

MURCIA MÉDICA

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

— ÓRGANO OFICIAL DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE MURCIA —

AÑO III

MURCIA-MAYO-1917

Núm. 26

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*.—J. EGEA, *Urología*.—J. GALLEGU, *Pediatría*.—F. GINER, *Aparato digestivo*.—A. GUILLAMÓN, *Biología*.—J. A. MARTÍNEZ L. DE GUEVARA, *Aparato respiratorio*.—J. A. MOLINA NIÑIROLA, *Electrología*.—E. PALAZON, *Dermatología*.—M. PRECIOSO, *Cirugía general*.—A. ROMERO, *Oto-rino-laringología*.—J. RUIZ MEDINA, *Neurología*.—J. SANCHEZ POZUELOS, *Aparato circulatorio*.—J. VINADER, *Medicina general*.

COLABORADORES.—DOCTORES: ALBALADEJO, Murcia.—ALBASANZ, Madrid.—AROCA, Murcia.—AYUSO, Murcia.—AZÚA, Madrid.—BARAJAS, Madrid.—CAMPOS FILLOL, Valencia.—CAÑIZO, Salamanca.—CODINA CASTELLVÍ, Madrid.—CUBELLS, Albacete.—DECREF, Madrid.—DEL RÍO, Zaragoza.—FERNANDEZ, Granada.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GARCÍA TRIVIÑO, Madrid.—GÓMEZ OCAÑA, Madrid.—GÓMEZ, Murcia.—GONZALEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAFZ, 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.—PASTOR, Valencia.—PESET (Juan), Valencia.—PESET (Tomás), Valencia.—PIGA, Madrid.—PIQUER, Murcia.—PITTALUGA, Madrid.—RAMÓN Y CAJAL (Santiago), Madrid.—RECASENS, Madrid.—RODRÍGUEZ FORNOS, Valencia.—ROYO GONZÁLVEZ, Salamanca.—SANCHEZ DE RIVERA, Madrid.—SANCHEZ GARCÍA, Murcia.—TOLOSA LATOUR, Madrid.—VERDES MONTENEGRO, Madrid.

COLABORACIÓN AMERICANA.—DOCTORES: MIGUEL ANGEL, Médico de la Asociación Española de Socorros Mutuos de Buenos Aires.—KRAUS (R.), Director del Laboratorio del Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires.—RAGUSIN (N.), Médico de los Hospitales Militar y de Niños de Buenos Aires.

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

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Sobre el tratamiento de las afecciones nerviosas de origen sífilítico*, por el Dr. Miguel Angel Cremades.—*Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas de la tuberculosis renal y vesical*, por el Dr. Manuel Barragán.—*El pulso venoso*, por el Dr. Luis Calandre.—PRENSA PROFESIONAL: *Cartas Médicas*, por el Dr. González Aguilar.—SECCIÓN OFICIAL: *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia*.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Sociedad Española de Especialistas de Pecho*: Sesión del día 27 de Marzo de 1917.—*Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña*: Sesión del día 14 de Junio de 1916.—SECCIÓN VARIA: *Fundación Santa Cándida*. *La actitud de «Los Progresos de la Clínica» y la de MURCIA MÉDICA*.

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.

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

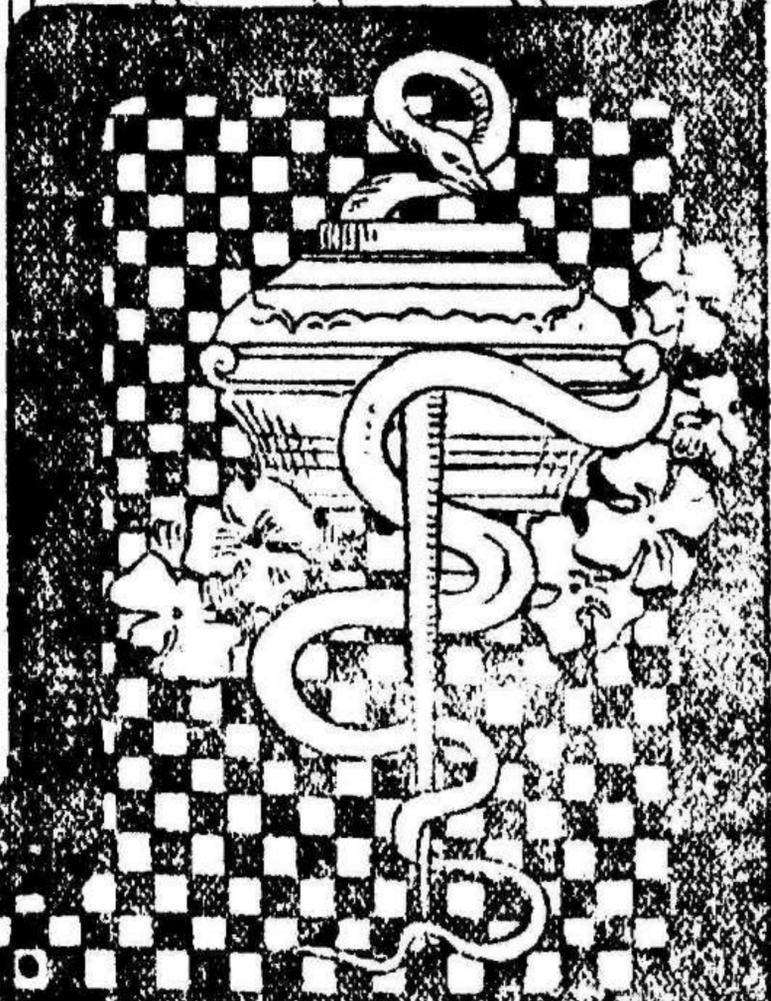
Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



FARMACIA
CATALANA

DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



FARMACIA

—+ Y +—

Druggeria

Viuda de Ruiz Seiquer

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos _____

_____ Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones

—+ + +—

Plaza de San Bartolomé

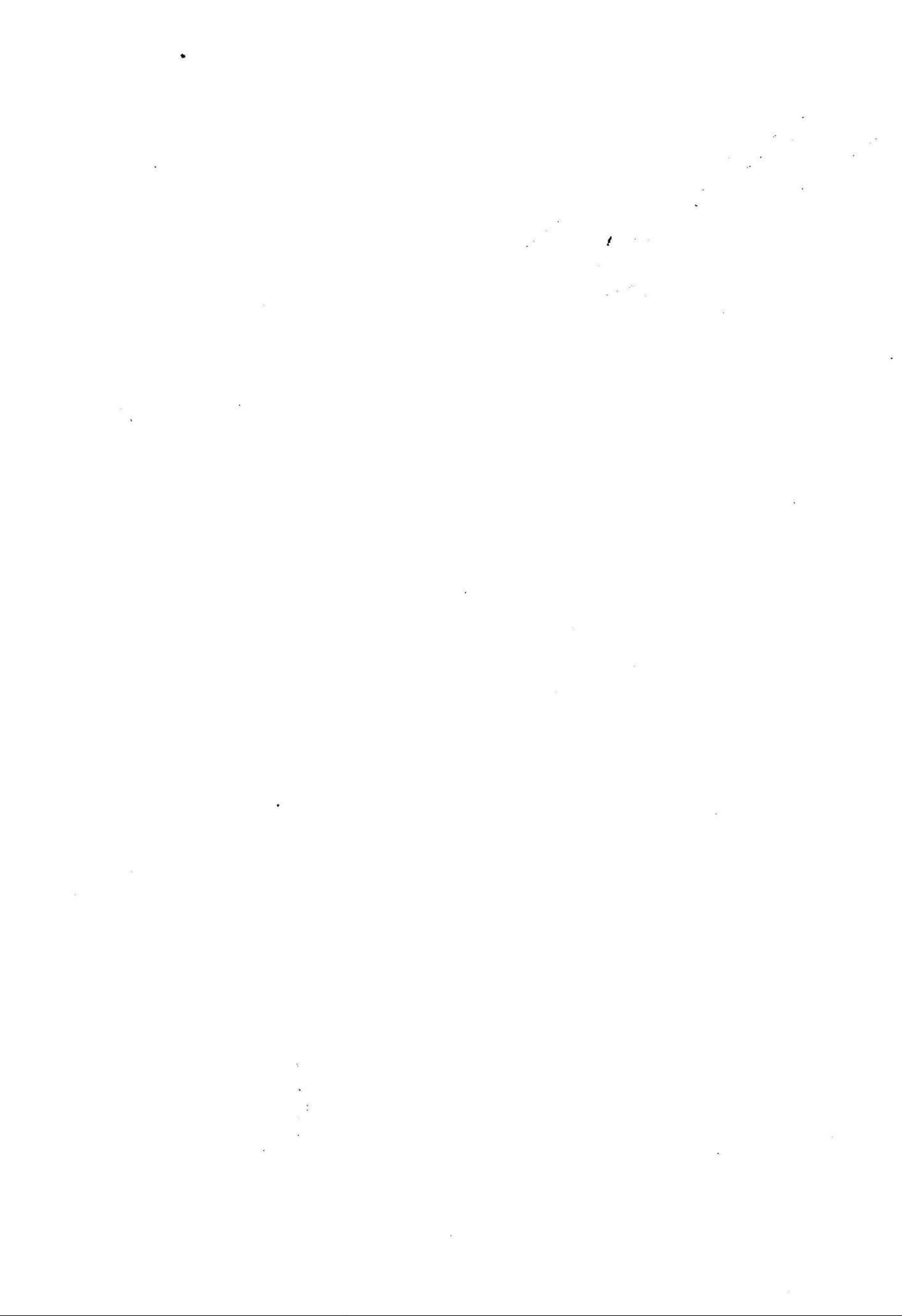
MURCIA



92 9

NUESTROS
COLABORADORES

Dr. Miguel Angel
Médico de la Asocia-
ción Española de So-
corros Mutuos de
Buenos Aires ::::



MURCIA MÉDICA

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

— Organó oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia —

Año III .. Mayo 1917 .. Núm. 26

TRABAJOS ORIGINALES

COLABORACIÓN AMERICANA

Sobre el tratamiento de las afecciones nerviosas de origen sifilítico

Por el DR. MIGUEL ANGEL CREMADES

Médico de la Asociación Española de Socorros Mutuos de Buenos Aires

Dos puntos culminan en el campo de este vasto problema y sin los cuales, todas las tentativas en el tratamiento de un tan importante grupo de afecciones como lo es el de la sífilis nerviosa, hubieran sido vanas, como lo fueron hasta entonces; dos descubrimientos, el uno de índole química, el medicamento de Ehrlich, y el otro de índole microbiológica, la demostración del espirocheto pálido por Noguchi, en la substancia nerviosa de enfermos afectados de localizaciones específicas tenidas como secuelas de la sífilis, han sido necesarios para cambiar por completo amplios conceptos nosológicos, patogénicos y terapéuticos tenidos hasta hace poco como fundamentales en medicina.

Uno y otro se complementan y sobre ellos gira todo el magno problema que los prácticos pretenden resolver, y sobre los que aún no se ha dicho la última palabra, después de múltiples variaciones en los métodos y procedimientos e interpretaciones de los resultados obtenidos; pero parece ser que se lleva camino de cambiar el trágico concepto que sobre ciertas afecciones pesaba como fatal.

Siguiendo detenidamente el estudio de los trabajos que se han dedicado a este

asunto, hay que convenir en que se ha caminado con una relativa rapidez, pues cada nueva concepción y cada nuevo experimento, ha contribuído, cuando menos, a provocar ideas y a sugerir conceptos, que paso a paso se van señalando en el campo del tratamiento de las afecciones sifilíticas, por un nuevo adelanto o por una dificultad que enardece más y más en la lucha contra la avariosis.

La entrada y reglamentación, pudiéramos decir, en la práctica corriente, del salvarsan en el tratamiento de la sífilis, vino también a engendrar otro problema: después de los temores de su peligrosa administración producidos por casos desgraciados, surgió el fracaso de la idea primitiva de su autor sobre la esterilización total del organismo por medio de dosis masivas de este medicamento y últimamente ante esta impotencia, corroborada por el laboratorio y la clínica, las tentativas en el cambio de vía de administración, ha venido a plantear nuevas bases, que son las que pretendemos comentar en este modesto estudio de recopilación de labores dispersas sobre materia tan interesante como es el tratamiento de la sífilis nerviosa por las inyecciones intra-raquídeas de neo-salvarsan y las indicaciones y condiciones de su uso en el actual momento médico.

* * *

La idea primordial que ha guiado a los autores en el tratamiento de las encefalopatías sifilíticas, ha sido el poner en contacto el medicamento con los focos de substancia enferma.—Esta idea, ha nacido de la rebeldía de los tratamientos ensayados anteriormente y se supone debida a la dificultad de que dichos medicamentos establecieran dicho contacto, o a que las acciones y reacciones fisio-químicas que se buscaban, atravesaran ciertas barreras naturales y obraran en consecuencia.

Sabida pues la localización del grupo de afecciones nervioso-sifilíticas, y siendo de práctica corriente en otras enfermedades la medicación intra-raquídea, se pensó en la introducción de los diferentes medicamentos de acción anti-sifilítica en las meninges medular y cerebral, para ver de influenciar los estados morbosos dependientes de la acción del espirocheto pálido de Schaudinn.

A fuerza de tentativas y ensayos se han podido individualizar varios procedimientos que sus autores han procurado con todo esmero simplificar y que estadísticas y estudios posteriores han de decidir el porvenir que les reserva en cuestión tan delicada.

Procedimiento de Swifte y Ellis.—Previa inyección intra-venosa de salvarsan extraen sangre y separan el suero, el cual mezclan con suero salado al 40 % que colocan en la estufa a 56° durante media hora.—Extraen después 15 c. c. de líquido céfalo-raquídeo e inyectan 30 c. c. del suero preparado y debidamente ca-

lentado a la temperatura del cuerpo en el canal raquídeo. Elevan después la posición de la cama durante una hora. Espacian las inyecciones tres semanas.

Fundamentos —El suero sanguíneo de los sífilíticos tiene un poder curativo cierto y por el suero sanguíneo de los enfermos tratados por el salvarsan, se han podido curar lesiones cutáneas de niños sífilíticos y mejorar enfermos afectos de síntomas secundarios importantes y disminuir la intensidad de la reacción Wassermann. La mejoría es debida a los anticuerpos o a pequeñas cantidades de salvarsan modificadas y llevadas a su más alto valor terapéutico. El suero más activo es el obtenido una hora después de la inyección intravenosa de salvarsan.

Conclusiones.—Mejoría de los síntomas generales. Disminución de la albúmina del líquido céfalo-raquídeo. Linfocitosis a la cifra normal y en dos casos el Wassermann se hizo negativo, aunque este es el más difícil de modificar. Aconsejan combinar las inyecciones intra-venosas de salvarsan con las inyecciones intra-raquídeas de suero del enfermo adicionado de pequeñas cantidades de neo-salvarsan.

Procedimiento de A. Maris y Levaditi—Técnica: Una cantidad dada de neo-salvarsan, se disuelve en un volumen determinado de agua destilada recientemente esterilizada, de manera que 1 c. c. de la solución contenga la dosis a inyectar. Hacen salir tres o cuatro c. c. de líquido céfalo-raquídeo por punción lumbar y después por la misma aguja inyectan la dosis de neo-salvarsan. Tienen cuidado de aspirar en la jeringa un poco de líquido céfalo-raquídeo, de manera que la solución medicamentosa llegue al canal raquídeo previamente mezclada a este líquido. Se acuesta al enfermo una vez terminada la inyección guardando el decúbito durante algunas horas.

Fundamentos.—Marinesco y Minea, admiten la opinión de que en los paralíticos generales las lesiones son provocadas por espirochetos refractarios al mercurio o al arsénico, por consecuencia invencibles a la acción microbicida de estos medicamentos. Pero la arseno-resistencia (Ehrlich) o la mercurio-resistencia (Lanoy-Levaditi) son propiedades adquiridas por los espirochetos o treponemas a consecuencia de un contacto probable con los medicamentos en el organismo tratado: Y sífilíticos no tratados o poco tratados son los paralíticos generales y no está demostrado que en estos enfermos la medicación antisifilítica obre mejor que en los paralíticos tratados anteriormente.

Por otra parte, los arsenicales o los mercuriales, no producen efecto en los paralíticos generales porque ciertas condiciones anatómicas o patológicas se oponen a que estas substancias lleguen a la corteza cerebral y ataquen a los treponemas. Si se tienen en cuenta los trabajos de Petit y Girard y de Goldmann se puede suponer con estos autores, que el paso de ciertos productos al líquido cé-

falo-raquídeo, está condicionado por el paso de los plexos coroides, verdadera glándula secretoria, y también se sabe, que estos plexos están lesionados en la parálisis general. Además, se conocen la frecuencia y la intensidad de las lesiones peri-vasculares de la corteza cerebral en los paralíticos y se puede suponer que quizás las manchas cerebrales que rodean a los vasos espesan el filtro y detienen el medicamento. Esta hipótesis es la que parece mas apta para explicar la insuficiencia de la medicación anti-sifilítica en la parálisis general y la que les ha guiado para el tratamiento por las inyecciones intra-raquídeas del neo-salvarsan, siguiendo el método inaugurado en 1900 por Sicard.

