

# MURCIA MÉDICA

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

AÑO II

MURCIA-ABRIL-1916

Núm. 13

## DIRECTORES-FUNDADORES

**D. Antonio Guillamón Conesa** ✠✠ **D. José Sánchez Pozuelos**  
**D. Juan A. Martínez Ladrón de Guevara**

*Académicos Corresponsales de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia*

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO

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

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

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

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

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

## SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Sobre un caso de quiste hidatídico del pulmón*, por el Dr. Verdes Montenegro.—*El arsénico, la tuberculina y los tuberculosos*, comunicación presentada a la Sociedad Española de Especialistas de pecho por D. Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara.—*Investigaciones bacteriológicas y bacterioterápicas sobre la blenorragia* (conclusión), por el Dr. D. Enrique Pérez Grande.—*Tratamiento de las retenciones post-abortum*, por el Dr. D. Manuel Sánchez y Carrascosa.—PRENSA PROFESIONAL: *Consideraciones médico-sociales que explican la frecuencia del chancro blando. Algunas complicaciones locales del mismo*, por el Dr. José Algora Gorbea.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia: Sesión del día 1.º de Abril 1916.*—*Sociedad Española de Especialistas de pecho: Sesión del día 28 de Marzo 1916.*—*Ateneo de Salamanca: Estado actual de la cirugía vascular*, por el Dr. Miguel Royo.—*Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña: Sesiones de los días 20 y 27 de Octubre y 3 de Noviembre de 1915.*—SECCIÓN VARIA: *En nuestro primer año de vida periodística.*—*Bibliografía.*—*Noticias.*—*Publicaciones recibidas.*—*Nuestro Concurso.*—*Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores.*

---

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

---

## Jarabe Antiferino Moreno

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

---

## DENTICINA MORENO

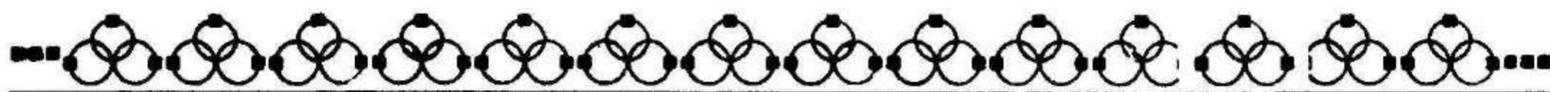
SOBERANO REMEDIO PARA COMBATIR TODAS LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO Y VIENTRE EN LOS NIÑOS.

