudo mortales por síncope o colapso consecutivo a la insuficiencia funcional de dichos órganos, lesiones cuyo estudio haremos en parte destinada a lesiones orgánicas.

* * *

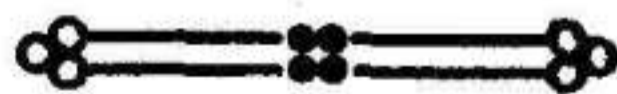
Todos los trastornos funcionales de corazón que observamos en el curso de las infecciones pertenecen a la categoría de fenómenos morbosos de orden tóxico, debidos a la impregnación del miocardio y de sus ganglios y centros nerviosos por las toxinas segregadas por los agentes patógenos, hecho que no cabe discutir desde que las investigaciones experimentales realizadas sobre el corazón de la rana y tortuga por Manfredy y Traversa y Mircoly con cultivos de estreptococo, por Roger con cultivos de bacilo séptico pestífero, por Charrín y Brault con productos solubles de bacilo piociánico, y, por último, por Chantemesse y Samí con toxina tífica y diftérica, han demostrado: 1.º Que el corazón puede ser invadido por gérmenes específicos en una porción de infecciones. 2.º La acción de las toxinas microbianas es indiscutible, traduciéndose principalmente por lentitud de acción cardíaca, disminución o pérdida de su excitabilidad y agotamiento de su contractilidad, según el grado de intensidad con que obren. 3.º La toxina diftérica y tífica constituyen verdade-

ros venenos cardíacos, capaces de originar la muerte rápida por parálisis después de un período latente y silencioso o de simples fenómenos de excitación cardiovascular.

En resumen, los trastornos funcionales de corazón en las infecciones febriles son frecuentes, recaen principalmente sobre ritmo y tensión arterial, que equivale, en su mayor parte, a energía cardíaca.

Modificaciones de ritmo y alteraciones de tensión arterial, traducen un ataque directo a la integridad funcional y, a veces anatómica del miocardio o de sus centros nerviosos, dependiente de la misma causa, acción sobre la fibra muscular cardíaca, ya de los desechos orgánicos resultantes de la desasimilación excesiva existente en todas las infecciones, ya de las toxinas y demás productos segregados por los microbios; y se manifiestan en clínica por taquicardia en los primeros períodos en relación mayor o menor con la elevación térmica y con la naturaleza del agente causal de la fiebre; lentitud de pulso y a veces arritmias en la convalecencia, soplos anorgánicos extra-cardíacos, algún desdoblamiento de ruidos cardíacos e hipotensión arterial variable también con la naturaleza de la infección.

En todos ellos el miocardio tiene una importancia pronóstica de primer orden, pues correspondiendo a trastornos pasajeros de su funcionalismo, la curación es la regla aun cuando deba siempre tenerse en cuenta que entre lo funcional y lo orgánico no existe límite claramente determinado, y por tanto, es fácil el tránsito de lo uno a lo otro, no teniendo otros elementos de juicio para establecerle que la intensidad y persistencia de dichos trastornos, sobre todo de la taquicardia, la discordancia grande entre la actividad cardíaca y la temperatura, y sobre todo, la observación del síndrome de hipotensión arterial; en estos casos debemos siempre ver, no ya trastornos funcionales de miocardio, sino verdaderas lesiones orgánicas, es decir, miocarditis infectivas de pronóstico completamente distinto.



Justicia y Sanidad
(Mayo 1916)

Muerte aparente y muerte real

VALOR DEL SIGNO LECHA-MARZO

Por el DR. FAUSTO ESCAPA Y BRAVO

Médico-Forense por oposición

Se puede decir que una de las mayores obras de misericordia que realiza el hombre es la de dar sepultura a los muertos, y el mayor de los delitos que comete con sus semejantes es enterrarles vivos.

Larga es la historia de estos casos desgraciados: Zachías, Winslow, Foderé, Orfila, Devergie y tantos otros no dejan de referirnos en sus obras casos suficientes para convencernos de estas desdichas.

Miguel Barnades escribió un tratado con el título de «Instrucción sobre lo arriesgado que es en ciertos casos enterrar a las personas sin constar su muerte por otras señales más que las vulgares». Extensa es la reseña que hace de diversos pueblos antiguos y modernos; copia un sinnúmero de casos de personas que fueron enterradas en estado de muerte aparente; citaremos los más importantes.

Amato Lusitano refiere el caso de un médico de la Reina Doña Isabel la Católica, el cual volvió la vida, en Salamanca, a uno de los enfermos, amortajado ya con el hábito de San Francisco.

Un médico de uno de los hospitales de Berlín «volvió la vida a un tenido por difunto, porque vió que estaba flexible y sin descomposición cuando le conducían al camposanto».

El doctor inglés Watkins refirió a Bruhier el caso de la señora Rousset, mujer de un coronel de tropas inglesas. Habiendo muerto, en apariencia, dicha señora, su esposo no podía persuadirse de que estuviese muerta, y se opuso resueltamente a que la sacasen de su casa; amenazó de muerte al que tocase el cuerpo de su mujer. La Reina de Inglaterra le dió el pésame, haciéndole decir que no era su con-

ducta propia de un hombre religioso. Contestó respetuosamente el buen marido, añadiendo que hasta ver la putrefacción no enterraría a su esposa. Ocho días después de repicar las campanas a muerto, la mujer se incorporó y sobrevivió 15 años.

En tiempos de peste de Marsella, un médico reprendió a los sepultureros porque había algunos que se llevaban vivos a los enfermos sincopados, creyéndoles muertos.

Leguern dice que desde el año 1853 sólo en Francia 35 personas han vuelto de su estado de muerte aparente en el momento mismo en que se les iba a introducir en la sepultura: 13, a consecuencia de cuidados especiales; 7, con motivo de golpe dado al dejarles caer en la fosa; 3, por picaduras producidas cuando se les amortajaba; 5, por sofocación que experimentaban en el panteón; 19, por el retardo en la ceremonia de los funerales; 6, por someterles a observación.

En España podemos citar algunos casos ya conocidos; por el año 1885 los periódicos refirieron el caso de una niña que fué conducida al depósito del camposanto, y al día siguiente la encontraron sentada junto al ataúd, jugando con las flores de la corona que le habían puesto.

Gaspar de Reyes refiere que una señora ilustre de Madrid, de la familia de Laso, fué tenida por muerta y enterrada a los tres días de estar de parto, sin haber podido salir de su estado interesante. La madre y el feto fueron juzgados muertos. Algunos meses después abrieron el panteón y encontraron que el cadáver de dicha señora tenía en su brazo derecho un feto; la infeliz madre dió a luz en la sepultura, recobrando, sin duda, la vida para perecer después.

Feijóo refiere el caso de un escribano de Pontevedra, a quien encontraron al día siguiente de haber sido enterrado con la lápida removida, el cadáver ladeado y con un hombro puesto en ademán de forcejear.

En 1821, en la ciudad de Reus, se trasladó el cementerio antiguo a otro nuevo, y al extraer los cadáveres se encontró el de una mujer que tenía las manos clavadas en el pecho y la lengua apretada entre los dientes, posición que, en opinión de algún autor, indicaba que aquella mujer había muerto en la tumba.

Thouret, decano que fué de la Facultad de Medicina de París, observó en el cementerio de los Inocentes un gran número de cadáveres y esqueletos cuya posición le convenció que habían sido movidos después de ser enterrados.

Durante las grandes epidemias, en la guerra actual europea, ¡cuantos en estado de muerte aparente serán confundidos y enterrados entre montones de cadáveres en los campos de batalla, por esa necesaria medida sanitaria que se toma de suprimir todo foco de infección!

Terminaremos este triste cuadro con algunos casos de sujetos creídos por muertos, a quienes se les hizo la auptosia estando realmente vivos.

Winslow nos cita el caso de un cirujano que pudo ver con vida a una persona ilustre, después de haberle causado una herida mortal con el bisturí durante su embalsamamiento.

Vesalio, haciendo una autopsia a otro personaje, al abrirle el pecho dió señales de vida.

Bruhier refiere el caso de una joven que fué conducida a la sala de autopsias, y al seccionar los tegumentos volvió a la vida.

Las enfermedades que simulan la muerte son el histerismo, manía, catalepsia y estados sincopales por grandes traumatismos; si se tiene presente esto, nos convenceremos que, en una guerra en donde pelean millones de hombres, no es posible hacer las inhumaciones con gran escrupulosidad.

La ciencia actual posee medios de diagnosticar la muerte. Unos son de la exclusiva pertenencia del médico, que es el único que puede ponerlos en práctica, por los conocimientos que posee; los otros están al alcance de la gente profana.

La rigidez cadavérica es uno de los signos que dan certeza de muerte real, pero en algunos casos no es comprobable o es tardío.

El descenso de la temperatura ofrece mayor interés. Lombroso asegura que lo que más interés tiene para su práctica, y es de gran valor, es la desigualdad entre la temperatura axilar y rectal. Si hay diferencia de algunos grados, se puede asegurar la muerte real. La falta de latidos del corazón durante cinco minutos, es un signo de muerte real.

La cardiopuntura consiste en hundir una finísima aguja esterilizada de 5 cm. de longitud en el punto donde de ordinario se perciben los latidos cardíacos; se introduce 5 cm., y si acusa la más ligerísima oscilación, el individuo no está muerto.