Resultados.—Han practicado tres series de inyecciones semanales en enfermos en todas las fases de parálisis general. Las dosis han sido de 5 miligramos a 4 centigramos. Con las dosis fuertes sólo se han obtenido fracasos; no así con las débiles pues se han conseguido mejorías muy apreciables.

La ineficacia de estos primeros ensayos son atribuidos por sus autores, a que el medicamento no se pone suficientemente en contacto con el tejido enfermo de la corteza cerebral, quedando radicado en las partes declives del saco raquídeo, cuyos tejidos lo absorben rápidamente como lo indican los trastornos producidos sobre los segmentos inferiores de la médula, vesicales y motores y se preguntan si no habría medio de llevar a los territorios dañados dentro de la dura madre cerebral, la medicación, lo que no les parece imposible, dada la relativa tolerancia de la región medular inferior.

Procedimiento de Sicard.—Sicard ha empleado dos procedimientos; el uno con el cianuro de Hg. en la siguiente fórmula:

Cianuro de Hg. 1 a 2 décimas de miligramo.

Novocaína 1 centigramo y medio.

Agua salada al 5 por mil dos centímetros cúbicos en una ampolla esterilizada a 100°.

Cada diez o quince días, inyecta una ampolla después de la punción lumbar, durante cuatro o seis meses. Emplea cianuro porque no precipita la albúmina del suero del líquido céfalo-raquídeo.

También usa el neo-salvarsan. Después de hacer una inyección intra-venosa de este compuesto de 0'45 a 0'90 gramos, extrae inmediatamente con una jeringa de 5 a 8 c. c. de sangre y la inyecta en el canal medular. También ha inyectado igualmente por vía aracnoidea el suero solo de la sangre al día siguiente de extraído.

Fundamentos.—Sicard y Reilly al no constatar la presencia del yoduro potásico ingerido por los paralíticos generales en el líquido céfalo-raquídeo de los mismos, justificaron en 1900 el método de estas inyecciones, demostrando que la permeabilidad meníngea, es muy restringida y algunas veces nula para las sustancias

medicamentosas introducidas por vía extra-meníngea. Las enfermedades llamadas parasifilíticas, desde el descubrimiento del treponema en el parénquima de la masa encefálica, caen bajo el criterio de las sífilis primarias o secundarias; hay que tratarlas directamente, por eso las inyecciones intra-venosas no tienen eficacia alguna en la parálisis general y de este modo la terapéutica directa se impone.

Resultados.—Con el cianuro, las reacciones son a menudo muy vivas a pesar de las dosis débiles, en los tabéticos y meningomielíticos. Se agravan los dolores fulgurantes, pero a las 24 horas se calman, mejorando. En los paralíticos generales, los resultados son variables. Con el neo-salvarsan resultados casi iguales.

Procedimiento de Rabaut.—Técnica: Se disuelven en 10 c. c. de agua esterilizada 60 cgs. de neo-salvarsan. Esta solución es hipertónica y representa cada gota de agua 3 mgs. de medicamento. Por medio de una jeringa graduada especial, inyecta de una a cuatro gotas (3 a 12 mgs.): La mezcla de la solución y el líquido céfalo-raquídeo se hace en la jeringa.

Manual operatorio:

- 1.º Disolución.
- 2.º Cargar la jeringa con la solución deseada a inyectar.
- 3.º Practíquese la punción lumbar y déjese correr algunos c. c. de líquido.
- 4.º Adoptar la jeringa y aspirar 1 c. c. de líquido: hágase así la mezcla.
- 5.º Inyectar lentamente. Se hace la aspiración de nuevo y se vuelve a inyectar.
- 6.º Retirar la jeringa y aguja al mismo tiempo. Se hace acostar al enfermo con la cabeza baja y las caderas en alto. Si el líquido de la punción sale sanguinolento no se debe inyectar.

Resultados.—En nueve enfermos, ha practicado 63 inyecciones asociadas a las intravenosas, sin haber tenido accidentes serios. Se han quejado algunos de lentitud en la micción pero no ha habido necesidad de recurrir al cateterismo y ha notado mejoría en muchos.

A estas cuatro variantes y a sus combinaciones se pueden reducir los procedimientos puestos en práctica para el tratamiento de la sífilis del eje cerebro-medular. Así obran Wechselmann, Jeanselme, Marinesco, Marcorelles y Arnault-Tzanck que han publicado trabajos, entre otros muchos, como los argentinos Alurralde y Ragusin.

* * *

En vista de estos variables e inseguros resultados, Sicard se pregunta, si los tres o cinco mgs. de neo-salvarsan inyectados en el saco arañóideo llegarán o

no a la corteza cerebral, y si ellos representarán el límite de tolerancia; pero sus experiencias antiguas demuestran que después de la inyección lumbar de tinta china en el perro, las partículas negras no llegan más que lentamente y muchos días después de la inyección en cantidad ínfima, a la corteza cerebral. Y es lo que le ha movido a emplear la vía cerebral.

Con *Lapointe*, ha practicado, (Octubre 1913) a los paráliticos generales, en cada lado del cráneo, en la región anterior, una pequeña brecha, y ha introducido suero artificial, en dosis de 5 c. c. a una profundidad frontal de 1 c. alrededor, a fin de determinar los trastornos de la permeabilidad de la pia madre cerebral y de permitir así al suero inyectado al día siguiente por vía venosa, llegar más fácilmente en contacto del espirocheto. Convencidos que la repetición de las inyecciones, no producían trastornos, las han practicado sub-aracnoidales cerebralmente de un décimo de milígramo de cianuro de Hg. disuelto en 5 c. c. de agua clorurada al 5 por mil las que han sido bien toleradas.

Passen, ha publicado una observación de inyección de sublimado en la base del cerebro, en un caso de meningitis específica, que demuestra que el Hg. bien dosificado, administrado por la vía de las meninges cerebrales, no provoca accidentes graves.

Beriel (de Lyon), en varios trabajos publicados sobre la vía intra-craneana en el tratamiento de las sífilis nerviosas, dice que es indolora y menos molesta que la punción lumbar, según su técnica, e inyecta hasta 20 c. c. de líquido sin molestias ni peligros.

Ha tratado a dos paráliticos generales por este procedimiento, inyectándoles 1 cg. de neo-salvarsan y observando grandes trastornos y a otros dos, siguiendo el proceder de Swift y Ellis o sea sangre del mismo enfermo neo-salvarsanizado mezclado con suero fisiológico al 40 por %, habiéndolo tenido una hora en la estufa a 56° y después la inyección intra-craneana. La extracción de la sangre la hace a la hora de la inyección intra-venosa, y posteriormente ha modificado el proceder extrayendo la sangre a los dos o tres días de la inyección intravenosa de neo-salvarsan.

De todos estos datos recopilados y de muchos más que se podrían citar, se desprende para nosotros dos consecuencias que modestamente vamos a exponer: La dificultad cada vez más creciente para el práctico del tratamiento de estas afecciones y la dirección siempre unilateral que se ha seguido en busca de la solución de este problema.

Efectivamente; cada vez se está haciendo más difícil en la práctica, decir, cuando un específico está curado o no. En el estado actual de nuestros conocimientos, en individuos sospechosos de sífilis nerviosa, o mejor, en luéticos que han su-

frido tratamiento simple o combinado, se hace necesario para sentar indicaciones, variadas operaciones que requieren tiempo y elementos coadyuvantes de laboratorio.

Sabida es la poca utilidad prácticamente de una simple reacción Wassermann positiva o negativa en la sangre (Ravaut-Nicolas y Gaté) que no vaya acompañada de otros elementos de diagnóstico y la cosa aumenta de dificultad al menor síntoma que señale el enfermo de que su sistema nervioso está dañado; y como es muy lógico y se pecaría de descuidado, si no se escudriñaran minuciosamente los síntomas primarios de localización del treponema en dicho sistema para prepararnos a una acción más activa, las complicaciones aumentan. Para esto es necesario el examen citológico del líquido céfalo-raquídeo, el de la albúmina y el Wassermann del mismo. Una vez instituido el tratamiento y vistos los resultados clínicos obtenidos, está comprobado que aun siendo estos favorables no bastan; las punciones lumbares y los análisis han de repetirse de tiempo en tiempo hasta que sean completamente satisfactorios.

En los trabajos publicados a este respecto, se ve cuán difícilmente influenciabiles son algunas de estas reacciones, aun por los tratamientos más activos y es muy difícil encontrar enfermos que se presten tan largamente a esta comprobación en la práctica diaria y aun en la hospitalaria. Si a esto se añaden los diferentes, variados e inconstantes resultados obtenidos por estos modernos tratamientos, se comprenderá la confusión que acompañe al práctico en presencia de muchos casos.

Hay que simplificar pues, el camino a seguir y por el estado actual preveo que tardará tiempo antes que entren en la práctica corriente el tratamiento de las encefalopatías de origen sifilítico que hoy día quedan reducidas a la órbita de los grandes maestros.

¿Contribuirá a este estado de cosas el método seguido en buscarle solución? Como decíamos al principio, la idea matriz ha consistido en poner en contacto el medicamento con el tejido impregnado de espirochetos para destruirles como se esterilizan *in vitro* los cultivos. No hay que dudar que asimismo acontece en el organismo en la mayoría de los casos; pero no siempre. No en vano pasan por los tejidos los microgérmenes y no en vano se difunden por el organismo sus venenos. Y aunque es verdad que no podemos pedirles imposibles a la medicina, los tejidos degenerados, los tejidos alterados en su substratum, tan delicado como el nervioso; células y fibras de asociación y de sostén destruidos o transformados en su constitución íntima, difícilmente volverán a ser, ni a servir, pese a la reorganización de esta substancia, también estudiada por nuestro insigne Cajal. Ya sabemos que esto, está descartado en puro concepto médico. Los neuro-histólogos dan fe de ello.

Tendríamos una prueba de lo que decíamos más arriba en el fracaso que el tiempo se ha encargado de confirmar (sin perder ni un ápice su gran valor terapéutico) del concepto de la esterilización rápida y completa del organismo infectado por el medicamento de Ehrlich. Y más patente en el resultado contradictorio obtenido por la mayoría de los que han publicado sus ensayos sobre esta cuestión.

Y aunque no es posible negar la bondad del fundamento del método porque sería ilógico dudar de él por su sencillez, nos parece demasiado unilateral, si se nos permite la expresión, aunque nadie haya significado tampoco la exclusividad del método, dejando al buen criterio del clínico los medios terapéuticos coadyuvantes.

Si por otra parte consideramos las tentativas de tratamiento por acciones sustitutivas pudiéramos llamar, accesos de fijación, enfermedades infecciosas, etc. en las que se busca un mayor estímulo de las defensas orgánicas, la acción de las inyecciones aracnoides como dice Ragusin, sería más compleja, y no se limitaría sólo a la acción de presencia, sino que habría que considerar también la hiper-leucocitosis provocada, bastante digna de tener en cuenta.

Hasta aquí que sepamos el estado del problema, a cuyo estudio nos ha llevado una antigua afición y tenemos fe en que triunfará la labor de los hombres de ciencia que dedican sus actividades a este asunto, sobre todo si se logra modificar algún tanto el método en el sentido de que los tejidos se impregnen más fácilmente de los medicamentos sin dañar la substancia nerviosa sana y la que esté apta para sufrir una especie de regeneración de las funciones que le estén encomendadas.

BIBLIOGRAFÍA

Lavau.—Sobre la meningitis meta-chancrosa y pre-roseólica.—*Annales de Dermat. et Siphyl.* Mai 1914, n.º 5, pg. 280.

Audry y Lavau.—Sobre las meningitis pre-roseólicas.—*Annales de Dermat. et Siphyl.* Janv. 1914, n.º 1, pg. 28.

Noguchi.—Parálisis general y sífilis. Oct. 1913. *Pres. med.*, n.º 81, pg. 805.

Baudouin.—Peri-encefalitis sífilítica. Cura por el 606.—*Bull. et men. de la Soc. des Hop. de Paris.* Juin. 1912, pg. 894.

Jeanselme y Chevalier.—Investigaciones sobre las meningopatías secundarias clínicamente latentes.—*Revue de med.* 1912, pg. 329.

Ravaut.—Estudio biopsico de la meningovascularitis sífilítica.—*Pres. med.* 1911, n.º 77, pg. 761 y *Mond. med.* Oct. 1911.

Pellissier.—El empleo del 606 en las afecciones del sistema nervioso de origen sífilítico.—*L'encephale.* Oct. 1911.

Sezary.—La meningitis para-sífilítica.—*Pres. med.* Aout. 1911, pg. 673.

Dreyfus.—Los métodos de examen del líquido céfalo-raquídeo en la sífilis.—*Mitchener medizinische wochenschrift*. 1913, n.º 47, pg. 2567.

Dufour.—Acción del 606 sobre la linfocitosis raquídea de los tabéticos.—*Bull. et men. de la Soc. med. des Hop. de París*. Mai. 1911, n.º 18.

Millian.—Influencia del tratamiento hidrargírico sobre la tabes en relación con la linfocitosis.—*Soc. de Derm.* Avril. 1903, pg. 193.

Audry.—Sobre las neuro-recidivas sífilíticas posteriores a las curas del 606. Sobre las causas y el medio de prevenirlas.—*Prov. med.* Nov. 1911.

Azúa.—Neuro-sífilis después del salvarsan en un secundario. Parálisis facial doble. Laberintitis. Parálisis del motor ocular común. Síntomas meníngeos difusos.—*Rev. cli de Madrid*. Agosto 1912, pg. 158.

Jeanselme y Vernes.—Indicaciones terapéuticas sacadas de la reacción Wassermann y de la punción lumbar en los sífilíticos.—*Bull. et mem. de la Soc. de med. de P. Mars*. 1912.

Nicolas y Gaté.—La reacción Wassermann positiva tiene un valor positivo?—*Soc. de Derm. y Siphyl.* Avril. 1914, n.º 4, pg. 200.

Ravauf.—Los errores de interpretación de la reacción de Wassermann. *Annales de Derm. et Siphyl.* Mai. 1914, n.º 5, pg. 285.

Beriel.—La punción de los espacios aracnoideos encefálicos. Técnica. *Lyon chirurg. Aut.* 1909.

Sicard y Bloch.—Tratamiento por el arseno-benzol de la sífilis nerviosa y de la parálisis nerviosa.—*Comunicaciones a la Soc. de med. de P.*—Dibre 1910 y Mayo 1911.

Wechselmann.—Sobre la inyección intra-raquídea de neo-salvarsan.—*Deut-medizinische woch.* 1912, n.º 31, pg. 1447.

Swift y Ellis.—El tratamiento directo de las enfermedades sífilíticas del sistema nervioso central.—1912. Jul. pg. 53. *New-York med. Journal*.

Marinesco.—Inyecciones intra-raquídeas de neo-salvarsan.—*Zeitsch. firdiated. med. physik.*—*Therapie*. 1913, pg. 194.

Beriel y Durand.—Nota para servir de estudio a un tratamiento de la tabes y de la parálisis general por inyección aracnoidal de suero humano conteniendo anticuerpos sífilíticos.—*Bull. et mem. de la Soc. des Hop. P.*—Jan. 1914, pg. 101.

Sicard.—Inyecciones sub-aracnoides.—*Jour. med. francais*. Mai. 1913.

Ravauf.—Dos casos de sífilis nerviosa tratados por las inyecciones intra-raquídeas de Hg. y salvarsan.—*Gacete des Hopitaux*. Juin. 1913.

Passen.—Inyección de sublimado en la base del cerebro en un caso de meningitis específica.—*Rousky Vratch. Spbre.* 1913, pg. 1335.

A. Marie y C. Levaditi.—Ensayos del tratamiento de la parálisis general por aplicaciones del neo-salvarsan en el canal raquídeo.—*Bull. et men. de la Soc. des Hop. de P.* Nobre. 1913.

Ravauf.—Inyecciones intra-venosas de neo-salvarsan en el tratamiento de la sífilis nerviosa.—*Bull. et mem. ect.* Dbre. 1913, pg. 752.

Sicard y Reilly.—Parálisis general, reacción Wassermann y salvarsan.—*Bull. et men. ect.* Dbre. 1913, pg. 761.

Sicard y Reilly.—Cráneo-centesis e inyecciones sub-aracnoidales cerebrales. Dbre. 1913, pg. 861.

Levadifi, Marie-Martel.—Inyecciones de suero salvarsanizado bajo la dura madre cerebral en los paralíticos generales.—Soc. de Biol. Dbre. 1913.

Beriel.—Nota para servir de estudio a las inyecciones aracnoidales en la sífilis nerviosa. Inyecciones lumbares e infra-cranianas.—Bull. et mem. Dbre. 1913, pg. 980.

Marcorelles y Arnaul-Tzanck.—En algunos casos de sífilis nerviosa el tratamiento por las inyecciones intra-raquídeas es recomendable?—Bull. et mem. ect. Jul. 1914, pg. 194.

Alurralde.—Sobre la práctica de las inyecciones intra-raquídeas de neo-salvarsan en el tratamiento de la sífilis nerviosa. Soc. med. Arg. Nobre. 1915.

Ragusin.—Algunos progresos en el tratamiento de la sífilis nerviosa, en especial por las inyecciones sub-aracnoides.—Soc. med arg. Nobre. 1915.

Buenos Aires, Marzo-1917.



Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas

de la tuberculosis renal y vesical (*)

POR EL DR. D. MANUEL BARRAGÁN

Lema: REPARAD EN LOS MEDIOS PARA LLEGAR AL FIN

Corrían los años desde 1888 a 1898, yo prestaba mis servicios en la sección de cirugía de uno de los hospitales más importantes de España y de mayor movimiento médico y quirúrgico. En aquellos tiempos, nos contentábamos sólo con abrir las pionefrosis tuberculosas cerradas, casi nunca las abiertas, dejando morir a todos los enfermos atacados de tuberculosis renal sin otra intervención quirúrgica.

En 1898—si no recordamos mal—Czerny salvó la vida de un enfermo de tuberculosis renal unilateral con la extirpación de este. En 1899, Azcárreta publicó dos casos de nefrectomía en la *Revista de Ciencias Médicas*, de Barcelona, por la misma causa y con los mismos resultados. Desde esta época, sobre todo en los últimos diez años, el número de nefrectomías por tuberculosis renal unilateral aumentó de un modo considerable en Francia, Alemania, Inglaterra, Italia, Estados Unidos, etc., gracias a los datos aportados por el análisis microscópico y químico de las orinas, recogidas en conjunto, y sobre todo aisladas por el cateterismo uretral o por tabicamiento endovesical, la inoculación en los cobayos del pus contenido en ellas y los perfeccionamientos en la técnica.

No han sido, ciertamente, los cirujanos y urólogos españoles los que menos labor aportaron a este importante capítulo de patología renal, pudiendo asegurar, sin temor a equivocarnos, que respecto a tuberculosis renal y su tratamiento médico y quirúrgico, estamos por lo menos, al mismo nivel que las demás naciones; a cuyo fin contribuyeron Profesores tan ilustres, como Ribera, San Martín, Giménez, Mollá, Peña, Guedea, González Bravo, Pulido, Cardenal, Goyanes, Negrete y Cifuentes, de Madrid; Azcárreta, Esquerdo, Perearnau, Rivas, Bartrina y Serrallac, de Barcelona; Lozano, de Zaragoza; Seres, de Sevilla, etc.

(*) Premiado en el Concurso de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, celebrado en 1916.

En Marzo de 1900 hice la primera nefrectomía por tuberculosis renal unilateral con éxito, si bien quedó una pequeña fistula que tardó en cicatrizar tres meses.

En 1901, al practicar la nefrectomía en un enfermo de pionefrosis cerrada, me encontré con que el riñón estaba convertido en una serie de cavidades llenas de pus espeso. Quedaba tan poco tejido renal servible, que practiqué la nefrectomía, con éxito tan lisonjero, que el enfermo estaba curado a los veinte días. Del examen microscópico resultó un riñón tuberculoso. Las orinas de este enfermo fueron analizadas antes de operarle, sin encontrar el bacilo de Koch.

Entusiasmado con este éxito, en el mismo año, hice otras dos nefrectomías, una con diagnóstico hecho de tuberculosis renal, porque se comprobó la presencia del bacilo en la orina, y otra en que no pudo apreciarse, aunque el enfermo tenía todos los síntomas de tuberculosis renal y además con antecedentes hereditarios. Los dos fracasaron de uremia después de la intervención: el uno a los tres días y el otro a los cinco, comprobando por el análisis patológico del último que efectivamente era tuberculoso.

Estas dos muertes borraron por completo los entusiasmos que me produjeron los primeros casos y hasta últimos de 1903 traté a mis enfermos tuberculosos renales por el método internista, no sólo por el fracaso—¡quién no los tiene actualmente!—sino también por el temor que quedó en mi ánimo de que la muerte de estos dos operados, tuviera por causa el no poner en función todos los medios de exploración de entonces, para investigar la función del riñón que había de quedar y la unilateralidad de la lesión, que, al haberlo hecho, los hubiera conceptuado como inoperables probablemente.

Desde entonces a la época presente, más familiarizado con el cateterismo uretral, siempre que se me han presentado enfermos sospechosos de tuberculosis renal, antes de operarlos, comprobé que la lesión tuberculosa renal era unilateral, y además, la suficiencia funcional del riñón opuesto; pero tengo necesidad de confesar, que de los muchos enfermos de esta clase con tuberculosis renal confirmada que he visto desde entonces, sólo llegaron en el primer periodo 9, a los cuales hice la nefrectomía, con 7 éxitos y 2 muertes. Los restantes, en número de 82, unos tenían tuberculosis de otros órganos, en otros era bilateral, en otros vesical y renal, y en algunos con insuficiencia del riñón opuesto.

Como al desarrollar el tema *Cirugía en la tuberculosis renal y vesical aisladamente*, sin la parte que al internista corresponde, resultaría incompleto; tendremos que decir algo del tratamiento médico y sus resultados para fundamentar la indicación quirúrgica; porque realmente de esta última, bastaría sólo con decir, que la nefrectomía debe hacerse cuando la tuberculosis renal es unilateral con suficiencia del riñón opuesto y excepcionalmente en la tuberculosis bilateral del riñón que

esté más invadido, siempre que el tratamiento médico no dé lugar a fundar en él ninguna esperanza.

Hechas estas ligeras consideraciones a título de exordio, desarrollaré el tema en el orden siguiente:

I. Tratamiento de la tuberculosis renal, en su primer período, que comprenderá:

A) Tratamiento médico.

B) Tratamiento quirúrgico.

En el tratamiento médico daremos cuenta:

a) Tratamiento general.

b) Tratamiento específico.

c) Resultados del tratamiento específico.

En el tratamiento quirúrgico estudiaremos:

C) Diagnóstico precoz de la tuberculosis renal.

a) Datos clínicos.

b) Datos bacteriológicos.

D) Que sea unilateral y su comprobación.

a) Separación de la orina de cada riñón por tabicamiento vesical.

b) Cistoscopia con cateterismo ureteral doble.

c) ¿Qué debemos hacer cuando la exploración renal se hace imposible por el estado de la vejiga?

1.º Cateterismo ureteral previa talla hipogástrica.

2.º La exclusión del riñón enfermo para recoger la orina del sano.

3.º La exploración del riñón supuesto sano.

E) Medios para apreciar la insuficiencia renal.

1.º Eliminación provocada.

2.º Poliuria experimental.

3.º Cloruremia.

4.º Crioscopia.

5.º Dosificación de los componentes de la orina.

6.º Estudio comparado de la urea de la sangre y la de la orina con la constante de Ambard.

F) Tratamiento de la tuberculosis renal unilateral.

G) Tratamiento de la tuberculosis renal bilateral.

H) Técnica de la nefrectomía.

I) Contraindicaciones de la nefrectomía.

II. Tratamiento de la tuberculosis vesical en su primer período, en cuyo capítulo haremos mención:

- 1.º Tuberculosis vesical secundaria a la del riñón.
- 2.º Tuberculosis vesical asociada a la tuberculosis genital.
- 3.º Si es primitiva sin invasión del riñón y de los órganos que la rodean.
- 4.º Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis vesical.
- 5.º Conclusiones.
- 6.º Bibliografía.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS RENAL EN SU PRIMER PERÍODO

No ha muchos años en que los trabajos de Albarrán, Israel, Kümel, etc., se sintetizaban en los principios siguientes: 1.º Siempre que hagamos un diagnóstico cierto de la tuberculosis renal es necesario extirpar el riñón enfermo. 2.º Todo tratamiento médico es secundario en estos casos, aunque se les conceda el papel de ayudantes. Sucedió en este asunto lo que sucederá siempre en Cirugía; se hicieron las primeras nefrectomías en tuberculosos, con éxito; nacieron los entusiasmos y con ellos nos hicimos intervencionistas; más tarde, los que no eran afortunados y obtenían más fracasos que éxitos, se hicieron abstencionistas. Nació con esta divergencia de opiniones una dualidad, que con sus trabajos opuestos, en competencia, en una verdadera lucha científica, han dejado un raudal de conocimientos que los cirujanos y médicos aprovecharon para buscar la oportunidad operatoria. Esto sucedió con la apendicitis, la admirable concepción de Dieulafoy, que si hizo mucho bien por la humanidad, tiene en su pasivo innumerables casos que ciertamente no ocurren ahora después de haber deslindado los campos—médico y quirúrgico—y *aprender a esperar que nos hace falta a muchos*. Lo mismo se puede decir de la colelitiasis, nefrolitiasis, pleuresías con derrame, cirugía anexial y uterina, etc., etc.

Actualmente, al lado de los intervencionistas en la tuberculosis unilateral, hay otros que, siendo intervencionistas, discuten la indicación quirúrgica, reduciéndola a límites más reducidos. Castaigne (en Francia) por ejemplo, ha reaccionado en este sentido, declarando, que no es preciso ser exclusivista, y, por tanto se debe emplear, según los casos, ya el tratamiento internista, ya el quirúrgico, y que en general el uno y el otro no deben caminar por derroteros distintos, sino en comandita, prestándose mutuo apoyo.

Por otra parte, Le Für cita 22 casos de nefrectomías sin ningún fracaso; todos estos enfermos viven, la mayor parte curados. Al lado de esta estadística quirúrgica presenta otros 70, tratados médicamente, con sólo 2 muertes, sacando la conclusión siguiente: *El tratamiento médico debe ser siempre ensayado en los comienzos de la enfermedad, durante el período premonitorio, tan a menudo ignorado del mé-*

dico y del enfermo, el cual se revela sólo por albuminuria, cilindurias ligeras y pequeña reacción vesical. La tuberculosis renal, dice, es frecuente en extremo, y actualmente, aún poniendo en función toda la técnica de exploración, no llegamos a sentar un diagnóstico cierto tan pronto como deseamos. En este período de duda se instituirá el tratamiento médico y seguramente se obtendrán notables mejorías en muchos casos y curaciones en otros.

Temür de Lyon, que no es cirujano, pero sí defensor de la nefrectomía, no cree que ésta deba hacerse en los comienzos de la tuberculosis renal, reconociendo que durante algún tiempo se ensaye el tratamiento específico antes de intervenir.

A. Robin no se opone ni a lo médico ni a lo quirúrgico; el problema está, dice, en fijar los casos en que cada uno tiene que intervenir.

Minet dice, que no es suficiente contentarse con la apreciación de Castaigne, de que los dos métodos deben prestarse mutuo apoyo; los dos son diametralmente opuestos y hay que decidirse por uno u otro con la rapidez posible.

Por nuestra parte, ya lo hemos dicho repetidas veces siempre que hemos desarrollado algún tema quirúrgico respecto a sus indicaciones (1). «En cirugía no existen, o por lo menos no deben existir, intervencionistas ni abstencionistas. Lo que realmente debe haber es un límite de oportunidad que separe la esfera de acción del médico, de la esfera activa del cirujano; es decir que el médico pondrá en acción todos sus recursos terapéuticos para conseguir su ideal—que es el de todos, *conservar el riñón*,—pero sin perder el momento quirúrgico oportuno, y cuando éste llega, dejar la plaza al cirujano. Por otra parte, el cirujano tampoco debe traspasar su terreno de acción para invadir al del médico, ni operar cuando los enfermos llegan a sus manos en un estado tan lastimoso que la intervención sea un fracaso».

La oportunidad para la intervención quirúrgica en la tuberculosis renal, nace del diagnóstico precoz, de su unilateralidad y de la exploración funcional del riñón que ha de quedar; asuntos que desarrollaremos al hablar del tratamiento quirúrgico en la tuberculosis unilateral.

En España, oportunistas fueron nuestros malogrados San Martín y Ribera; lo son Jiménez, Mollá, Cervera, Lozano, Fernández Bravo, Goyanes, Serrallac, Sacanella, Bartrina, Peña, González Bravo, Cifuentes, Cardenal, Bravo, etc.

No nos entretendremos en consideraciones minuciosas sobre los argumentos empleados por cada uno de los que discutieron y discuten si se debe o no intervenir quirúrgicamente los tuberculosos renales, esto sería largo y enojoso. Sólo haré un resumen de los argumentos suministrados de una y otra parte; mas antes de entrar de lleno en la cuestión, nos hace falta aclarar los dos grandes problemas siguientes:

(1) Trabajos que no puedo citar para no infringir las condiciones del concurso.

1.º La tuberculosis renal ¿puede curar sin la extirpación del riñón?

a) Pruebas anatómicas.

b) Pruebas clínicas.

2.º Si puede curar sin intervención quirúrgica, ¿cuál es la medicación más apropiada para conseguirlo?

a) Tratamiento general.

b) Tratamiento específico.

a) *Pruebas anatómicas de la curación de los focos tuberculosos renales.*—

Los internistas creen en la posibilidad de la curación de los focos tuberculosos renales, sobre todo en los poco avanzados y aún para los casos avanzados. Estas curaciones anatómicas pueden hacerse de distintos modos, ya por la transformación calcárea de los tubérculos, ya por estrechamiento de las cavernas y evacuación de su contenido, ya por la destrucción progresiva del tejido renal por la invasión esclerosa con o sin obliteración del uréter. Del mismo modo hay casos de tuberculosis caseosa cerrada, por obliteración más o menos completa del uréter, en que el riñón se transforma en una bolsa rellena de un verdadero mastic o en una pionefrosis, también cerrada, y por tanto, aislada de toda comunicación con la vejiga, pasándole al riñón en este caso lo que a muchos abscesos oxifluentes que se curan por calcificación

Queda demostrado por los médicos que la curación del riñón tuberculoso es posible espontáneamente, sea cual fuera el proceso anatómico de esta curación; pero esta prueba anatómica no es de curación, es de la supresión verdadera de la función renal, es, en una palabra, una autonefrectomía dicen los cirujanos y tienen razón, y yo debo añadir que no otra cosa hacemos en la nefrectomía.

Bernard asegura que no ha encontrado jamás en las autopsias tubérculos renales claramente invadidos por tejido fibroso cicatricial como los de ciertas tuberculosis pulmonares; la tuberculosis renal, dice, es fatalmente caseosa y termina por la formación de cavernas.

Wlabor, por el examen histológico de 60 riñones extirpados por él, no encontró en ninguno tubérculos cicatrizados ni en vía de cicatrización; lo mismo dice *André* de otros 64. En todos los casos citados, al lado de una parcela esclerosada—tipo de curación—quedaban otras con folículos tuberculosos en actividad.

Esto en lo que respecta a la tuberculosis renal úlcero-caseosa ya avanzada, pero si la tuberculosis está en sus comienzos bajo la forma de granulaciones es posible la curación.

Para *Castaigne*, la tuberculosis cavitaria no puede curar con restitución del órgano, y por consecuencia, la nefrectomía debe ser preferida a los tratamientos médicos y específicos en la tuberculosis; pero la tuberculosis granulosa y no cavita-

ria, bastante frecuente, puede curar de una manera espontánea uniendo el tratamiento médico ordinario a los I. K.

b) Pruebas clínicas de la curación de focos tuberculosos renales.—Las pruebas clínicas de la curación de las tuberculosis renales son difíciles de demostrar con las condiciones precisas que los cirujanos y urólogos exigen.

Enfermos considerados como curados por la mejoría de su estado general, la desaparición de la cistalgia, de la albuminuria y de la piuria; otros, en que se extinguió esta, pero omitiendo el dato de la inoculación en los cobayos; en algunos, que se investigó por todos los procedimientos el bacilo fímico y no se encontró,—sin tener en cuenta lo difícil que es en ciertas ocasiones comprobar este detalle, aún con lesiones difusas renales,—no debiéndose por tanto establecer la conclusión de que la orina no es tuberculizante por el hecho de que no se haya encontrado el bacilo.

Por otra parte los bacilos pueden desaparecer y continuar el proceso tuberculoso, así como la piuria, por obliteración del uréter, excluyendo el riñón; estos enfermos podrán considerarse como pruebas clínicas de curación cuando en realidad no son más que mejorías transitorias o curaciones aparentes. (1)

A) Si puede curar sin intervención quirúrgica, ¿cuál es la medicación más apropiada para conseguirlo?

a) Tratamiento general.

b) Tratamiento específico.

a) *El tratamiento general.* En la tuberculosis renal, con algunas excepciones respecto a la alimentación, es el mismo que el preconizado para todo enfermo tuberculoso: la higiene, el reposo físico y cerebral, la estancia al aire libre, etc.; la alimentación nutritiva, evitando la que fatigue el riñón; poca carne cruda, suprimiendo los espárragos, rábanos, acederas, etc. La alimentación substancial se suprimirá de cuando en cuando para sustituirla por el régimen lacto-vegetariano con el fin de evitar la fatiga renal.

La cura de altitud es excelente, sobre todo en las formas erécticas, siempre que sean de 700 a 1000 metros. La cura hidromineral, así como el uso y el abuso de la leche y de los diuréticos, deben recomendarse con prudencia para no irritar los riñones con un funcionamiento excesivo. Tanto unos como otros administrados sin orden ni concierto, pueden aumentar la albúmina y los fenómenos de cistitis a costa de obtener orinas más claras, sin finalidad.

Como agentes farmacológicos recomendaremos el cacodilato de sosa, el aceite

(1) Si el enfermo no tiene molestia alguna en su estado general, ni local y vive bien, clínicamente está curado dure lo que dure (N. del A.).

de hígado de bacalao, los preparados tánicos y yodotánicos, etc., pero los que pueden considerarse de acción más práctica y segura son el guayacol, la creosota y el gomenol. El guayacol, tomado en semanas alternas a la dosis de 25 a 50 centigramos por día, hace disminuir la piuria, la cistalgia, y por tanto, aumenta la capacidad vesical. La creosota y el gomenol tienen la misma acción, sobre todo éste último; tanto los unos como los otros se aplican también localmente con feliz resultado para disminuir la irritabilidad vesical, aumentando su capacidad y poniéndolas en condiciones para practicar la investigación cistoscópica, de la cual hablaremos después en el capítulo «tuberculosis vesical».