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

---

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

**Plaza de Camachos, 26.-MURCIA**



**FARMACIA**  
**CATALANA**  
**DE**  
**M. REBOROSO**

(MURCIA)  
LA MEJOR  
**SURTIDA**  
Y MAS  
**ECONOMICA**



Farmacia *~ ~ ~*

*~ ~* y Droguería

DE

A. Ruiz Seiquer

*Especialidades nacionales y extranjeras*

*Sueros y Vacunas*

*Medicamentos modernos* ~~~~~

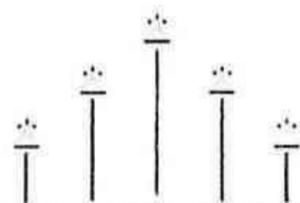
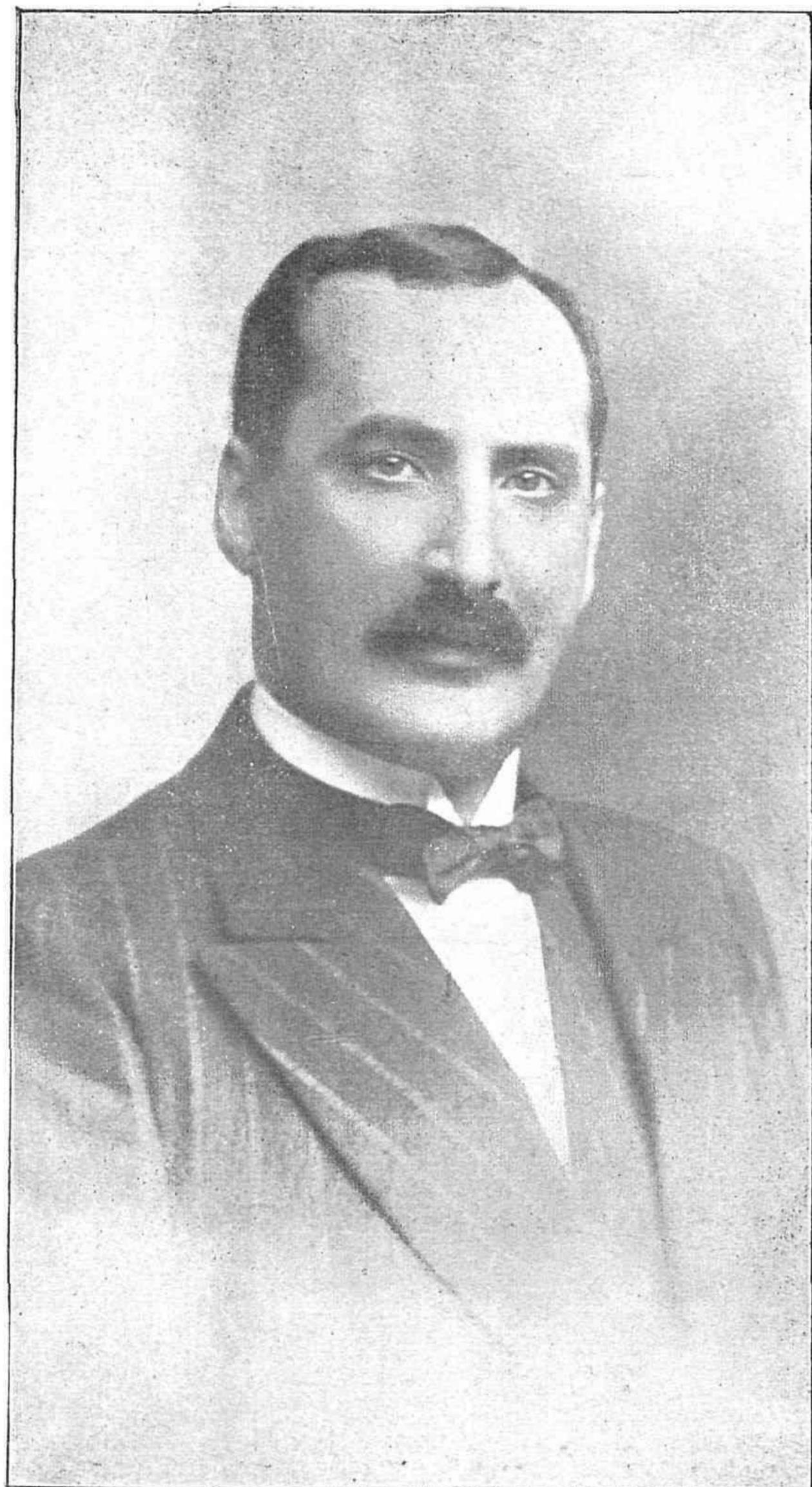
~~~~~ *Aguas minero-medicinales*

*Oxígeno puro para inhalaciones*



**Plaza de San Bartolomé**

**MURCIA**

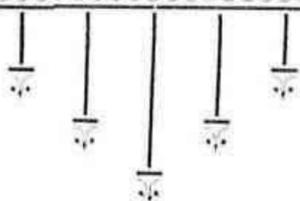


MURCIA MÉDICA  
::: ABRIL 1916 :::

**Dr. Verdes Montenegro**

DIRECTOR DEL  
REAL DISPENSARIO MARÍA  
CRISTINA DE MADRID

::: NUESTROS :::  
COLABORADORES





# MURCIA MÉDICA

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

Año II .. Abril 1916 .. Núm. 13

## TRABAJOS ORIGINALES

### SOBRE UN CASO DE QUISTE HIDATÍDICO DE PULMÓN

POR EL

**Dr. Verdes Montenegro**

*Profesor del Instituto Rubio. Director del Real Dispensario María Cristina de Madrid.*

**S**i era, en mi opinión, instructivo, el caso de aspergilosis pulmonar que publiqué en uno de los pasados números de *MURCIA MÉDICA*, no lo es menos el caso de quiste hidatídico de que me propongo hablar ahora. Aquel fué un éxito de la investigación clínica metódica; éste fué un fracaso. Debía a los lectores de esta Revista un artículo en que confesara errores para no hablar solo de aciertos. Es sensible que los médicos no sean aficionados, en general, a dar cuenta de sus equivocaciones, porque ellas son muchas veces muy educativas.

En el pasado mes de Diciembre ví a una enferma de un pueblo próximo a Madrid con historia de catarros y pequeñas hemoptisis, relativamente reciente, alguna demacración, no mucha, y 116 pulsaciones.

Reconocida, tenía en el vértice derecho, sobre la clavícula, unos crujidos que me hicieron pensar en roce pleurítico, pero en la gráfica apunté el signo con un interrogatorio porque no estaba muy claro. Debajo de la clavícula, inspiración áspera y entrecortada hasta el nivel de la tercera costilla: sonido timpánico a la percusión. Por detrás, inspiración áspera y ligero soplo en la fosa supraclavicular. En el lado izquierdo inspiración reforzada que estimé como supletoria o vicairiante. Análisis de esputos negativo.

La posibilidad de que se tratase de un quiste hidatídico no me pasó inadvertida y exploré con todo cuidado la macidez hepática: la línea del límite pulmonar estaba en su sitio fisiológico y la movilidad pulmonar aparecía ligeramente afectada. No me fué posible encontrar a la macidez hepática esa forma de convexidad superior en alguna parte de su trayecto por la que se acusa frecuentemente el quiste de hidátides.

En vista de ello formé la idea de que se trataba de una infiltración tuberculosa del vértice pulmonar derecho. En mi opinión, el sitio inicial de la lesión tuberculosa era la parte posterior del vértice, (zona de alarma de Sergeant) donde se percibía el ligero soplo y donde en realidad es lo frecuente que el proceso fímico muestre sus primeras manifestaciones. Me pareció que el proceso se extendía, como es la regla, hacia adelante y abajo, dando lugar en la parte anterior a inspiración entrecortada y áspera y sonido timpánico a la percusión, por la pérdida de elasticidad pulmonar que la extensión del proceso fímico produce. La participación de la pleura se exteriorizaba por el roce pleurítico supraclavicular, aún cuando a la verdad tenía este ruido algo extraño que lo hacía dudoso. En fin, la falta de bacilos en los esputos no me llamó la atención dado lo poco frecuente que es la presencia de bacilos en estas primeras manifestaciones de la infiltración tuberculosa.

Me pareció el caso, en una mujer de estado general algo, pero no mucho afectado, y con taquicardia inferior a 120, de buen pronóstico, y la instruí acerca del tratamiento por el método higiénico.

Un par de meses después me visitó de nuevo la enferma: había aumentado cuatro kilos de peso. Reconocida nuevamente, el soplo se había extendido manifestándose ahora en la espalda en mayor extensión y delante en la zona en que antes había señalado inspiración áspera y entrecortada. El roce pleurítico no se percibía. Por delante submacidez.

La comprobación de estos signos físicos y la mejoría de su estado general fueron interpretados por mí en el sentido de que se había desenvuelto una proliferación fibrosa curativa que se manifestaba por soplo en una extensión grande según es lo corriente en estos casos. La ausencia de roce pleurítico hacía pensar que la pleura se había adherido.

Una semana después se presentó de nuevo la enferma en mi consulta, manifestándome que el día anterior había tenido *una pequeña vómica* y arrojado un líquido achocolatado con los consabidos pellejos (1). Mi sorpresa fué grande y la reconocí de nuevo con todo detenimiento. Este reconocimiento me demostró que había anteriormente apreciado con exactitud completa los signos físicos. La línea macidez hepática era perfectamente horizontal, sin ninguna convexidad general

(1) Examinados al día siguiente al microscopio resultaron membranas de hidátides.

ni local, esto es que afectase a toda la línea ni a trozo de ella determinado; en el vértice subsistían la submacidez y el soplo. Como consecuencia de la pequeña vómica ocurrida el día anterior, se advertían escasos estertores húmedos en la base, debidos al líquido vertido en los bronquios. En la espalda, hacia el tercio inferior de la escápula, en una pequeña zona, los estertores eran más abundantes, debido a la proximidad del foco abierto que había derramado parte de su contenido en los bronquios, principalmente, como es natural, en los más inmediatos.

Ya era este dato indicio de que el quiste se había desenvuelto en las proximidades del hileo pulmonar y me explicaba dada su profundidad que no hubiera sido posible diagnosticarlo por los signos físicos. Pero ¿a qué atribuir los fenómenos del vértice? ¿Cómo se habían producido en este sitio, primero pérdida de elasticidad pulmonar caracterizada por sonido timpánico a la percusión e inspiración entrecortada y más tarde macidez y soplo, reveladores de una condensación, cualquiera que fuese su causa? ¿Habría aparte del quiste hidatídico una infiltración tuberculosa del vértice derecho?

En tanto discurría acerca de estos extraños fenómenos llevé a la enferma al gabinete de radioscopia y examiné en él su pecho. En la pantalla de los rayos X se manifestaba una sombra, los contornos de la cual aparecían mejor dibujados cuando la enferma se colocaba de frente al foco y por lo tanto con la pantalla fluoroscópica aplicada a la espalda. Tenía esta sombra una forma ovoidea, más bien una forma de pera, con uno de los extremos, el periférico más ancho que el central, y el diámetro más largo era perpendicular al eje del cuerpo. Parecía una pera de mediano tamaño acostada, a la altura de la mitad de la escápula, con la parte más ancha incrustada en la parte posterior e inferior del lóbulo superior del pulmón. Los vértices estaban transparentes y también lo estaban las bases, destacándose normalmente la macidez hepática y la curvatura del diafragma.

A medida que concretando la situación del pequeño quiste pensaba en los signos físicos apreciados en el reconocimiento, me fui dando cuenta del mecanismo íntimo que había determinado estos fenómenos. El quiste, de origen central, había ido comprimiendo el lóbulo superior derecho del pulmón y producido por esa compresión pérdida de la elasticidad pulmonar que se manifestó en el primer reconocimiento por el sonido timpánico a la percusión y la inspiración áspera y entrecortada. Continuando en su desenvolvimiento la compresión había producido atelectasia pulmonar en la zona sometida a la presión y con ello dado las condiciones necesarias para que apareciese la submacidez, el soplo y el refuerzo de vibraciones.

Tiene este hecho, tratándose de mí, una circunstancia curiosa. Muchos de los que lean este artículo recordarán que figura con mi nombre en los tratados de

patología (síndrome de Verdes Montenegro) un síntoma curioso de la estrechez mitral, extracardiaco, que consiste en sonido timpánico a la percusión del vértice izquierdo e inspiración áspera y entrecortada.

En diversas ocasiones he llamado la atención acerca de este síndrome que induce con mucha frecuencia a error a los prácticos y hace pensar en que padecen tuberculosis enfermos afectos de estrechez mitral. En el cuaderno segundo de mi obra *Lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer con un tuberculoso* he tratado ampliamente del origen de este síndrome y de su evolución en el curso de la estrechez mitral porque la experiencia me ha demostrado que da lugar a errores frecuentísimos, y gran número de enfermos han llegado a mi consulta diagnosticados de tuberculosis y con huellas de botones de fuego, que resultaron afectos de esa enfermedad del corazón, precisamente la única que hace difícil sino imposible el desarrollo de la tuberculosis pulmonar.

Pues bien: fundamentalmente la evolución observada en los signos físicos de la enferma de quiste hidatídico, motivo del presente artículo, se debe a las mismas causas que determinan el síndrome extracardiaco que lleva mi nombre en la patología de la estrechez mitral. En esta enfermedad la compresión de una zona del pulmón izquierdo por la aurícula izquierda dilatada produce en primer término sonido timpánico a la percusión e inspiración áspera y entrecortada, por la pérdida de la elasticidad pulmonar que la compresión determina. En algunas ocasiones esta compresión continuada, llega a determinar atelectasia de la zona afectada y con ello da lugar a estertores, submacidez y soplo. Se citan casos en los cuales el proceso ha ido todavía más allá y a consecuencia de estas alteraciones anatomopatológicas los bronquios, perturbada la estática pulmonar, se han dilatado ocasionándose bronquiectasias rodeadas de tejido pulmonar indurado que hasta en la autopsia han hecho pensar en cavernas tuberculosas.

Tales derivaciones del primitivo proceso son en rigor muy poco frecuentes, pero en cambio las primeras manifestaciones, la pérdida de elasticidad del pulmón manifiesta por los signos físicos expuestos es frecuentísima. Como se comprende, las alteraciones observadas en el caso de quiste hidatídico objeto de este artículo en los signos de auscultación y percusión del vértice derecho, son las mismas descritas por mí como síndrome extracardiaco de la estrechez mitral en el vértice izquierdo. En estos casos origina el síndrome la compresión del lóbulo superior del pulmón izquierdo por la aurícula al dilatarse: en la enferma del quiste, el crecimiento de éste determinó la compresión del lóbulo superior del pulmón derecho y con ello el mismo síndrome por el mismo medio y evolucionando de igual manera.

Demuestra el hecho una vez más que los errores de diagnóstico dependen en

primer término de no tener presente en el espíritu, al practicar un reconocimiento, la posibilidad de que el proceso pueda ser otro distinto de aquel que parece imponérsenos por la adecuación de síntomas y de signos físicos. El reconocimiento tiene dos momentos psicológicos: en el primero se nos impone un diagnóstico por los datos recogidos: sigue a esto un proceso espiritual de crítica en el que tratamos de investigar si esos datos no podrían ser debidos a otros procesos patológicos distintos del diagnosticado. En ese instante si todas las posibilidades que pueden ocasionar los síntomas o signos recogidos no se nos ocurren, puede el error deslizarse. Así en este caso yo sospechando quiste hidatídico reconocí la línea de macidez hepática por si estaba alterada, pero en cambio no tuve presente que el quiste podía muy bien no ser de cara convexa de hígado sino del hileo pulmonar y como no lo tuve presente no practiqué las investigaciones complementarias precisas para aceptar o rechazar la hipótesis. La investigación clínica sola no lo hubiera descubierto aún habiéndolo yo sospechado, dada la pequeñez del tumor y su posición central, pues claro está que yo no reconocí solamente los vértices sino el pulmón entero, sin hallar otros signos anormales que los expuestos; pero lo hubiera quizá evidenciado la radiografía, el análisis de la sangre y la reacción de Weinberg.

No son en general, insisto en ello porque reina entre la clase médica la opinión contraria, los errores de diagnóstico dependientes de errores de la investigación, sobre todo, cuando se trata de clínicos de experiencia, familiarizados con la práctica del reconocimiento de enfermos. Dependen principalmente de deficiencias en el acto espiritual de abarcar todas las posibilidades que pueden ocasionar los signos y síntomas que recogemos. La fiebre de Malta se ha confundido muchas veces con la tuberculosis, porque pareciéndose ambas en sus síntomas, la primera no suele estar presente en el espíritu del médico que reconoce y la tuberculosis lo está demasiado. No hacemos en cada enfermo todas las investigaciones clínicas posibles, pues esto sería impracticable, sino aquellas que convienen al grupo de enfermedades entre las cuales vacila nuestro criterio: así no hacemos a los tuberculosos la reacción de Wassermann ni exploramos los reflejos rotulianos o el estado del fondo del ojo, como no sea que algún motivo nos induzca a practicar estas investigaciones. De ahí que el origen de los errores de diagnóstico sea más bien espiritual (supuesto el dominio de los medios de reconocimiento) porque las investigaciones no se practican sino para confirmar o rechazar hipótesis y para ello es naturalmente lo primero que estas hipótesis se hallan formulado.



# El arsénico, la tuberculina y los tuberculosos

Comunicación presentada a la Sociedad Española de Especialistas en las enfermedades del pecho

POR

**D. Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara**

*Del Dispensario Antituberculoso de Murcia, Correspondiente de esta Real Academia de Medicina y Cirugía y de la Sociedad Española de Especialistas de pecho.*

---

Sería imperdonable en mí, novel médico con aficiones al estudio de la Tisiología, pretender tomar parte en las discusiones entabladas por altos patriarcas de esta rama de la ciencia médica, en lo que respecta al uso del arsénico y la tuberculina como tratamiento de la tuberculosis pulmonar; no he de intentarlo siquiera, pues seguro estoy de que la ciencia y la humanidad nada ganarían con ello. Pero entusiasta de esta clase de estudios y considerando, con muy justa razón y sobrados motivos, como maestros míos a todos los que pertenecéis a esta tan culta Sociedad, intento acercarme a vosotros, ansioso de beber en el abundantísimo manantial de vuestros conocimientos y seguro de que con las observaciones basadas en vuestra ciencia y experiencia, habré de desempeñar, en lo sucesivo, la difícil profesión de tisiólogo con el acierto que seguramente no lo haría si me faltara vuestro valioso apoyo.

Del arsénico se ha asegurado que no ejerce ninguna modificación en la nutrición; que no actúa sobre el bacilo de Koch, desde el momento que éste se desarrolla perfectamente en caldos arsenicados; que no tiene acción excitadora de la producción de anticuerpos, por haberlo negado Murillo experimentalmente; y a qué seguir, el arsénico ha perdido día por día sus partidarios en el tratamiento de la tuberculosis, pues hasta la acción tónica que se le suponía, es negada también por casi todos los autores.

La tuberculina ha dado origen a discusiones acaloradísimas, y en la actua-

lidad pretenden negarle los éxitos obtenidos con su empleo por esclarecidos tisiólogos. Si a vosotros no ha llegado el grito de los contrarios al uso de este procedimiento terapéutico, deberase sin duda a la gran altura en que os encontráis, y que hace que a ella no alcance la frase de que con el empleo de la tuberculina *sólo fracasos se han obtenido*. ¡Si no creyéramos en la injusticia, he aquí una prueba real que vendría a demostrarnos claramente su existencia!

Si con el arsénico nada se consigue y con la tuberculina *sólo fracasos se han obtenido*, ¿a quién es debido el éxito que yo creo haber obtenido en los casos que os voy a relatar? Permitidme que rechace en absoluto la injusta frase aplicada a la tuberculina y que no sea tan pesimista con el empleo del arsénico, pues con el uso de estos dos agentes terapéuticos, he obtenido resultados favorables, que voy a exponer a vuestra consideración, no sin antes detenerme un poco en reseñar el procedimiento que he seguido en ellos.

La tuberculina que he empleado es la *antigua de Koch*; la elección de esta tuberculina obedece a que con ella he obtenido siempre mejores resultados que con el empleo de ninguna otra.

El procedimiento seguido es casi idéntico al aconsejado por el sabio tisiólogo español Dr. Verdes Montenegro, a quien debo mis aficiones a esta especialidad, por haberlas inculcado en mí el estudio de sus magistrales obras y escritos. Tan sólo varía del suyo este procedimiento en la elección del líquido empleado para hacer las disoluciones: el Dr. Verdes Montenegro emplea el agua destilada, fenicada al 4 por 1000 y hervida; yo la empleo también al hacer la primera dilución, sustituyéndola después por una *solución de cacodilato de sosa al cinco por ciento*; una vez hecha esta variante, la técnica es igual a la descrita por el sabio maestro, como podremos observar.

Un vial de un centímetro cúbico de tuberculina contiene 1000 miligramos; tomando de este vial una décima de la jeringuilla de Lieberg, tendremos en ella 100 miligramos, y llenando las nueve décimas restantes de la jeringa de la solución fenicada al 4 por 1000, obtendremos una primera solución, que guardaremos en un frasco de cristal esterilizado, y de cuya solución cada décima de jeringuilla tendrá 10 miligramos de tuberculina.

Una vez hecha esta primera dilución, empleo para las demás la placa de porcelana con seis huecos, igual a la descrita por el Dr. Verdes Montenegro y procedo de la siguiente manera: el primer hueco de la izquierda lo lleno de una solución de cacodilato de sosa al 5 por 100, previamente esterilizado; tomo del frasquito que contiene la primera dilución de tuberculina, una décima de la jeringuilla y llenando el resto de la jeringa de la solución del primer hueco (solución de cacodilato), lo vierto en el segundo hueco, y en éste la décima de jeringa tendrá un milígramo

de tuberculina; tomando una décima de aquél y nueve del líquido del primer hueco, lo vierto en el tercero y en éste la décima de jeringuilla tendrá un diezmilígramo; de la misma manera, la décima de jeringa del cuarto hueco tendrá un cienmilígramo, la del quinto una décima de cienmilígramo y la del sexto una centésima de cienmilígramo.

Empiezo el tratamiento inyectando una décima del sexto platillo con nueve del primero; después aumento décima por décima del mismo platillo sexto, disminuyéndolas del platillo primero; del platillo sexto la dosis máxima que inyecto es 5 décimas, pasando después de esta dosis a inyectar una décima del quinto platillo, aumentando décima por décima otra vez hasta llegar a 7; después sigo la pauta de von Ruck, consistente en tomar una décima del cuarto platillo y aumentar décima por décima hasta llegar a tomar nueve y lo mismo se repite con los platillos tercero y segundo.