Este procedimiento no se puede llevar a la práctica en la clientela; en cambio, sin obstáculo, se puede hacer en los hospitales, y Lecha-Marzo la aconseja en los campos de batalla.

La ligadura de un miembro o de un dedo puede probar la ausencia de la circulación capilar; este signo, unido a otros, puede tener algún valor.

El profesor de Marsella, Icard, ha conseguido una de las más altas recompensas por su descubrimiento de las inyecciones subcutáneas de fluoresceína; si el sujeto tiene vida, sus conjuntivas adquieren un color amarillo.

Otros procedimientos se han empleado, como la sección de la arteria radial o temporal; si no hay derrame de sangre no hay circulación, y, por lo tanto, el individuo está muerto. Este método, aunque algunos autores lo desapruében, ofrece muchas garantías.

Las livideces cadavéricas emplazadas en las partes declives por la acción de la gravedad, así como la mancha verde del abdomen, son signos de muerte real.

En estos últimos tiempos ha propuesto el doctor Waillant las imágenes radiográficas del abdomen para demostrar la muerte real.

Los gases que se producen durante la putrefacción permiten obtener en el cadáver imágenes muy claras de los intestinos. Estos gases, sulfurados por los Rayos X, se hacen fosforescentes e impresionan la placa fotográfica. Nosotros hemos hecho la comprobación en dos conejos, uno vivo y otro muerto de veinticuatro horas, y se observó que los intestinos del segundo eran más transparentes que los del primero.

Icard ha propuesto el signo de la reacción sulfídrica, que consiste en aplicar en las ventanas de la nariz del cadáver un papel impregnado de una solución de acetato neutro de plomo, que al ponerse en contacto con los gases sulfurados que se desprenden por la putrefacción, se ennegrece. Lecha-Marzo ha obtenido esta misma reacción en el vivo en caso de lesiones cancerosas.

Dominicis propuso el año pasado la cutinato-reacción, que consiste en raspar con un bisturí los extractos superficiales de la piel sin lesionar el papilar; sobre esa superficie aplica el papel rosa de tornasol, le comprime y obtiene una mancha azul, que es signo de muerte.

Por mi parte propongo se hagan ensayos sobre el empleo de un cinturón especial ceñido en la región abdominal, que aplicamos a los sujetos amortajados; este cinto está dividido, es decir, que dos extremos se unen cada uno a dos placas metálicas fenestradas que se deslizan una sobre otra; una de ellas lleva una división por milímetros hasta 10 cm., y la otra una aguja fija que recorre esta escala; las dos placas están unidas por unos muelles sensibles, que oponen resistencia a deslizarse una placa sobre la otra; en los otros dos extremos del cinto, en uno lleva la hebilla y en el otro la correa. Este cinto lo abrochamos a un sujeto de manera que lleguemos a que la aguja recorra unos milímetros en la escala, y dejamos en esta forma al que se presume muerto, después de anotar los milímetros que marca la aguja; a las veinticuatro horas, cuando se va a proceder a su inhumación, si vemos que la aguja ha recorrido algunos centímetros desde donde marcaba cuando la pusimos, es signo de muerte real, porque el cadáver ha sufrido la desintegración de las sustancias nitrogenadas y albuminoideas, el abdomen empieza a distenderse por la presión que ejercen los gases sobre sus paredes.

Este signo no debe de investigarse sólo, porque no es de absoluta certeza, y pudiera ocurrir que el sujeto tardase más de veinticuatro horas en sufrir la desintegración, y por lo tanto no ascendiese la aguja y permaneciese fija en donde la dejamos.

Si a Francia le pudo haber la gloria de tener un Icard que propuso la reacción sulfídrica y las inyecciones de floresceína, tratando de resolver el problema del diagnóstico de la muerte real, España cuenta también con otro investigador, Lecha-

Marzo, que ha propuesto un nuevo método más sencillo y seguro que el de Icard, y que no encontrará la menor oposición por parte de la familia.

Consiste en colocar debajo de los párpados de un sujeto una tira de papel neutro de tornasol; si al cabo de algunos minutos se colorea de rojo, es que hay acidez, y, por lo tanto, el sujeto está muerto; si está vivo, se colorea de azul, porque hay alcalinidad en los medios líquidos del globo ocular.

Esta alcalinidad de los medios oculares deriva, como se comprende fácilmente, de la alcalinidad de la sangre, y en la práctica considero que la primera demostración equivale a la segunda. Recordemos, además, que ya hace una decena de años el profesor Ascarelli de la Universidad de Roma, consiguió en los perros el envenenamiento crónico por los ácidos orgánicos, y en distintas condiciones, sin que jamás se pudiera comprobar en vida la acidez de la sangre. Análoga observación hemos hecho nosotros con los medios líquidos del ojo.

El signo de la reacción ácida del ojo es precoz. En verano y en invierno, cuando la temperatura de la cámara mortuoria no es muy baja, en todos los cadáveres en los cuales hemos ensayado la reacción, era francamente positiva.

Una de nuestras últimas experiencias la hemos realizado durante el mes de Diciembre; la temperatura de la cámara mortuoria era de 12°. Durante la agonía la reacción era alcalina y muy neta; a la media hora después de la muerte, la reacción era muy débilmente alcalina, y a la hora y media francamente ácida.

Terminaremos este trabajo haciendo presente a nuestros legisladores que se impone modificar el art. 77 de la ley del Registro civil, porque la ciencia actual no necesita esperar a que en el cadáver se presenten señales inequívocas de descomposición; como ya lo hemos demostrado, posee signos de certeza para el diagnóstico de la muerte real.

Debe exigirse también a los Médicos del Registro civil, al certificar la defunción, el haberla comprobado, entre otros signos, por el método Lecha-Marzo.



LA CIENCIA Y LA MORAL

A propósito de un caso de forunculosis

Por el DR. PASANIS

Conforme con usted, muy conforme, pero no en todo, sino en parte.

Que el forúnculo es consecuencia de la infección del folículo pilo sebáceo producida por el estafilococo dorado o *piogenus aureo*, nadie puede negarlo, porque los dermatólogos más ilustres así lo dicen y el análisis experimental lo demuestra.

Garré se produjo, él mismo, según Dubreuilh, varios forúnculos por inoculaciones puras de estafilococos.

Que la forunculosis es la erupción generalizada y repetida, y que el estafilococo *piogenus* para determinar la foliculitis, o perifoliculitis, necesita de una predisposición especial de los individuos, es también de lo que no puede negarse.

Los artríticos, y, especialmente, los diabéticos y los que sufren trastornos intestinales que llevan aparejada la autointoxicación, están muy propensos a padecer la forunculosis, la cual se hace rebelde a todo tratamiento, a menos de que se modifiquen aquellos procesos.

Esto es muy sabido hasta para los más ayunos y menos avisados en Dermatología, así como lo es también que el forúnculo no aparece allí donde no existen pelos.

Que la inflamación es siempre circunscrita y acompañada de una zona indurada que determina la necrosis en que el microbio vive y se desenvuelve, y que hasta que se eliminan esos tejidos, que son los que constituyen el clavo, o *bourbillón*, experimentan los enfermos fuertes dolores, es, igualmente, de lo que no puede contradecirse.

En lo que no estoy conforme con usted, es en que la forunculosis no sea nunca de importancia.

La forunculosis puede revestirla y el forúnculo igual, aunque menos veces.

La forunculosis acusa siempre un vicio orgánico, y en ocasiones hondo, y siendo así, es naturalísimo que si a los que la padecen les acomete cualquier enfermedad intercurrente, y más si es infecciosa, que ésta afecte forma grave, o que la forunculosis misma determine una septicemia o un ántrax, como dice elocuentemente el Dr. Oyarzábal.

El forúnculo considerado en sí es, desde luego, benigno; pero si su implantación está en las proximidades de una vena, o en la cara, y, sobre todo en el labio superior, es susceptible de producir una catástrofe, más aún si se interviene imprudentemente.

La circunstancia *sitio* influye mucho en todo.

Las cosas y las personas tienen siempre una fuerza, un poder intrínseco que arranca, como es natural, de su modo de ser, ya para producir el bien, ya para producir el mal; pero el bien y el mal que realizan está sometido a infinidad de accidentes modificativos, siendo, quizá, el principal de todos el lugar que ocupan.

La Medicina no queda excluida de esa ley. Las enfermedades, aun siendo idénticas en su naturaleza íntima, son más o menos graves, según el órgano en que radican, y hasta radicando en el mismo órgano, según el sitio en que se fijan.

La tuberculosis meníngea es más grave que la del peritoneo, y la tuberculosis del vértice del pulmón, más que la de la base.

Pues bien; en el simple forúnculo ocurre todavía más, porque el situado en una pierna, en un brazo, en un muslo, etcétera, es de benignidad grandísima, aunque no absoluta, porque produce, de tarde en tarde, allá por las calendas griegas, complicaciones, algunas de importancia, como la embolia pulmonar por flebitis; pero el situado en la cara, y sobre todo en el labio superior, es de una gravedad excepcional, porque ocasiona con frecuencia la muerte por las flebitis que se desarrollan en esos puntos y propagarse a los senos meníngeos.

El modo de intervenir los procesos morbosos, tanto individuales como sociales, influye poderosamente en que sean más serios o comprometidos.

Hay quien quiere atajar un mal y lo agrava si emplea un procedimiento inadecuado.