Los antisépticos urinarios helmitol, urotropina, vesicalina, etc., no deben olvidarse, sobre todo en los comienzos sin abusar de su empleo, porque a la larga pueden producir congestiones renales.

He de mencionar también la radioterapia y helioterapia cuyos resultados, sobre todo de la primera no deben despreciarse.

La helioterapia, arte de curar o tonificar por el sol a los tuberculosos de pulmón, tiene también sus indicaciones en las tuberculosis quirúrgicas, asociada o no a la cura marítima. La cura solar metódicamente aplicada a la tuberculosis del aparato genito-urinario, desinfecta el organismo, disminuye la virulencia de los bacilos y la de sus descendientes, destruye los microbios secundarios primero y después los bacilos de Koch (1). Con su aplicación, el organismo se reanima, las lesiones y focos pueden curar sobre todo en el primer grado; en el segundo y tercero o de infección orgánica, los resultados son nulos o casi nulos.

Durante el año actual he asociado la helioterapia al tratamiento específico por los I. K. en dos enfermos con tuberculosis renal unilateral, refractarias a la nefrectomía. En las dos, los efectos analgésicos obtenidos fueron evidentes, los fenómenos de reacción vesical disminuyeron, así como la piuria y albuminuria, y aumentaron de peso. En una fué un medio excelente para hacer desaparecer la diarrea de dos meses, irresistible a la medicación. Las tengo aún en observación y continuaré anotando los resultados favorables o adversos y procuraré, al ser probable, reunir más casos para poder sentar alguna conclusión.

b) — Tratamiento específico. Para el tratamiento específico, sabido es que tenemos tres clases de productos.

1.ª clase.—Tuberculinas.—2.ª Sueros.—3.ª Cuerpos inmunizantes.

1.ª Clase.—TUBERCULINAS

Keersmaeckers—de Bélgica—comenzó sus ensayos de aplicación de la tuber-

(1) *L. Revillet y Malgar: La helioterapia en tuberculosis de los órganos genito-uritarios. Congreso Internacional de Talasoterapia de Cannes; Abril 1914.*

culina en 1903, particularmente en la tuberculosis renal; desde entonces hasta 1913, ha reunido muchos cientos de enfermos con observaciones diarias, y cuyos resultados en detalles puede leerse en las actas del Congreso de Urología, de Paris, Octubre de 1912. De este trabajo puede deducirse que los síntomas locales disminuyen, el estado general mejora, el enfermo aumenta de peso y estas mejorías pueden persistir meses y años según su estadística.

Para sus enfermos empleó siempre las disoluciones hechas con la tuberculina —mére—titulada a la usanza de Denys (de Lovaina) en series del 6 al 1.

Las inyecciones se hacen una vez cada semana, o dos veces como *máximum*. Esta es la marcha que se debe seguir, pero antes de ponerla en práctica es preciso saber sus efectos, para poderla emplear juiciosamente según los casos y según los enfermos.

Si el caso se agrava a consecuencia de la inyección, es necesario no sólo disminuir las dosis, sino también distanciarlas; es decir, que la dosis terapéutica es inversamente proporcional a la gravedad del mal.

Los resultados obtenidos en los enfermos tratados por la tuberculina duran meses y aún años, pero es preciso continuar con el tratamiento hasta que el bacilo desaparezca, si el caso es curable por este medio.

Además de estos trabajos de Denys, están los de D'Haeneds, Le Clere Dandoy, Morelle (en Bélgica). En Alemania: Rosenfeld, Lenchardz, Prelicke, Karo, etc.

En Inglaterra: Wright, Swinfort, Pardo, etc.

En América en general, no creen en el valor de la tuberculina y, por tanto, se ha hecho poco en este sentido.

En Francia, después del caso publicado por Mantous, de un nefrectomizado con recidiva del otro riñón, curado por la tuberculina, aparecen 26 observaciones de Raw con la conclusión de que no es preciso practicar la nefrectomía más que en los casos de supuración abundante; en los restantes casos obtuvo notables resultados por el tratamiento de la tuberculina.

Jenwiek, defensor de la tuberculina dice que debe usarse en los casos siguientes:

- 1.º Si la operación no es exigida por el enfermo.
- 2.º Si la tuberculosis está limitada a la vejiga.
- 3.º Después de toda nefrectomía para ayudar a la curación de las lesiones vesicales, y antes de ella para modificar el terreno.

Thomson Walker ha observado muchas mejorías con el uso de la tuberculina, pero muy pocas curaciones, y señala el peligro de que con el uso tan largo, la tuberculosis lateral se haga bilateral.

Weldbolz, Kus y Renon, acérrimos partidarios de la tuberculina al principio, declaran más tarde que no han obtenido en ningún caso curación completa.

Sabli cree en la acción favorable de las tuberculinas, no como remedio específico, sino obrando sobre la sensibilidad del órgano a las toxinas tuberculosas y sobre sus facultades de defensas, y dice, que ha visto tuberculosos vesicales y renales curados clínicamente por la tuberculina, y considera una falta imperdonable tratar en general la tuberculosis renal por la nefrectomía.

En resumen; los resultados clínicos más constantes obtenidos después del empleo de la tuberculina, son:

- 1.º *Mejoría del estado general.*
- 2.º *Disminución de los fenómenos vesicales.*

En contra de estos resultados aparecen los casos de K ümel, Kroemur, que han podido examinar riñones en autopsias en el curso de intervenciones y ver que existía la tuberculosis en estado activo, siendo el caso más notable el ya citado.

Wildbolz, en que el tratamiento específico lo había usado durante cuatro años, y la nefrectomía demostró que no había habido ningún proceso de reparación renal, lo mismo ocurre con el caso de Hoch.

Israel, *ponente* en el III Congreso de Cirugía, concluye su trabajo con la conclusión siguiente: La prueba anatómica irrefutable de una curación definitiva del proceso específico, no ha sido aun dada, y que la tuberculosis renal no es curable por los tratamientos conservadores empleados hasta ahora.

En España, los trabajos sobre la aplicación de la tuberculina son innumerables, sobre todo desde la apertura de los Dispensarios Antituberculosos en Madrid. Son tantos los españoles que han ensayado y empleado las tuberculinas exponiendo sus resultados, que sería difícil enumerarlos a todos.

Verdes Montenegro, Espina, Codina, Malo de Poveda, Royo Villanova, González Alvarez, García Triviño, Gallego, etc. cuyos resultados pueden verse en detalles en los distintos Congresos de la tuberculosis, en las publicaciones de la lucha antituberculosa y en las memorias de los Dispensarios antituberculosos de Madrid.

* * *

Como hemos podido ver en lo anteriormente expuesto, la mayor parte de las observaciones que se han sumado como argumentos en contra de la tuberculioterapia en la tuberculosis del aparato urinario, no tienen valor absoluto, como no lo tienen tampoco los argumentos en favor, pero en síntesis puede afirmarse que la medicación tuberculínica, como toda medicación general, tiene sus indicaciones, siendo de una importancia capital el conocer al detalle su manejo y la clase de tuberculina

que es preciso usar en cada uno, porque como se sabe no es lo mismo el resultado empleando una tuberculina de acción principalmente antitóxica como el caldo de Denys, cuya reacción general y local es débil o nula, que la emulsión bacilar de acción local más intensiva para facilitar directamente la acción bacteriolisica. (1)

El primer sistema y la primer tuberculina, será, como es consiguiente, insuficiente, cuando sea preciso obtener una reacción local intensa, y la segunda tuberculina, empleada sola sin previa inmunización con otra de acción antitóxica, será de malas consecuencias si se hace actuar sobre un sujeto cuyo organismo esté sembrado de focos tuberculosos múltiples, por la gran cantidad de productos tóxicos que en un momento se ponen en función circulando por el plasma de un terreno sin defensas.

Además, un foco de tuberculosis renal no debe tratarse como uno de tuberculosis ósea, ni ésta como la pulmonar; cada mal tiene su método con arreglo a la función que le esté encomendada y el período de su evolución.

Los resultados de la aplicación en las tuberculosis cerradas serán mayores que los obtenidos en las abiertas; en éstas, la curabilidad por la tuberculina es muy problemática, pero existen algunos casos y no se puede cargar en absoluto. (2)

En el Dispensario antituberculoso del Príncipe Alfonso hemos empleado la tuberculina en emulsión para tuberculosis locales abiertas, sin resultados; bien es verdad que en los enfermos que acuden a estas consultas les faltan los dos elementos más principales para obtener resultados, el ambiente y la alimentación. Algunos casos tengo de tuberculosis renal doble tratados con la tuberculina de Koch en inyecciones al 1 por 10.000, en proporción ascendente hasta conseguir cierto grado de inmunización; una vez obtenido éste, usé las inyecciones de una emulsión bacilar que contiene 0'00125 de milígramo por centímetro cúbico de agua empezando por inyectar 1 centímetro cúbico, obteniendo con su uso algunas mejoras.

De los tres elementos llamados específicos el que más hemos manejado y usado son los cuerpos inmunizantes de Spengler; al tratar de ellos mencionaremos nuestra experiencia personal.

2.ª Clase—SUEROS

Los sueros usados para la tuberculosis son o puramente antitóxicos o antibacilares. Los primeros neutralizan las toxinas y los segundos destruyen los bacilos.

(1) *Verdes Montenegro*: Del método empírico y científico en la elección y aplicación de la tuberculina.—Sesiones científicas de la Liga Antituberculosa.—Octubre, 1912.

(2) *Bartrina*: Las tuberculinas en los tuberculosos urinarios.—Sesiones científicas organizadas por la Liga Antituberculosa. Madrid 1912.

Estos últimos son los más interesantes, como se comprende, ya que destruyen el factor importante: el bacilo. Entre los primeros están las bacteriolisinas de Maragliano, de las cuales se ha servido el reconocido urólogo Teiner, ayudado por su discípulo Fernández Loíner.

La bacteriolisina, segundo suero bacteriolísico, es obtenida inmunizando la cabra, por medio de extractos de cuerpos bacilares y toxinas endo y exobacilares. Ellas contienen una gran cantidad de anticuerpos, precipitinas, aglutininas, sensibilizantes, etc.

Se practica una primera serie de inyecciones de 1 cent. cúb. cada diez días, para llegar a 2 o 3, dejando diez días de reposo al terminar cada serie.

Los resultados obtenidos con los sueros se encuentran en el III Congreso internacional contra la tuberculosis (Roma 1912) con las conclusiones siguientes:

Primera. Que los sueros antitóxicos tienen una acción insuficiente sobre la tuberculosis renal.

Segunda. Que las indicaciones de las bacteriolisinas son múltiples. Conviene a todos los casos de tuberculosis bilateral, ya en infección bilateral ligera, ya en la tuberculosis muy marcada en uno y ligera en el otro riñón, ya en las tuberculosis avanzadas de los dos lados y por último en la recidiva del riñón que queda después de la nefrectomía.

No tengo experiencia personal sobre la aplicación de los sueros.

3.ª Clase.—CUERPOS INMUNIZANTES DE SPENGLER

Los cuerpos inmunizantes de C. Spengler, designados con el nombre abreviado «Inmun Körper o I. K.» están constituidos como se sabe, por un extracto preparado con los glóbulos rojos de conejos inmunizados contra la tuberculosis. I. K. se presenta bajo la forma de un líquido incoloro y contiene todos los cuerpos inmunizantes de una sangre hemolisada. Es muy activo: 1 cent. cúb. tiene 1.000.000 de unidades antitóxicas. Son polivalentes en el sentido del dualismo o del pluralismo de la infección.

Por su gran cantidad de antitoxinas y lisinas tiene una acción doble, antitóxica y bactericida.

No es posible actualmente sentar conclusiones respecto a sus resultados; pero sí se puede afirmar que son perfectamente tolerados por casi todos los enfermos y sin los fenómenos de anafilaxia que tan frecuentemente se presentan con el uso de las tuberculinas.

Se encuentran en el comercio, puros, con el nombre de I. K., solución original, en frascos de 1, 2, 5 y 10 cent. cúb. con la cual se pueden preparar las solucio-

nes o en ampollas del núm. 6 al 1, o del 5 al 1, dosificadas en orden ascendente; la primera, núm. 1 de 1/10 (1). Las inyecciones se hacen progresivamente, de cuatro a seis días de intervalo, poniendo en la primera sesión una del núm. 6 o 5; en la segunda, 2 del 6 o 5; en la tercera, 3 del 6; en la cuarta, 1 del 5, y así sucesivamente hasta la diez y nueve, que será de $\frac{1}{2}$ cent. cúb. de I. K. puro; la veinte, de 1 centímetro cúbico de I. K.; la veintiuna, de $\frac{1}{2}$ cent. cúb. y la veintidós, de 2 centímetros cúbicos.

Si comenzamos por la caja tipo, que es lo que ordinariamente se hace y que contiene:

3	ampollas	del núm. 5.
3	»	del núm. 4.
2	»	del núm. 3.
2	»	del núm. 2.
2	»	del núm. 1.

Se seguirá el mismo orden, con intervalos de seis a ocho días, según la tolerancia; la primera, una del núm. 5; la segunda, dos del 5; la tercera, una del 4; la cuarta, 2 del 4; la quinta, una del 2; la sexta 2 del 2; la séptima, una del 1 y la octava, 2 del 1.

Como las inyecciones se hacen cada cuatro o seis días, la duración de esta primera serie es de tres a cuatro meses aproximadamente según la serie que se emplee.

Si al llegar al número 2 vemos que los enfermos mejoran puede acortarse el tiempo y practicarlas cada cuatro días.

Después de practicada esta primera serie, descansará el enfermo el tiempo razonable, en relación con los síntomas, y empezaremos con la que sigue a la caja tipo que contiene ampollas.

1. ^a inyección.	. . . . .	1 ampolla	del núm. 6.
2. ^a »	. . . . .	2 ampollas	del núm. 6.
3. ^a »	. . . . .	3 »	del núm. 6.
4. ^a »	. . . . .	1 ampolla	del núm. 5.
5. ^a »	. . . . .	2 ampollas	del núm. 5.
6. ^a »	. . . . .	3 »	del núm. 5.

(1) La casa Kalle y Compañía expende en cajas la serie del núm. 6 al 1, y del 5 al 1; ésta última es la caja tipo, que contiene 12 ampollas: 3 del núm. 5, 3 del 4, 2 del 3, 2 del 2 y 2 del 1.

7. ^a inyección.	. . . . .	1 ampolla	del núm. 4.
8. ^a »	. . . . .	2 ampollas	del núm. 4.
9. ^a »	. . . . .	3 »	del núm. 3.
10. ^a »	. . . . .	1 ampolla	del núm. 3.
11. ^a »	. . . . .	2 ampollas	del núm. 3.
12. ^a »	. . . . .	3 »	del núm. 3.
13. ^a »	. . . . .	1 ampolla	del núm. 2.
14. ^a »	. . . . .	2 ampollas	del núm. 2.
15. ^a »	. . . . .	3 »	del núm. 2.
16. ^a »	. . . . .	1 ampolla	del núm. 1.
17. ^a »	. . . . .	2 ampollas	del núm. 1.
18. ^a »	. . . . .	3 »	del núm. 1.

Si los enfermos soportan bien estos ensayos, si con este primer tanteo se obtiene una mejoría positiva, se deja descansar un mes para someterlos a esta otra progresión.

1. ^a inyección.	. . . . .	1 cent. cúb.	del núm. 6.
2. ^a »	. . . . .	1 »	del núm. 5.
3. ^a »	. . . . .	1 »	del núm. 4.
4. ^a »	. . . . .	1 »	del núm. 3.
5. ^a »	. . . . .	1 »	del núm. 2.
6. ^a »	. . . . .	1 »	del núm. 1.
7. ^a »	. . . . .	1 »	del núm. I. K.
8. ^a »	. . . . .	1 »	del núm. I. K.
9. ^a »	. . . . .	1 $\frac{1}{2}$ »	del núm. I. K.
10. ^a »	. . . . .	2 $\frac{1}{2}$ »	del núm. I. K.

El tiempo que se tarda en practicar esta serie es de tres meses, y si el enfermo sigue mejorando, se le deja reposar uno o dos meses, para emprender otra nueva serie hasta que se compruebe ya una curación o una notable mejoría.

En los enfermos de tuberculosis renal con fiebre o con manifestaciones tuberculosas en el pulmón o en otro órgano, es preciso tantear el método lento, teniendo presente la necesidad de elevar la dosis tan rápidamente como sea posible.

Una inyección cada seis días de un cuarto cent. cúb. empezando por el número seis y terminando con la séptima que será de un cuarto también de I. K. puro.

Los resultados obtenidos con el uso de los cuerpos inmunizantes son variables, según se trate de la tuberculosis renal úlcero-caseosa supurada, o de la tuberculosis renal no supurada.

(Continuará.)