Considerando los números romanos como indicadores de los huecos de la porcelana, y a los no romanos como indicadores de la cantidad de décimas inyectadas de cada platillo, estableceremos la siguiente pauta:

VI.—1, 2, 3, 4, 5.

V.—1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

IV.—1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

III.—1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

II.—1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

La dosis máxima que he llegado a inyectar con este procedimiento, ha sido diez miligramos.

La jeringuilla usada ha sido la de Lieberg, pues además de sus buenisimas condiciones de esterilización, reúne la gran ventaja de su perfectísima graduación.

Las inyecciones pueden practicarse, indistintamente, en el antebrazo y en la región interescapular, siendo preferible esta última porque en los casos de reacción resulta menos molesta que en el antebrazo.

La temperatura tomada cada cuatro horas, es la encargada de indicar si se eleva la dosis o se repite la anterior, pues siempre que haya habido elevación térmica nos abstendremos de aumentar la dosis, evitando así una nueva reacción siempre más intensa que la anterior y algunas veces peligrosa.

Como quiera que con este procedimiento las diluciones de tuberculina están hechas en su mayor parte en el agua de la solución de cacodilato, habremos de advertir que estas diluciones se alteran por esta causa con muchísima prontitud, por lo cual es de aconsejar hacerlas momentos antes de su empleo.

El tiempo que debe mediar de una a otra inyección es el siguiente: tres días durante las inyecciones del VI y V platillo y una semana en los restantes.

### OBSERVACIONES PERSONALES

Las observaciones que os voy a relatar no tienen otro fin que demostrar con ellas los buenísimos resultados que se obtienen empleando este tratamiento; por lo demás ni el valor científico ni la forma expositiva de ellas serían dignas de vuestra atención.

**Observación I.**—José Soriano Iniesta, de 15 años, natural de Murcia.

*Antecedentes familiares.*—Ninguno.

*Enfermedades anteriores.*—Bronquitis repetidas.

*Enfermedad actual.*—Anorexia, enflaquecimiento y fatiga de esfuerzo.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Ninguno.

*Prueba tuberculínica subcutánea.*—Positiva a las 24 horas, manifiesta por inflamación en el sitio de la inyección, malestar general, cefalalgia, fiebre 39 grados, y a la auscultación estertores secos limitados al vértice pulmonar derecho.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis del vértice pulmonar derecho.

*Resultado.*—Desaparición de todos los síntomas físicos y funcionales a los siete meses de tratamiento.

**Observación II.**—Leonarda Sánchez Hidalgo, de 19 años, soltera, natural de Murcia.

*Antecedentes familiares.*—Su padre y una hermana fallecieron tuberculosos.

*Enfermedades anteriores.*—Las propias de la infancia.

*Enfermedad actual.*—Hemoptisis, anorexia, enflaquecimiento, palpitaciones, sudores nocturnos, disnea al menor esfuerzo, tos y abundante expectoración.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Estertores húmedos de gruesas burbujas en el vértice pulmonar derecho y secos en el resto del pulmón, acentuándose estos últimos con la tos.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis del pulmón derecho.

*Resultado.*—Desaparición de los síntomas descritos a los once meses de tratamiento.

**Observación III.**—José Antonio Navarro Guillén, de 20 años, soltero, natural de La Unión (Murcia), ocupa la cama número 25 de la sala segunda de Medicina de este Hospital provincial.

*Antecedentes familiares.*—Su madre falleció tuberculosa.

*Enfermedades anteriores.*—Las de la infancia y pneumonías repetidas.

*Enfermedad actual.*—Tos con expectoración sanguinolenta, disnea, dolores intercostales, disminución del apetito, demacración y laxitud.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Estertores secos, húmedos y subcrepitantes en ambos vértices pulmonares.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis de los vértices pulmonares.

*Resultado.*—Desaparición de la mayoría de los síntomas y notable mejoría de la tos; a la auscultación se perciben estertores secos en el vértice izquierdo habiendo desaparecido todos los demás que se apreciaban antes del tratamiento.

Este sujeto continúa en tratamiento y de seguir como hasta aquí es de esperar su completa curación.

**Observación IV.**—Felipe Máiquez Brotons, de 32 años, viudo, natural de Albacete.

*Antecedentes familiares.*—Su mujer falleció tuberculosa.

*Enfermedades anteriores.*—Bronquitis de repetición y neumonía.

*Enfermedad actual.*—Hemoptisis frecuentes y abundantes, neuralgias intercostales, tos con expectoración, sudores nocturnos, gran laxitud y disnea intensa.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Estertores húmedos en el pulmón izquierdo y soplos cavernosos en distintos puntos del pulmón derecho.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis pulmonar bilateral.

*Resultado.*—Falleció a los quince días de tratamiento.

**Observación V.**—José Guillén Franco, de 31 años, casado, natural de Murcia.

*Antecedentes familiares.*—Ninguno.

*Enfermedades anteriores.*—Bronquitis.

*Enfermedad actual.*—Tos seca, pérdida del apetito y demacración.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Ninguno.

*Prueba tuberculínica subcutánea.*—Positiva a las 18 horas, manifiesta por inflamación en el sitio de la inyección, malestar general, fiebre 39'2, aumento de la tos, y a la auscultación estertores subcrepitantes finos en todo el ámbito pulmonar derecho.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis pulmonar derecha.

*Resultado.*—Curación a los seis meses de tratamiento.

**Observación VI.**—Remedios Galiá Sanz, de 28 años, soltera, natural de Madrid.

*Antecedentes familiares.*—Una hermana falleció tuberculosa.

*Enfermedades anteriores.*—Ninguna de especial mención.

*Enfermedad actual.*—Fuerte tos con expectoración, suspensión de menstruos, anorexia, enflaquecimiento, sudores nocturnos, palpitaciones, aceleración del pulso y disnea al menor esfuerzo.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Estertores húmedos diseminados por todo el pulmón derecho.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis del pulmón derecho.

*Resultado.*—Notable mejoría, con desaparición de todos los síntomas excepto la tos y la anorexia que persisten aunque con menos intensidad.

**Observación VII.**—Pedro Gutiérrez, de 29 años, casado, natural de Lorca.

*Antecedentes familiares.*—Su padre falleció tuberculoso.

*Enfermedades anteriores.*—Varios ataques gripales.

*Enfermedad actual.*—Tos con expectoración sanguinolenta, disnea, sudores nocturnos, anorexia, demacración y laxitud.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Estertores secos y húmedos en el vértice pulmonar izquierdo.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis del vértice izquierdo.

*Resultado.*—Desaparición de todos los síntomas en trece meses de tratamiento.

**Observación VIII.**—Angel Martínez Carrión, de 38 años, casado, natural de La Unión (Murcia), ocupa la cama número 26 de la sala segunda de Medicina de este Hospital provincial.

*Antecedentes familiares.*—Un hermano y su padre fallecieron de tuberculosis.

*Enfermedades anteriores.*—Ninguna digna de mención.

*Enfermedad actual.*—Hemoptisis repetidas y tos con expectoración.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Estertores finos y de gruesas burbujas en todo el pulmón derecho.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis del pulmón derecho.

*Resultado.*—Curación en ocho meses de tratamiento.

**Observación IX.**—Juan Tomás Guerrero, de 38 años, casado, natural de Murcia, ocupa la cama número 41 de la sala segunda de Medicina de este Hospital provincial.

*Antecedentes familiares.*—Ninguno.

*Enfermedades anteriores.*—Muchas y muy diversas; las más importantes dos pneumonías y varios ataques gripales.

*Enfermedad actual.*—Disnea intensa, hemoptisis repetidas, sudores nocturnos muy copiosos, gran laxitud, demacración y cefalalgia.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Soplos cavernosos en el pulmón izquierdo.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis del pulmón izquierdo.

*Resultado.*—Falleció a los veintinueve días de tratamiento.

**Observación X.**—Juan García López, de 26 años, soltero, natural de Lorca, ocupa la cama número 43 de la sala segunda de Medicina de este Hospital provincial.

*Antecedentes familiares.*—Ninguno.

*Enfermedades anteriores.*—Ninguna digna de mención.

*Enfermedad actual.*—Tos con expectoración, disnea de esfuerzo, sudores nocturnos, gran laxitud, anorexia y pérdida de peso.

*Fenómenos físicos pulmonares.*—Estertores de pequeñas burbujas en el vértice izquierdo.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis del vértice pulmonar izquierdo.

*Resultado.*—Desaparición de los síntomas en nueve meses.

\* \* \*

Así seguiría relatando el resto de mis observaciones hasta el número de 26, pero esto sería abusar demasiado de vuestra bondad, por cuanto que las restantes difieren muy poco de las que llevo descritas; el resultado final de los 26 casos tratados es como sigue:

|                      |    |
|----------------------|----|
| Curaciones.. . . .   | 12 |
| Mejoras. . . . .     | 9  |
| Defunciones. . . . . | 5  |

He de observar que las cinco defunciones han recaído en los cinco únicos enfermos que se presentaron con síntomas cavernosos; dato este muy importante para establecer las siguientes conclusiones:

*Primera.*—Con este tratamiento se obtendrá éxito siempre que se emplee en los períodos inicial y de reblandecimiento de la tuberculosis pulmonar; nunca en el período de cavernas.

*Segunda.*—Todos los síntomas desaparecen con más prontitud que empleando otros medios de tratamiento, excepto la tos que aunque mejora notablemente en muchos casos, persiste por lo general algún tiempo después de desaparecer los demás síntomas.

*Y tercera.*—Las reacciones a que da lugar muchas veces el uso de la tuberculina, son siempre menos intensas empleando para sus diluciones la solución de cacodilato de sosa al cinco por ciento.

\* \* \*

Vuestra categoría de maestros de la Tisiología, sabrá disculpar el que os haya hablado en este modestísimo trabajo de un asunto tan discutido y conocido. El haber obtenido resultados favorables con el uso de este tratamiento, me induce a presen-

tarlo a esta docta Sociedad, no con los honores que ella y sus miembros os merecís, sino solamente como humilde ejemplo de mis aficiones a la Tisiología. Seguro estoy por tanto de que vuestra benevolencia para conmigo ha de ser ilimitada. Si lo que yo creo haber obtenido han sido verdaderos éxitos tendré la satisfacción del deber cumplido; si no lo fueron, la ciencia, la humanidad y vosotros habréis de perdonarlo a mi buena voluntad.



# **Investigaciones bacteriológicas y bacterioterápicas sobre la blenorragia**

POR EL DR. D. ENRIQUE PÉREZ GRANDE, DE MADRID

---

**Lema: NEISSER-WRIGHT**

(CONCLUSIÓN)

Otra condición de una buena vacuna antigonocócica es la polivalencia que nosotros creemos haber obtenido dando una mayor extensión a la lista de gérmenes en ellas incluidos. Si nuestra vacuna estuviese destinada exclusivamente al tratamiento de las lesiones agudas gonocócicas, con el gonococo y el diplococo gram-positivo en sus distintas fases bastaría, pero como nuestro objetivo son las uretritis crónicas, la diversidad de gérmenes es mayor pues dimos cabida a todos los que general y particularmente se encuentran en las uretritis crónicas, gérmenes que no citamos a causa de su multiplicidad.

## **VACUNAS AUTÓGENAS**

Con este procedimiento nos acercamos en lo posible a los resultados clínicos de las vacunas autógenas que a juicio nuestro constituyen el ideal del tratamiento bacterioterápico de las uretritis.

Creyéndonos más cerca de la verdad en el tratamiento de las supuraciones uretrales, hace algún tiempo inyectamos a los enfermos su misma supuración y para ello recogíamos en un frasco de boca ancha con una determinada cantidad de suero isotónico todos los algodones que el enfermo ensuciaba con supuración uretral en 24 horas. Filtrábamos el líquido resultante y le esterilizábamos con medio por ciento de cloroformo. Este líquido le inyectábamos después al enfermo, sin que experimentase la menor reacción local ni general ni la menor modificación de su proceso.

El resultado negativo se debía a que lo que inyectábamos no era una vacuna autógena, sino una cantidad pequeña de productos albuminoideos sin la menor

acción microbiana. En primer lugar, los gérmenes que contenía el líquido iban ya englobados en los leucocitos y destruida su virulencia por la estancia prolongada en la uretra. Además la variedad de gérmenes, en un medio impropio para su desarrollo, hacía imposible su multiplicación.

Para tener la verdadera vacuna autógena, se precisa el cultivo de cada germen en su medio apropiado y por separado, no reuniéndolos sino cuando se ha logrado el desarrollo en medio líquido y cuando ya muertos por medio del fenol o del cloriformo no se pueden estorbar los unos a los otros.

**TÉCNICA Y RESULTADOS CLÍNICOS**  
**OBTENIDOS CON NUESTRA VACUNA**  
**DIPLO-GONOCÓCICA POLIVALENTE**

Veamos ahora nuestra conducta en la clínica y los resultados obtenidos en nuestros enfermos, con nuestra última vacuna.

La técnica, sencillísima y al alcance de todo médico se reduce a la inyección de la vacuna en la parte alta de la nalga, comenzando por la dosis de un cuarto de c. c. Cada cinco o cada siete días, según la intensidad de la fase negativa, se pone nueva inyección, aumentando en cada una, un cuarto de c. c. hasta llegar a la dosis máxima de dos c. c. cantidad que se puede repetir sin inconveniente varias veces. En los niños se comenzará por una décima de c. c. y los aumentos serán también proporcionales a la edad.

La fase negativa de la vacuna es poco marcada y se traduce en los casos peores por alguna destemplanza a las pocas horas de la inyección, con alteraciones digestivas insignificantes; los síntomas locales están constituidos por el empeoramiento pasajero de la lesión gonocócica, aumento de flujo, rara vez en la mujer por metrorragia y algunos otros síntomas que se borran en pocas horas para establecerse la fase positiva en la que el enfermo experimenta una franca mejoría.

Como no tenemos la pretensión de curar única y exclusivamente la infección gonocócica por la vacuna, nosotros acostumbramos a hacer un tratamiento local distinto según la fase, intensidad y localización del proceso gonocócico.

En las uretritis agudas, sin complicaciones, ejecutamos un solo lavado uretral diario con solución de permanganato potásico al 1 por 5.000 y cánula uretral Suárez de Mendoza. Si hay epididimitis, que se cura rápidamente con la vacuna, prescribimos pincelaciones con guayacol y glicerina al 5 por 15, suspensorio y reposo. En las prostatitis agudas ayudamos la vacuna con los lavados rectales de doble corriente a 55°. Igual tratamiento hacemos en las vexiculitis, suspendiendo siempre

en estas localizaciones agudas de uretra profunda los lavados uretrales. La cistitis aguda cede con tres o cuatro instilaciones de nitrato de plata al 1 por 100.

En las lesiones crónicas se hace preciso modificar las infiltraciones de la mucosa uretral, que no sabría corregir la vacuna, mediante el amasamiento con beniqués, seguido de lavados uretro-vexicales con solución de permanganato potásico al 1 por 5.000 y cánulas de Suárez de Mendoza, de Tiffier o de Janet.

Las localizaciones extragenitales gonocócicas no son susceptibles más que de vacuna y a lo sumo en las artritis la ayudamos con el reposo que también tiene sus inconvenientes.

En las lesiones útero-anexiales, que es donde más se ve el resultado de la vacuna hacemos, tal vez por nuestra falta de competencia, muy poco tratamiento local que le dejamos reducido a dos irrigaciones vaginales diarias practicadas con una solución bien caliente de sal de cocina, y ejecutadas por la misma enferma.

#### CASUÍSTICA CLÍNICA

**Observación 1.ª**—(Enfermo número 575 de nuestro Registro general). M. L., de 24 años, soltero, estudiante y domiciliado en Madrid. Hacía cuatro días, cuando vino a vernos que le apareció una ligerísima supuración uretral, con picor del meato y escaso escozor al orinar. Practicado el análisis microscópico con el Gram aparece el flujo formado por leucocitos, células epiteliales y diplococos gram-positivos intra y extra-celulares en buena cantidad.

Se le inyectó inmediatamente 0'25 de c. c. de vacuna gonocócica polivalente en la parte alta de la nalga. No tuvo síntomas generales; los síntomas de reacción local fueron escasísimos y la fase negativa de la vacuna no apareció en esta vacuna. A las 24 horas de inyectado, el enfermo no tenía absolutamente ninguna supuración ni filamento en sus orinas que eran transparentes. Para más seguridad se le inyectó 0'50 de c. c. de vacuna a los cuatro días.

**Observación 2.ª**—(Enfermo número 581). C. L. R., de 42 años, casado, obrero en cristal y domiciliado en Madrid. Tuvo una primera blenorragia a los 20 años y parece que curó bien de ella. En Abril de 1913, padeció una segunda blenorragia que curó con lavados uretrales practicados con una solución de permanganato potásico al 1 por 4.000 y cánula de Suárez de Mendoza.

En Octubre del mismo año comenzó la enfermedad actual con flujo abundante en el que no se encontró gonococo. Apareció orquitis del lado derecho y después en el lado izquierdo lo cual obligó a suspender toda medicación y a tener al enfermo en cama.

Sus orinas eran turbias en la 1.ª y 2.ª copa.

La supuración aumenta a medida que mejora la epididimitis, se observan ya gonococos y se vuelve a los lavados, pero reaparece la inflamación del testículo y fiebre alta. En vista de esto se le hace una inyección de 1 c. c. de vacuna gonocócica polivalente elaborada por nosotros.

Los trastornos generales y locales, dada la gran cantidad inyectada fueron grandes y alarmantes pero se fueron apaciguando y sin necesidad de segunda inyección, ni de tratamiento local se le dió el alta al enfermo un mes después, sin supuración *ni filamentos*.

**Observación 3.<sup>a</sup>**—(Enfermo número 586). A. G. M., de 17 años, tornero de metales, domiciliado en Madrid.

Su primera y única blenorragia comenzó en 1.º de Octubre con supuración uretral abundante y amarillo-verdosa, y escozor muy pronunciado al orinar pero sin polaquiuria. Orinas turbias.

En el examen microscópico se vieron en el pus uretral abundantísimos gonococos. Se le tuvo desde fin de Octubre que vino a vernos hasta mediados de Diciembre con lavados uretrales de permanganato potásico al 1 por 4.000 con cánula Suárez de Mendoza. En vista de que no mejoraba se suprimieron los lavados y se le inyectó el 11 de Diciembre 1/2 c. c. de vacuna gonocócica elaborada por nosotros, y la inyección se hizo con cierto recelo, pues a este enfermo ya se le habían inyectado otra clase de vacunas sin resultados.