En el orden político obsérvase eso, en el orden jurídico obsérvase también, y en el orden clínico quizá más.

Muchos motines, muchas algaradas, muchas revoluciones y hasta muchas huelgas, se sofocarían al nacer si se aplicara el remedio oportuno; muchos pleitos no se perderían si se marcara bien el procedimiento o ruta que debe seguirse, y muchos enfermos no morirían si la intervención no fuese intempestiva.

En el forúnculo suele serlo, porque los dolores se alivian con la eliminación de los elementos mortificados o clavo, y hay quien, para conseguirlo, ejerce compre-

siones fuertes en la parte periférica indurada, lo que constituye un hecho brutal que debiera hasta ser punible por los peligros que entraña si el forúnculo se halla en el período de crudeza, y sobre todo en la nariz, labio superior, etc., etc.

Cuanto acabo de indicar, decía yo a un ilustre amigo mío con quien converso de vez en cuando y de quien suelo aprender, no poco, de ciencias, literatura y del arte de vivir, en el cual tiene él, dicho sea de paso, todos los entorchados, y en el que yo soy un completísimo ignorante.

En demostración de que un solo forúnculo es capaz de causar la muerte, y quizá por la intervención del médico, voy a permitirme exponer el siguiente caso:

Hace ya tiempo que, al cruzar por una población populosa, en una de mis excursiones veraniegas, toqué, como de costumbre tenía, en una botica, para tomar una gaseosa simple, y el farmacéutico, al verme entrar, exclamó:

—¿Otra vez de viaje?

—Así es.

—¿Querrá usted como siempre, una gaseosa?

—A eso vengo.

—Ahora no voy a preparársela a usted; mandaré traerla de un establecimiento que hay en frente; son superiores. La mayor parte de ellas las preparan con ácido carbónico que les envían encerrado en cápsulas, no faltando tampoco las de la casa Herranz.

—Todo eso está muy bien; pero yo lo que quiero es una carbónica simple, sin jarabe ni azúcar.

—También las tiene, y le respondo que habrán de gustarle más que las preparadas por mí.

—Sin embargo, prepáremela usted, lo prefiero.

Y entoces, uno de los cinco señores que había presentes dijo al boticario:

—No sea usted terco, hay que respetar los caprichos. Todos los tenemos.

—No es capricho ni mucho menos—respondí.—El capricho es lo que no tiene fundamento ni razón, y yo tengo una poderosísima, o sea la de que me sienta mejor que las demás, otra razón que explica el por qué me sientan mejor.

La primera no cabe discutirla y la segunda quizás tampoco, porque los cuerpos nacientes, a juzgar por lo que enseñan los maestros, tienen propiedades más activas que los que no son nacientes.

Los químicos antiguos ya hablaban de la exaltación de las afinidades de los cuerpos nuevos, y hoy, por cierto, la ciencia pretende explicar esa exaltación por medio de la teoría de los iones.

Pues bien, si el cuerpo naciente tiene cualidades más activas que los no nacientes, ya debidas al mecanismo indicado o a otro, porque a veces queremos explicar

lo inexplicable, me concederá usted que el ácido carbónico resultante de la gaseosa preparada en el acto, ha de ser más activo que el ácido carbónico encerrado en cápsulas.

—¿Quién sabe si algunas cápsulas contengan ácido carbónico de un año, o de dos, o de muchos?

En la naturaleza envejece todo y las cualidades del joven no son iguales a las del viejo.

—¿Es usted químico?—me preguntó uno de aquellos señores.

—Soy médico.—Y entonces el farmacéutico presentóme a ellos que eran médicos también, y sonó un nombre para mí muy conocido por la fama que en la comarca gozaba.

En aquel instante, cuando ya había yo tomado la gaseosa, entró un caballero de aspecto joven, aire elegante y de fisonomía inteligente, acompañado de un niño como de ocho a diez años, muy guapote y muy despierto, y dirigiéndose al compañero que yo conocía de nombre, le manifestó:

—Aquí tiene usted a mi chico.

La inflamación y el dolor del labio desde que usted le curó ayer el divieso le ha aumentado, y la cataplasma la ha tenido bien sujeta.

El médico le quitó la venda y cataplasma, le limpió la masa tumoral que ofrecía una superficie lisa muy indurada en su base y una especie de orificio en su vértice, por donde salió una ligera gota de sangre después de ejercer fuertes compresiones sobre la masa tumoral, que fueron acompañadas de grandes gritos y agitación nerviosa del mozalbete, recomendando al padre que continuaran con las catapiasmas, porque el forúnculo no estaba todavía suficientemente maduro, y que al día siguiente iría a ver al enfermito.

Marcháronse padre e hijo, y en tono amistoso y sonriéndome, dije al colega:

—Si en vez de afirmar que en el mundo todos tenemos caprichos, hubiera usted afirmado que hay algunos que los tienen, su afirmación habría sido evidente, porque usted es uno de tantos.

—¿Yo?

—Sí, amigo mío; sólo así se explica el que esté usted tratando a ese simpático muchachuelo por medio de cataplasmas y de fuertes compresiones.

—¿Es por eso? Pues creo que va a resultar, después de todo, que si yo no tuve razón al llamar a usted caprichoso, tampoco la tiene usted ahora al llamármelo a mí, con la circunstancia de que era más disculpable en mí, porque lo de los cuerpos nacientes, iones, etc., no es de lo que entiendo más, y a muchos les pasa lo mismo; pero lo de considerar que el tratar un forúnculo con cataplasmas y compresiones es un puro capricho, no puedo admitirlo porque tiene su fundamento.

La cataplasma reblandece la masa forunculosa y la compresión elimina los principios que la integran.

—No lo niego; pero las cataplasmas y las compresiones tienen inconvenientes grandísimos.

Con la cataplasma es fácil, muy fácil, por mucho cuidado que haya, que el estafilococo *piogenus*, que es el informante del forúnculo y hasta de la osteomielitis de los adolescentes, denominada por Pasteur forúnculo de la médula huesosa, se extienda a otros puntos, y las compresiones, además de los dolores grandes que provocan, pueden destruir la muralla leucocitaria que se constituye como defensa en la periferia, mejor dicho, en la base o parte indurada del tumor, y dar motivo a que se haga más difuso o hasta que invada el tejido venoso, y aun a ocasionar una septicemia.

Todavía hay más: las compresiones fuertes, y aun ligeras, pudieran deformar también los leucocitos, haciéndoles perder sus facultades fagocitarias.

Esas células ambulantes que todo lo recorren, que todo lo escudriñan, que en todas partes se fijan cuando tienen algo que defender, esas células voraces que todo lo digieren, todo lo transforman mediante los fermentos solubles encerrados en sus protoplasmas, unas veces para quitar o disminuir lo nocivo de las sustancias que a ella se incorporan o hacerlas más beneficiosas, esas células donde va a parar todo lo viejo, caduco y muerto del organismo y donde se sepultan los microbios y surge la endotoxina, según Ehrlich, Metchnikoff, Gatier, Courmont, etc., tienen también su patología. Ya de ello habla el sabio Dr. Grasset.

—Lo que usted expone parece indiscutible. Yo sé muy poco de dermatología, y en forúnculos, por lo que he oído a usted, estaba completamente pez, como se dice en el *argot* andaluz, y no es mía toda la culpa, porque nunca oí hablar en cátedra de forúnculos ni de forunculosis.

—Los maestros tienen siempre puesto el pensamiento allí arriba, en lo más alto, en lo más trascendente, no suelen fijarse en las cosas pequeñas, teniendo en ocasiones éstas tanta importancia como las cosas mayores; mejor dicho, los maestros no se preocupan sino de los grandes problemas, de la *ciencia grande*, y los pequeños problemas, o *ciencia chica*, los dejan para que los resolvamos los que no hemos nacido condicionados para vivir en aquellas regiones, y la solución no es siempre sencilla.

Los libros, los periódicos, los folletos, apenas aportan el material suficiente para desentrañar esos conceptos, porque los publicistas tampoco tratan, por lo general, de ellos.

Unos porque les sobra entendimiento e ilustración para ocuparse de lo más importante, y otros, que no tienen ni el entendimiento ni la ilustración necesaria para

abordar temas arduos y complejos, por no ser menos que aquellos, los abordan, aunque no sepan siquiera esbozarlos.

Yo, como soy, ante todo clínico, y los clínicos necesitamos conocer hasta los detalles más insignificantes, busco y rebusco en libros, revistas, etc., etc., lo que haya de *ciencia chica* y con verdadera fortuna.

De aquí que me encuentre más al tanto de forunculosis que algunos.

Por otra parte, aunque no soy rico, ni mucho menos, ya que la suerte, o la desgracia, me obliga a no haber especializado, en absoluto, mis conocimientos, porque no puede especializarlos así quien, como yo, vive en el campo, procuro tener en mi biblioteca obras de casi todas las especialidades y de Dermatología no me faltan.

Le ofrezco a usted una de ellas.

La última que se ha publicado en España es la del Dr. Oyarzábal y en Francia la del Dr. Darier, que yo sepa.

Tengo las dos.

—Mil gracias, compraré la escrita en Español, y si la tuviera usted en su maleta la aceptaría en el acto, porque lo que urge es saber cómo debo tratar al enfermito que motiva esa especie de disertación de usted.

—Manos a la obra.