EL PULSO VENOSO

Por el DR. LUIS CALANDRE

CLÍNICA DEL DR. MADINAVEITIA

En un gran número de individuos, no sólo con trastornos circulatorios sino aún dentro de la más perfecta normalidad, las venas del cuello ofrecen pulsaciones fácilmente perceptibles a simple vista y que de ordinario se aprecian mejor cuando el paciente está echado. No debe confundirse este pulso de las yugulares con el latido de las carótidas. La pulsación de la arteria es viva, más localizada, más fácilmente palpable; la de la vena es difusa, ondulante, difícil de palpar; además, el impulso arterial es generalmente único, en cambio en el pulso venoso se observa corrientemente una doble ondulación. En algunos casos patológicos sin embargo, las yugulares manifiestan una sola ondulación, sincrónica con el latido carotídeo; constituye entonces lo que se llama pulso venoso ventricular.

Para estudiar el pulso venoso es preciso registrarlo gráficamente. Con su inscripción recogemos las oscilaciones de presión que ocurren en el interior de la aurícula derecha durante las diversas fases de la revolución cardíaca. Estas oscilaciones se recogen de ordinario a nivel del bulbo yugular derecho por medio de una cápsula metálica o de un embudito de cristal colocado inmediatamente por encima de la extremidad interna de la clavícula y transmitidas por un delgado tubo de goma a un aparato registrador (kimógrafo, polígrafos de Mackenzie, de Jaquet, etc.)

Es indispensable inscribir simultáneamente con ello las pulsaciones de la carótida o de la radial, para que sirvan de punto de referencia para la interpretación de las ondas del flebograma.

El obtener un flebograma es cosa bien fácil en muchos casos, pero en otros exige una gran dosis de perseverancia y en algunos hasta es imposible conseguirlo a pesar de cuantos esfuerzos se hagan.

En el pulso venoso normal—pulso venoso auricular— (Fig. 1.^a) aparecen constantemente tres ondas denominadas *a c v* por Mackenzie.

Onda a.—Corresponde al primer aumento de presión intraauricular; es producida exclusivamente por el sístole de la aurícula y aparece un quinto de segundo antes de la contracción del ventricular. El origen de esta onda se debería a que una cierta

parte de la sangre contenida en la aurícula, al contraerse ésta, refluye por el orificio de la vena cava, desprovista de válvula y produce una onda en el pulso venoso. Para algunos autores la desembocadura de las venas que penetran en la aurícula se cierran normalmente durante la contracción de éstas, y por tal razón la onda *a* se origina, no porque la sangre sea impulsada a la vena cava superior sino porque se entorpece el desagüe en la desembocadura de la misma. Como quiera que sea ello, es lo cierto que *la onda a corresponde exactamente al instante en que se contraen las aurículas es decir al pre-sístole*. Esta onda desaparece en los casos de arritmia perpetua (Fig. 9).

Onda c.—La interpretación de esta onda es bien discutida. Mackenzie, la atribuye exclusivamente al latido de la carótida transmitida hasta la vena yugular. Ciertamente el sincronismo de ambos fenómenos y las relaciones de contigüidad en que se hallan la arteria y la vena parece que hablan en favor de ello. Otros autores como F. Frank, Frederik, Hirsefelder, etc. no consideran a aquella causa como exclusiva y única, sino que contaría además con un origen intracardíaco, la oclusión de la válvula tricúspide. Se fundan principalmente en que en aquellos animales en los que por ligadura u otro método análogo, se consigue suprimir la acción de carótida, se ve que persiste la onda *c* en el pulso venoso. De esto sólo tendremos aquí la consideración prácti-

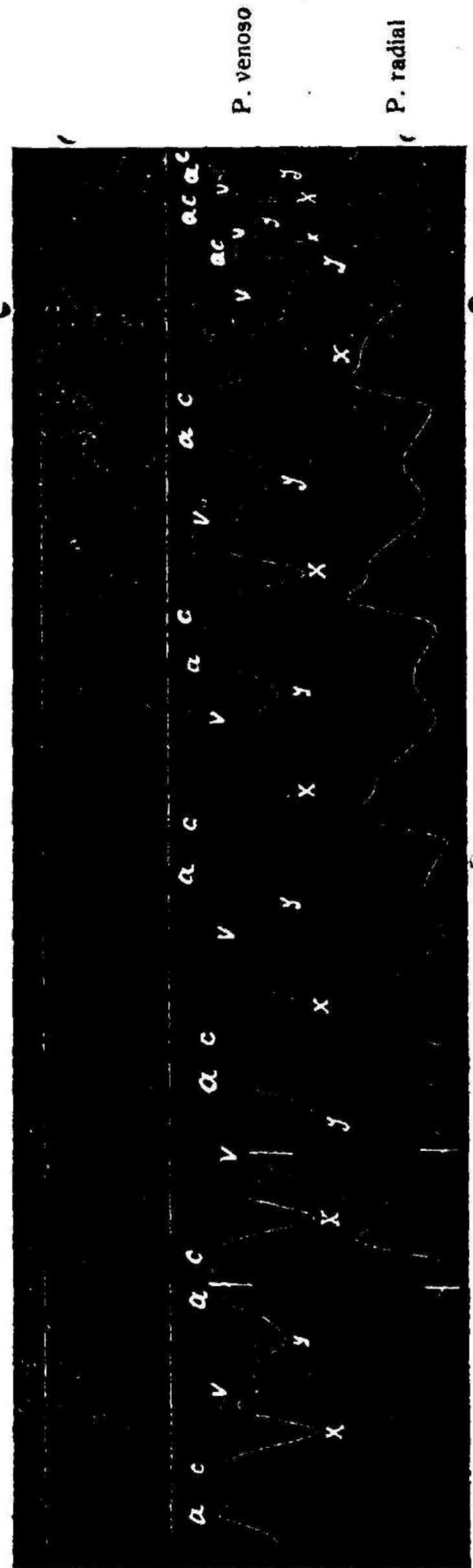


Fig. 1.ª.—Pulso venoso normal

ca de que la onda *c* aparece simultáneamente con la onda primaria del pulso arterial (Fig. 1.^a) y corresponde al comienzo del sístole ventricular.

Esta onda existe casi siempre. Puede ser sin embargo muy poco marcada y hasta desaparecer, en algunos casos de gran desfallecimiento del miocardio (Fig. 2.^a). Algunas veces es bifida (Fig. 3.^a)

Onda *v*.— Es debida principalmente al estancamiento sanguíneo y consiguiente aumento de presión en la aurícula mientras dura el sístole ventricular por hallarse entre tanto cerrada la tricúspide. La onda *v* termina precisamente en el instante en que se abren las válvulas aurículo-ventriculares y por tanto marca el preciso momento en que empieza el diástole. En muchos casos esta onda ofrece una hendidura antes de su vértice (Fig. 1.^a) que en ocasiones le da el aspecto de una doble onda. Esta hendidura parece corresponder al cierre de las válvulas semilunares; el espacio que la separa del vértice de *v* correspondería al breve tiempo que transcurre entre la oclusión de las semilunares y la apertura de la tricúspide.

El espacio que media entre el comienzo de *a* y el comienzo de *c* representa el tiempo en que se verifican la contracción auricular y el paso de la excitación a lo largo del sistema de conducción aurículo-ventricular. En condiciones normales el espacio *a-c* equivale a un quinto de segundo. El alargamiento de *a-c* indica un trastorno de la conducción del corazón, que si se acentúa puede alcanzar a producir un bloqueo cardíaco incompleto. La onda *a* no guarda ninguna relación con *c* en los casos de disociación aurículo-ventricular completa (Fig. 8.)

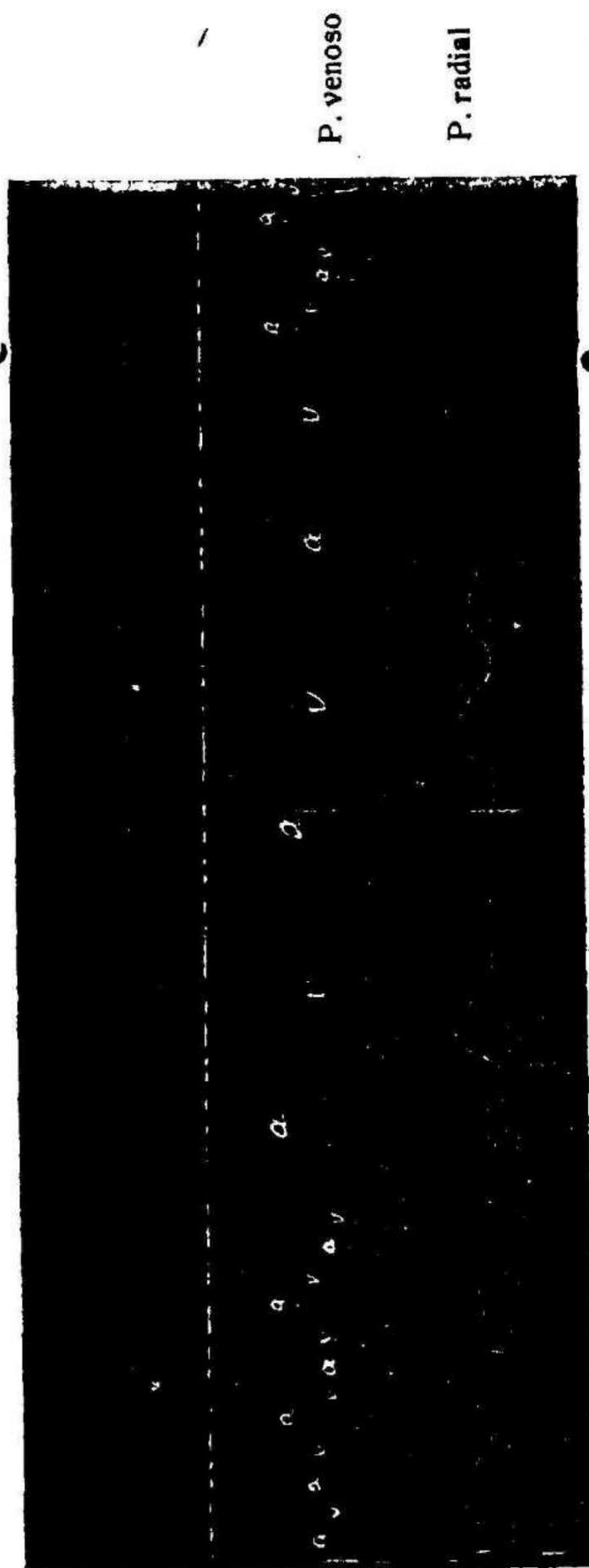


Fig. 2.^a.—Enfermo de insuficiencia aórtica en asistolia. Falta la onda *c*. El enfermo murió nueve días después de recogido este trazado.

La onda *c* se halla separada de *v* por una depresión u onda negativa *x* indicadora de un descenso de presión en la aurícula, dependiente de tres factores; relajación de la aurícula después de su sístole, atirantamiento hacia abajo del tabique aurículo-ventricular por la contracción de los músculos papilares, y acaso como coadyuvante el descenso de la presión intratorácica a consecuencia de la expulsión del pecho de la sangre contenida en el ventrículo izquierdo.

Entre la onda *v* y el comienzo de la revolución siguiente hay otra depresión *y* producida por la apertura de la tricúspide y vaciamiento consecutivo de la aurícula.

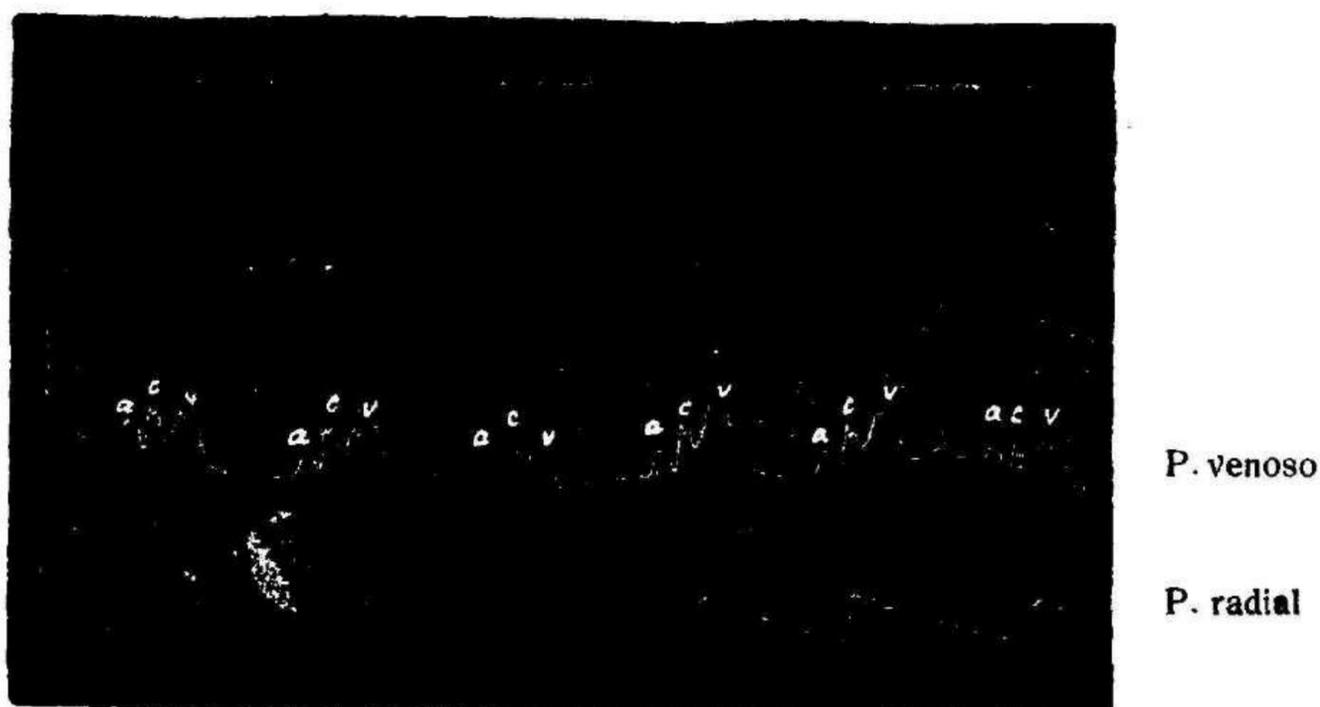


Fig. 3.ª—Enfermo de estrechez mitral. Onda *a* muy acentuada. Onda *c* bifida.

A la par de las ondas principales *a c v* pueden aparecer otras en realidad menos constantes.

Entre *a* y *c* aparece a veces una pequeña elevación *i* descrita por Bard. Se piensa por algunos que sea debida al *intersístole*, es decir a la contracción de los músculos papilares, que precede inmediatamente al sístole ventricular. Esta causa no parece admisible, porque de serlo debería manifestarse más bien por una onda negativa. Tigerstedt admite con más verosimilitud que se origine por la reacción elástica de la pared ventricular después de la distensión que experimenta por la oleada sanguínea que le llega de la aurícula. Queremos apuntar nuestra presunción de que probablemente la disminución del tono del miocardio sea una circunstancia que favorezca su aparición como nos ha parecido en algún caso que hemos observado. Para que esta onda aparezca visible es preciso que el espacio *a-c* no sea demasiado breve.

En algunos individuos, generalmente de corazón vigoroso, aparece una pequeña

una pequeña onda en la base de la depresión *x* (Fig. 4.^a) El origen y significación de esta onda es muy incierto.

En los casos en que el ritmo cardiaco es lento, suele aparecer después de *v* una nueva elevación. Es la onda *h* de Hirsefelder, *s* de los autores alemanes (Fig. 5); esta onda aparece en el diástole, es decir en la fase en que el corazón se halla en reposo. El origen de esta onda estaría en que cuando la sangre ha penetrado de golpe en el ventrículo, la reacción elástica de sus paredes distendidas y el remolino sanguíneo que a la par se produce, levantan las válvulas de la tricúspide y las aproxima y afronta un momento, por sus bordes, produciéndose así un ligero estancamiento en la aurícula. La onda *s* es un fenómeno diastólico como lo prueba el que en los cambios de frecuencia del ritmo cardiaco (Fig. 6.^a) mantiene constantemente sus relaciones de distancia con las ondas precedentes y en cambio se separa o se aproxima de las ondas de la revolución siguiente. Cuando el pulso se hace frecuente, la onda *s* desaparece por completo.