El 13 de Diciembre no tenía supuración. El 18 se le inyectó 0'75 de c. c. de vacuna, el 23 un c. c. y el 30 de Diciembre en vista de que no tenía ni flujo ni filamentos se le dió el alta condicional. El 15 de Enero actual seguía bien.

**Observación 4.<sup>a</sup>**—(Enfermo número 587). J. L. F., de 20 años, comerciante y domiciliado en Madrid, tuvo su primera blenorragia hace seis meses y después de infinidad de complicaciones curó completamente.

La blenorragia actual comenzó tres días antes de acudir a nuestra consulta, por supuración uretral ligera con algún escozor y alguna molestia al orinar. Sus orinas eran turbias en la primera copa y transparentes en la segunda.

La supuración al comenzar el tratamiento era bastante abundante y el análisis microscópico reveló la presencia de gonococos abundantísimos.

Desde el 25 de Octubre hasta el 16 de Diciembre se emplearon sin resultado los lavados uretrales y este día se comenzó el empleo de la vacuna gonocócica con la inyección de 0'50 de c. c. El 18 de Diciembre la supuración era mayor; el 20 casi no existía y se le inyectó 0'75 de c. c. de vacuna. A los ocho días se le dió el alta curado sin supuración ni filamentos.

**Observación 5.<sup>a</sup>**—(Enfermo número 590). P. F. y F., de 51 años, casado, albañil y domiciliado en Madrid. De joven tuvo varias blenorragias y la actual co-

menzó dos meses antes de acudir a nosotros, con escozor al orinar, un poco de flujo y alguna inflamación y dolor del testículo izquierdo.

Al empezar el tratamiento tenía supuración abundante amarillo-verdosa, orinas turbias y escozor al orinar. La próstata era normal y el análisis microscópico del flujo dejaba ver abundantes leucocitos y profusión de diplococos intracelulares y gram-negativos.

Del 4 al 8 de Noviembre se hicieron lavados diarios con permanganato potásico que no modificaron el flujo. Este último día se le inyectó 1 c. c. de vacuna que no produjo molestias, ni fiebre, ni fase negativa.

El 15 de Noviembre sus orinas son transparentes con algún filamento en la primera copa. Se le inyecta centímetro y medio de vacuna que no le producen molestia alguna.

El 6 de Diciembre se le da el alta con observación y el 7 de Febrero del año actual continúa sin supuración ni filamentos.

**Observación 6.<sup>a</sup>**—(Enfermo número 618). P. N. P., de 23 años, soltero, comerciante y domiciliado en Madrid.

Sin antecedente uretral ninguno, acude a nuestra consulta el 16 de Diciembre del año anterior con supuración uretral abundante, orinas turbias y molestias al orinar. El análisis microscópico acusa la presencia de gonococos en muy gran número.

El día de la presentación se le inyecta 1/4 de c. c. de vacuna. El 20 de Diciembre la supuración es menor y se le inyecta 1/2 c. c. de vacuna. El 23 está igual por lo cual se le hace un lavado uretral con permanganato potásico. El 27, la supuración está muy disminuída, se le hace otro lavado uretral y se le inyecta 1 c. c. de vacuna. El 30 se le hace el tercer lavado uretral. El 3 de Enero del año actual se hace el cuarto lavado uretral y se le inyecta 1 1/2 c. c. de vacuna. El 4 sin supuración, el 5 muy poca, el 6 nada. El 10 ligera exudación matutina; se le prescriben los lavados alternos y se le hace otra inyección como la última.

El 17 de Enero el enfermo tiene que ausentarse de Madrid y lo hace con un filamento en la primera orina de la mañana, recomendándole que siga con los lavados alternos y como despedida se le inyecta por tercera vez 1 1/2 c. c. de vacuna.

**Observación 7.<sup>a</sup>**—(Enfermo número 687). J. M. A., de 27 años, soltero, comerciante y domiciliado en Madrid. Sin antecedentes de ninguna clase, ocho días antes de acudir a nuestra consulta le apareció una ligera supuración y picor en el meato. Analizado el flujo se encontró el gonococo en abundancia. Las orinas eran muy turbias en la primera copa y transparentes en la segunda.

Se le prescribieron lavados diarios con permanganato potásico al 1 por 4.000 pero no se los hizo por verse obligado a un viaje largo. Al mes de verle por pri-

mera vez reaparece en la consulta con orquitis del lado derecho y supuración abundante.

Se le prescriben pincelaciones de guayacol y se le inyecta 1 c. c. de vacuna diplocócica el día 7 de Noviembre. El 13 se le inyectaron 2 c. c. de vacuna diplocócica y el 20 otros 2 c. c. de la misma vacuna. En vista de que no mejora se le prescriben nuevamente los lavados pero el 8 de Enero del año actual vuelve por tercera vez sin haberse hecho en todo el tiempo más que dos lavados y todavía con supuración.

El día 8 de Enero se le inyecta 0'10 de vacuna gonocócica polivalente; el día 9 se le inyecta 1/2 c. c.; el día 15 ya no tiene flujo pero se le inyecta 1 c. c. de vacuna gonocócica, el día 20 sigue sin flujo y se le inyecta como final centímetro y medio cúbico de vacuna gonocócica. Desde ese día no volvimos a ver al enfermo que se ausentó de Madrid.

**Observación 8.<sup>a</sup>**—(Número 582). J. L. S., de 5 años de edad.

Acude a nuestra consulta con supuración uretral, fimosis inflamatorio y balanopostitis. En la supuración del prepucio bacterias múltiples y gonococo, en la uretral gonococo.

Se recomienda la circuncisión que no es aceptada y en vista de ello se prescriben lavados exteriores con permanganato potásico al 1 por 5.000. Mejora muy poco el enfermito por lo cual se le inyecta 0'10 de c. c. de vacuna diplo-gonocócica polivalente, desapareciendo enseguida las molestias para orinar y disminuyendo la inflamación del prepucio.

A los ocho días y siempre con tratamiento local citado, segunda inyección de 0'20 de c. c. que permite a los tres días descubrir el glande. Ocho días después tercera inyección de 0'30 de c. c. y alta del enfermo a los 25 días de tratamiento.

**Observación 9.<sup>a</sup>**—(Número 648). E. S. V., de 28 años.

Antes de casada no tuvo afección genital ninguna, pero inmediatamente de contraer matrimonio comenzó con flujo que fué aumentando. En la actualidad era abundantísimo, la regla aparecía copiosa dos veces por mes con muchos dolores y además tenía polaquiuria y escozor al orinar.

Dolores en ambos lados del vientre e irradiados a los riñones.

El análisis microscópico del flujo acusa la presencia de multitud de gérmenes y entre ellos el gonococo.

El 29 de Enero inyección de 0'25 c. c. de vacuna; esta inyección produjo metrorragia que duró una semana y acentuó los dolores. El 5 de Febrero, se inyectó 0'50 de c. c.; el 10 de Febrero 1 c. c. El 17 de Febrero el flujo es escaso y se le inyecta 1'25 de c. c. El 24 ya no hay flujo aparente y se inyecta 1'50 de c. c. El 28 aparece la regla a su debido tiempo, sin molestias y dura cinco días. El 7 de

Marzo ya no hay síntoma alguno y se inyecta 1'50 de c. c.; el día 14 se inyecta 1'75 de c. c. y el 21 se da el alta a la enferma después de inyectarle 2 c. c. de la vacuna.

**Observación 10.<sup>a</sup>**—(Número 655). N. C., de 36 años, casada, domiciliada en Madrid.

Hace nueve años abortó de dos meses y desde entonces flujo vaginal abundantísimo, desarreglos menstruales, dolor en ambos lados del vientre. Emplea toda clase de tratamientos locales y generales sin resultado.

El análisis microscópico revela la existencia del gonococo.

El día 22 de Febrero se le inyecta 0'25 c. c. de vacuna, y a las pocas horas, sin haber tenido fase negativa desaparece en absoluto el flujo para reaparecer a los cinco días. El 1.º de Marzo se inyecta 0'50 c. c. produciendo esta inyección una fase negativa intensa. Aparece la regla. El 19 de Marzo se inyecta 0'10 de c. c. para evitar la anafilaxia, el 22 se inyecta 0'20 y el día 26 última inyección de 0'40. Todo este tiempo sin flujo.

Como modelo de enfermos de uretritis crónica no citaremos más que uno que hemos elegido porque en él no hicimos tratamiento local.

**Observación 11.<sup>a</sup>**—(Enfermo número 641). M. S. A., de 23 años, soltero, teniente de infantería y accidentalmente en Madrid.

La enfermedad comenzó en Septiembre de 1912 con supuración uretral que aún no había curado cuando nos vió por primera vez a pesar de que se le sometió a toda clase de torturas. Tuvo cistitis y dos epididimitis en cada lado. Cuando vino a nuestro gabinete tenía ligera exudación uretral blanquecina por la mañana, ligero escozor al empezar a orinar y dolores persistentes en varias articulaciones.

Las orinas son transparentes aunque no en absoluto y tanto en la primera copa como en la segunda existen filamentos menudos. El análisis microscópico no revela sino la presencia de diplococos gram-positivos. El paso del explorador olivar descubre varios puntos estrechados, dejando pasar un número 18. La próstata se encuentra algo aumentada de volumen en ambos lóbulos, pero no dolorosa.

En vista de todo lo que acabamos de citar hicimos el diagnóstico de uretritis crónica con estrechez uretral y reumatismo blenorragico.

Dada la cronicidad y lo poco manifiesto de los síntomas hacemos vacuna autógena aislando todas las bacterias de la exudación uretral, y mientras practicamos algunos lavados que no hacen sino disminuir el flujo. Aumenta este por cesar en los lavados, aparece ya el gonococo típico en el pus, y el día 11 de Diciembre de 1913 se le inyecta por primera vez 1/4 de c. c. de vacuna autógena polivalente. La inyección no produjo reacción general y únicamente algún dolor en el sitio de la picadura.

Al día siguiente no hay flujo, pero este reaparece a los dos días por lo cual el 15 se le inyecta 1/2 c. c. de vacuna. El día 20 se le inyectan 0'75 de c. c. y el 26 de Diciembre 1 c. c. Desde este momento el enfermo no tiene flujo ni filamentos y así continúa en la actualidad después de más de año y medio del último tratamiento.

Pudiéramos continuar la exposición de casos clínicos pero como en nuestro registro hay ya más de 500 enfermos inyectados creemos preferible dar por concluida esta parte de nuestro estudio.

### CONCLUSIONES

Creando haber cumplido la misión que nos propusimos con esta Memoria, cual era el dar cuenta de nuestras investigaciones personales sobre la biología del gonococo, sus localizaciones principales y métodos modernos, incluso el nuestro, para combatirlo condensaremos el producto de nuestros trabajos en las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Para calificar un exudado uretral o vaginal como blenorragicos ya no es preciso encontrar el diplococo clásico, intracelular y gram-negativo, pues sabido es que existen muchos enfermos que sin relaciones sexuales sospechosas ven aparecer de la noche a la mañana un flujo uretral en el que se observan gonococos típicos en abundancia.

2.<sup>a</sup> En las uretritis agudas cuando declinan en los filamentos de los enfermos con uretritis crónicas y en muchas enfermas con lesiones de vagina, útero y anejos se encuentra un diplococo que se diferencia del de Neisser en que sus elementos son semiesféricos, están muy juntos y por sus propiedades colorantes son gram-positivos.

3.<sup>a</sup> Así como el gonococo es muy exigente en cuanto a la riqueza del medio de cultivo y necesita grandes cuidados para multiplicarse *in vitro*, el diplococo observado por nosotros se desarrolla con gran facilidad y rapidez en medios de cultivo corrientes como el agar nutritivo.

4.<sup>a</sup> Los primeros en sospechar el parentesco de este diplococo con el descubierto por Neisser fuimos nosotros en Mayo de 1912. Los Dres. Nicolle y Blaizot dieron sus primeros trabajos en Octubre y Noviembre de 1913.

5.<sup>a</sup> El diplococo gram-positivo estudiado por nosotros puede en condiciones especiales, con medios de cultivo apropiados o por siembras en serie, transformarse en un gonococo típico con todos sus caracteres, incluso el de producir supuraciones en la uretra humana.

6.<sup>a</sup> El gonococo de Neisser no sólo se desarrolla en aerobiosis sino también

en anaerobiosis, pero en estas condiciones es más fácil que se desarrolle el diplococo gram-positivo, a pesar de utilizar en la siembra un cultivo puro de gonococo.

7.ª Esta última propiedad es una prueba más de que el diplococo gram-positivo no es sino una forma de resistencia del gonococo. Esto nos explica también la enorme duración y la latencia de la gonococia en los casos de uretritis crónica y de localizaciones genitales femeninas.

8.ª En las localizaciones agudas gonocócicas uretrales el tratamiento local atenuado unido a la vacuna, disminuyó *siempre* en un 50 por 100 la duración del proceso, produciendo las curaciones ideales o sea la supresión del flujo y de los filamentos, condición esta segunda de gran importancia y que no siempre se tiene en cuenta.

9.ª En las epididimitis, y en las artritis gonocócicas agudas tratadas con vacuna, el dolor y la fiebre comienzan a desaparecer a las dos horas de la inyección. Sobre este punto no hay tratamiento que se le iguale pues seguramente en cien casos, no escaparán dos a la acción beneficiosa de la vacuna.

10.ª Las lesiones crónicas gonocócicas uretrales que hasta ahora constituían la desesperación del especialista y del enfermo, por resistir a los tratamientos más ingeniosos y mejor combinados, son hoy susceptibles de curación, asociando al tratamiento local que exija cada caso el empleo de nuestra vacuna; en casos rebeldes, la curación no se hará esperar con el empleo de una buena vacuna autógena, elaborada con el aislamiento cuidadoso de todos, *absolutamente de todos*, los gérmenes que se encuentran en el examen directo de la supuración uretral del enfermo, y en los cultivos practicados con la misma.

4.º Donde se observan resultados más sorprendentes es en las lesiones útero-anexiales, donde sin duda por la falta de vitalidad del terreno, por la condición anaerobiósica del gonococo y por la mayor asociación microbiana, tienen los gérmenes una menor virulencia y obedecen *inmediatamente*, a la acción de nuestra vacuna hasta el extremo de observarse casos graves y rebeldes curados con solo dos inyecciones de vacuna y unas cuantas irrigaciones de agua salada.

Hemos creído ocuparnos con un detenimiento acaso exagerado del tratamiento moderno de las infecciones gonocócicas distintamente localizadas, y entremezclado con este estudio hicimos conocer toda nuestra labor personal y nuestra experimentación en el laboratorio y en la clínica que damos después resumidos en las conclusiones. Antes de dar por concluso nuestro trabajo haremos constar que no creemos, ni mucho menos haber pronunciado la última palabra sobre el tratamiento de la gonococia. Muy lejos de nuestro pensamiento seguiremos nuestras investigaciones para ver si logramos transformar lo inseguro en definitivo. Aunque no logremos nuestro objeto, siempre nos tendrá satisfechos el haber aportado

nuestro grano de arena para esta gran obra de profilaxia social, pues pretender extinguir la blenorragia es llevar la paz a muchos hogares, la tranquilidad a muchas conciencias y sobre todo facilitar la venida al mundo de muchos seres, siempre necesarios después de la gran hecatombe mundial de la que desdichadamente somos testigos en los momentos actuales.

### BIBLIOGRAFÍA

BELONOVSKY.—Sobre la preparación de la vacuna gonocócica según las particularidades biológicas del gonococo. (En ruso). Julio 1912. *Journ. akoucherstro i-jenskich bolezniei*.

BOVIS.—Papel del gonococo en la etiología del piosalpinx. Septiembre 1912. *La Semaine Medicale*.

BROADMAN.—Empleo del microscopio en el tratamiento de la uretritis y de la prostatitis gonocócica. Julio 1913. (En inglés). *Nevo-Josk Med-Journ*.

CRUVEILHIER.—Tratamiento antigonocócico por medio de las inyecciones subcutáneas de vacunas sensibilizadas vivas. (En francés). Enero 1913. *C. R. hebdomadaire de la Soc. de Biol.*

DONAGH Y KLEIN.—Tratamiento de la blenorragia por la vacuna. (En inglés). Noviembre 1912. *The Lancet*.

ELKIN.—Vacunoterapia en el tratamiento de las afecciones gonocócicas de los anejos del útero. (En ruso). Julio 1912. *Journ. akouchestra i jenskich bolezniei*.

GILBON FITZ.—Vaginitis gonocócica tratada por vacuna. (En inglés). Julio 1913. *Dublin Journ. of med. Science*.

FORNS.—Microbiología general y su técnica. Madrid. 1910.

FORNS.—Higiene individual y social. Madrid. 1912.

FROHNSTEIN.—Vacunoterapia y vacinodiagnóstico de la blenorragia. (En francés). Julio 1913. *Revue clinique d' Urologie*.

FROST.—Tratamiento de la gonorrea por la vacuna con notas sobre treinta casos. (En inglés). Septiembre 1912. *Journ. of the Royal Army Med. corps*.

FULLER.—Tratamiento del reumatismo blenorragico. (En inglés). Junio 1912. *Med. Record*.

GILBON FITZ.—Vaginitis gonocócica tratada por vacuna. (En inglés). Junio 1913. *Dublin Journ. of med. Science*.

HAGEN.—Tratamiento de la gonorrea y de sus complicaciones por la vacuna gonocócica. (En alemán). Febrero 1912. *Med. Klin.*

HAUSER.—Diagnóstico diferencial y tratamiento por la vacuna gonocócica en ginecología. (En alemán). Junio 1913. *Jnang. Dissertotion in Rostoeck*.

- HEYMANN Y ALOOS.—Tratamiento por la vacuna, de la gonorrea en la mujer. (En alemán). *Monats. f. Geburshilfe u. Gyn.*
- HORT.—Vacuna y fiebre. (En inglés). Febrero 1913. *British Medical Journal.*
- HORVITZ.—Resultados obtenidos por el tratamiento de 211 casos de blenorragia y de sus complicaciones por la vacuna antigonocócica. (En inglés). Mayo 1911. *Boston med. Surg. Journ.*
- YXE.—Blenorragia y despoblación. (En francés). Junio 1912. *La Clinique.*
- JANET.—El gonococo se conoce mal. Julio 1911. París. (En francés).
- JENSEN.—Modificación de la coloración de Gram, bajo el punto de vista del gonococo. (En alemán). Agosto 1912. *Berlin. med. Woch.*
- KEYES.—Persistencia del gonococo en la uretra masculina. (En inglés). Enero 1912. *The Amer. Journ. of the Med. Sc.*
- LUYS.—Técnica de los grandes lavados uretrovexicales con permanganato. (En francés). Diciembre 1911. *La Clinique.*
- LUYS.—Patogenia del reumatismo blenorragico. (En francés). Febrero 1912. *La Clinique.*
- MALLETENE.—Los sueros y las vacunas en el tratamiento actual del reumatismo y de la orquitis blenorragicos. (En francés). Tesis de París.
- MICHAELIS.—Valor terapéutico de la vacuna antigonocócica. (En alemán). Abril 1912. *Berliner Klin. Woch.*
- MIRONOF.—Resultados de la vacuna gonocócica. (En ruso). Julio 1912. *Journ. akoncherstra i jenskich bolezniei.*
- MOLLÁ.—Vacunoterapia y seroterapia de la gonococia. Madrid. 1914. *Revista Clínica de Urología.*
- MÜLLER.—Importancia terapéutica y diagnóstico de la vacunación en la blenorragia del hombre. (En alemán). Octubre 1912. *Medic. Klinik.*
- NICOLLE Y BLAIZOT.—Comunicación a la Asociación francesa de Urología. Octubre 1913.
- NICOLLE Y BLAIZOT.—Comunicación a la Academia de Ciencias de París. Octubre de 1913.
- NICOLLE Y BLAIZOT.—Una vacuna antigonocócica atóxica. Su aplicación al tratamiento de la blenorragia y de sus complicaciones. (En francés). Noviembre 1913. *Journal d' Urologie.*
- PANOFF.—Tratamiento de las complicaciones de la blenorragia por la vacuna. (En inglés). Septiembre 1912. *Amer Journ of Surg.*
- PÉREZ-GRANDE.—Las uretritis. Madrid. 1910.