Reclus afirma que los forúnculos que no se operan, curan antes que los que se operan; pero que si la inflamación se extiende, pronto el dolor se hace irresistible, hay sospecha de que la supuración es profunda, y, sobre todo, si el forúnculo está en el labio superior, la intervención quirúrgica se impone imprescindiblemente.

Pues, bien; yo estoy conforme con Reclus, y por lo mismo a ese niño debe intervenirle quirúrgicamente.

¿Como? Empleando el termocaterio que llegue con la punta al pleno forúnculo, previa inyección de estovaina o de cocaína para insensibilizar la parte que corresponde, que es lo que aconseja Reclus, o desbridando ampliamente, que es lo que yo haría porque se ha perdido tiempo, y curando después con *agua sublimada al uno por tres mil* o de ácido fénico al *uno por doscientos*, y le pondría *una inyección de estafilococos en número de 5.000.000* para evitar la reproducción que temo del forúnculo, y esas inyecciones las evitan.

Por eso se recomiendan en las forunculosis sostenidas y de repetición.

De alimento sólo leche, y del carbón de Belloc un gramo diario.

Es recurso que empleo en la forunculosis y en el simple forúnculo, y le reconocería la orina por si tuviera glucosa.

De esto no prescindo jamás, no ya en la forunculosis generalizada, sino en el forúnculo único y sencillo por si hay que poner tratamiento antidiabético.

Los niños también pueden serlo, y con mayor frecuencia de lo que algunos médicos suponen.

Si el forúnculo estuviese en otro sitio, como tratamiento local diría limpieza, sólo limpieza, con agua bórica, fenicada o sublimada, en una extensión más grande de la que ocupa el forúnculo y toques en éste con tintura de iodo o de iodo-acetona o de colargol o inyecciones intersticiales de este último o de una disolución sin alcohol de ácido fénico en agua destilada al 2 o 3 por 100, etc., y si se resistiese, apelaría a la incisión y aspiración con la ventosa de Bier o al raspado, nunca a la compresión o a la pulverización con la marmita de Lucas Championnière.

En fin, existen muchos medios y ya los verá en la obra que piensa comprar.

«Ahora al tren y a San Juan de Luz. Allá me tendrán a su disposición».

Unos meses más tarde, estando almorzando en un restaurant de Madrid, acercóseme un señor cuya fisonomía no me era desconocida, y después de saludarme me dijo:

—Aquel hermoso niño murió.

—¿Qué niño?

—El del forúnculo que vió usted en la farmacia de... Yo soy uno de los que estaban allí.

—¡Ah, sí; ya recuerdo! Pobrecillo. ¿De qué murió?

—De una complicación cerebral, quizá meníngea.

—Las compresiones forzadas en los forúnculos son muy comprometidas.

—En aquel niño se ejercieron tremendas.

—Ya lo ví.

—Lo que usted vió no fué nada para lo que hicieron después; pero no las hizo el compañero con quien sostuvo usted el diálogo que tengo tan presente.

—¿El padre, tal vez?

—No; fué Don Fulano, a quien usted conocerá, al menos de nombre.

—¡De nombre, y personalmente! ¡Cuénteme, cuénteme qué pasó!

—Es muy sencillo. El compañero fué por la noche a ver al enfermito en ocasión en que estaba el otro, y al verlo entrar dijo: «Ya sé que ha tenido usted una discusión con el Dr. Pasanis y que ha estado usted tan flojo en la defensa de la manera que tenemos aquí de tratar los forúnculos, como flojo en el apretar para que saltase el clavo. Ya verá, ya verá usted cómo salta»; y siguiendo a las palabras la acción, comprimió la masa tumoral, a la compresión sucedió el dolor, al dolor la fiebre, con la fiebre vómitos, delirio y la muerte, en fin.

Eso sí, aquel cirujano, cuando la inflamación aumentó mucho y se extendió, hizo uso del bisturí con largueza, pero todo en vano. El proceso corrió más que el escalpelo.

Excuso decir a usted, que los padres quedaron consternados y que el cirujano daba a entender que, de haberlo llamado antes, el niño viviría, y en el pueblo ha cundido la especie de que el médico de cabecera ni aun curar un grano sabe.

Su reputación, que era hasta envidiable, ha caído a tierra.»

El caso referido me ha hecho pensar bastante y concebir ideas que no traslado al papel por amor a la clase.

Hay algo, como dijo un célebre poeta, que cuesta mucho subir del corazón a los labios, y también diré yo, parodiando a tan ilustre escritor, que ese algo cuesta más el que pase del corazón a la pluma.

Sólo he de añadir, para terminar este trabajo, que quizá encierre más de deontológico que de científico, que entre un médico de buena fe y un cirujano como aquél, opto por el primero y no por el segundo.

De éste me pidieron hace largo tiempo la opinión que de él tenía y contesté: «Es un cirujano que únicamente *se lava las manos* después de operar».



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Sociedad Española de Especialistas de pecho

SESIÓN DEL DÍA 11 DE ABRIL DE 1916.

Un caso de dextrocardia y tuberculosis pulmonar (presentación del enfermo).

DR. GARCÍA TRIVIÑO.—Sujeto de 17 años que no tiene antecedentes hereditarios y que a los 14 meses empezó a estar enfermo. Tiene tos, mortonismo, disnea, fiebre y sudor nocturno. Se le aprecia escasísimo desarrollo torácico. Punta de corazón en tercer espacio intercostal derecho a nivel de línea mamilar. Roce y crepitaciones en el lado derecho; inspiración áspera y soplo en el izquierdo.

Se trata pues de un caso de dextrocardia y tuberculosis pulmonar, pero lo interesante de este caso es averiguar si el dextrocardio es congénito o adquirido. Se inclina a precisar que es congénito por la larga fecha de su padecimiento y no apreciarse hoy la existencia de un derrame y sólo si la de roces pleuríticos que señalan la existencia de una pleuresía seca.

Tratamiento por la tuberculina.

DR. TORRIJOS.—Opina que es muy difícil hacer un diagnóstico precoz de tuberculosis pulmonar, pero que en el María Cristina cuando son sometidos al tratamiento por la tuberculina, llevan perfectamente diagnosticada su tuberculosis con todos los medios de exploración clínica y de laboratorio.

El que no se conozca bien la biología del bacilo de Koch no es suficiente para afirmar que el tratamiento por la tuberculina no sea el tratamiento específico de la tuberculosis, pues existen otras infecciones cuyos gérmenes se desconocen y de los cuales todos conocemos los tratamientos profilácticos y terapéuticos.

No se puede afirmar que todo enfermo tuberculoso ha de tener necesariamente fiebre, pues hemos podido apreciar que no es así en minuciosas observaciones.

La técnica del tratamiento por la tuberculina la considera muy sencilla y de fácil aprendizaje. Considera a la tuberculina como el tratamiento más racional de la tuberculosis sin que por esto crea deben desecharse los medios higiénicos, dietéticos y farmacológicos.

DR. GARCÍA TRIVIÑO.—No es la tuberculosis pulmonar la más grave, pues lo son mucho más la meníngea, la peritoneal, etc., aunque piensa que no por ser tal o cual tuberculosis, sino por la clase de órgano o tejido en que asienta.

Insiste en que él ha necesitado más de tres años, no en aprender la técnica del tratamiento tuberculínico, sino en el estudio de algunos enfermos (febriles, con taquicardia, etc.), que había de tratar por este medio.

No está conforme con que haya que hospitalizar los enfermos para tratarlos por tuberculina y opina que esta sustituye ventajosamente a los medios higiénicos.

Se lamenta y hace constar la inexactitud de las afirmaciones hechas en un periódico político por otro especialista de que éste tenga la estadística más numerosa de enfermos tratados por tuberculina, siendo así que él tiene más enfermos tratados.

DR. ESPINA.—La tuberculosis es más importante que el cáncer, puesto que ataca e invade toda clase de tejidos.

Las tuberculosis meníngea y peritoneal a pesar de su enorme gravedad, que él reconoce, a veces curan rápida y espontáneamente, determinando más tarde una tuberculosis pulmonar. Cita el caso de un sujeto con apendicitis tuberculosa, operado con éxito y en el que tres años más tarde se presentó una tuberculosis pulmonar, muriendo de una hemoptisis.

La tuberculina es un medicamento de espera, pues no es el antígeno total de la total tuberculosis. Comprende que con ella se alarga la vida de los tuberculosos y la considera como el remedio del porvenir, pero que hoy se halla en estudio y tiene sus esperanzas de que ha de prosperar grandemente. Insiste en que es preciso un mayor conocimiento del germen contagio de Koch.

Termina afirmando que a la tuberculina puede considerársele como un tratamiento terapéutico, pero nunca como profiláctico.

DR. ALBASANZ.—No es detractor de la tuberculina, pero insiste en las dificultades de su aplicación. Justifica su abstención porque cree, como ya lleva expuesto, que la tuberculina no es un tratamiento específico, que es de difícil experimentación y que conoce enfermos tratados por este procedimiento y no beneficiados por él.

La tuberculosis es enfermedad eminentemente febril y seguramente que todo enfermo tuberculoso presenta elevación térmica a alguna hora del día o de la noche.