Resumiendo los puntos más importantes tenemos que la onda *a* corresponde al presístole o sístole auricular. El espacio que media entre el comienzo de *a* y el de *c* corresponde al presístole, más el tiempo durante el cual la excitación recorre el sistema de His; este tiempo oscila normalmente entre una y dos décimas de segundo. La onda *c* señala el comienzo

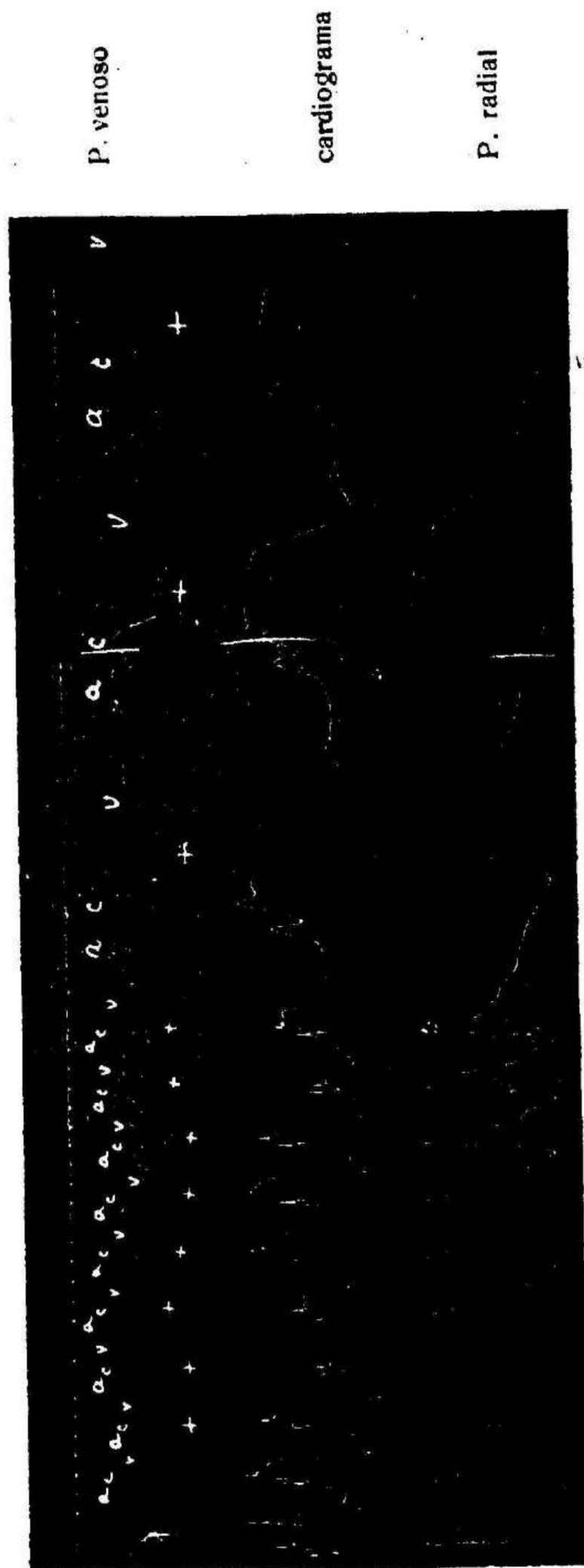


Fig. 4.^a. -- Enfermo de insuficiencia aórtica.



Fig. 5.—Individuo normal. En el pulso venoso aparece la onda de estancamiento s.



Fig. 6.—Arritmia respiratoria. El pulso se acelera con la inspiración y se hace lento con la expiración.

del sístole ventricular y coincide con la onda primaria del pulso carotídeo. El final de v corresponde a la apertura de la tricúspide y marca por tanto el comienzo del diástole.

Hay que tener en cuenta que en el estudio de un pulso venoso hay que dar valor casi únicamente a las relaciones cronológicas de las ondas que aparezcan. La forma de cada una de estas y el aspecto general de la curva varía según un gran número de circunstancias: frecuencia del pulso, fase respiratoria, colocación del receptor etc.

Para terminar y valorar las ondas del pulso venoso precisa inscribir simultáneamente las pulsaciones de la carótida o de la radial para que sirvan de punto de referencia. Ninguno de los fenómenos de la revolución cardiaca que ocurren mientras se hallan cerradas las sigmoideas aórticas, deja impresión sobre el pulso arterial. El comienzo de la onda c del flebograma coincide con el comienzo de la línea ascendente del esfigmograma en la carótida. Si en lugar de recoger el esfigmograma en la carótida lo hacemos en la radial (Fig. 1.^a) habrá que tener en cuenta para la notación, que entre la pulsación de la carótida y la de la radial hay una diferencia de tiempo aproximadamente de una décima de segundo. Por consiguiente la onda c del pulso venoso corresponde a una décima de segundo por delante del pie de la pulsación radial.

Una onda que se encuentre en el pulso venoso aproximadamente un quinto de segundo por delante de c habrá de ser la onda a . El comienzo del diástole se marca simultáneamente por el vértice de v en el flebograma y por la depresión predicrótica en el esfigmograma.

El pulso venoso tiene una gran importancia para la exploración del corazón pues

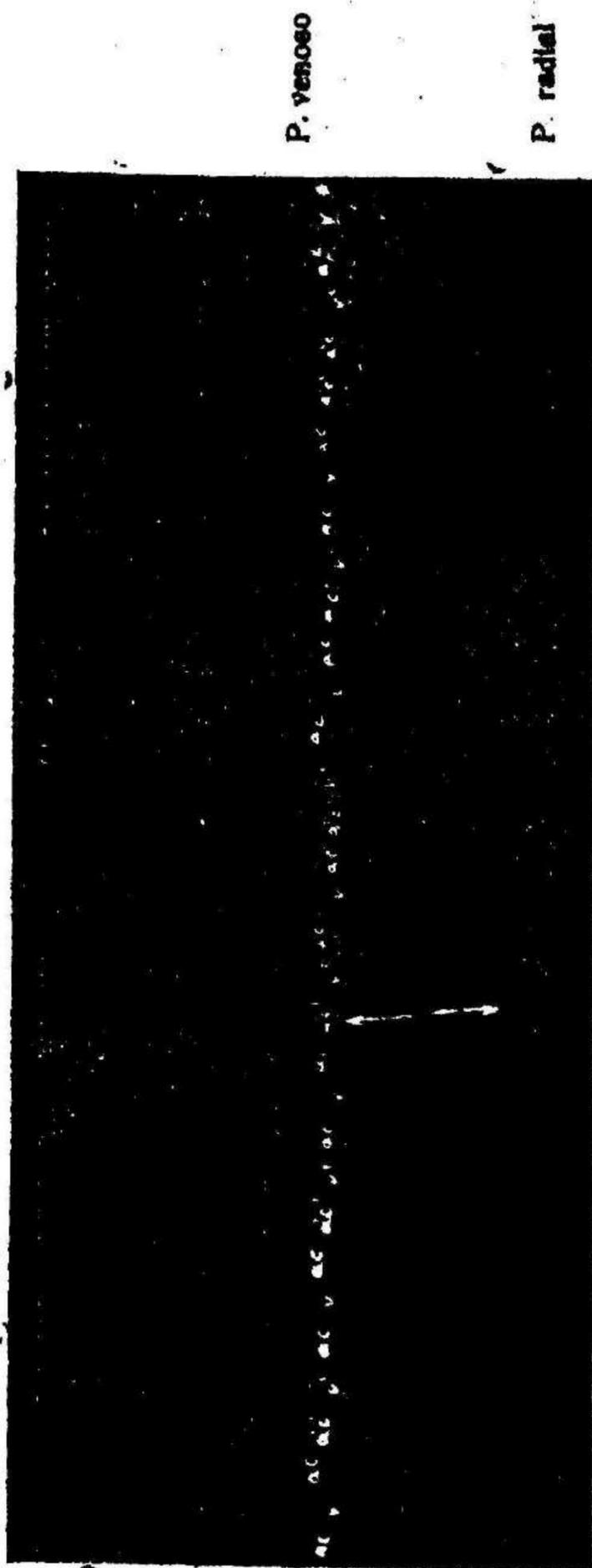


Fig. 7.^a—Extrasístoles auriculares.

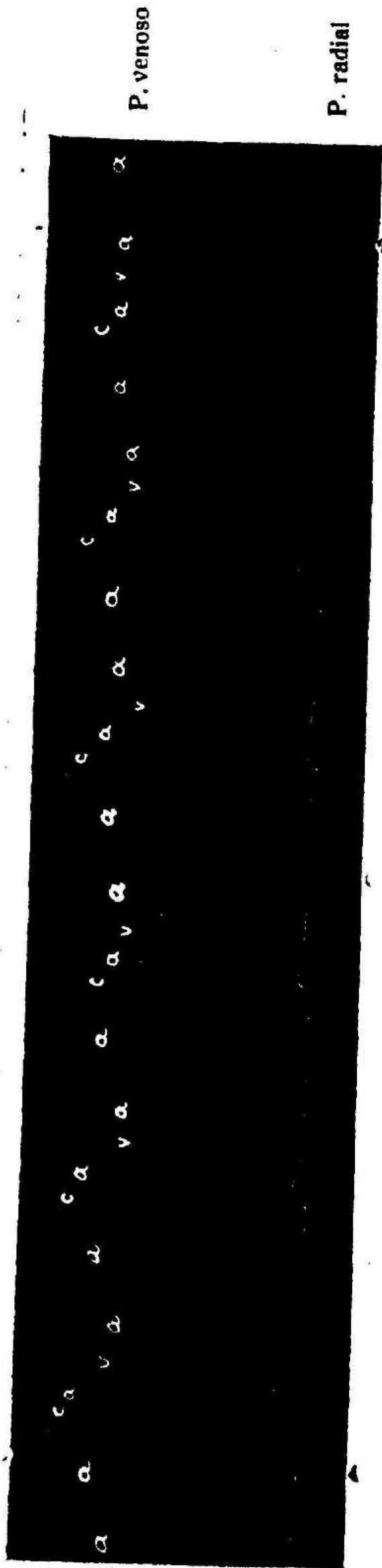


Fig. 8.^a—Enfermo de pulso lento permanente con síndromes de Stokes-Adams. 28 pulsaciones. En el pulso venoso se aprecia la disociación entre las aurículas y los ventrículos.

nos orienta sobre lo que ocurre en él, en cada momento de la revolución cardiaca; pone de manifiesto si las aurículas se contraen normalmente o no; si la conducción entre aurícula y ventrículo está normal o retardada; si hay disociación aurículo-ventricular, y esclarece el mecanismo de producción.

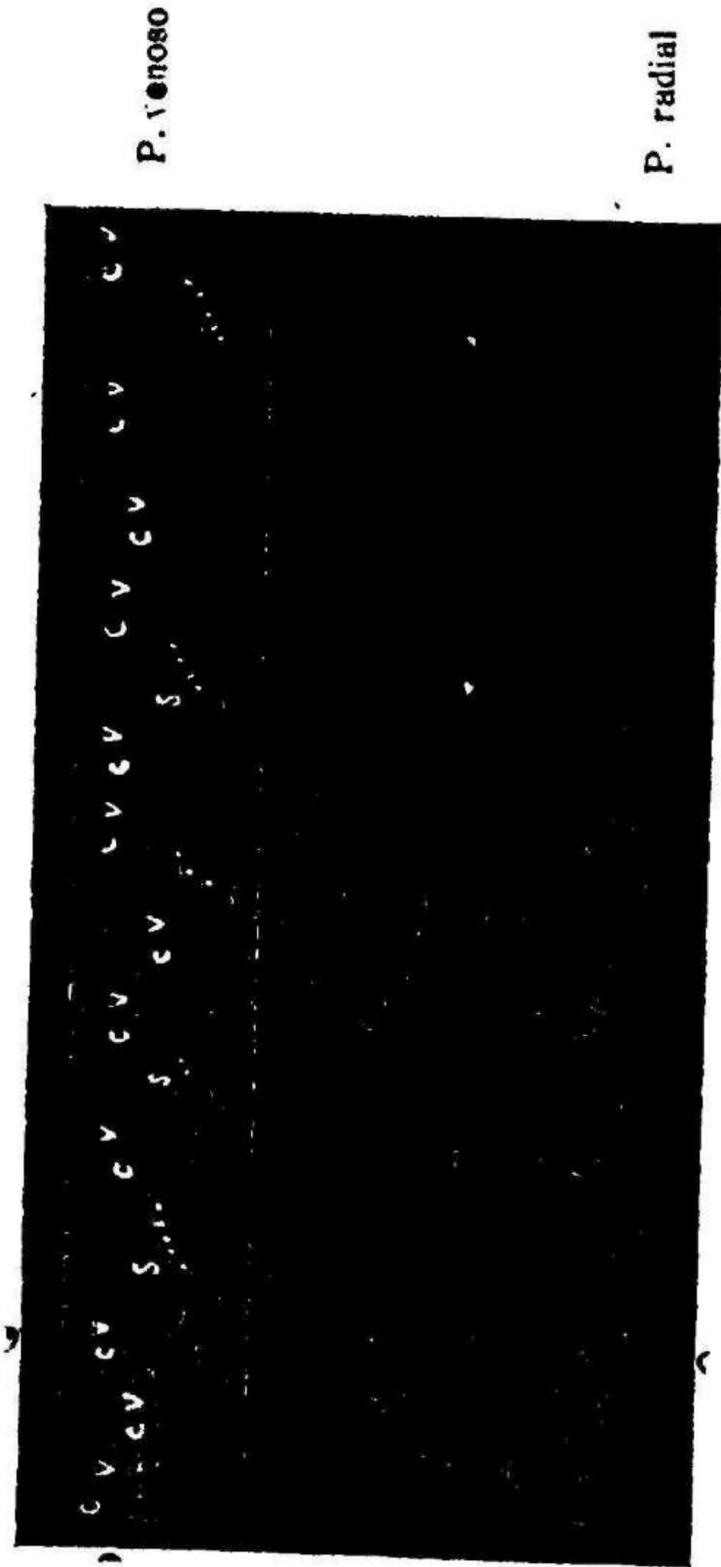


Fig. 9.^a—Enfermo de estrechez mitral. Arritmia perpetua. Sobre los puntos hay gran número de onditas que representan seguramente la fibrilación ventricular.

de la mayor parte de las arritmias, como la arritmia respiratoria (Fig. 6.^a), los extrasistoles (Fig. 7.^a), la disociación aurículo-ventricular (Fig 8.^a) la arritmia perpetua. (Fig. 9.^a), cuyo exacto conocimiento es de gran utilidad para fijar el pronóstico en muchos trastornos cardiacos.

PRENSA PROFESIONAL

EL SIGLO MÉDICO

N.º 3.301.—Marzo 1917

CARTAS MÉDICAS

IV.—Tratamiento hidromineral de las enfermedades cardiovasculares.

Al Dr. D. Francisco Huertas:

Admirado compañero: Decidido yo de modo absoluto a decirle con sinceridad cuantas ideas se desarrollaron en mi mente con motivo de la lectura de sus *Conferencias*, me encuentro con que, al llegar a esta mi cuarta carta, esa sinceridad que obligó a mi modesta pluma a trazar alabanzas y más alabanzas en honor de sus tres primeros trabajos, justísimamente merecedores de ellas, me induce ahora a establecer distingos y poner reparos sobre cosas que usted dice y sobre otras que calla respecto al tratamiento hidromineral de las enfermedades cardiovasculares. No vea usted vanidad crítica en tales reparos y distingos, y sirvanle ellos de documental prueba que acredite la justicia con que aplaudido y seguiré aplaudiendo cuanto de bueno usted nos enseñó y ha de enseñarnos, incluso en la conferencia que voy a comentar.

En ésta campea, unas veces descubierta, otras al to tapada, una idea genérica de propósito didáctico, que viene a probar por vez centésima la honradez profesional de usted. Esa idea es la de procurar que no sigan los médicos mandando a sus enfermos cardiovasculares a tales o cuales baños sin estudiar antes las especiales cualidades de ellos, y no dejándose llevar de afirmaciones o costumbres originadas por el industrialismo o por tradición de movimiento adquirido. A tal conducta llama usted,

con frase feliz, «terapéutica de índice». Bien está la frase y mucho mejor la idea que aquella servirá para poner en ridículo a los ligeros de mandato, y ésta para gravar la conciencia de los incumplidores de su deber. Pero evitemos engañarnos nosotros mismos con la creencia ilusoria de poder llenar en *forma perfectamente racional* las indicaciones terapéuticas de nuestros enfermos por medio del tratamiento hidromineral. Usted mismo nos dice—y dice la verdad—que la especialización de las aguas minerales «se ha explicado siempre *a posteriori* con los datos de laboratorio y con la adaptación de las doctrinas preponderantes de la época».

Pues siendo esto verdad—y ya he dicho que yo así lo creo—no me negará usted que el conocimiento que tenemos de la virtualidad curativa de las aguas tiene su origen en un bochornoso empirismo. Y no hay que darle vueltas: acción terapéutica de cualquier agente, que puede explicarse de todas formas, con arreglo a todas las modas y a todos los gustos....., acción desconocida y sempiterna burladora de nuestra ignorancia. ¿No cree usted que es ya llegada la hora de que los médicos tiremos por la borda el fastuoso lenguaje de los sofistas y empleemos el común hablar de todas las gentes para llamar a las cosas por su nombre y así entendernos mejor? Yo, por mi parte, pequeño entre los pequeños, no me amoldo a tratar de medicaciones hidrominerales, vestido únicamente con la científica toga del médico, sino que, además, tengo colgado en cercana percha el nigromántico pañolete del curandero.

Y es que, insigne amigo, los hechos tienen una brutalidad pétrea. Veámoslo.