- RAPIPORT.—Estado actual de la cuestión de la gonorrea y de la uretritis crónica en el hombre. (En ruso). Febrero 1912. *Novoie Meditzinie.*

ROHRBOCH.—Sobre los nuevos métodos de tratamiento de las complicaciones de la blenorragia. (En alemán). Enero 1912. *Dermotol. Zeit.*

ROUCAYROL Y RENAUD-BADET.—Contribución al estudio de las uretritis. (En francés). Diciembre 1912. *Journal d' Urologie.*

SANTI.—Empleo de la vacuna antigonocócica bajo el punto de vista terapéutico y diagnóstico. (En italiano). Agosto 1911. *La Ginecología.*

SCHLUGENBERG.—Tratamiento de la gonorrea femenina por la vacuna. (En alemán). *Arch. für Gyn.*

SELLEI.—Valor de la vacunoterapia. (En alemán). Junio 1912. *Dent. nied. Wach.*

SEMIANOFF.—Observaciones clínicas sobre la acción de la vacuna gonocócica en las artritis blenorragias crónicas. (En ruso). Febrero 1913. *Roussky Vrotch.*

STERNBERG.—Métodos de inmunización activa (vacunoterapia) en la gonorrea de los órganos genitales de la mujer. (En ruso). Julio 1912. *Journ. akaucherstra i jenskich bolezniei.*

STOXKMENN.—Vacunoterapia de la artritis gonocócica. (En inglés). Diciembre 1912. *The British Med. Journ.*

STOCKMENN.—Tratamiento por la vacuna de la artritis gonocócica. (En inglés). Enero 1912. *Glasgow Med. Journ.*

SUÁREZ DE MENDOZA.—Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias. Madrid. 1908.

VANDEGRIFT.—Tratamiento seguido de curación de la coroiditis gonocócica por la vacuna. (En inglés). Junio 1912. *Journ. of the Amer Med. Assoc.*

V. D.—Consideraciones bacteriológicas y casuística clínica sobre la vacuna gonocócica del Dr. Pérez-Grande, de Madrid. Buenos Aires. Mayo 1914. *La Semana Médica.*

WURTZ.—Bacteriología clínica. (En francés). París. 1915.

Madrid. Septiembre 1915



# Tratamiento de las retenciones post-abortum

POR EL

**DR. D. MANUEL SÁNCHEZ Y CARRASCOSA**

*Ex-profesor de la Consulta de Ginecología de la Casa de Socorro del distrito de la Inclusa (Madrid)*

*Académico C. de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, etc.*

---

En el presente trabajo, sólo nos referimos al aborto que se verifica dentro de los cuatro primeros meses, puesto que del quinto en adelante, la caduca verdadera se adelgaza considerablemente, es pobre en vasos y se halla soldada con la refleja y por lo tanto los fenómenos se realizan de manera parecida a como ocurre en el parto de término.

Entre las complicaciones del aborto, ocupa un lugar preeminente la retención de una porción mayor o menor de la placenta y de membranas (aborto incompleto); Esta complicación puede dar lugar a múltiples fenómenos que hagan peligrar la vida y en ocasiones, perderla. Entre estos fenómenos podemos citar: La *hemorragia*, que puede ser inmediata y muy abundante o escasa y sostenida, en ambos casos con todas sus desagradables consecuencias. La *infección* ya saprofítica, ya verdaderamente septicémica. En la primera encuentran los elementos microbianos en la substancia muerta (placenta, coágulos) un succulento medio de cultivo y se multiplican produciendo sus toxinas la hiperplasia e inflamación de la mucosa uterina (leucorrea abundante y fétida, fiebre, pulso frecuente, intensos escalofríos, etcétera); dichos gérmenes microbianos anaerobios, sólo invaden dicha substancia muerta y no penetran en la profundidad de los tejidos. En la forma septicémica, los gérmenes se hallan dotados de grandes propiedades invasoras y se propagan por los vasos sanguíneos y linfáticos, originando estados generales de suma gravedad. La infección; aun cuando no halla habido tacto alguno, gana la cavidad del útero mediante los restos de membranas que flotan en la vagina y que por capilaridad o por continuidad, hacen que los microbios existentes en una de las mencionadas cavidades pasen a la otra.

*Pólipos placentarios.*—Su formación no consiste en otra cosa que en la retención de porciones de tejido placentario, las cuales se hallan adheridas y con suficiente vitalidad para tener vida propia y larga (endometritis poliposa de algu-

nos); estos pólipos se disgregan y eliminan lentamente muchas veces, y otras, aun cuando raras, se hiperplasian pudiendo dar lugar a neoplasias tan malignas como el decíduoma. La *endometritis decidual* es debida a la retención y adherencia a la mucosa endouterina de elementos celulares (pequeños restos coriales); sus lesiones anatómicas son las de la endometritis intersticial, más el elemento decidual de la caduca. Su síntoma más importante es la hemorragia más o menos abundante, ya bajo la forma menor o metrorrágica. La *metritis sub-involutiva* determinada generalmente por la infección (otras sin ellas) que paraliza el movimiento de involución quedando constituida la hipertrofia que pasa fácilmente a constituirse la *metritis intersticial crónica o esclerosis uterina*. También resulta frecuente el hecho de que infecciones que primitivamente estuvieron localizadas en el útero se propaguen (*salpingitis, ovaritis, perimetritis, etc.*), y dejen como secuela colocado el órgano en una anómala posición (*retrodesviación* ya libre o adherente) con todas sus molestias y peligros.

De la somera descripción que acabamos de hacer de los fenómenos que pueden ser originados por las retenciones post-abortivas, se desprende lógicamente que su tratamiento curativo, constituye el profiláctico de ellas y dada la importancia de dichos fenómenos se comprende la del tratamiento en cuestión que se reduce al *vaciamiento y limpieza de la cavidad del útero*. ¿Cómo se logra esto? Antes de describir nuestra línea de conducta (la clásica) y de citar a la ligera los casos de nuestra estadística de estos últimos 5 años,—que hacen que cada vez nos hallemos más satisfechos de nuestro proceder,—hemos de hacer algunas pequeñas consideraciones, acerca del tratamiento propuesto últimamente por distinguidos profesores (que es lo que nos ha decidido a escribir estas líneas) y que se reduce al *taponamiento uterino y al empleo de cornezuelo*. Nosotros lo hemos ensayado y hemos llegado a dar tres gramos de cornezuelo en las 24 horas a dosis de 50 centigramos sin resultado alguno. Hemos intervenido varias enfermas en que por haber quedado indagnosticada la causa y atendiendo al síntoma hemorragia, se había hecho uso por espacio de muchos días, de derivados del cornezuelo (Ergotina Ivon, Ernutine Wellcome, Secacornine Roche) y al no obtener resultado alguno, fué consultada nuestra opinión y tuvimos que intervenir. Todo lo mencionado nos hace, sino ser enemigo sistemático del cornezuelo o de sus derivados, en tales casos, por lo menos, muy desconfiado en sus resultados útiles y creemos firmemente hoy día que si obtenemos algún beneficio alguna vez, la mayoría no nos resolverá el problema y que siempre debemos, al usarlo, estar dispuestos a intervenir activamente si pronto no produce los resultados apetecidos.

Hecho el diagnóstico de retención post-abortum (conmemorativos, permeabilidad al lado del cuello del útero, loquios abundantes y sobre todo fétidos; hemorra-

gias; contracciones, etc.,) y según el tamaño de la porción de placenta retenida (tacto intra-uterino) así es nuestra línea de conducta.

Cuando es la porción retenida muy grande (teniendo todo preparado para operar, pues nada más perjudicial que una extracción incompleta) comenzamos, previa la más escrupulosa desinfección de la región y de las manos, por la expresión uterina, que se reduce a con dos dedos, en el fondo vaginal posterior empujar hacia adelante el órgano y con la otra sobre el hipogastrio coger el cuerpo del útero y hacer presión y el trozo obtenido sometido a estas dos presiones opuestas es expulsado de la cavidad. Si esto no ocurre, recurrimos a la introducción del índice en el interior de la cavidad uterina y si se halla desprendido (siempre sujetando el cuerpo con la mano izquierda a través del abdomen) se dobla el dedo a modo de gancho y se extrae y si la desinserción no es completa, insinuamos dicho dedo por debajo de la caduca hasta completarla y entonces lo extraemos del modo que acabamos de indicar. Cuando sólo son pequeños restos placentarios o deciduales, recurrimos al legrado uterino del modo siguiente: Puede prescindirse de la anestesia general y nosotros muchas veces así lo hemos realizado, pero no dejamos de reconocer que es conveniente para evitar los movimientos de la enferma, que siempre dificultan el acto operatorio, y así lo llamamos, pues nosotros lo miramos con todos los respetos que merezca la más grande intervención quirúrgica y por lo tanto procedemos a la más escrupulosa desinfección de la región y de las manos del operador y del ayudante. Colocamos una valva en la pared posterior de la vagina que el ayudante sostiene en su sitio con su mano derecha (habiendo previamente hecho el cateterismo de la vejiga) y fijamos el cuello con una pinza de garfios que con su mano izquierda el ayudante sujeta y con una pinza de cura y torundas de algodón hidrófilo hervido empapadas en una solución antiséptica, hacemos una nueva limpieza del cuello del útero y la terminamos dando en dicha región un toque con tintura de iodo. Acto continuo medimos el útero y recorremos sus paredes con el histerómetro y completamos, si es necesario, la dilatación cervical con los tallos metálicos de Hegar. Hecho esto, comenzamos el legrado,—empleando siempre cuchara grande y cortante,—con orden y recorremos sus caras y luego sus bordes; a menudo tenemos que retirar la cuchara para desembarazarla de los trozos de tejido placentario que la embotan. Una vez libre la cavidad de los trozos grandes introducimos otra cuchara más pequeña y con sumo cuidado repasamos toda la cavidad.

Luego limpiamos el útero de las pequeñas partículas que puedan quedar, haciendo un verdadero escobillaje del mismo por medio de largas tiras de gasa que introducimos en su cavidad y retiramos enseguida hasta que colocamos la definitiva y después sólo resta quitar la pinza fijadora del cuello y proceder al taponamiento.

miento de la vagina (siguiendo colocada la valva que lo facilita) con gasa y por último con una tornuda de algodón hervido. Se retira la valva posterior y se coloca en la vulva un trozo de gasa y algodón y se traslada la enferma a su cama. El tratamiento post-operatorio se reduce a lo siguiente: la enferma guarda dos días cama y reposo ocho o diez. A las 24 o 30 horas retiro el taponamiento vaginal y uterino y procedo a practicar una irrigación vaginal dos veces en las 24 horas de agua hervida y un antiséptico ligero para tener siempre bien limpio dicho conducto y evitar la infección o reinfección del útero.

Durante todos estos días, la enferma siempre lleva colocado el apósito portaloquios (compresas de gasa y algodón esterilizadas al autoclave) renovándose cada vez que orina.

Nuestra estadística desde 1911 a 1915 se reduce a 39 casos distribuidos del modo siguiente:

| <u>Años</u>             | <u>N.º de casos</u> |
|-------------------------|---------------------|
| 1911 . . . . .          | 7                   |
| 1912 . . . . .          | 5                   |
| 1913 . . . . .          | 12                  |
| 1914 . . . . .          | 7                   |
| 1915 . . . . .          | 8                   |
| <b>Total.</b> . . . . . | <b>39</b>           |

Para no dar demasiada extensión a este trabajo haremos una ligerísima descripción de ellos:

**Año 1911: Primer caso.**—Aborto de dos meses con retención placentaria. Legrado uterino el 17 de Mayo. Alta el 21 de dicho mes.

**Segundo caso.**—Aborto de tres meses con retención placentaria e infección pútrida. Legrado uterino en 17 de Julio. Alta el 27 del mismo mes.

**Tercer caso.**—Endometritis post-abortum. Esta enferma llevaba hacía ocho días, tomando ergotina para combatir su metrorragia. Nosotros la vimos el 27 de Julio y la hicimos un legrado al día siguiente. Alta el 1.º de Agosto.

**Cuarto caso.**—Esta enferma da en sus antecedentes el dato de haber padecido dos meses de amenorrea que terminó con una fortísima metrorragia que aunque con menor intensidad continúa hasta venir a nuestra consulta para ser reconocida. Endometritis decidual. Legrado uterino en 13 de Octubre. Alta el 17.

**Quinto caso.**—Aborto de cuatro meses con retención parcial de placenta. Legrado uterino en 21 de Octubre. Alta el 26.

**Sexto caso.**—Aborto de tres meses con retención total de placenta. Extracción digital en 23 de Octubre. Alta el 30.

**Séptimo caso.**—Aborto de cuatro meses con retención parcial de placenta e infección pútrida. Legrado uterino 9 de Diciembre. Alta el 21.

**Año 1912: Casos primero y segundo.**—Endometritis post-abortum. Legrado uterino en 3 de Abril y 25 de Mayo. Alta a los cinco días.

**Tercer caso.**—Retención parcial de placenta (aborto de tres meses) e infección pútrida. Legrado uterino 19 de Julio. Alta el 23.

**Cuarto caso.**—Endometritis decidual. Legrado uterino el 16 de Octubre. Alta el 19.

**Quinto caso.**—Aborto de dos meses con retención. Legrado uterino el 10 de Diciembre. Alta el 23.

**Año 1913: Primer caso.**—Aborto de tres meses. Retención parcial de placenta. Legrado uterino en 5 de Abril. Alta el 10.

**Segundo caso.**—Aborto de tres meses. Retención total de placenta. Se intentó la expresión sin resultado. Extracción digital el 11 de Abril. Alta el 13.

**Tercer caso.**—Endometritis post-abortum. Estuvo tomando quince días un derivado del cornezuelo. Reconocida por nosotros el 7 de Mayo. Legrado uterino al día siguiente. Alta el 12.

**Casos cuarto, quinto y sexto.**—Endometritis decidual. Fueron legrados sus úteros en 10 de Mayo, 12 de Junio y 26 de igual mes. Alta dentro del quinto día.

**Séptimo caso.**—Aborto de cuatro meses. Retención de un gran trozo de placenta. Fué tratada por otro profesor, en vista de la enorme hemorragia, por el taponamiento e inyecciones de ergotina. En vista de que no cedía fuimos consultados el 7 de Julio y en este mismo día hicimos un legrado. Alta el 15.

**Octavo caso.**—Aborto con retención placentaria (segundo mes). Sometida varios días al uso de la ergotina sin resultado, fué vista y operada por nosotros en 27 de Agosto. Alta 1.º de Septiembre.

**Noveno caso.**—Aborto de tres meses con retención parcial de placenta. Tomó por espacio de tres días el cornezuelo (dos gramos diarios) sin resultado. Vista por nosotros el 3 de Septiembre y operada al siguiente día. Alta el 7.

**Casos décimo y undécimo.**—Aborto con retención placentaria. Extracción digital de la misma en 9 y 16 de Octubre. Alta el 12 y el 20.

**Duodécimo caso.**—Aborto de tres meses con retención de placenta. No se dejó intervenir al ser vista por nosotros aduciendo como razón poderosa, que en otra ocasión en que le ocurrió lo mismo, al año de haber abortado expulsó, previa una metrorragia intensa, un gran trozo de placenta perfectamente conservada (pólipo placentario) sin que nada anormal le ocurriese en ese espacio de tiempo. Pero

en la ocasión presente fui nuevamente llamado a los pocos días (presentaba todos los síntomas de una infección pútrida). Legrado 22 de Diciembre. Alta a los diez días.

**Año 1914.**—Los casos 1.º, 2.º, 4.º, 5.º y 6.º se trataba de abortos con retención de pequeños trozos de placenta. En todos se hizo el legrado uterino en los días 5 de Enero, 2 de Abril, 25 de Mayo, 26 de Septiembre y 29 de Octubre. En todos se dió el alta dentro de los seis días consecutivos a la intervención.

Los casos 3.º y 7.º consistían en abortos del tercero y cuarto mes con retención total de placenta. En ambos se hizo la extracción digital el 6 de Abril y el 8 de Diciembre, siendo dadas de alta al tercer día.

**Año 1915.**—Los casos números 1, 2, 3 y 4 se trataba de endometritis post-abortum y todos ellos estuvieron sometidos por espacio de muchos días (el 3 tomó el medicamento 15 días consecutivos) al tratamiento por el cornezuelo de centeno y sus derivados para combatir el síntoma hemorragia. Cuando fueron vistos por nosotros se les aconsejó y practicó el legrado uterino en los días 17 de Marzo, 6 de Mayo, 10 de Junio y 2 de Julio y en todos ellos se extrajeron restos placentarios de relativo tamaño, cesando enseguida la hemorragia y siendo todos ellos dados de alta por curación a los tres o cinco días.

El número 5, se trataba de una endometritis decidua (había abortado de dos meses hacía cinco) y padecía intensa anemia por la continua y escasa hemorragia sufrida tanto tiempo. Legrado uterino en 2 de Noviembre y alta el 10 del mismo mes.

El número 6 se trataba de un aborto de tres meses con retención placentaria y profusa hemorragia. Hicimos un taponamiento y dimos el cornezuelo (tres gramos diarios) sin obtener resultado. Legrado uterino el 6 de Noviembre. Alta el 8.

**Caso séptimo.**—Aborto de cuatro meses con retención de grandes trozos placentarios. Sometimos a la enferma al tratamiento por el ergotina Ivon y el taponamiento por espacio de tres días sin resultado y en vista de ello hicimos un legrado el 15 de Noviembre. Alta a los cuatro días.

**Caso octavo.**—Aborto de tres meses con retención de placenta. Extracción digital de la misma el 19 de Noviembre. Alta a los dos días.

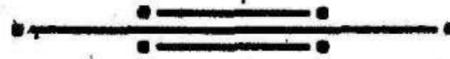
Por lo tanto y por lo que a nuestra experiencia respecta, consideramos exagerados los inconvenientes que se atribuyen al legrado de un útero puerperal, tales como la perforación del órgano, dada la friabilidad de sus paredes; la sepsis, por las maniobras operatorias; pero operando con todas las reglas de técnica y de asepsia nada de esto ocurre, pues el mismo peligro podemos achacar al taponamiento intrauterino cuando se recurre a dicho tratamiento y al uso del cornezuelo.

Por lo tanto podemos respecto al tratamiento del aborto incompleto, sentar las siguientes conclusiones:

1.ª Cuando la retención placentaria es completa o de un gran trozo, el legrado no debe ser empleado, porque se extraen con la cuchara pequeñas porciones quedando retenidas otras muchas y resulta entonces incompleta la operación y por ende perjudicial. Debemos en estos casos ensayar la expresión bi-manual del órgano y si no da resultado recurrir a la extracción digital del contenido uterino y si después de ello quedan pequeñas porciones queda el caso incluido dentro de la siguiente conclusión.

2.ª Cuando la retención es de pequeñas porciones de restos deciduales u ovulares el legrado es el mejor medio, constituyendo estos casos una de las más preciosas indicaciones de la operación de Recamier.

3.ª Con un poco de hábito de operar y muchas precauciones de asepsia y antisepsia podemos considerar casi inocua la intervención, pudiendo si está esta bien hecha, dejar en el acto curada la enferma y por lo tanto libre de los fenómenos patológicos mencionados.



# **PRENSA PROFESIONAL**

**La Especialidad Práctica**  
(Núm. 31.-Enero 1916)

## **Consideraciones médico-sociales que explican la frecuencia del chancro blando**

### **Algunas complicaciones locales del mismo**

**Por el DR. JOSÉ ALGORA GORBEA**

*Especialista en Sifilografía y Venereología*

#### **I**

Las estadísticas, que varían bastante según cada autor, demuestran de un modo general la mayor frecuencia del chancro blando, que del específico.