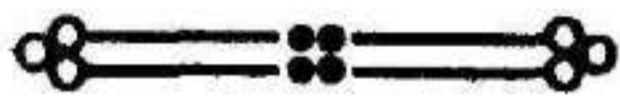
DR. ELIZAGARAY.—Tiene casos de gran éxito por este tratamiento. Los enfermos de tuberculosis pulmonar no se mejoran gran cosa de sus signos de foco, pero sí notablemente de su estado general. La tuberculina es un recurso terapéutico de una

gran importancia pero no por ello se han de desechar los demás medios. Sallú afirma que la tuberculina refuerza las defensas del organismo. Conoce enfermos que hace muchos años fueron tratados por él con tuberculina, que viven y viven bien. Opina que: 1.º La tuberculina es mejor tratamiento que el higiénico. 2.º Produce suspensiones del proceso tuberculoso, y 3.º A la larga los efectos de la tuberculina se desvanecen aunque puede dar lugar a una suspensión indefinida.

DR. IGLESIAS.—Ni tienen razón los que opinaban que el tratar por tuberculina fuese un delito, ni los que todo lo esperan de la tuberculinoterapia y como prueba de ello está el que se venga discutiendo este asunto hace 26 años.

No tiene entusiasmos por este tratamiento, pues lo juzga falto de base científica y todavía se discuten multitud de particularidades del mismo. Ni el índice opsónico ni la fijación del complemento nos sirven ya para instituir el tratamiento por la tuberculina. Otra dificultad la encuentra en la determinación de la pauta que se ha de seguir. El ha tratado por tuberculina en el Dispensario Victoria Eugenia y aunque cree que son enfermos estos para tal tratamiento, lo cree de difícil práctica por las auto-inoculaciones que ellos se determinan con el ejercicio a que vienen obligados por su condición social. Cita el caso de una niña tratada por tuberculina la cual perdió peso al llegar a dosis altas y a la que hubo de suspender el tratamiento, mejorando luego que así lo hizo.

Tiene más confianza en el régimen higiénico dietético que en la tuberculinoterapia.



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

PEQUEÑOS DETALLES PRACTICOS Y ALGUNOS PRINCIPIOS GENERALES

REFERENTES A LAS MEDICACIONES LOCALES EN OCUÍSTICA :::::

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.

(CONTINUACIÓN)

Otros datos referentes al empleo del nitrato de plata.—Lo que acaba de decirse me conduce, haciendo aquí un pequeño paréntesis, a completar los datos acerca de este interesante medicamento con las siguientes proposiciones:

a) *En los casos agudos de conjuntivitis catarrales y purulentas es insustituible.*—Al 1 o 2 por 100 en las formas catarrales (1), y al 2 o al 3, en las purulentas, y siempre en soluciones cuya concentración debe estar en razón directa de la intensidad de la inflamación y de la cantidad de secreción, produce enseguida mejoría considerable, si le usamos con las precauciones, ya tantas veces dichas, de evitar la córnea y de neutralizar rápidamente con la solución de sal común, cuando la del nitrato sea del 2 por 100 en adelante, pues en los casos de menor concentración basta el cloruro sódico contenido en las lágrimas.

Se puede, para calmar el escozor, hacer a continuación uso del colirio de cocaína, más sin abusar de las instilaciones de este alcaloide, que tiene la propiedad de reblandecer el epitelio corneal, facilitando así las complicaciones corneales. Se puede también asociar en una misma fórmula el nitrato de plata y el nitrato de cocaína, que son perfectamente compatibles.

b) *No debe usarse en los casos crónicos y de tratamiento largo.*—Y no porque no produzca acción útil, sino porque a la larga, y aunque se tome la precaución de neutralizar siempre bien (lo cual se deja de hacer muchas veces, y siempre cuando

(1) Según mi experiencia da también excelentes resultados en estos casos la instilación de una mezcla a partes iguales de las soluciones de sulfato de zinc y de nitrato de plata, ambas al 2 por 100, las cuales son perfectamente compatibles.

se receta el colirio de nitrato para que lo empleen los enfermos mismos), se produce la *argirosis de la conjuntiva*, consistente en que toma la membrana un color pardo apizarrado, sobre todo en el fondo de saco conjuntival inferior y sus proximidades, en donde el nitrato permanece más tiempo en contacto, color que en algunos casos se extiende a toda la conjuntiva y aun a la córnea misma. Esta complicación no sólo afecta a la estética, sino que consistiendo en la incrustación de pequeñas partículas de plata reducida en la mucosa, éstas obran a modo de microscópicos cuerpos extraños que entretienen un estado inflamatorio, tanto más rebelde cuanto que son insolubles, y de ahí el que sean indelebiles. Si no hubiese otro medicamento que el nitrato de plata para llenar la indicación, habríamos de resignarnos con su empleo, a pesar del antedicho inconveniente. Mas existiendo otros varios, como los compuestos de zinc, cobre, el sublimado, etc. que pueden llenar la misma indicación sin tener el inconveniente antedicho, son con mucho preferibles.

c) *No se deben emplear los compuestos de plata ni los de plomo, cuando existan úlceras corneales.*—No se debe confundir la argirosis antes dicha, debida a un precipitado pardo negruzco de plata reducido e insoluble, con las incrustaciones de cloruro de plata blanco y soluble en varios disolventes y especialmente en el hiposulfito sódico, lo que permitió, en un caso ya por mí publicado (1), devolver la vista a una joven que, por tratamientos intempestivos, tenía ambas córneas casi totalmente opacas e invadidas por las citadas incrustaciones. Es por esto por lo que, de antiguo, se recomienda el no instilar colirios de plata ni de plomo, en los casos de úlceras corneales, aunque, a decir verdad, se ha exagerado esto bastante, pues *protegiendo la córnea* se logra curar la afección conjuntival sin la citada complicación. De todos modos, en los procesos crónicos conjuntivales, tracoma, por ejemplo, será un motivo más para no usar el nitrato, a no ser de un modo circunstancial, y sí otros cáusticos, que, como el sublimado, el sulfato cúprico, etc., llenan la misma indicación sin los mencionados inconvenientes.

Las sales de plomo tienen análogas desventajas que las de plata. Hay tan sólo *una excepción*, cuando de úlceras corneales se trata, respecto del empleo del nitrato argéntico, y es cuando se presentan en el curso de la conjuntivitis purulenta, pues combatiéndose ésta entonces con eficacia por el medicamento, es mayor la utilidad que presta éste al suprimir la causa de la úlcera que el perjuicio que pueda ocasionar sobre esta última. Obedecemos entonces en nuestra conducta terapéutica a otra ley, que es la **Ley del mal menor**. Esta, que, después de todo, es en el ojo un caso particular de la misma ley aplicada al organismo entero, puede comprenderse

(1) *Taches cornéennes produites par le nitrate d'argent. Leur traitement au moyen de l'hyposulfite de soude.* (Repertoire de Médecine Internationale; janvier, 1912, et XI Congrès internat. d'Ophtalm. Nápoles, 1909.)

así: cuando hay simultáneamente motivos para emplear un medicamento y contraindicaciones debidas a la presencia de otras manifestaciones morbosas, en las cuales el mismo remedio perjudica, hay que pesar mentalmente las ventajas y los inconvenientes de emplear o dejar de emplear un determinado remedio y decidirse por la mayor ventaja o por el menor inconveniente. Así ocurre en el caso antedicho de las complicaciones corneales en la conjuntivitis purulenta, y en el siguiente, de cierta frecuencia en la práctica. Hay casos en que la conjuntivitis catarral se complica con pústulas conjuntivales. El tratamiento tradicional de éstas es el calomelano *finísimamente porfirizado*, para que no obre como cuerpo extraño, y el tratamiento del catarro conjuntival es el ya dicho del empleo de los astringentes. En estas *conjuntivitis catarro-pustulosas*, los calomelanos más bien exacerban la afección catarral de la conjuntiva, mientras que la *instilación* de colirios astringentes empeora las pústulas y facilita la ulceración de éstas. ¿Qué hacer en tales casos? Pues cuanta más importancia tienen las pústulas y menos intensa es la conjuntivitis, tanto más indicado está el calomelano y menos los astringentes, y, a la inversa, en los catarros intensos con pústulas, siendo el catarro lo dominante, se debe combatir éste de preferencia, tanto más si lo hace el oculista, y no lo abandona al enfermo o sus deudos, pues en tal caso instilan el colirio *en toda la conjuntiva*, mientras que el oculista hábil hace el toque en los fondos de saco y conjuntiva palpebral solamente, evitando el contacto con las pústulas y con la córnea. Más adelante, cuando la secreción catarral y la inflamación de esta clase ha disminuído, es la ocasión de emplear los calomelanos, si es que entretanto las pústulas no han desaparecido ya, a la vez que el catarro de la conjuntiva, como suele ocurrir.

Más adelante, con motivo del empleo de los midriásicos y miósicos, nos encontraremos con otros casos en que hay que invocar esta misma *ley del mal menor*, que tiene, terapéuticamente, la más alta importancia.