Si cuarenta años atrás (cuando las aguas de Nauheim no se utilizaban para los cardíacos y se afirmaba que para esta clase de enfermos presentaban la seria contraindicación de ser carbónicas) un médico de criterio independiente hubiera enviado allá sus clientes, seguramente que nada hubiera conseguido con una cura hidromineral de aplicación defectuosa, bajo una dirección médica que la juzgaba contraproducente y con instalación inútil o contraria a fines impensados o proscritos. Pero las aguas de Nauheim que, siendo de las más antiguas en explotación de Alemania, habían llevado una vida relativamente obscura con la cura de reumáticos *cuyo corazón estuviera indemne*, tuvieron un día la suerte de que los hermanos, médicos eminentes por talento y por cultura, los Schott, las empleasen como arma terapéutica y fueran ellos mismos los que dirigieren su aplicación..., y en aquel punto y hora acabáronse las limitaciones, aprovecharonse propiedades, desaparecieron los miedos al ácido carbónico abundante de una de sus fuentes, y aseguróse el enorme crédito de dichas aguas para el tratamiento de los cardíacos en general, fuera de esos casos especialísimos que usted sabiamente señala. Pues a pesar de esa fama mundial adquirida por Bad-Nauheim, en estos últimos años fué vencida por la preponderancia que tomó Royat. Esta estación francesa (cuyas cuatro fuentes termales no se utilizaban más que para tratar reumáticos, litiásicos y cloróticos y la fuente fría se

consideraba simplemente como magnífica agua de mesa), cambia un día de crédito y preconizase como soberana en el tratamiento de la arterioesclerosis y de las cardiopatías en general, teniendo Royat al comenzar la guerra, un contingente de enfermos que superaba casi en un 60 por 100 al de Bad-Nauheim.

El mismo Plombières, que usted cita, ha dejado de ser estación de cardíacos para convertirse en el mejor establecimiento hidromineral de curas del aparato digestivo, principalmente del intestino, debido todo ello al sello personal que en esa estación ha puesto el eminente profesor Giral cuyos talentos corren parejas con el amor que tiene a nuestra patria y a nuestro idioma.

Dentro de España está Puente Viesgo con su gran fama para el tratamiento de cardíacos y, sin embargo, le faltan condiciones de altura y de clima para estar dentro de las generales que marca Huchard y que usted refrenda.

Con justicia completa cita usted una lista de aguas españolas que pueden utilizarse con buenos resultados en determinadas cardiopatías, y, a poco que nos fijemos, veremos que en esa lista hay aguas bicarbonatadas cálcicas como Alhama de Aragón; clorurado-sódicas, como Trillo y Puente Viesgo; nitrogenadas, como Caldas de Oviedo, y sulfurado-sódicas, como Montemayor. Hay en esta lista un nombre que me satisface verle citado por usted, porque ello demuestra lo que tantas veces afirmé respecto a su independencia profesional: es Montemayor. Y digo esto por persistir actualmente la creencia de estar contraindicadas en las cardiopatías las aguas sulfurosas, cosa tan sin razón de ser como no la tenían las carbónico-gaseosas cuando gozaban de dicha *contra fama* que los Schott destruyeron en Nauheim.

Unas aguas hay en España (Paracuellos de Giloca) que siempre gozaron y gozan de merecidísima fama para las enfermedades escrofulosas de la piel y herpétides de marcha tórpida, y que, a pesar de ser variedad sulfurosa, dentro del tipo clorurado sódico, producen magníficos resultados en las cardiopatías de derivación bronquítica o asmática.

Ya sé yo, mi insigne amigo, que fuera fácil explicar aisladamente el mecanismo de beneficiar tales o cuales aguas a estos o a los otros enfermos, y que esa facilidad aumentaría si el encargado de demostrarnos el grado de ionización de unas aguas, su acción catalizadora, su radiactividad y su energía cinética, era nuestro ilustre Carracido, porque entonces la energía cultural y dialéctica del gran químico influiría en nuestras convicciones tanto, por lo menos, como las aguas que él estudiara influyeran en el catabolismo de los enfermos sometidos a las mismas, estimulando la hidrólisis y la oxidación, y secundándolo todo por la aceleración de los fenómenos osmóticos que provocara el carácter hipotónico del agua estudiada.

Pero dicho lo anterior, confesemos todos que, cuando utilizamos el poder terapéutico de unas aguas, enviando a ellas nuestros enfermos, lo hacemos en tanto

cuanto los hechos denunciaron su virtud curativa o aliviadora, no cuando nos expliquen por qué están indicadas, y vea usted como con esa confesión va esfumándose el médico para dar lugar a que, entre gasas, aparezca el empírico.

Hay, además, una poderosa razón para que nos determinemos a utilizar tales o cuales aguas en beneficio de nuestros enfermos, y esa razón aumenta de importancia cuando se trata de cardíacos; es la capacidad científica y la energía volitiva del médico aplicador de las aguas prescritas; usted mejor que nadie sabe lo que es capaz de obtener un médico inteligente y trabajador si cuenta con presión, temperatura y abundante caudal de agua. Posible es que el crédito de muchas no tenga otro origen que la ilustración de nuestros hidrólogos y el sabio aprovechamiento que éstos saben hacer de las propiedades físicas de cualquier agua sumadas a las condiciones climatológicas y regímenes derivados; y si ello no fuera bastante, bien sabrán hacer lo que Schott en Bad-Nauheim, añadir la gimnasia, el masaje y, en último extremo, la farmacología, que ésto, y no otra cosa, es lo que hacía en Archena el que usted, generoso hasta la esplendidez, llama Pontífice Máximo de los hidrólogos españoles cuando prescribía las fórmulas que Siboni hizo célebres.

Una deuda de gratitud tienen con usted los enfermos cardiovasculares, y es que con su gran prestigio haya contribuido a que desaparezca entre los médicos el temor a tratar los enfermos de corazón por medio de las aguas termales, temor, que nunca debió existir si se recuerda el origen tóxico de las cardiopatías, si se sabe apreciar la ventaja de los *lavados celulares* en toda intoxicación, y si se orillan con habilidad los inconvenientes que en ciertos enfermos pueda tener un tratamiento intensivo. De la sinceridad con que aplaudo su modo de pensar respecto al tratamiento hidromineral de los cardíacos, juzgará usted cuando le diga que en Fortuna (estación termal que tiene la fama de curar a los bronquíticos, *con tal que tengan sano el corazón*), curé yo personalmente a mi hijo segundo de una endocarditis en período subagudo.

* * *

He terminado, ilustre colega, lo que me propuse decirle respecto a sus «Conferencias clínicas sobre corazón y vasos».

No pude pensar cuando le escribí mi primera carta que esta última tuviese que ser redactada en estos campos murcianos, en donde me tiene recluido la orden de nuestro insigne Barajas, noblemente empeñado en restaurar mi estropeada laringe; pero tenga usted la seguridad, Sr. Huertas, que, ahora en mi aislamiento, y después en Madrid, presume de ser su mayor admirador y veraz amigo,

F. GONZÁLEZ AGUILAR.

SECCIÓN OFICIAL

Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

En la sesión celebrada el día 16 del corriente mes por esta Real Academia de Medicina se acordó por unanimidad que la Revista MURCIA MÉDICA que se publica mensualmente en esta capital sea designada como órgano oficial de la Corporación con arreglo a las siguientes bases:

1.^a MURCIA MÉDICA no sólo seguirá publicando los trabajos de la Real Academia, sino que establecerá una sección especial e independiente destinada a la misma, donde se inserten trabajos literarios, reseñas de sesiones, discursos doctrinales y de recepción, memorias de fin de curso, comunicaciones, concursos, premios, publicaciones recibidas, anuncios, informes oficiales, etc., en una palabra, todo cuanto la Real Academia tenga por conveniente, relacionado con ella y como si dicha sección fuera su boletín, anales o como quiera llamarse; todo lo cual será facilitado por el Académico Secretario, con el V.^o B.^o del Presidente.

2.^a Los Directores-Propietarios de MURCIA MÉDICA conservarán su absoluta independencia y exclusiva responsabilidad en el resto de las secciones de que consta la revista; y

3.^a A los referidos Directores-Propietarios de MURCIA MÉDICA no les guía al obtener esta distinción, más que dos fines, a saber: El primero a ayudar con su propaganda, aprovechando la cariñosa acogida dispensada a la Revista por la clase médica española, al engrandecimiento de nuestra Academia. Y el segundo coronar la obra que con tanto entusiasmo realizan, con el honroso título de Órgano oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

Lo que tenemos el honor de comunicar a VV. SS. como Directores-Propietarios de dicha Revista para su conocimiento.

Dios guarde a VV. SS. muchos años.

Murcia 17 Abril 1917.—El Presidente, *Dr. F. Medina*.—El Secretario Perpetuo, *Dr. L. Albaladejo*.

Señores Directores-Propietarios de la Revista MURCIA MÉDICA.

SESIÓN DEL DÍA 22 DE ABRIL DE 1917

RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELEC-
TO DR. GELABERT AROCA :::::

Preside el Dr. Medina y asisten a tan solemne acto gran número de los señores Académicos y Corresponsales, representación de la prensa local y distinguido público.

Abierta la sesión, el Sr. Secretario da lectura de una parte del acta donde consta la unanimidad de la Corporación al elegir como Académico de número, en la vacante del Dr. Pino y Vivo, al prestigioso farmacéutico de esta localidad Dr. Gelabert Aroca.

Concedida la palabra a dicho señor, dió lectura al hermoso trabajo que a continuación insertamos, no haciéndole por nuestra parte elogio alguno, que sería pequeño, pero que ofrecemos íntegro a nuestros lectores a fin de que puedan saborear lo florido de su ciencia.

Por enfermedad del Dr. Piquer leyó su discurso de contestación al Dr. Gelabert, el Sr. Vicepresidente Dr. Hernández-Ros, cuyo meritísimo trabajo fué una prueba más de lo extenso de sus conocimientos y cuyo honor de publicación también concedemos.

El resumen de la recepción corrió a cargo del Presidente Dr. Medina quien con palabra fácil e inspirado en los fundamentos químicos que terminábamos de escuchar, hizo consideraciones atinadísimas de relación entre ellos, sacando deducciones y vulgarizándolas en forma tal, que se hizo comprender de todos.

Seguidamente le fué impuesta la medalla de Académico al Dr. Gelabert por el Presidente Dr. Medina quien en nombre de la Academia dió la enhorabuena, abrazándole.

DISCURSO DEL DR. GELABERT AROCA

SEÑORES:

Bien puedo aseguraros, y bien podéis creerme, que es para mí el de hoy, uno de los días más felices, y el momento presente de los más críticos de mi vida; pues por mucha que sea vuestra benevolencia y mucho haya influido en vuestro ánimo al elegirme, la amistad con que me honrais, jamás pude soñar llegara el día en que hubiera de franquear los umbrales de esta docta Corporación, que por honrosa tradición, de la que podéis enorgulleceros, sólo han traspasado los profesores de una muy sólida reputación científica. Plausible conducta que no acierto a comprender porque habéis caído en el grave pecado de quebrantarla por vez primera, convenci-

dísimo como lo estoy de que no puede encontrarse en mi modestísima vida profesional ni un solo motivo, por el cual pueda colegirse merecimientos acreedores a la más preciada recompensa y al más alto puesto de carácter profesionales; que tanta es la distancia que media entre el elevado sitio de Académico y mi humilde personalidad científica.

Palabras parecidas habréis quizá oído a otros dignísimos compañeros en ocasiones análogas, dictadas seguramente por la natural modestia; pero para convencimiento de que éstas mías responden a una realidad, bastará tan sólo parar la atención en cuál era el relieve científico del malogrado compañero a quien, no sé si más vuestras bondades que vuestros votos, me han designado para substituirle en el honroso cargo de Académico, y al recuerdo de lo que fué su vida profesional, extinguida para siempre en plena lozanía de la inteligencia y vigor del espíritu, necesariamente convendréis conmigo en que si entonces fuisteis justos, premiando reconocidos méritos y estuvisteis acertados eligiendo profesor digno de colaborar en la obra de la Academia, al tratar de buscarle sucesor sólo os habéis mostrado excesivamente benévolos.

Si en el terreno profesional no podré corresponder jamás a las naturales exigencias de índole científica inherentes al cargo, tened por muy seguro que en el particular y de compañerismo espero no merecer el dictado de desagradecido e ingrato.

Yo no he tenido la fortuna de conocer al inolvidable farmacéutico D. José Pino y Vivo. Sólo 7 años hace que resido en esta hermosa y querida Murcia, y se han cumplido ya 18 que su alma pasó a mejor vida; y su nombre, sin embargo, me es casi familiar desde hace mucho tiempo, y es porque los que fueron sus profesores y amigos siempre encuentran ocasión oportuna para el recuerdo de su amor a la ciencia que con tanto provecho cultivó; del cariño a su profesión que ejerció digna y escrupulosamente, y de sus afectos a la clase farmacéutica.

El día 27 de Mayo de 1870 se graduó de Licenciado en Farmacia en la Universidad Central. Cuatro años después fué nombrado socio residente de la Económica de Amigos del País de esta capital. La de Granada, le nombró Socio Corresponsal, en sesión de 7 de Junio de 1884.

En la sesión extraordinaria celebrada por esta Corporación el 16 de Diciembre de 1891 tomó posesión del cargo de Académico de número. Su discurso, que fué un modelo, versó sobre el Estudio Botánico, Químico y Médico de la Adormidera.

El Sr. Pino y Vivo ha pertenecido además, a las Juntas de Sanidad y ha sido farmacéutico de la Beneficencia provincial.

El Colegio de Farmacéuticos de Madrid en Junta general de 21 de Abril de 1881, acordó celebrar al año siguiente una Exposición Científico-Profesional

que concurrieron lo que de intelectual y laborioso había en la clase farmacéutica. D. José Pino y Vivo fué nombrado Vocal de esta Comisión Provincial y presentó a la Exposición una docena de preparados galénicos que fueron justamente elogiados y por cuyos trabajos fué premiado con el título de Socio Honorario del Fomento de las Artes, premios ofrecidos por la indicada Sociedad.

De entre las varias comisiones y trabajos científicos que desempeñó, y siempre a satisfacción, figura el análisis químico de las aguas de Santa Catalina, del cual nos abstenemos de hablar por cuenta propia por la colaboración que en él tuvo persona allegada a nosotros y para cuyo recuerdo mantenemos siempre vivos los sentimientos más hondos de veneración y del más puro afecto; por eso copiaremos tan sólo el juicio que mereciera al inolvidable Secretario que fué de esta Casa, en su meritísima obra que modestamente tituló «Apuntes de Climatología, Higiene y Saneamiento de Murcia y su huerta». Dice el cultísimo médico Sr. Martínez Espinosa, en el capítulo tercero de su laureada memoria: «Al solicitar del Ayuntamiento la explotación de las aguas, la Corporación Municipal encargó su análisis a los farmacéuticos D. Federico Gómez Cortina, D. Juan López Gómez y D. José Pino y Vivo, que emitieron un luminoso informe que hace honor a la ilustración de sus autores» y después: «tal es el resumen del magnífico informe emitido por los tres señores arriba mencionados...»

Cuando en 1897 la clase farmacéutica se congregó para constituirse en Colegio, el Sr. Pino y Vivo fué elegido Presidente de su sección científica, y reelegido en el año siguiente que fué el de su muerte. Esto os demostrará el buen concepto en que se le tenía por los demás compañeros. Los servicios que en ese espacio de tiempo prestó a la clase desde el difícil puesto de la Directiva del Colegio, fueron muchos y muy valiosos y bien claramente constan en las actas de aquella fecha.

Yo debo a la amabilidad de la que fué su esposa algunos volúmenes que formaron parte de su rica y escogida biblioteca, y os puedo asegurar que en todos ellos existen notas y observaciones de su puño y letra que demuestran cuán detenida y concienzudamente los estudiaba. D. José Pino y Vivo fué pues un hombre cultísimo y un farmacéutico laborioso y erudito, a quien todos recuerdan como un buen químico-analista y un experto botánico, teniendo noticias de que con sus estudios y observaciones personales en esta rama de la Historia Natural, había material bastante para haber compuesto un meritísimo y voluminoso libro.

Y ha llegado el momento verdaderamente comprometido para mí, señores Académicos, de cumplimentar el precepto reglamentario de desarrollo de un tema doctrinal, trance difícil en que me colocan mis escasas aptitudes.

«Relaciones entre la composición química y la función terapéutica de algunos cuerpos» título el modestísimo trabajo que confío a vuestra benevolencia. Lo he

elegido porque el estudio de estas relaciones es la más hermosa aplicación de la química a la medicina, porque a la altura a que han llegado la Química Médica y la Farmacéutica es y será para lo sucesivo tema de eterna actualidad y en fin, señores, porque a mi juicio constituye una de las felices y frecuentes anastómosis de las tres ramas: Medicina, Farmacia y Veterinaria, que nacen del común y secular tronco a que con elocuencia y oportunidad aludía en análogo acto el Dr. Giné y Portagas, Decano de la Facultad de Medicina, contestando en la Corporación hermana de Barcelona al discurso del Académico recipiendario y uno de los más sólidos prestigios de la farmacia patria, el Dr. Comabella.

RELACIONES ENTRE LA COMPOSICIÓN
QUÍMICA Y LA FUNCIÓN TERAPÉUTICA
DE ALGUNOS CUERPOS : : : : : : : :

Parece ser que se encuentran los primeros rudimentos de la teoría atómica en la doctrina filosófica sustentada por Pitágoras, gran matemático y filósofo griego, hombre de una moral muy elevada y severa y jefe de la célebre escuela griega que lleva su nombre y también el de Itálica, que floreció allá por el siglo VI antes de la Era cristiana, que admitía la existencia de pequeñas partículas materiales capaces de adquirir movimiento. Vislúmbrense, pues, las primeras nociones de la idea del consorcio de la fuerza con la materia, idea que fué aceptada por muchos filósofos y recogida y ampliada por la no menos célebre en la Historia de la filosofía griega, la *Escuela Ecléptica*, escuela que tomaba lo aceptable de cada doctrina. Bajo la dirección de Demócrito de Abdera y de Xenófanes ésta proclamó el concepto del átomo suponiéndolo indivisible, principio de todo lo existente; sentó las primeras ideas de la atracción y la repulsión y aún llegaron aquellos filósofos en sus lucubraciones a pretender explicar la diversidad de la materia con tan relativo acierto, que aquellas concepciones han servido de base y fundamento a las hipótesis actuales. Para Demócrito, esta multiplicidad es consecuencia del número, de la forma y de la disposición de los átomos que forman los cuerpos, concediendo también una relativa importancia al movimiento, ya que según él, a aquellos cambios de posición eran debidas las alteraciones accidentales de las sustancias.