Los especialistas en venereología podemos afirmar también que el chancro de Ducrey abunda en las consultas gratuitas, siendo relativamente raro en las privadas, mientras que por el contrario el chancro específico es frecuentísimo en éstas y no tanto en aquellas.

Esto demuestra claramente que el chancro blando o chancroide es patrimonio (no en absoluto) del pobre, mientras que el chancro duro lo ostenta con mayor frecuencia la clase acomodada.

Las razones de esta singular diferencia son muy lógicas y explicables sin gran esfuerzo.

Las clases desheredadas que acuden a nuestras consultas gratuitas, tienen hábitos intemperantes y son sucias. Muchos de ellos porque su misma pobreza y el rudo trabajo diario les obliga a ello, y la mayoría por negligencia y abandono.

La escasez de recursos les obliga (cuando el deseo imperativo de la naturaleza se deja sentir), a cohabitar con prostitutas de lo más degradado y bajo, por las razones de economía que antes indiqué.

La mayoría de estas *vendedoras de amor*, son ya viejas en su *oficio*, y por lo tanto es seguro que casi todas padecieron el chancro duro y las consiguientes manifestaciones secundarias, pero tampoco es menos lógico que las avariósicas antiguas, en la actualidad, no padezcan lesión mucosa alguna de dicha enfermedad, y que por lo tanto, salgan libres del contagio, los que en ayuntamiento permanecen con ellas.

Al hombre acomodado, sus recursos le permiten tener el gusto más refinado, y por lo tanto ser exigentes en la elección de agradable compañera. Por lo general, y ante las que en los mercados propios para la venta de esta mercancía, les presentan las *celestinas*, eligen las más jóvenes y al parecer de mayor sanidad, sin saber que son las que con más frecuencia albergan en sus vagina el virus de la terrible avariosis.

No es menos probable que ni ellas mismas sepan que son portadoras del chancro sifilítico, pues su tamaño a veces pequeñísimo, y su característica indolorabilidad, puede encubrir su presencia. En cambio, es casi imposible que dejen de sentirse enfermas, cuando en su vagina o vulva se presenta uno o varios chancroides, pues dolorosos siempre, acompañados de la inflamación de tejidos vecinos con frecuencia, y seguidos del infarto inguinal doloroso casi siempre, pronto abandonan (siquiera sea temporalmente) su profesión; e inmediatamente, o son mandadas a un hospital por los encargados de velar por la higiene o si sus recursos se lo permiten, acuden al especialista, no volviendo a su poco honorable industria hasta que nuestra certificación acredita su sanidad.

Si a esto añadimos lo que todos sabemos, y es que el chancro duro una vez tan sólo puede padecerse, mientras que el blando puede presentarse infinitas en las que por derecho propio les corresponde el papel de vehículo, queda bien puntualizada la mayor frecuencia del chancroide.

Apuntadas estas pequeñas digresiones médico-sociales, no aspiro en lo que de estas notas resta, decir nada nuevo, pues mi pretensión sería ridícula dado asunto tan vulgar, tan trillado y tan conocidísimo de todos.

Mi misión se reducirá a diferenciar algunos casos que en la práctica se presentan y que de no estar muy acostumbrado pueden confundirse, generalizando lo que debe especializarse, todo esto con respecto a algunas complicaciones de los chancros blandos. Ahora bien, con nobleza declaro que si algún mérito tiene (ya que de novedad adolece) este artículo, por entero le corresponde al dibujante que con su pluma e inspirado en ligeros y mal trazados apuntes que yo tomé del natural en algunos casos que tuve que tratar, ha sabido interpretarlos y llevarlos al papel con la naturalidad que yo con mis palabras jamás hubiera conseguido.

## II

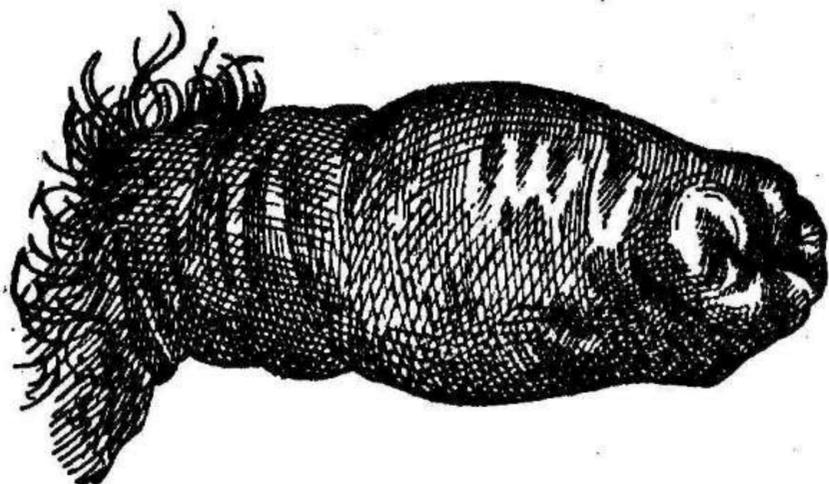
**Fimosis accidental producida por el chancro blando**

Fig. 1.ª

La estrechez del orificio prepucial y por lo tanto la difícil salida del balano, es originada la mayoría de las veces en individuos que habitualmente no son fimósicos, por la inflamación del prepucio a consecuencia de un chancro blando existente, ya en el balano o en la mucosa prepucial (dibujo núm. 1), ya en la piel del prepucio (dibujo núm. 2).

Aunque con menor frecuencia, también se observa muchas veces una fimosis circunstancial sin chancro alguno.

En estos casos, aparece por el orificio prepucial un pus espeso y abundante, blanco amarillento, y al explorar ni vemos por palpación señal alguna de chancro interno, ni el enfermo aqueja los dolores característicos de la uretritis. Al encontrarnos con este

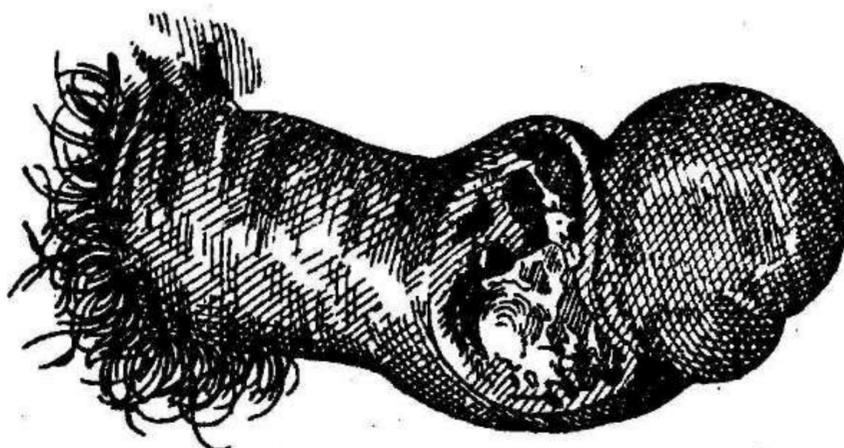


Fig. 2.ª

caso preciso, si analizamos dicho pus, veremos gran número de spirilos, y ausencia de gonococos, y una vez que el fimosis desaparece y el prepucio puede volver a

descubrir el balano que antes aprisionó, observaremos unas placas de balano postitis-circinada (dibujo núm. 3), o placas de balano postitis-ulcerosa (dibujo núm. 4); y entonces nos explicaremos que aquel pus que motivaba por infiltración de los tejidos la fimosis, emanaba de estas placas que se albergaban en la cavidad balano-prepucial.



Fig. 3.ª

Todas estas fimosis accidentales, se presentan siempre en individuos cuyo

prepucio cubre habitualmente el glande con exceso. Es fácil confundirlas, por tener gran semejanza, con el edema del prepucio, que a veces origina una flegmasia uretral intensa consecutiva a una blenorragia aguda.

De este edema se diferencian en que aquellas fimosis tienen la inflamación tumefacta que siempre acompaña a la infiltración de pus, y estos edemas presentan una blancura nacarada caracterís-

tica, y al pincharlos con una aguja un chorrillo de líquido acuoso sale al ejercer presión alrededor del diminuto orificio en forma de surtidor.

Además de estas diferencias, el dolor intenso que los enfermos aquejan por simple palpación, y los que ellos manifiestan sufrir al caminar y sobre todo en las erecciones nocturnas les caracteriza, pues la fimosis que origina el chancro duro, tiene síntomas diametralmente opuestos, como son, insignificante dolor ni a la presión ni en las erecciones, escasísima supuración y sobre todo dureza pétreo del balano y prepucio.

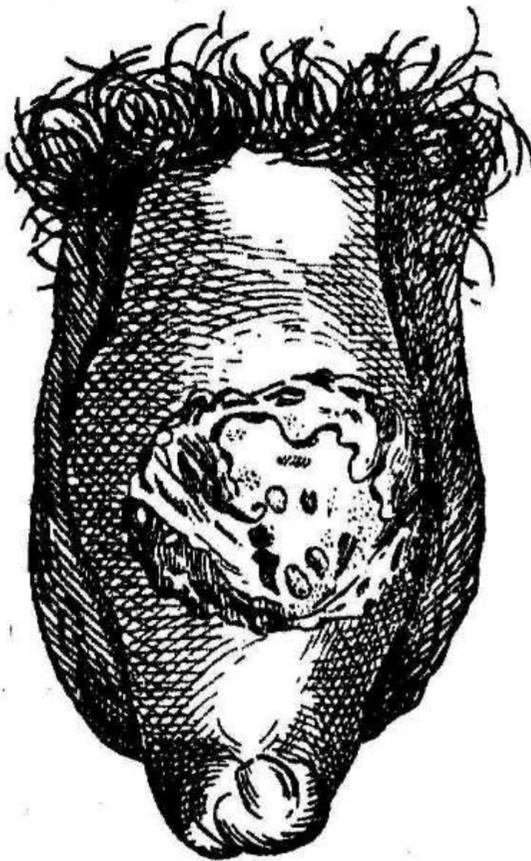


Fig. 5.ª

posición, sin ejercer gran esfuerzo, se ocasiona una parafimosis.

No he de pretender explicar este accidente, pues además de ser muy vulgar en la práctica, es relativamente sencillo de resolver.

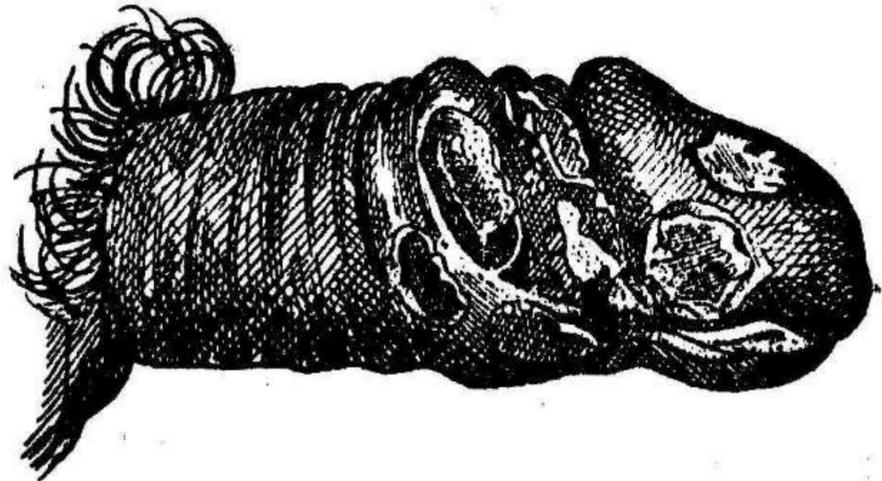


Fig. 4.ª

El fimosis de chancro blando generalmente es benigno, pero si el enfermo se abandona, no es raro observar como accidente la formación de un absceso intraprepucial que se abra camino al exterior a través de la piel del prepucio (dibujo número 5).

Este accidente no es de temer si desde el principio se hacen abundantes lavados antisépticos, favoreciendo la salida del pus y manteniendo la asepsia de la cavidad balano-prepucial.

### **Parafimosis traumática y sintomática de chancros blandos**

Cuando el prepucio habitualmente cubriendo el glande asciende hasta la corona del balano, y hay imposibilidad de que descienda a su primitiva

Requiere como condición indispensable para que la parafimosis se produzca, que el enfermo sea habitualmente fimósico; y claro está, que para que el prepucio no descienda una vez lanzado y aprisionado el rodete del balano, se necesita que una inflamación de dicho prepucio, bien motivada por compresión y dificultad circulatoria, bien por infección, lo impida.

En el primer caso, se produce la parafimosis *traumática* (dibujo núm. 6). Esta es ocasionada porque la continua presión ejercida sobre la corona del balano, por el anillo prepucial, dificulta la circulación venosa, y como la arterial no se interrumpe y sí únicamente se dificulta, pero mucho menos que la venosa, de aquí el obstáculo que es mayor cuanto más tiempo se tarda a quitarlo.

En mis años de especialidad he tenido que reducir varios casos; y como antecedente y origen en casi todos ellos he observado la fimosis congénita, y un coito reciente con mujer de vagina estrecha. De estos casos, algunos tuve que reducir a recién casados que en su primera noche de amor les sucedió este accidente, y que sin



Fig. 6.ª

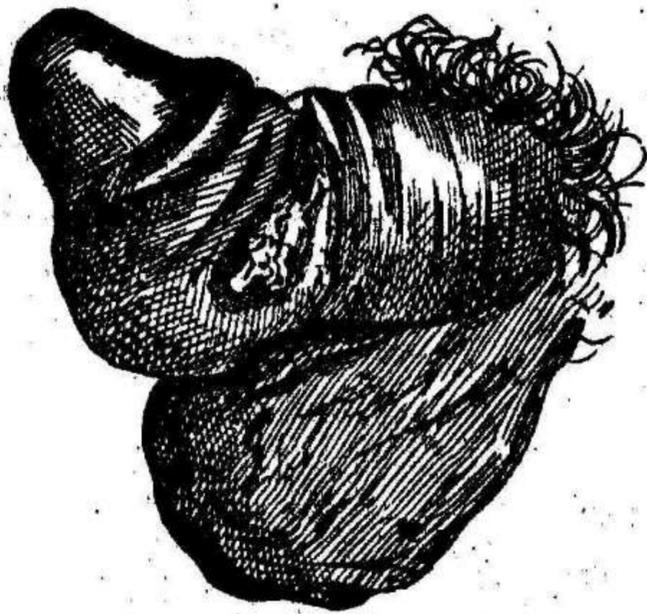


Fig. 7.ª



Fig. 8.ª

dejar llegar el nuevo día, vinieron a mi consulta en la cual, y en medio del silencio de la noche, tuve que reducirles el prepucio a su primitivo estado, en medio de los dolores que siempre presiden esta pequeña intervención.

La segunda forma de parafimosis, la *sintomática*, se observa en el transcurso

de una blenorragia intensa, de una balano-postitis, y de un chancro duro, pero sobre todo, se presenta como complicación del chancro blando.

Cuando en lugar de uno son varios los chancros, ya asienten en el balano, ya en el prepucio, dan lugar a un aumento de volumen del primero, y si el prepucio asciende hasta la corona, su descenso es difícil, ocasionándose la consiguiente parafimosis (dibujos núms. 7 y 8).

En muchos de estos casos el pene pierde su aspecto normal, presentando gran deformidad y un aumento enorme de su volumen.

Todo el miembro está extraordinariamente dolorido al menor roce, dolores que desaparecen una vez la reducción se lleva a cabo y la circulación local se restablece normalmente.

Cualquiera que sea la causa por la que la parafimosis ha sobrevenido, su reducción o taxis se impone inmediatamente, pues el peligro de una placa gangrenosa (si no probable por lo menos posible) no debemos olvidarlo.

Esta pequeña intervención que la generalidad de las veces resulta sencilla y fácil, ofrece a veces dificultades y no pequeñas, a causa del gran aumento de volumen del glande y del estrecho anillo compresor en que se convierte el prepucio, el cual se opone tenazmente a la reducción.

De todos los modos, una mano hábil y habituada a estas maniobras, no tarda en conseguir la taxis, aun sin las maniobras previas como el desbridamiento, que no he de aconsejar y del cual jamás me he servido, pues cada corte efectuado, no tarda mucho en convertirse en un nuevo chancro.

Únicamente (y esto he de aconsejarlo) que cuando por tratarse de parafimosis traumática, haya gran edema, unas pequeñas escarificaciones hechas con una delgada aguja deben siempre anteceder la reducción, pues haciendo salir el líquido en surtidor por cada uno de los diminutos orificios, se consigue hacer desaparecer parte del obstáculo. Acto seguido y si presumimos una taxis laboriosa y difícil, el embadurnamiento del balano con pomada mercurial simple, la favorezca notablemente.

También es maniobra que yo empleo siempre y con muy buenos resultados, el ordenar al ayudante que mientras dure la operación vierta un chorro de agua (o una solución antiséptica) fría sobre la región.

Basta entonces una buena colocación de los dedos de ambas manos (dibujo núm. 9) y un poco de habilidad, para que la reducción sea inmediata.

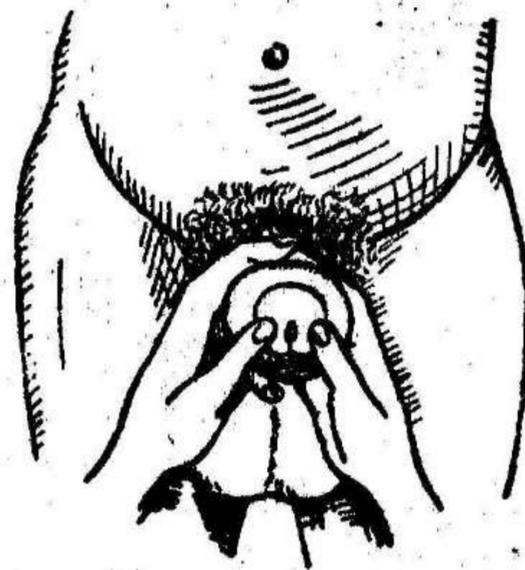
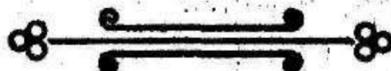


Fig. 9.\*

En raras ocasiones, se ve imposibilidad absoluta tanto por esa gran inflamación del balano y estrechez del anillo compresor, como por el decaimiento del enfermo ocasionado por los violentos dolores que la manobra lleva consigo; en estos casos, debe suspenderse la taxis (y de ningún modo forzar demasiado) ordenando al paciente unas compresas de solución antiséptico-astringente frías, y esperar al día siguiente.

Efectuada la reducción, los cuidados subsiguientes se reducen a una antisepsia extremada de la región y al tratamiento de la causa ocasional, o sea a la circuncisión si la parafimosis fué por fimosis congénita, y al tratamiento de los chancros si por éstos fué motivada.

Zaragoza, Febrero 1916.



# ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

## **Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia**

---

SESIÓN DEL DÍA 1.º DE ABRIL DE 1916

Después de ocuparse varios señores Académicos de las enfermedades reinantes, el Vicepresidente Dr. Hernández-Ros puso sobre el tapete el tema a discutir *Tratamiento de las fiebres tíficas*. No se propone, dice, hacer conferencia sobre el asunto, sino suscitar discusión invitando a todos los señores Académicos a exponer su personal experiencia; por su parte cree que los clásicos remedios, purgantes, antisépticos intestinales, baño frío, etc., son inseguros en sus resultados. Afirma que del laboratorio cabe esperar la solución del asunto.

Encarece la necesidad de este estudio, dada la frecuencia con que en la práctica diaria se nos presentan estos procesos endémicos en nuestra región.

El Dr. Aroca hace algunas aclaraciones sobre los límites del sujeto de estudio.

El Dr. Medina manifiesta el juicio que su dilatada práctica le ha hecho formar de esta cuestión. Abunda en lo dicho por el Dr. Hernández-Ros, extendiéndose en consideraciones sobre el régimen alimenticio, que cree más beneficioso cuanto más sencillo. Con dieta hídrica exclusiva, cuidando de mantener la tensión sanguínea con inyecciones de suero fisiológico, ha conseguido curaciones. Propone el estudio en grande de la vacunoterapia específica para lo que indica la constitución de una comisión que experimente los resultados que preconiza el laboratorio.

Forman la Comisión los Dres. Albaladejo, Gómez, Guillamón, Hernández-Ros, Medina, Piquer y Sánchez García.

El Dr. Guillamón, da las gracias a las Dres. Medina y Hernández-Ros por la indicación hecha de su modesta persona para el estudio de estas cuestiones de laboratorio; ofrece desde luego su material que pone al servicio de la Academia para todas aquellas prácticas como sero-diagnóstico, hemocultivos, vacunas, etcétera, relacionadas con el importante asunto que se discute. Por su parte manifiesta que en el tratamiento de las fiebres tifoidea y paratíficas ha empleado cuantos recu-

Los se aconsejan, deduciendo de su experiencia la inseguridad unas veces e inutilidad otras de los remedios clásicos. Ha empleado, dice, en una veintena de casos la vacunoterapia específica con resultados halagüeños, con arreglo a la técnica siguiente:

Serodiagnóstico en el segundo septenario. Averiguada la especificidad de la infección, (Eberth, paratífus A, paratífus B) ha inyectado un c. c. de vacuna Wright conteniendo 100 millones de gérmenes; regularizada la curva térmica, a los dos o tres días, nueva inyección de 200 millones y así sucesivamente 300, 400 y hasta 500 millones. Por regla general después de la tercera inyección ha conseguido la apirexia. Cita un caso asistido en unión del Dr. Sánchez Pozuelos en que así ocurrió apesar de instituir el tratamiento tras de una intensa hemorragia intestinal que puso en grave peligro a la paciente. Hace algunas consideraciones sobre las vacunas autógenas y heterógenas.

El Dr. Seiquer expone su experiencia de la vacunoterapia específica que estima de indiscutible éxito según la sanción de los modernos clínicos. Uno de los varios casos tratados por él, se refiere a un hijo suyo en donde empleó vacunas polivalente y autógena consiguiendo la curación tras de la tercera inyección. Generalmente ha observado que los procesos tíficos se acortan con la vacunoterapia; cuando menos no ha visto presentarse complicaciones.

Pide la palabra el Dr. Sánchez García que se le concede para la próxima sesión.



# **Sociedad Española de Especialistas de pecho**

---

SESIÓN DEL DÍA 28 DE MARZO DE 1916

## **Quiste hidatídico del pulmón derecho.**

El DR. VERDES MONTENEGRO presentó un caso de quiste hidatídico del pulmón derecho, que comprimiendo el lóbulo superior, había determinado, primero signos de pérdida de elasticidad pulmonar y luego de condensación, haciendo creer en el desarrollo de una lesión tuberculosa.

DR. GARCÍA TRIVIÑO.—Es interesante el caso presentado, por la rareza del quiste hidatídico del pulmón y por la enseñanza clínica. El quiste hidatídico se diagnostica poco por dificultades en la exploración clínica.

## **El tratamiento por la tuberculina.**

DR. ALBASANZ.—Dice que no tiene experiencia personal del tratamiento por la tuberculina. Cree que el Dr. Ladrón de Guevara no debió asociar el arsénico y la tuberculina en el tratamiento de sus enfermos, pues con ello, a más de aumentar la tonicidad de la medicina, hace se dude de a qué factor se debe el resultado obtenido.

En los enfermos que él ha visto, tratados por la tuberculina ha comprobado la evolución de las lesiones.

Con la tuberculina se pretende inmunizar activamente el organismo, mas para llegar a este objeto es preciso conocer primero la estructura, morfología, fisiología, etc. del bacilo de Koch, todo lo cual tanto se debate actualmente. No hay pues, hasta el presente, tratamiento específico de la tuberculosis, puesto que se desconoce el material que se emplea. Sabemos que es un producto activo y tónico en el que no existen principios inmunizantes y que no cura a los animales afectos de tuberculosis experimental.

Los casos apropiados para el tratamiento por la tuberculina, sujetos afebriles, con buen estado general, con lesiones limitadas, etc., no los puede tratar, pues opina que han de hacer para ello vida de hospital y por otra parte los casos que ve en los hospitales son los de tercer período, no tributables de este tratamiento.

Respecto a la técnica, opina con Gahlí que es mejor *pecar por defecto*, pero pueden darse así dosis inútiles por demasiado pequeñas.

Todo ello le ha hecho ser, no un detractor de la tuberculoterapia, mas sí un espectador desapasionado.

En definitiva el tratamiento por la tuberculina no es específico, debe conservar como otros medios un puesto en la terapéutica de la tuberculosis y dadas las dificultades de su aplicación, ha de quedar reservado para los enfermos muy vigilados (sanatorios, hospitales, etc.)

• DR. ÚBEDA.—No es tratamiento específico porque no se conoce bien la biología del bacilo de Koch. Es muy difícil, al observar un caso, saber si es o no apropiado para el tratamiento de la tuberculina y aun una vez curado, si no lo habría sido también por otro procedimiento.

Según su experiencia personal de tuberculoterapia, se mejora más el estado general del sujeto que el estado de sus lesiones. Análogos resultados que con la tuberculina, los ha obtenido con otros tratamientos.

DR. GARCÍA TRIVIÑO.—Tiene extensa experiencia del tratamiento tuberculínico. Los grandes enemigos de la tuberculina son los que la discuten sin conocerla ni de teoría ni de práctica, los que la han empleado poco y los que la emplean mal.

Es lógico que la tuberculina se emplee en el primer período de la tuberculosis, como el que todo tratamiento se instituya al diagnosticar una enfermedad.

Se suspende la sesión acordándose que para la próxima continúe en el uso de la palabra el Dr. García Triviño.



# ATENEO DE SALAMANCA

---

## Estado actual de la cirugía vascular

**Conferencia pronunciada en la noche del 14 de Febrero 1916, por el DR. MIGUEL ROYO, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.**

Señores: Os confieso francamente que a pesar de estar acostumbrado a hablar diariamente a mis alumnos y hallarme avezado desde los primeros años de mi carrera a las lides científicas en Ateneos escolares y Academias profesionales de Madrid, me siento fuertemente impresionado al presentarme esta noche ante vosotros, y comprenderéis muy bien el motivo de la turbación que experimento, si reflexionáis siquiera un instante acerca de la escasez de mis facultades intelectuales y la pobreza de mi lenguaje para ocupar, aunque sea por breves instantes, la atención de público tan ilustrado como el que concurre a estas conferencias.