Ley de los tratamientos agudos o crónicos, en relación con la naturaleza aguda o crónica de las afecciones.— Lo mismo que la que acabamos de citar es en el ojo caso particular de una ley general de terapéutica aplicable al organismo entero. En las enfermedades agudas, todo es rápido y violento, así el ataque causal como la defensa orgánica, y terminan pronto por muerte general o parcial del órgano, o bien por la curación, si las defensas orgánicas, rápidamente movilizadas, han sido suficientes para dominar los desórdenes. Las afecciones crónicas lo son así, o bien por lo lento o insidioso, o por lo permanente de la causa, o bien porque las defensas orgánicas no son suficientes para acabar pronto con el mal, y a la larga, o son vencidas o vencen ellas, terminándose así el proceso morbooso, o bien porque ni lo uno ni lo otro ocurre, pasando la afección al estado crónico. Pues bien; es indudable que el Arte, imitando a la Naturaleza, combate las enfermedades agudas y lo

mismo las agudizaciones de las crónicas, empleando recursos energicos que ayuden o suplan a los naturales, haciendo uso de las vías más rápidas de introducción de los medicamentos, como por ejemplo la intravenosa, etc. En cambio, en las crónicas emplea los modificadores lentos, entre ellos los llamados de antiguo «higiénicos», y huye de las reacciones violentas, las cuales son, casi siempre, contraproducentes, pues no hay que olvidar la ley del hábito que se cumple en el organismo, así para las enfermedades como para los remedios, y que hace que no se puedan modificar *bruscamente* las condiciones orgánicas, ni aun las morbosas, sin grave daño para el organismo o para alguna de sus partes.

Aplicando esto a la patología y a la terapéutica oculares y, en nuestro caso, a las que requieren tratamiento local, es decir, a las afecciones crónicas de la conjuntiva, diremos de ellas que unas son procesos crónicos *ya definitivos* por las modificaciones estructurales que en la mucosa se han producido, y que han hecho exclamar a Ide (1) que «el examen de un corte microscópico de un tejido en inflamación crónica, hará desesperar a los terapeutas más optimistas», y otros son procesos crónicos *en evolución*, de los cuales aun se puede esperar la terminación por una curación o por alivio.

Mas en este último grupo de casos, del que pueden ser consideradas como afecciones típicas las conjuntivitis *con folículos y con granulaciones*, es decir, aquellas en las que, además de la infiltración difusa general, hay zonas nodulares que, como dice muy bien Morax, (2), son «puntos en que la batalla es más energética y en los que los defensores del organismo combaten más activamente al parásito invasor», es donde se ve más evidente la utilidad de los recursos terapéuticos que provocan pequeñas agudizaciones locales, como ocurre con el empleo racional de los cáusticos, que se han de usar aquí a menor concentración que en las conjuntivitis agudas. Y así, la barra de sulfato de cobre (3) o los colirios, o bien los toques con sublimado al 1/400, exprimiendo previamente el pincel para que no haya exceso de líquido, localizando la cauterización a las granulaciones del párpado y *evi-*

(1) *Trat. de Terap.*, traducción española, pág. 538, 1906.

(2) *Encycl. franc. d'Opht.*, t. V, París, 1906, pág. 745.

(3) La barra de sulfato de cobre dista mucho de producir efectos tan intensos como la del nitrato de plata, sobre todo si se emplea un cristal bien liso en la superficie, para que no obre mecánicamente. En efecto; el sulfato cúprico se disuelve en el agua, pero *muy lentamente*, y esto hace que no dé tiempo, cuando se aplica la barra, a que se forme una solución concentrada, y sí sólo una débil, a la que es debido el efecto irritante. La barra o mejor el cristal son sobre todo útiles en las formas no secretantes de tracoma, formas secas, en las que ya las granulaciones van desapareciendo y quedan sólo acá y allá pequeños islotes, sobre los cuales la barra puede localizar, en lo posible, la acción.

tando la córnea (no nos cansaremos jamás de repetir esto), prestan excelentes servicios y llevan, de un modo *lento pero seguro*, a la curación *con la menor cantidad de cicatrices*, y, por lo tanto, de consecuencias desagradables, tales como el entropión y el triquiasis, con las inevitables complicaciones traumáticas por parte de las pestañas sobre la córnea. Tal resultado se debe a que, favorecida la actividad fagocitaria, se reabsorbe el tejido de granulación sin transformarse en cicatricial. En cambio, la cauterización ignea, el raspado..., etc., que por el momento parecen dar resultados más radicalmente favorables, como destruyen la mucosa *en masa* y en casi todo su espesor, van seguidos de la formación de una gran cantidad de tejido nuevo cicatricial por tanto, cuyas propiedades retráctiles se exageran, así como sus malas consecuencias; aparte de que la desaparición de los fondos de saco por la extirpación irracional que de éstos se hace en tales procedimientos favorece la terminación fatal (1). He visto muchos casos que habían sido tratados por el raspado, que estaban en condiciones aun mucho más desfavorables que aquellos que no habían sido tratados, por graves que parecieran éstos; pues en los primeros, la atrofia y las cicatrices de la mucosa eran ya definitivas, mientras que en los segundos, aun con *pannus* espeso y sin visión los enfermos, se obtienen muchas veces, *si éstos tienen la constancia suficiente*, resultados notables, a condición de que esta afección lenta y crónica, también de un modo lento y crónico sea tratada.

Conviene mencionar aquí también que en estas afecciones crónicas, la mucosa suele acabar por habituarse a un remedio determinado, siendo entonces preciso sustituirle por otro de acción análoga. De aquí la ventaja de disponer de varios agentes del mismo grupo. Otras veces, sin que se sepa por qué, responde la afección mejor a un determinado agente que a otro, lo cual hay que tenerlo en cuenta para utilizar el primero de preferencia, en tanto que sea tolerado.

Más rara es la intolerancia de un remedio después de cierto tiempo de su empleo, lo cual también habrá que tener presente para sustituirle por otro de acción análoga.

Asociación de los astringentes a otras medicaciones locales.—Aparte de que, como ya se ha dicho, la asociación simultánea o inmediatamente sucesiva de los vaso-constrictores y de los anestésicos locales es útil suprimiendo efectos desagradables sin anular los útiles, hay todavía una asociación que es útil mencionar; la de los midriásicos, y nos servirá ésto como capítulo de transición al de este grupo de cuerpos.

(1) Claro que en los casos de granulaciones exuberantes y rebeldes al tratamiento por los cáusticos, hay que decidirse por los medios quirúrgicos; pero esto sólo ocurre excepcionalmente. El raspado entonces cumple la indicación de extirpar más que un tejido inflamatorio, una verdadera neoplasia difusa.

En muchos casos de afecciones conjuntivales, los midriásicos son innecesarios y hasta perturbadores, por los trastornos visuales que originan. En otros, en cambio, son útiles, aunque claro está, que por sí solos no resuelven el problema. Como ejemplo, citaré los casos siguientes:

Se trata, en ocasiones, de una conjuntivitis con ligera descamación del epitelio corneal, lo cual produce cierto grado de fotofobia y blefarospasmo, con tendencia también a espasmo del esfínter del iris; en otras son las pústulas pequeñas y numerosas del limbo, que aparecen a veces en el curso de las conjuntivitis catarrales, o bien solas, las cuales se ulceran, produciéndose, como antes, los mismos síntomas eflejos. Otras, en fin, se trata de granulosos con úlceras corneales o simplemente con *pannus* y descamación de epitelio. En todas estas circunstancias es utilísimo el empleo de los midriásicos, como enseguida veremos en el capítulo siguiente. Mas lo que hay que retener aquí es una observación, sobre la que varias veces me llamó la atención mi ilustre maestro el Dr. Albitos, la cual no he visto nunca señalada, y es que las *cauterizaciones son poco eficaces cuando se trata del tracoma, si a la vez no se dilata la pupila, siendo la mejoría mucho más rápida, si se emplean a la vez los midriásicos*. Esto se comprende, sobre todo, en los granulosos, pues si se instilan midriásicos, la pupila se dilata y el blefarospasmo cesa, y con él la presión que hacen sobre la córnea los párpados, cuyas granulaciones no rozan ya la superficie de ésta con tanta intensidad, favoreciéndose así la curación del *pannus* de las úlceras corneales, que son los puntos de partida de los círculos viciosos patológicos que entretienen y agravan la enfermedad. «Por una verdadera paradoja terapéutica—dicen Forge y Reclús—(1) es fuera de la córnea donde tiene lugar el más eficaz combate contra el *pannus* corneal».

En resumen: *los astringentes deben ser asociados a los midriásicos, cuando se presenten alteraciones de la córnea*, pues, en caso contrario, la acción de los primeros será poco eficaz.

II.—MEDICACIONES MIDRIÁSICA Y MIÓSICA

Grupo perfectamente natural y sin análogo en el resto del organismo. En realidad, no puede decirse que la acción de estos fármacos sea local. Se trata más bien de una acción intermedia entre la local y la general, puesto que si a las dosis habituales es verdad que sólo obran en el ojo en que se aplican, en realidad no se ejerce la acción en el sitio mismo con el que se ponen en contacto, o sea en la conjuntiva, sino *sobre el interior del ojo*, para lo cual es preciso que haya *absorción previa*, y, en ocasiones, si las dosis son muy fuertes o muy repetidas, pasan a la circu-

(1) *Therap. Chirurg.*, t. II. pág. 182.

lación general y pueden producirse efectos generales que, a veces, llegan hasta la intoxicación (1) ejerciendo también en este caso acción sobre el otro ojo, pero no por contacto directo, sino por intermedio de la sangre.