La comisión del Ateneo, organizadora de las conferencias del presente curso, ha invitado para ocupar este lugar a maestros eminentes de esta Universidad gloriosa, a ilustres oradores de esta vieja ciudad salmantina, a distinguidas personalidades de fuera de ella, y todos nos han deleitado con sus enseñanzas, estimulándonos a trabajar con su ejemplo. Individuos de esa comisión, con un exceso de cariño hacia mí, que agradezco, pero con una lamentable equivocación en la elección, me invitaron para que diese una conferencia en esta sección de Ciencias naturales; yo declaro que al aceptar lo hice con marcada imprudencia, pues procedí como esos comerciantes de buena fe que aceptan un giro con voluntad grande de pagar, pero sin contar que no tienen fondos suficientes para ello; yo creí que como catedrático de esta escuela, ni podía ni debía rehuir el colaborar modestamente a la obra de cultura que el Ateneo realiza, pero hoy llega para mí la hora de hacer efectivo mi compromiso, y veo que he de hacerlo en modo tan pobre de fondo y de forma, que no puede ser aceptado por vosotros; espero, sin embargo, que como los banqueros con los comerciantes que desean pagar, no levantaréis el protesto que tenéis derecho hacer, sino que me juzgaréis con benevolencia, siquiera por cariño y consideración al Sr. Apraiz, que fué quien hizo el giro de esta conferencia contra mí y a la orden vuestra.

Como tema elegí *Estado actual de la cirugía vascular*, por ser cuestión den-

tro del campo de la cirugía de la mayor actualidad, y que quizás por este motivo puede interesar algo a los que me escuchen y sean ajenos a las ciencias médicas, porque puede ser útil a los que al ejercicio de esta carrera os dediquéis, y sobre todo, porque como impulsores de la cirugía vascular, quizás como primeros que aplicaron al hombre algunos hechos experimentales, figuran ilustres cirujanos españoles, a los que no siempre rinden justo homenaje los autores extranjeros que del asunto se ocupan y cuya labor debemos nosotros no sólo no olvidar sino hacer que sea por todos, conocida.

Para llevar un poco método en la exposición comenzaré por recordar que a los progresos de la bacteriología, de la que tan brillantemente nos habló noches atrás el Dr. Núñez, se debe el haber podido avanzar los estudios y hacer algo práctico en cirugía vascular; conocidas las causas de infección de las heridas, fué posible evitar éstas y el empleo de sustancias que destruyesen los gérmenes efectivos existentes en un foco traumático, antisépticos, o el emplear sólo materiales y medios de cura totalmente privados de gérmenes, medio mejor y que constituye la asepsia ideal, permitió a los cirujanos obtener lo que se llaman reuniones por primera intención, es decir, cicatrizaciones sin supuración con aproximación completa de los bordes de las heridas y sin que sean visibles los elementos nuevos que dan lugar al proceso de reparación.

Dada la posibilidad de reunir tejidos y obtener la unión completa de ellos, era lógico que los cirujanos se esforzasen en buscar la más perfecta restauración, no sólo funcional, sino anatómica de las regiones y órganos heridos, y nada más lejos de este ideal que la colocación de un hilo que rodeando un vaso abierto lo apretase y borrarse su luz, medio sí de cohibir una hemorragia, pero por el cual queda suprimida la función del vaso ligado y alterada al poco tiempo la constitución anatómica del mismo. Las consecuencias remotas de la supresión de un vaso arterial o venoso son nulas si el vaso es de pequeño calibre, o si vasos colaterales suplen la función del suprimido, mas si el riego sanguíneo no se establece por debajo de la ligadura, o si la sangre no encuentra fácil retorno la nutrición celular se resiente, y quizás la muerte de más o menos extensión de tejidos es la secuela de la oclución vascular. El aprovechar los beneficios de la asepsia para sustituir la ligadura por la sutura de las paredes de un vaso herido, asegurando no sólo la hemostasia, sino también la permeabilidad del vaso seccionado, es en este orden de ideas la gran adquisición de la cirugía moderna.

Brevemente pasaremos revista a los trabajos experimentales que han permitido realizar de un modo eficaz la sutura de arterias y venas y después veremos sus aplicaciones a la clínica, aplicaciones que hoy son inciertas, pero que de día en día van haciéndose más numerosas y perfectas.

Mas antes de hablar de los trabajos experimentales sobre cirugía vascular, interesa recordar que las condiciones necesarias para intentar la sutura de un vaso son principalmente: 1.<sup>a</sup> Asepsia completa de la herida. 2.<sup>a</sup> Supresión del curso de la sangre por el vaso herido mientras se practica la sutura, siendo esta condición indispensable, pues fácilmente se comprende que si se inunda de sangre el campo operatorio ni puede realizarse intervención alguna sobre el vaso, ni es posible evitar que la sangre se coagule sobre los tejidos perivasculares y que los coágulos puedan propagarse al vaso aún abierto. La detención del curso de la sangre, es decir, la hemostasia temporal, puede obtenerse de varios modos. En los miembros basta rodear por encima de la herida un tubo elástico, cuya presión no es preciso sea exagerada (tubo de Esmarch), para sin comprometer la vitalidad de los tejidos suspender en absoluto la circulación; no obstante el empleo del tubo de Esmarch, puede llevar en ocasiones inconvenientes y además es inaplicable en la mayoría de las regiones donde las suturas vasculares son más interesantes como son, la región axilar, subclavia, carótida, ilíaca, etc., de aquí que tienda hacerse las suturas vasculares previa hemostasia temporal, actuando directamente sobre los dos extremos del punto de sección vascular. ¿Cómo? Desde las enseñanzas de Bothezat, en 1894, quedó demostrado la posibilidad de interrumpir la corriente circulatoria en un vaso arterial por forcipresión, y dicho autor colocó en arterias femorales de perros, pinzas de presión ordinaria, que llegó a mantener hasta dos horas, restableciéndose bruscamente la circulación al retirarlas. La aplicación de pinzas ordinarias destruye alguna vez las tunicas arteriales, más aún la túnica media, sobre todo las fibras elásticas, que no las células endoteliales de la capa interna, y la producción de un aneurisma fué en ocasiones la consecuencia de una presión un poco intensa; para moderar ésta basta enguantar las ramas de las pinzas que hacen la constricción temporal del vaso, con un tubo de caucho. Modernamente, Crile, Moure y otros, han sustituido las pinzas ordinarias por clamps especiales, cuyas ramas de aproximación paralelas y movidas por un tornillo que permite graduar la presión, dan resultado mucho más favorable en cuanto a la ulterior permeabilidad del vaso.

Otro escollo, y no fácil de vencer en los trabajos de cirugía arterial, es la ulterior oclusión del vaso suturado, por la formación de un coágulo sanguíneo (trombo) a nivel de la línea de sutura. Se sostenía antes que no estando fisiológicamente la sangre más que en relación con el endotelio de arterias, venas y capilares, bastaba que la coaptación de la capa endotelial no fuese perfecta, o que en ella hiciesen prominencia hilos de sutura, o elementos musculares o elásticos de la capa media vascular, para que se verificase el proceso de trombosis. Mas en este punto los más recientes trabajos han modificado completamente esta antigua creencia. Desde las experiencias de Clermont, Jensen y Murphy, ha quedado probado que la infección

es, puede decirse, la única causa del trombo obturante de la luz vascular, y en este sentido sí eran los hilos de sutura los causantes de la formación del trombo cuando llevan por deficiente esterilización gérmenes que en abundante número se encuentran en las arterias trombosadas. Hoy está perfectamente probado que si los materiales usados para la sutura están en condiciones de asepsia completa, los hilos, aun perforando la capa endotelial y haciendo prominencia en ella, podrán aglutinar las plaquetas y dar lugar a un pequeño trombo blanco parietal, mas no al temible trombo obturante, que sobre inutilizar la labor del cirujano puede ser causa de graves accidentes para el paciente. Ved, pues, aquí confirmado lo que al principio os decía; si la cirugía vascular es posible, se debe a la práctica rigurosa de la asepsia en las intervenciones, a la que no hubiésemos podido llegar sin los grandes progresos de la bacteriología, hermosa colaboración que en este, como en otros muchos casos, se prestan entre sí las ciencias biológicas.

Expuestas las nociones que preceden, podemos enumerar alguno de los hechos experimentales precursores de la aplicación a la clínica de las suturas e ingertos vasculares, enumeración que voy a hacer rápidamente y sin descender a detalles técnicos que en una cátedra de operatoria o ante un público formado sólo por alumnos de Medicina tendrían positivo valor, y aquí cansarían a los que me escuchan, y de cuya benevolencia no debo abusar.

Desde los memorables trabajos de Ambrosio Pareo, cirujano francés, que vivió por los años de 1510 a 1590, el único medio usado para cohibir las hemorragias fué la ligadura de los vasos, que en la Edad Media no se empleó y fué combatida, porque como principal tratamiento de las heridas se empleaba la cauterización con aceite hirviendo, medio hemostático y de curación, abandonado gracias a la autoridad de dicho cirujano, que refiere se le acabó el aceite que para cauterizar las heridas tenía después de una batalla, pasando la noche lleno de intranquilidad al pensar en la suerte de los heridos a los que no había podido cauterizar, viendo con sorpresa al siguiente día que el estado de las heridas era mejor en ellos que en aquellos en quien la cauterización se había practicado; quedó desde entonces proscriba la cauterización y se emplearon hasta con exceso las ligaduras vasculares, como medio de cohibición de hemorragias. En 1809 Jassinowsky, en el discurso inaugural del curso de la Escuela de Dorpart, dió a conocer los resultados de una serie de heridas longitudinales de vasos, hechas en perros y tratadas por la sutura con puntos no perforantes de la pared vascular, cohibiéndose la hemorragia y conservando los vasos su calibre, sin haber después interrupción de la corriente sanguínea.

Iniciados estos estudios, fueron numerosos los continuadores de ellos, comenzando entonces las discusiones sobre detalles sólo de técnica, como si era o no

preferible el que los puntos no fuesen perforantes; respetando la túnica endotelial, ya hemos dicho que hoy se da a esto poca importancia, siempre que no haya infección y se usen agujas cilíndricas finas para hacer la sutura, porque si el material de sutura no es apropiado, por la picadura de las agujas al hacer puntos perforantes pueden producirse hemorragias no graves, pero sí molestas, al restablecerse la circulación. Otro punto discutido es si convenía hacer estas suturas con puntos separados (sutura entrecortada) o a punto continuo (a punto por enclma). Si la herida vascular no era grande, la aproximación por puntos entrecortados bastaba; la sutura continua es más rápida de hacer y ofrece también seguridades, la coaptación es perfecta y el único riesgo es que pueda fruncirse los bordes de la herida y esto producir una disminución del calibre del vaso.

Todos estos detalles, con tener importancia, eran sólo un paso para los estudios de cirugía vascular, pues la sutura entonces quedaba limitada a pequeñas heridas vasculares, en los casos en que más de dos terceras partes de la circunferencia del vaso estaba seccionada, aconsejaban todos los dedicados a estos trabajos, completar la sección y hacer la ligadura de los dos cabos del vaso lesionado.

En el año 1894, Robert Abeé, fué el iniciador de las suturas circulares, en casos de sección de la circunferencia toda del vaso; su procedimiento era, no obstante, de escasos resultados: consistía en unir los dos extremos del vaso cortado, mediante la introducción de un pequeño tubo de cristal, por encima del cual y como sirviéndole de molde se deslizaban los dos cabos vasculares que se suturaban entre sí, teniendo cuidado de fijar el tubo de cristal para que no se deslizase dentro del vaso de los animales en los que practicó la sección vascular; sólo en uno hizo autopsia y encontró obliterado por un trombo el punto de sutura vascular.

Citado esto como recuerdo histórico, decimos que hoy puede hacerse la sutura circular de varios modos. Bien como Murphy, invaginando el cabo central del vaso seccionado en el extremo periférico, método pesado y del que no soy partidario; en cursos pasados y en esta Facultad de Medicina, en unas lecciones de Cirugía experimental que dí a los alumnos, practiqué en cuatro perros la sutura de la aorta abdominal por este método, previa laparotomía transperitoneal; aislábamos la aorta y la seccionábamos transversalmente por bajo de las arterias renales; en el cabo central pasábamos tres puntos en U con seda fina, puntos no perforantes, y a unos milímetros arriba del sitio de sección llevábamos los hilos atravesar de dentro a fuera y también unos milímetros por bajo del punto de sección; todo el espesor de la pared vascular del extremo periférico, al tirar suavemente el cabo central se invaginaba unos milímetros en el cabo periférico, se anudan los hilos y se dan unos puntos de refuerzo, también no perforantes; el inconveniente que le hallamos fué principalmente que siendo de igual diámetro el cabo central y el peri-

férico se hace con dificultad la invaginación y suele fruncirse algo el extremo central; de aquellos animales dos murieron de infección peritoneal a los tres o cuatro días, (1) uno de hemorragia a las pocas horas, encontrándonos en la autopsia rasgadas las paredes del vaso y llena de sangre la cavidad abdominal y sólo uno curó, sin que tuviese trastorno motor alguno en las extremidades posteriores, y conservando el latido arterial en ambas femorales. Las pocas condiciones que para estos trabajos tienen los locales de nuestra Facultad, no obstante las facilidades que para estas lecciones me dió el ilustrísimo Sr. Decano, al que debo por ello gratitud, hizo que no pudiese tenerse varios meses allí a este perro; hubiese sido curioso seguir la observación y ver si se presentaba en él retracción cicatricial del punto de sutura con estenosis de la luz vascular y obstrucción tardía de la aorta.

Otro medio de hacer suturas circulares, es empleando medios protésicos, más perfeccionados hoy que los empleados por Abeé, y que quedan por fuera de las paredes vasculares, no dentro de la luz del vaso, como Abeé dejaba sus tubitos de cristal.

Payr y Höepfner, utilizaron en 1907 pequeños tubos de magnesio, por cuya luz introducen el cabo central del vaso cortado, cuyas paredes, con ayuda de finas pinzas, ranversan hacia afuera de modo que monten unos milímetros sobre el tubo de magnesio, de manera que la túnica endotelial mire hacia fuera; así dispuesto el extremo central del vaso, lo introducen en el extremo periférico, que con una pinza dilatan moderadamente; se aproximan las superficies endoteliales de los dos extremos y se fija con unos puntos el cabo periférico al central. Los tubos de magnesio dicen se reabsorben en poco tiempo, y en los animales objeto de experimentación sólo hallaron un pequeño coágulo blanco en el ángulo que forma el extremo periférico al contornear el cabo central revuelto sobre el tubo de magnesio. El procedimiento es bueno, pero el no tener tubos de magnesio del calibre de cada vaso y dispuestos en cada caso, es una limitación para la generalización de este medio.

El más generalizado hoy, y en mi opinión el más sencillo, es la aproximación directa por sutura continua de los dos cabos del vaso seccionado; en esta sutura conviene seguir los consejos de Carrel, Floresco, Jaboulay y otros, que aconsejan fijar los dos cabos en la posición que han de tener mediante tres puntos en U y equidistantes, haciendo luego la sutura; de no tomar dicha precaución, es fácil que haya un ligero grado de torsión que dificulte la circulación y facilite la formación de trombus. Por este medio suturé hace dos cursos la carótida de un perro de gran talla; el animal curó y a los pocos días produjo en él la muerte por pneumotórax brusco y de gran abertura; la autopsia demostró estaba permeable la carótida suturada.

(1) Conviene recordar que estas lecciones se daban en el local de la Sala de Disección.

De nada servirían los progresos de la técnica de las suturas vasculares si no tuviesen aplicación práctica; esta aplicación ha sido también precedida de trabajos en animales. La anastomosis entre dos arterias no tengo noticia que se haya practicado; entre vasos arteriales como los del cuello, las dos carótidas, por ejemplo, la creo factible pero sin finalidad alguna práctica; en otros sitios como la axila, el muslo, no es posible, pues no hay próximas dos arterias de regular calibre.

La anastomosis veno-venosa sí ha sido practicada, por los fisiólogos principalmente; todo el mundo conoce la anastomosis de la vena cava con la vena porta o fistula de Eck. Este mismo experimentador extirpó el hígado en perros y anastomosó la vena porta a la vena renal derecha, pero estas anastomosis no pasaron creo que por fortuna del terreno experimental.

Por el contrario, las anastomosis arterio-venosas, iniciadas en el terreno experimental a la vez por Frank y por San Martín, y en el terreno clínico sólo por este ilustre Maestro de la Facultad de Madrid, se van generalizando, siendo numerosas las publicaciones hechas sobre ellas desde 1902, en que Don Alejandro San Martín expuso sus trabajos en el discurso inaugural de la Real Academia de Medicina de Madrid.

Los trabajos de San Martín comprenden dos series de experiencias: la primera comprende 40 observaciones de anastomosis del cabo central de sección de una arteria con el periférico de su vena homóloga. Las piezas, femorales casi siempre, fueron examinadas en un espacio que fué desde 48 horas en unos casos, a 20 días después de la operación. Siempre la comunicación estaba obstruída por un coágulo. La segunda serie comprende tres observaciones de anastomosis laterales de la carótida con yugular interna y hecha no en perros sino en cabras; sólo fué sacrificada una a los tres meses y el orificio de la anastomosis persistía.

Carrel, ha publicado con posterioridad varios casos de anastomosis arterio-venosas, y otro cirujano español, discípulo predilecto del profesor San Martín, ha continuado la obra iniciada por el maestro, repitiendo la anastomosis de arteria y vena femoral y ampliando sus investigaciones a otro nuevo aspecto de la cirugía vascular, cual es el de los injertos vasculares.

*(Continuará).*



# Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña

SESIÓN DEL DÍA 20 DE OCTUBRE DE 1915

## Valor clínico del nitrógeno total en los análisis de orina.

DR. SERRALLACH.—Lamentóse de que en los análisis de la orina apenas se menciona el nitrógeno total como tampoco se tiene en cuenta la cantidad de albúmina que el individuo ingiere.

En posesión de la albúmina, de los alimentos y del nitrógeno total, el clínico *sabe* la marcha de la combustión de los protéicos puesto que cuando por cada 6'25 grs. de albúmina no hay 1 gr. de nitrógeno urinario, hay que ir a buscar este desequilibrio azoado en una toxemia, en un efecto digestivo, en el hambre de protéicos, en la autolisis, etc.

El estudio de como se reparte el nitrógeno total entre los cuerpos azoados de la orina adquiere todavía mayor importancia.

Normalmente por cada 1 gramo de nitrógeno total urinario debe existir en gramos

| Urea             | Amoniaco        | Creatinina      | Acido úrico       | Purinas           | Nitrógeno sobrante | P.a 0'5      |
|------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| 1'821<br>el 85 % | 0'060<br>el 5 % | 0'107<br>el 4 % | 0'040<br>el 1'6 % | 0'002<br>el 0'1 % | 0'043<br>el 4'3 %  | 0'125<br>1/8 |

del nitrógeno total

Cuanto más urea exista mayor combustión de la albúmina representa.

El aumento del amoniaco urinario significa acidosis, autolisis, toxemia ácida.

La creatinina revela el desgaste muscular o sea la autofagia.

El ácido úrico crece con la destrucción de las nucleo-albúminas endógenas y exógenas y a medida que aumentan las purinas revelan un metabolismo retrasado.

El nitrógeno sobrante que comprende el ácido hipúrico, la leucina, la tirosina, la cistina, los sulfo-éteres, etc., siempre mide la capacidad proteolítica del organismo, aumentando en las enfermedades del hígado, tubo digestivo y de la nutrición.

Cuando el ácido fosfórico deja de guardar la relación de 1 × 8 de nitrógeno total significa la fosfaturia verdadera.

Estima el disertante que la concentración de la urea en la orina mide la capacidad funcional del riñón, de modo que este es tanto más apto cuanto más alta es la concentración de la orina durante un régimen seco e hiperazoadado.

El Dr. M. Parés afirma como el disertante que los análisis generalmente no se ordenan ni se hacen como es debido.

El Dr. Plá y Armengol cree que la urea no expresa, no monopoliza el máximo de combustión porque hay otros nitrogenados que deben su presencia a proceder de otros cuerpos y por lo mismo siempre existirán aun en el organismo más perfecto.

El Dr. Ballcells, basándose que la urea no es tóxica, dice que la uremia no procede de detenerse aquella en la sangre sino de un proceso más complejo. También insiste en que los hidratos de carbono son los alimentos más calorígenos.

El Dr. Perearnau defiende el coeficiente de Amdard cuyo valor y significación había puesto en duda el disertante.

#### SESIÓN DEL DÍA 27 DE OCTUBRE DE 1915

##### **El parto en las occipito-posteriores que no encajan.**

DR. PROUBASTA.—Se ocupó de las causas que influyen sobre la posición del feto en el claustro materno haciendo notar el efecto de los progresos en la exploración sobre el diagnóstico de las dorso-posteriores que eran antes poco menos que desconocidas. La escuela francesa es optimista respecto al pronóstico en tales casos, debiendo tal vez atribuirse a que las dificultades que pueden presentarse las incluyen a las estrecheces pélvicas. Contrariamente la escuela alemana con Doderlein juzgan extremadamente difíciles las aplicaciones de forceps en O. P.

La posición en O. P. es muchas veces la causa ignorada de muchas distocias. Ilustró el disertante la aseveración con casos propios. Las causas que dificultan el encajamiento han sido atribuidas a faltas de flexión de la cabeza y al asinclitismo. La primiparidad, la posición en O. P. y la falta de dolores y de dilatación son siempre circunstancias que concurren. Cree que la debilidad de las contracciones uterinas proviene de la imposibilidad de franquear un obstáculo, estando el útero dotado de inteligencia orgánica.

Se declara partidario de la aplicación de forceps en frente de la versión por tratarse de primíparas y en vista de los buenos resultados que ha logrado con él. Recuerda la conveniencia de abstenerse del sondaje durante el parto y de la ruptura de la bolsa amniótica e insiste en la necesidad de lograr la perfecta colocación de la primera cuchara lo que facilita la introducción de la segunda debiendo prevenirse cuidadosamente la lesión, por medio de la misma, de la pared vaginal. Termina con:

la conclusión de que en las primíparas en O. P. no debe hacerse un pronóstico demasiado favorable, dependiendo todo de la manera de hacerse el encajamiento.

El Dr. Mías es partidario en estos casos de la aplicación del forceps, pero para hacer esta más fácil y menos peligrosa para la madre y el hijo, recomienda la maniobra de Loviot, que por practicar con la mano la rotación interna, convierte la presentación en transversal o anterior, la cual facilita la extracción de la cabeza con el forceps.

El Dr. Degollada refiere que en oposición a lo dicho por el orador las deformidades pélvicas no son tan infrecuentes como se cree y recomienda la adopción del decúbito lateral oportuno para facilitar el trabajo uterino. Recomienda también saber abstenerse de intervenir.

El Dr. Bassedas aporta también datos de experiencia personal, fijando en 38 el tanto por ciento de D. entre 2.466, de las cuales (habiendo sido las observaciones hechas entre los 6 y 8 meses de embarazo) llegan al parto en dicha posición un 25 ó 26 por 100. De ellas han sido poquísimas las que no tuvieran un parto espontáneo. Juzga más convenientes las intervenciones manuales, que el forceps. Es partidario de la expectación extrema e indica la versión en las múltiparas y en las primíparas la versión y la basiotupía.

### SESIÓN DEL DÍA 3 DE NOVIEMBRE DE 1915

#### Las retenciones de orina por obstáculo uretral.

DR. PARÉS Y PARÉS.—El disertante dividió las retenciones de orina por obstáculo uretral en cuatro grupos. En el primero, comprendió las retenciones por estenosis uretral que pueden ser completas o incompletas haciendo resaltar la imperiosidad de la terapéutica en las primeras. Ponderó la importancia que tiene el prescindir de las dilataciones puramente mecánicas y las ventajas del cateterismo modificador y las dilataciones lentas progresivas. Hace una crítica de los medios propuestos para vencer la retención por estrechez, afirmando deben ser desechados todos los medios violentos (divulsión, dilatación forzada, etc., etc.), en que debe hacerse la uretrotomía interna, preparación del enfermo para la misma y medios de combatir los accidentes post-operatorios, hablando seguidamente de sus resultados fundados en 116 casos personales recogidos en el servicio del Dr. Mestre, del Hospital de la Santa Cruz. Haciendo resaltar últimamente la inutilidad de ciertas precauciones y temores a la par que llamaba la atención sobre la alta conveniencia de la preparación del enfermo siempre que sea posible. En el segundo grupo incluyó las retenciones por

hipertrofia prostática declarándose el disertante partidario acérrimo de la prostatectomía como medio de combatir eficazmente la retención, pues que todo lo demás son sólo paliativos. Analizó las dificultades que se oponen al cateterismo en estos enfermos y la manera de combatirlas, afirmando que no debe recurrirse a la punción hipogástrica más que en último extremo y aun a la capilar solamente. Un tercer grupo lo constituyen las retenciones por cálculos y cuerpos extraños enumerando la técnica y aparatos para su extracción y la forma como se practica la uretrotomía externa en el servicio hospitalario donde presta sus servicios, remarcando de paso que siempre que sea posible, debemos abstenernos de ella y ensayar por todos los medios y maniobras las extracciones por vías naturales. Por fin englobó en un cuarto grupo las retenciones por traumatismos haciendo presente que en estos casos hay que tener en cuenta la falta de entrenamiento orgánico lo que hace que lesiones destructivas relativamente triviales ponen en grave aprieto, y es que el desequilibrio sorprende al organismo sin permitirle organizar sus defensas. En estos casos, es cuando se recurre más a la punción hipogástrica pero hay que medir bien las ventajas, pues en muchos casos será preferible recurrir a la talla hipogástrica.

El Dr. Serrallach intervino, haciendo notar que hoy ya no se limitan las incisiones de la uretra sobre la pared superior porque se ha visto que las heridas del uretrotomo sobre las demás paredes ni son causa de hemorragias serias, ni propensas a las infiltraciones de orina, como se creía antes.

Insiste sobre el hecho de que la dilatación de las estrecheces no debe ser violenta porque no es a fuerza de agrandar la luz de la misma que esta gana de calibre, sino a beneficio de la leucocitosis que determina el paso de la sonda sobre la estenosis porque provoca la reabsorción de los exudados.

El Dr. G. Alomar expone los resultados que ha obtenido mediante la electrolisis circular empleando sólo de 4 a 5 miliamperes.

El Dr. Mías expuso una observación personal de retención por tétanos que resolvió por punción capilar hipogástrica.



## SECCIÓN VARIA

### En nuestro primer año

### de vida periodística

Hemos cumplido el primer aniversario de nuestra publicación. En igual mes del pasado año vió la luz pública **MURCIA MÉDICA** engendrada por nuestro entusiasmo y afición a las ciencias médicas, sin reparar en la insignificancia de nuestras fuerzas dada la empresa que proyectamos; mas de una parte la buena acogida dispensada por la clase médica, especialmente la de esta región, y de otra el apoyo decidido de nuestra brillante colaboración, han contribuido al progreso y fomento de la Revista que sin pecar de inmodestia calificamos de éxito, ya que así lo han reconocido los más brillantes paladines de la Prensa profesional española.

**MURCIA MÉDICA** no persigue un fin lucrativo; ya dijo en su primera página que sus pretensiones eran fomentar y estimular al estudio de la Medicina. Por esta razón destina a la Revista cuanto ella produce. Anuncio y suscripción todo se invierte en mejorarla con beneficio del lector; sólo así se concibe que por módico precio podamos dar mensualmente sesenta páginas de texto bien editadas con grabados en papel especial, que han de constituir al año un tomo de más de setecientas páginas de interesante lectura suscrita por prestigiosas firmas.

No nos conformamos sólo con esto. En nuestro buen deseo de estimular al estudio y beneficiar a los suscriptores, hemos conseguido de importantes casas editoras como Bailly-Bailliere, Gill, Hijos de Reus, Seix, Usón y otras la representación de sus obras con un tanto por ciento de comisión de venta que dejamos a favor de quienes soliciten su envío. A este efecto preparamos en la actualidad un catálogo general de las obras que podemos ofrecer en estas condiciones a nuestros lectores.

Deseosos de llevar la afición a los estudios médicos en todos sus aspectos abrimos el Concurso que en otro lugar detallamos.

Y finalmente hemos ofrecido a la *Fundación Santa Cándida* un donativo que variará según el resultado de nuestros balances.

Toda esta nuestra labor no la exhibimos a título de soberbia; la modestia exterior tampoco nos seduce; el orgullo legítimo conociendo nuestra obra, nos estimula. Sentimos sí orgullo de poder brindar tales ventajas, que no se deben exclusivamente a nuestro trabajo que hubiese resultado estéril a no ser por el concurso que nos prestan colaboradores, suscriptores y anunciantes.

Nuestra gratitud a todos.

---

## **Bibliografía**

---

### **Legislación sanitaria o El libro de las consultas: Guía práctico de los titulares.**

Acaba de ponerse a la venta este excelente volumen que, como su nombre indica, tiene por objeto proporcionar a los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios, especialmente rurales, cuanto necesitan saber en materia de legislación para no dejarse engañar por caciques y monterillas, capacitándoles para burlar sus *habilidades* y defenderse de sus amañios y trapacerías; libro cuya utilidad no necesitamos encarecer dada la deficiencia en tal sentido (con grave perjuicio de sus intereses morales y materiales) de las abnegadas clases sanitarias, constituyendo el mejor escudo o salvaguardia que pudieran hallar en el ejercicio de sus respectivas profesiones para abroquelarse contra las diferentes truhanerías de que continuamente son objeto, instruyéndolas a la par que en sus deberes y obligaciones, en sus prerrogativas y derechos, por cuya razón será poca toda la atención que se le conceda. Forma un elegante tomo y su precio es de tres pesetas.

Los pedidos al señor Administrador de *Regeneración Médica*, San Pablo, 20, principal. Salamanca.

**Villaporcina (Novela corta de costumbres antihigiénicas), por el Dr. Federico Rivelles, médico-titular.**

Hemos leído este interesante librito de un centenar de páginas en donde su autor nos demuestra conocer la psicología de los pueblos y haber experimentado.

los sinsabores de la práctica rural. La corrección de malsanas costumbres y la vulgarización de los elementos rudimentarios de higiene se propone conseguir el autor. Convendría que los titulares recomendaran a su clientela la lectura de esta bien escrita novela.

#### **Manual de Inspección Médico-escolar.**

El mismo Dr. Rivelles ha publicado un folleto con este título, en donde el médico Inspector de escuelas ha de encontrar sabios consejos relacionados con el desempeño de su cargo y todo lo legislado hasta la fecha sobre dicho servicio. Contiene un prólogo del Dr. Borobio.

#### **Manual del Laboratorio Clínico, por el Dr. Arturo Nuñez.**

El ilustre catedrático de Histología y Anatomía Patológica de la Universidad de Salamanca ha publicado con el título que precede, un interesante libro en donde se encuentra la mayor parte de las fórmulas y métodos empleados en las prácticas de laboratorio. Conocedor el autor, de la necesidad que tiene el práctico de poseer recopiladas las técnicas de más corriente uso y que para conseguirlo precisa buscar y escoger de distintos autores, ha seleccionado de cada cuestión los procedimientos de elección simplificando de esta suerte el trabajo del laboratorista. No es sólo por estas razones utilísimo el libro del Dr. Nuñez, en el que encontrará el lector excelentes consejos dictados por dilatada y sabia práctica.

---

## **Noticias**

*Revista Española de Electrología y Radiología Médicas* reproduce en su número 44 correspondiente a Febrero la nota clínica de nuestro compañero, Doctor Molina, *Angioma de la región supraorbitaria derecha curado por la electrolisis bipolar* y que publicamos en nuestro número 9.

—

**Curso gratuito, para médicos, del tratamiento de la tuberculosis pulmonar por medio del pneumotórax artificial.**—Desde el día 15 de este mes hasta el 25 inclusive, explicará el Dr. Gutiérrez-Gamero un curso eminentemente práctico del

tratamiento de la tuberculosis pulmonar por medio del pneumotórax terapéutico, con colaboración de los doctores Coca, Utrera y Méndez.

Para condiciones, programas y adhesiones, en la Redacción de la revista *España Médica*, San Marcos, 39, bajo.—Madrid.

—•••—

Casi toda la Prensa profesional reproduce las condiciones de nuestro concurso. Agradecemos a los aludidos colegas la atención que nos dedican.

—•••—

La casa editora de Barcelona Gustavo Gili, nos ha enviado una *Colección de tarjetas para facilitar el estudio de la Química*, que por creerlas de utilidad suma para el objeto que fueron hechas, no dudamos en ofrecerle nuestra recomendación.

—•••—

La Junta directiva de la Sociedad Ginecológica Española ha quedado constituida previa votación, para 1916 y 1917; en la siguiente forma:

Presidente, Dr. D. José María Blanc; Vicepresidente primero, Dr. D. Isaac Moreno; Vicepresidente segundo, Dr. D. Armando de Udaeta; Secretario general, Dr. D. Fernando Villanueva; Idem de actas, Dr. D. José María Otaola; Vicesecretario, Dr. D. Luis Romeo; Tesorero, Dr. D. Tomás García López, y Bibliotecario, doctora señorita Rosario Lacy.

---

---

## Publicaciones recibidas

*Notas clínicas de Cirugía Urológica*, por el Dr. Carlos Negrete.

*Villaporcina*, (novela corta de costumbres antihigiénicas), por D. Federico Rivelles.

*Manual de Inspección Médico-Escolar*, por D. Federico Rivelles.

*Obstetricia de Urgencia*, por los Dres. C. Berkeley y V. Bonney.—Editor M. Marín. Barcelona.

*Manual del Laboratorio Clínico*, por el Dr. Arturo Núñez.

—•••—

# 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.º El tema es de libre elección.
  - 2.º Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
  - 3.º Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
  - 4.º Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc. que el tema requiera.
  - 5.º Los trabajos premiados quedan de propiedad de esta Revista.
  - 6.º 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.º 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.

---

---

## Correspondencia administrativa

### con nuestros suscriptores

- D. Evaristo Manero, Alicante.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Manuel Más Gilabert, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Esteban Esparza, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Julio España, Alicante.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. José Estruch, Alicante.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Fulgencio Romera, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.

- D. Miguel Gueri, Alicante.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Ramón de Robles, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Nicolás Marín, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Arturo Massotti, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. José Buades, Alicante.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Rafael Ramos, Alicante.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. José Pastor Cano, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Felipe Reverte, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Joaquín Candela, Alicante.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Ricardo Domenech, Alicante.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Juan Solé, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Juan Francisco Meca, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Juan González Florez, Huercal-Overa. Queda V. suscripto por el año 1916.
- D. Matías Ramírez, Arcanachel.—Queda V. suscripto por el año 1916.—Recibido el importe de dicha suscripción.
- D. Pedro Caballero, Lumbreras.—Queda V. suscripto por el año 1916.—Recibido el importe de dicha suscripción.
- D. Eduardo Amorós, Alicante.—Queda V. suscripto por el año 1916.—Recibido el importe de dicha suscripción.
- Sres. García Rogel y Escolano, Orihuela.—Enviados 4 ejemplares del número 10 como solicitaron ustedes. No se los cargamos en cuenta.

*(Continuará).*



**CONSULTA**

→ DE ←

**Enfermedades** ≡  
≡ **del PECHO**

A CARGO DE

**D. J. A. 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**