Con exactitud de lenguaje, ni los midriásicos ni los miósicos producen, pues, acción local sobre la conjuntiva. Mas en algunos casos, bien porque se trate de medicamentos antiguos, o alterados, o de sales no neutras, o bien de colirios contaminados, o aun no existiendo alteración del medicamento, es lo cierto que se despierta en el sitio de aplicación cierta *susceptibilidad especial local* (catarros atropínico y eserínico) *que obliga a cesar en el empleo del remedio, sustituyéndole por otros que no tengan tal inconveniente, y sí análoga acción* (duboisina o escopolomina en vez de atropina, pilocarpina en lugar de eserina, etc.). Esto es, como se vé, lo opuesto al hábito, del que ya se trató más atrás, que se observa, sobre todo, con el empleo prolongado de los astringentes y cáusticos.

Volviendo a los midriásicos y miósicos, unos y otros ejercen, como es sabido, *tres grandes acciones fundamentales*, las cuales vamos rápidamente a analizar:

- 1.^a Acción sobre el iris.
- 2.^a Idem sobre el músculo ciliar.
- 3.^a Idem sobre la tensión intraocular.

1.^a **Acción sobre el iris.**—Es éste un diafragma orgánico que funciona merced a dos aparatos antagonistas:

a) *El de cierre*, constituido por el esfínter, innervado por el motor ocular común.

b) *El de abertura*, formado por el músculo dilatador (2) innervado por el simpático cervical.

Numerosas influencias mecánicas, químicas, etc., pueden ejercer su acción sobre dichos aparatos, ya en su porción terminal, músculos del iris, ya en las terminaciones nerviosas, ya en el trayecto de los nervios o en los centros, produciendo la excitación o la parálisis de uno u otro de ambos aparatos, o bien acciones combinadas. Se ve, pues, cuán complejos son los mecanismos normales y patológicos de contracción y de dilatación de la pupila.

Limitándonos ahora a las variaciones producidas por los medicamentos, se pueden reducir a dos:

a) *Acciones midriásicas*: las producidas por parálisis del aparato de cierre, por excitación del de abertura o por ambos mecanismos simultáneos.

(1) Claro está que estos efectos son también debidos, en parte, a la absorción de la sustancia arrastrada por las lágrimas en las mucosas lagrimal y nasal.

(2) Mucho tiempo puesto en duda, hoy se considera su existencia innegable. Nosotros le hemos visto varias veces en nuestras preparaciones.

b) *Acciones miósicas*, por excitación del aparato constrictor, por parálisis del dilatador o por ambos a un tiempo.

No es nuestro objeto estudiar en detalle todas estas acciones, pero sí insistir sobre dos puntos interesantes:

1. *Energía y duración de la acción.*— Tanto para los midriásicos como para los miósicos, ambas propiedades suelen estar en razón directa entre sí.

Las investigaciones que yo hice respecto a los midriásicos en 1903, y de las que di cuenta al XIV Congreso Internacional de Medicina de Madrid, dieron por resultado el siguiente orden de más o menos energía y duración: atropina, duboisina, escopolamina, homatropina, eufatmina y cocaína (1).

Respecto a los *miósicos*, la eserina es de acción más enérgica y duradera que la pilocarpina. **Consecuencias:**

1.^a *Cuando se quieren acciones intensas y prolongadas, se emplean los midriásicos o miósicos fuertes*, por ejemplo, la atropina, duboisina o escopolamina en la iritis, la eserina en los ataques violentos de glaucoma agudo; teniendo además, en cuenta que en estos casos obran aún con menos energía sobre los órganos (véase más adelante ley de la integridad del órgano afecto) que en estado sano, por lo que se han de usar, además a mayor concentración o mejor, en discos gelatinosos.

2.^a *Cuando se quieran acciones fugaces o poco enérgicas se emplearán los midriásicos o miósicos débiles*, homatropina, eufatmina o cocaína para el examen oftalmoscópico, pilocarpina para el glaucoma crónico y el simple y para los intervalos entre los ataques agudos.

2 *Mecanismos diversos de la acción.*— A los tres citados para cada grupo, midriásico o miósico, de excitación de un aparato, parálisis del antagonista y mixto, hay que añadir un cuarto, más indirecto y menos enérgico, pero que también ejerce alguna influencia, y es el de la isquemia o replección de los vasos del iris. Los midriásicos son algo vasoconstrictores, y éstos, a su vez, algo midriásicos. Recíprocamente los miósicos son algo vaso-dilatadores y los mecanismos que hiperemian o inflaman el iris producen algo de miosis. Todo lo cual hay que tenerlo en cuenta.

Así, por ejemplo, la atropina obra *principalmente* por parálisis del esfínter y accesoriamente por excitación del músculo radiado o del simpático; la cocaína obra *casi exclusivamente* por este último mecanismo y la adrenalina en los pocos casos

(1) En todos ellos, aparte de la duración, la curva de acción es muy semejante: *comienzo* de la midriasis entre los diez y los veinte minutos; *ascenso, rápido* llegando al máximo de la media a la una hora; *mantenimiento del máximo y descenso gradual* durante un tiempo variable para cada uno de ellos. *La duración total* fué de diez y siete días (trece a catorce, según Donders, es lo habitual) para la atropina, once a trece para la duboisina, tres a cinco para la escopolamina, una a tres para la eufatmina y cuatro a cinco horas para la cocaína. (Trabajo mio arriba citado.)

en que obra, siendo su acción además, muy poco enérgica, lo hace por hisquemia del iris, a mi juicio (1), y por excitación del simpático *vascular*, con independencia del simpático que inerva los músculos no vasculares, en el iris. En los miósicos sólo se conoce relativamente bien el mecanismo de la eserina por excitación del esfínter y se cree que la pilocarpina obra de análoga manera.

Consecuencias: 1.^a *Cuando se quiera obtener una acción más enérgica se deben asociar medicamentos que obran a la vez por distinto mecanismo, y así se obtiene el máximo efecto; por ejemplo, atropina, cocaína y adrenalina (siempre que alguna de éstas dos últimas no se halle contraindicada) para lograr una intensa midriasis.*

2.^a Encuentro también lógico que *se pueda lograr refuerzo en la energía de la acción sin que por esto sea mayor la duración.* Así, yo asocio para el examen oftalmoscópico la eufalmina, la cocaína y la adrenalina, medicamentos de acción poco duradera los tres, pudiendo, en cambio, la midriasis ser más intensa como producida por los mecanismos simultáneos de las tres sustancias.

2.^a **Acción sobre el músculo ciliar.**—El ojo equivale, como se sabe, a una fuerte lente convexa que ha de formar en su plano focal posterior (retina) la imagen de los objetos exteriores. Ahora bien; esta lente no es homogénea y está compuesta por diversos medios refringentes que, además de la córnea, la cual forma parte del *continente*, son los tres medios transparentes *contenidos*: el humor vítreo, el cristalino y el humor acuoso. De estos tres, el acuoso y el vítreo no varían en su forma ni en su refringencia, y son *la parte fija* del aparato refringente ocular, mientras que el cristalino cambia de forma y constituye *la parte variable* del mismo aparato, con el fin de adaptar el ojo a todas las distancias; pues ya es sabido que, a la inversa de las lentes ordinarias, que son de curvatura constante y foco variable con la distancia del objeto, el ojo es un aparato de curvatura variable y foco constante, a pesar de la distancia.

(Continuará)

(1) Véase mi trabajo acerca de *La acción midriásica de la adrenalina en el hombre* (comunicación a la Sociedad Española de Biología, 28 de Marzo de 1913).

SECCIÓN VARIA

Asociación de la Prensa

Médica Española :: ::

Los días 29 de Mayo y 9 del corriente celebró dicha Asociación Junta general extraordinaria, estando representados la mayor parte de los periódicos profesionales de la capital y algunos de provincias. También asistieron a la Junta del día 9 casi todos los redactores médicos de los diarios políticos de Madrid.

Después de haber expuesto los señores presentes su opinión favorable a la continuación de esta Sociedad, por creer que bien dirigida y dándole en lo sucesivo mayor vitalidad e impulso puede llegar a ser el más firme y poderoso apoyo de la clase médica española, tanto desde el punto de vista científico, como en lo que se refiere a la defensa de sus intereses y a la consecución de sus legítimas aspiraciones sociales, se tomaron por unanimidad los siguientes acuerdos:

1.º Adicionar al artículo 1.º del Reglamento la aclaración de que la calidad de periodista médico a que hace referencia el indicado artículo, se acreditará por medio de un certificado expedido por el director de la revista donde el interesado figure como redactor.

2.º Modificar el artículo 18 en el sentido de que sean seis los Vicepresidentes y diez los vocales de la Junta directiva, perteneciendo por lo menos dos Vicepresidentes y cinco Vocales a la Prensa de provincias.

3.º Recomendar a los periódicos de fuera de Madrid que nombren en esta población un representante técnico, el cual podrá asistir con voz y voto a las juntas que celebre la Sociedad. De dicho nombramiento deberá darse cuenta a la Secretaría de la Asociación.

4.º Suplicar a los periódicos asociados que remitan un ejemplar de todos los números que publiquen a la biblioteca de la Asociación, cuyo domicilio social es actualmente el Colegio de Médicos de Madrid, y que no anuncien ni hagan juicio crítico de aquellas obras cuyos autores o editores (además de satisfacer las especiales condiciones que cada periódico tenga establecidas con respecto a este punto) no remitan también, por lo menos un ejemplar, a la referida biblioteca.

5.º Solicitar del Ministro de la Gobernación y del Director general de Correos determinadas reformas que han de proporcionar grandes beneficios a Prensa Médica, nombrándose para llevar a término dicha gestión dos Comisiones, compuesta la primera de los Sres. Ortega Morejón, Eleizegui, Aguilar y Blas y Manada, y la segunda de los Sres. Ortega Morejón y Aguilar.

6.º Nombrar socios honorarios a los doctores Rodríguez Méndez, Recasens, Simonena, Tolosa Latour, Espina y Capo, García Tapia, Delfino (De Buenos Aires), Tamayo (de Cuba) y Herrera (de Méjico).

Por último, se procedió a la elección de Junta directiva, quedando constituida por los señores siguientes:

Socios de honor: D. Carlos M. Cortezo y Prieto, D. Angel Pulido y Fernández, D. Francisco Marín y Sancho, D. Rafael Rodríguez Méndez, D. Sebastián Recasens, D. Antonio Simonena, D. Manuel Tolosa Latour, D. Antonio Espina y Capo, D. Antonio García Tapia, D. Víctor Delfino, D. Diego Tamayo y Sr. A. Herrera.

Presidente, D. Luis Ortega Morejón.

Vicepresidentes: D. Ricardo Royo Villanova, D. Andrés Martínez Vargas, don José de Eleizegui, D. Federico Toledo, D. Macario Blas y Manada, D. José Verdes Montenegro y D. Víctor Ruiz Albeniz.

Secretario general, D. Emilio Pérez Noguera.

Secretario de actas, D. Daniel Sánchez Ribera.

Vocales: D. Faustino Barberá, D. José Chabás, D. Manuel Vela, Sr. Fuentes Arrimada, D. José Valles Ribot, D. Augusto Almarza, D. Florestan Aguilar, D. Joaquín Alexandre, D. Federico Gómez de la Mata y D. Joaquín Arquellada.

Tesorero, D. Benito Remartínez.

Estadística

Según datos de la Dirección general del Instituto Geográfico y Estadístico, procedentes del Registro civil, el movimiento de la población en esta capital durante el pasado mes de Junio, fué el siguiente:

Población calculada 130.206

Nacimientos. { Vivos 219.—Var. 151.—Hem. 68.—Leg. 207.—Ileg. 9.—Exp. 3.
Muertos 0.—Var. 0.—Hem. 0.—Leg. 0.—Ileg. 0.—Exp. 0.

Natalidad por 1.000 habitantes, 1'68.—Matrimonios, 63.—Nupcialidad por 1.000 habitantes, 0'48.—Mortalidad por 1.000 habitantes, 1'28.

Defunciones

Varones, 96.—Hembras, 71.—Menores de cinco años, 57.—De cinco y más años, 110.—En hospitales y casas de salud, 13.—En otros establecimientos benéficos, 5.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 2.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 3.—Viruela, 3.—Sarampión, 0.—Escarlatina, 0.—Coqueluche, 3.—Difteria y crup, 0.—Gripe, 1.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 1.—Tuberculosis de los pulmones, 7.—Tuberculosis de las meninges, 0.—Otras tuberculosis, 1.—Cáncer y otros tumores malignos, 3.—Meningitis simple, 8.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 12.—Enfermedades orgánicas del corazón, 12.—Bronquitis aguda, 7.—Bronquitis crónica, 5.—Neumonía, 4.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 5.—Afecciones de estómago (menos cáncer), 4.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 17.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 0.—Cirrosis del hígado, 2.—Nefritis aguda y mal de Bright, 2.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 0.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 2.—Otros accidentes puerperales, 0.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 5.—Senilidad, 7.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 4.—Suicidios, 0.—Otras enfermedades, 42.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 5.—Total de defunciones, 167.

De nuestro catálogo

Obra nueva.—Mohr y Staehelin: TRATADO DE MEDICINA INTERNA.—Doce tomos en cuarto, 225 pesetas. A plazos, 250.

OPINIONES DE VARIOS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA :::::

Madrid.—«Felicito a usted muy entusiásticamente por la feliz idea de verter a nuestro hermoso idioma obra tan excelente y apropiada al estado actual de la Patología, y más aún por la de vestirla o presentarla con igual lujo que la edición alemana.

»Y hago extensiva la felicitación a los traductores que se han encargado de ha-

cer dicha versión, pues son una garantía de que la traducción ha de ser fiel y elegante, porque para traducir bien, no sólo hace falta saber a conciencia las lenguas sobre que versa la traducción, sino la materia tratada, y ambas circunstancias concurren en los traductores, y muy especialmente en mi dignísimo compañero y amigo señor García del Real.

›Que no dejen ustedes de la mano obra tan importante, pues seguramente ha de servir mucho para hacer agradable el estudio de materia tan vasta e importante›.—*Dr. A. Simonena.*

Barcelona.—«Las materias tratadas en este tomo lo están con todos los detalles y en conformidad con las más modernas investigaciones; la doctrina está expuesta con claridad y método, sin prescindir de ningún dato de aplicación práctica. No quiero establecer comparaciones; pero sí puedo afirmar que no conozco ninguna otra obra de Medicina interna que la supere, y, siendo así, aconsejaré su adquisición a los médicos jóvenes que me consulten para formar su biblioteca.

›Mucho me engañaría si el éxito no coronara sus esfuerzos como editores, y así lo deseo.

›La traducción es correctísima, y las anotaciones, muy oportunas›.—*Dr. Vallejo Lobón.*

Barcelona.—«En mi poder su atenta y el tomo primero del Mohr que, desde luego, me parece muy bien presentado tipográficamente.

›Tendré el gusto de leerle, y espero responderá a la fama que goza dicha publicación›.—*Dr. González Prats.*

Pídanse prospectos detallados, que remite gratis la CASA EDITORIAL CALLEJA, fundada en 1876, calle de Valencia, 28, Madrid.

Los pedidos acompañados de su importe los serviremos a nuestros suscriptores con el 10 por 100 de descuento de la cantidad total.

Nuestro Concurso

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.

Publicaciones recibidas

«Sobre los efectos curativos obtenidos con el radio en el tratamiento del cáncer uterino», por el Dr. Recasens.

— «Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona: Sesión pública inaugural celebrada el día 30 de Enero de 1916».

— «El criterio actual sobre las aguas minero-medicinales», por el Dr. D. Felipe Cardenal.

— «La locura en la Historia de la Humanidad», por el Dr. D. Wifredo Corolen.

— «Algunos comentarios acerca de las diversas manipulaciones a que son sometidas las leches más empleadas en la lactancia artificial de los niños», por el Dr. Don Juan Coll.

— «Los primeros signos de la gestación», por el Dr. D. Pedro Nubiola.

Noticias

Nuestro ilustre colaborador Dr. D. Santiago Ramón y Cajal ha sido nombrado Académico Correspondiente de la de Ciencias de París.

Con brillantes notas ha obtenido el título de Licenciado en Medicina, el ilustrado joven y amigo nuestro Sr. Muñoz Hernández.

Han fallecido los Dres. Llorente y Metchnikoff, director el primero del Instituto de su nombre y el segundo del Instituto Pasteur.

A nuestro compatriota Llorente, de reconocida autoridad en el mundo médico por sus trabajos de investigación, debemos la centralización en España de la lucha contra la difteria que supo irradiar a la clase profesional y al público con sus enseñanzas y publicaciones.

Metchnikoff con su teoría de la fagocitosis, hoy puesta en segundo término por otras más recientes, inmortalizó su nombre.

Continuamos desgraciadamente nuestro luto... Guedea, Comenge, Fargas, Baccelli.

Nuestro querido compañero D. Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara ha sido nombrado miembro correspondiente de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Por ser de casa sólo nos limitamos a enviarle nuestra más cordial enhorabuena por tan merecida distinción.

Hemos recibido el primer número de *La Terapéutica del Clínico*.
Deseamos al colega vida próspera.

Correspondencia administrativa

con nuestros suscriptores :: :: ::

- D. Juan Bellido, Castellón.—Recibido el importe de su suscripción por los años 1916 y 1917.
- D. Enrique Cano, Hellín.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Ricardo Artiga, Nerpio.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Leocadio Durán, Cáceres.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Amador García, Hellín.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

- D. José Videras, Almuñecar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Arturo Cortes, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José María Abenza, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Florencio Díaz, Pozo Estrecho.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Cástor Mayoral, Casas Ibáñez.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Isidoro Reverte, Lorca.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Antonio Pastor, Alcoy.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Vicente Soler, Alicante.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Salvador Palazón, Fortuna.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Silverio Boatella, Jijona.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Fernández, Jijona.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Juan González Flores, Huércal-Overa.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Hermenegildo Artacho, Sorvilán.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Andrés García, Lorca.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Marciano Conde, Atarfe.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Félix Durán, Cáceres.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. A. Sánchez del Val, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Francisco Villalta, Monóvar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Hervás, Denia.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Antonio Rosique, Algar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Pérez Monche, Mazarrón.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Pedro Fernández, Alguazas.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Leopoldo F. Delgado, Alhama.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Antonio Villena, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Raimundo Pérez, La Unión.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

-
- D. Máximo Conesa, La Unión.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Pascual, La Unión.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Ramón González, Vélez-Rubio.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Rufo Sáinz, San Fernando.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Pedro Ruiperez, Nonduermas.—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