Tres siglos después Epicuro, filósofo y fundador de otra escuela que explicaba la formación del Universo por un ayuntamiento casual de los átomos, acepta y defiende las ideas de Demócrito y Leucipo y llama átomo a las últimas partículas de la división de la materia.

Muchos siglos después, el gran químico inglés Juan Daltón, conocido también

en la Medicina por haber descubierto la alteración de la retina llamada «daltonismo», fundamenta en las antiguas concepciones de la filosofía griega su teoría famosa y universalmente aceptada de la constitución de los cuerpos; pero el concepto actual del atomismo químico ha variado bastante del atomismo de la antigua filosofía griega, que no otra cosa podía suceder ante el progreso enorme que especialmente en estos últimos tiempos ha alcanzado la ciencia química. Cada día crece en importancia el concepto de las fuerzas atómico-moleculares, traducidas en imperceptibles movimientos de las infinitesimales masas, tanto que, para los químicos modernos, más que como punto material, como centro de energía hay que considerar al átomo; los cuerpos, las moléculas, son sistemas de eterna dinámica. Ya Thénard, a principios del siglo pasado, definió a la química como la ciencia que da a conocer la acción molecular y recíproca de todos los cuerpos. Consecuentes con este criterio en las modernas definiciones del átomo y de la molécula, el concepto del movimiento y de la energía es lo primero, son sencillamente cantidades de reacción.. siempre unidas la materia y la fuerza. Las leyes de la combinación son satisfactoriamente explicadas por la teoría atómica, la que a su vez encuentra en ellas su más firme apoyo.

La compleja composición de muchos cuerpos, aparte el número inmenso de los que se conocen; los nuevos hechos y fenómenos como el frecuente de las isomerías, por ejemplo, realizados y observados por los químicos, han contribuido al desarrollo y perfeccionamiento de la teoría atómica en el afán legítimo de satisfacer la natural ansiedad del humano espíritu por llegar al logro de la adquisición de la verdad; pero de todas estas pruebas resurge más robustecida y segura la idea del átomo y la influencia de la arquitectura molecular en la diferenciación de los cuerpos. El inmortal Liebig escribía en su química orgánica, que conocidas las relaciones numéricas, lo más importante era averiguar de qué modo los átomos se hallan agrupados y que precisamente en esta especial disposición había que buscar la explicación de la isomería, opinión que compartía el célebre físico y químico José Luis Gay-Lussac. En cuanto a la importancia que el químico alemán concedía al movimiento molecular, bastará recordar su famosa teoría para explicar las fermentaciones.

Conviene a nuestro objeto recordar la teoría de los radicales químicos, bien que haciendo constar desde un principio que no es igual el concepto del radical del siglo XX que el del radical de comienzos del siglo XIX, pero entonces, como ahora, se les suponía grupos moleculares que en las reacciones químicas permanecían íntegros comportándose en todo caso como si fueran elementos. Los radicales se idearon en la química para explicar la constitución especialmente de las sustancias orgánicas; bien pronto el mismo Berzelius quiso explicar la isomería por la distinta agrupación de los átomos en diversos radicales.

El malogrado fundador de la química científica Antonio Lorenzo Lavoissier fué el primero que inició la idea del radical, idea a la que dieron cuerpo dos de los más ilustres químicos, el sueco Berzelius y el alemán Liebig. El primero trató tan claramente de los radicales, que a su juicio, en que estos fuesen simples o compuestos, basaba algunas diferencias entre ciertos cuerpos minerales u orgánicos; para el ilustre profesor de la Universidad de Giessen, la química orgánica era sencillamente la ciencia de los radicales compuestos, y con ese criterio escribió su excelente tratado de la misma, siguiendo una clasificación formada por grupos de cuerpos derivados de un radical, real o hipotético.

Mientras tanto dos grandes teorías, base y fundamento a la vez de otras, luchaban en el campo de la ciencia pretendiendo explicar la constitución íntima de los cuerpos; ambas son demasiado conocidas para que ni siquiera intentemos reseñarlas. La teoría dualista, la más antigua, representada por Liebig y más singularmente por Berzelius, encontraba su más firme apoyo en las acciones, reales unas veces y aparentes otras, de la electricidad sobre los cuerpos. Estas experiencias engendraron un nuevo factor para explicar la constitución de la materia y la verdadera naturaleza de la fuerza interatómica.

Pero el gran Dumas, uno de los genios franceses de más justo y universal renombre, imaginó como resultado de fecundísimas experiencias, que sólo era una la afinidad y que un solo modo tenía de manifestarse, naciendo al calor de aquellos trabajos la teoría unitaria como una consecuencia de la ley de las sustituciones o metalepsia, establecida por el sabio químico francés. Fueron estos nuevos descubrimientos como la piqueta demoledora del grandioso edificio del dualismo de cuyos certeros golpes pretendía defenderlo Berzelius imaginando en vano otra teoría llamada de los *compuestos copulados*.

Fecundísima ha sido para el progreso de la química la teoría de las sustituciones; por lo pronto ya hemos visto como engendró la teoría unitaria, rival victoriosa del dualismo. Después estudiando Laurent, compatriota de Dumas, esa sustitución de unos átomos por otros en el edificio molecular, especialmente en los casos en que las propiedades siguen subsistiendo, concibe la idea de los núcleos fundamentales y con este mismo nombre expone una teoría, que en síntesis; supone que en las sustancias orgánicas algunos factores están unidos más íntimamente que los restantes, considerando a los primeros como núcleo fundamental y a los que pueden engarzarse elementos o grupos de átomos para originar así nuevos cuerpos.

El mismo Dumas había expresado como resultado también de sus experiencias la idea de la equivalencia y afirmaba, que en lo principal, el carácter de una combinación está condicionado hasta cierto punto, más por la disposición y el número de los átomos que la integran, que por la naturaleza química de los mismos. Laurent

opina que la sustitución de hidrógeno por cloro tenía lugar en el mismo sitio de la molécula. Dumas y Laurent sentaron pues, las bases de la importante teoría de los tipos; y he aquí otra consecuencia de los notables trabajos de metalepsia.

Cada día nuevos hechos demuestran la importancia del agrupamiento de los átomos; las experiencias de Hoffmann sobre los derivados halogenados de la anilina es una prueba más, famosa porque decide al propio Liebig a abandonar la teoría dualista de la que fué un ardiente defensor.

Caracteriza este período de la historia de la química una actividad verdaderamente asombrosa de los trabajos de laboratorio: así vemos progresar rápidamente la teoría de los tipos que se amplía y perfecciona. Sucesivamente se crean nuevos y distintos tipos que quedan definitivamente establecidos merced a los trabajos de químicos tan eminentes como Regnault, Wurtz, Hoffmann, Williamson, Gerhardt, Odling, Kekulé y desde luego los de Laurent y Dumas verdaderos fundadores de esta teoría.

El radical químico subsiste en la teoría de los tipos; los estudios de Gerhardt y Williamson puede decirse que funden en ella la de los radicales y la de las sustituciones.

Aquella idea de la equivalencia apenas esbozada por Dumas, viene en cierto modo a presentárenos como una novedad científica de incalculable transcendencia por Frankland, marcando una fecha memorable en la historia de la química. La valencia o dinamicidad bien pronto dió origen a la teoría del encadenamiento de los átomos, fundamentada en los trabajos experimentales independientemente efectuados por Kekulé y Comper. Otros estudios traen como consecuencia las verdaderas fórmulas de estructura de empleo imprescindible en la moderna química; como se vé, razón teníamos para asegurar que la teoría de las sustituciones había sido fecunda para el progreso de esta ciencia.

Así como los fenómenos de electrolisis apoyaban al dualismo, así también la idea de la dinamicidad parecía confirmar la teoría de las sustituciones.

En la de los tipos, en todo tiempo pero sobre todo en sus comienzos y muy singularmente por Dumas y Wurtz de entre sus partidarios, concedíase a la posición del átomo gran influencia en las propiedades de los cuerpos, así como también a la naturaleza del radical, pero dentro de un radio honradamente confesado por Wurtz, de que todo ello no podía pasar de la categoría de una mera hipótesis sin confirmación plena en aquél entonces. Esta es tarea que le está encomendada a la síntesis química: así lo predecía como una legítima esperanza en su excelente tratado de Química Orgánica escrito en 1872 nuestro inolvidable profesor Dr. Puerta, y tenía razón el llorado maestro, porque sólo los trabajos de síntesis en donde se armoniza la especulación puramente filosófica con la experimentación, tan imprescindible en

la ciencia química, han podido revelar muchos secretos sobre la constitución de los cuerpos, permitiendo reproducir en los laboratorios gran parte de la obra admirable de la naturaleza.

A partir de la experiencia realizada en 1828 por Federico Wöhler, ilustre profesor de aquella ciencia en la Universidad de Gotingen, obteniendo artificialmente la urea por transposición molecular del cianato amónico, experiencia famosa en la historia de la química porque dió al traste con la supuesta fuerza vital, la obra de la síntesis química asombra al espíritu por lo transcendental y lo inmensa, su gigantesca labor, cada día más admirable y admirada, marca en aquella un carácter tan definitivo que con razón hay que llamar con el Doctor Murua, mi cultísimo amigo, a estos que corren los tiempos de la síntesis.

El moderno concepto del radical está íntimamente asociado al de la cuantivalencia; son verdaderos restos moleculares con la dinamicidad correspondiente a la que poseían los átomos que se separaron de la molécula.

El estudio detenido de los compuestos, especialmente orgánicos, ha inducido al establecimiento de la función química. Se han formado agrupaciones de cuerpos atendiendo a la característica química en ellos dominante; es decir, que tienen un comportamiento en sus reacciones que es común o genérico a todos los del grupo y que se hace depender de diferentes agrupaciones moleculares llamadas muy propiamente *grupos funcionales*, cuyo establecimiento no son ninguna actualidad científica, bien que hoy están mejor estudiados y ha aumentado su número. El sabio francés Marcelino Berthelot, célebre por sus numerosos trabajos de síntesis y uno de los fundadores de la termoquímica, estableció ocho grandes grupos funcionales. Son, pues, dos cosas muy diferentes radical y función química; un radical podrá o no ser un grupo funcional, para determinadas series de cuerpos que lo integran en su molécula. De común tienen por lo menos, el papel principalísimo que en ambos juega la dinamicidad y el manifestarse en ellos como intensificada la fuerza atractiva interatómica.

El conocimiento de los grupos funcionales ha sido fecundísimo para la ciencia; merced a él, se ha podido llegar con relativa facilidad al descubrimiento, por procedimientos de síntesis, de nuevos cuerpos y a predecir algunas de sus más principales propiedades. Bien pronto se trató de sacar consecuencias prácticas de estos trabajos buscando sus aplicaciones en el terreno industrial y en el campo de la Terapéutica. No se han visto defraudadas tan halagüeñas esperanzas, porque al calor de estos estudios y trabajos la industria, como la medicina, ha progresado grandemente y las naciones que sabias y previsoras han sabido primero estimular y favorecer el esfuerzo de sus hijos y después utilizar sus descubrimientos, han creado

fuentes de incalculable riqueza, cuyos beneficios alcanzan a todos los órdenes de la actividad humana.

Las antiguas ideas sobre la influencia del número y de la posición de los átomos en la diferenciación de la materia; el estudio de la energía de que estos átomos se encuentran dotados; el de la fuerza atractiva que los une; el conocimiento de la cuantivalencia y el de las funciones químicas, etc., etc., todo esto y algo más ha entrado en juego para la producción de nuevos cuerpos o para mejor explicarse científica y racionalmente la característica química de la mayoría de ellos; pero todo lo reseñado son otras tantas pruebas fehacientes del progresivo desenvolvimiento de la antigua teoría atómica, a las que aún pueden añadirse, la determinación debida a los estudios de Kekulé de la tetratomicidad del carbono, los que a Le Bel y a Van T'Hoff les indujeron a admitir la asimetría molecular de este elemento como medio de explicación de los múltiples casos de isomería óptica, la propiedad de los elementos de cambiar de atomicidad, la concepción por Kekulé del exágono bencénico etc., etc. Pero con todo lo hecho y con ser mucho, no sabemos si la obra está para terminarse o sólo en sus comienzos. Vivimos en un período de renovación de ideas y de teorías del que todo puede esperarse y todo debe temerse; así vemos resurgir en la moderna teoría electrónica de Svante-Arhenius, la importancia de la electricidad en la combinación y por consecuencia en la constitución de los cuerpos; en cambio la afinidad, supuesta fuerza interatómica tan antigua como el atomismo, pierde casi toda su importancia en la original hipótesis del sabio químico inglés; el hipotético átomo parece adquirir realidad tangible en las últimas experiencias de Perrin y de Wilian Crokes, el mismo que en famoso discurso leído en la sección química de la Asociación Británica en 1886 proclamó la hipótesis de la unidad de la materia, atrevida concepción que parece encontrar apoyo en los curiosos fenómenos de radioactividad.

Pero volvamos otra vez a los radicales y a las funciones químicas.

(Continuará)

ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Sociedad Española de Especialistas de Pecho

SESIÓN DEL DÍA 27 DE MARZO DE 1917

Tratamiento de las bronquitis crónicas por las vacunas.

DR. VERDES MONTENEGRO.--Dice que a consecuencia de un artículo demasiado optimista que escribió hace años, un eminente médico de Madrid le llamó para tratar a un enfermo, en el cual fracasó el tratamiento contra lo que era de esperar. En vista de ello ha estudiado mucho la cuestión con la ayuda de distinguidos bacteriólogos como Mayoral, Llorente, Durán de Cottes, Escudé y otros. Cree que hay mucho todavía que estudiar en el tratamiento de las bronquitis crónicas por las vacunas. No se trata de un germen, sino de varios, y es difícil discernir cuál o cuáles son los responsables del proceso en cada caso. En los consecutivos a bronquitis agudas la aglutinación es a veces buen guía. En otros casos la bronquitis crónica resulta de irritaciones persistentes de la mucosa por gases, polvo industrial, por el alcohol o por ciertas discrasias y en la secreción se desarrollan especies que viven parásitas sin agredir realmente al organismo. La bronquitis crónica no es en estos casos una verdadera enfermedad infecciosa y la acción de las vacunas es limitada y deficiente.

Recuerda los trabajos de Colvée, según los cuales, la flora microbiana bronquial varía después de una vacuna desarrollándose especies antes inadvertidas, lo que le obligó a variar a cada paso las vacunas y estima altamente científico este camino. Cree de todas suertes indispensable un buen drenaje bronquial y explica por la falta de esta condición el fracaso en algunas bronquiestasias. Advierte que la inmunidad conseguida es siempre relativa y que las recaídas son posibles en cuanto las defensas orgánicas producidas se debilitan.

Termina excitando a todos a contribuir al esclarecimiento de las condiciones en que más frecuentemente se logran éxitos, para establecer no sólo las indicaciones, sino los procedimientos que son más eficaces para la confección de las vacunas.

DR. GARCÍA TRIVIÑO.—Agradece a todos su aportación de datos y pone de relieve la sinceridad de sus investigaciones en las que consigna los éxitos, los fracasos y los resultados poco demostrativos. No está conforme con el empleo de vacunas vivas y menos aún con inyectar preparados en los que existe el bacilo de Koch, por estimarlo peligroso. Se felicita de que se hayan citado casos favorables a la bacterioterapia en las bronquitis puesto que no demuestra un cierto acuerdo entre distintos experimentadores acerca de que se trata de una terapéutica digna de estudio y ampliación en el porvenir. No considera peligroso el empleo de las vacunas autógenas y polivalentes, pero sí el método de Duncan. Cree que por ahora no es el procedimiento de selección de bacterias el más eficaz en el tratamiento de las bronquitis, pero sí es digno de tenerse en cuenta en afección tan crónica y rebelde a otros tratamientos.

Termina manifestando que lo mismo en aparato circulatorio que respiratorio hay enfermedades que se curan clínicamente aunque sea sin *restitutio ad integrum* que al fin y a la postre es lo que ocurre con casi todas las enfermedades.

Tumores en el mediastino

DR. SERRA.—Da lectura a varias historias clínicas, todas muy interesantes, exponiendo casos de gruesos infartos, de ganglios mediastínicos, aneurismas de aorta y tumores de mediastino, algunos de ellos comprobados por la autopsia.

Acompañó su comunicación con la presentación de gráficas muy interesantes.

SESIÓN DEL DÍA 17 DE ABRIL DE 1917

Tumores en el mediastino

DR. UBEDA.—No está conforme con el título de esta comunicación, pues estima que los casos de aneurisma e infartos de ganglios, descritos por el Dr. Serra, no deben ser considerados como de tumores del mediastino. Cree que estos son poco frecuentes y de difícil diagnóstico, el que no debe confiarse en absoluto a los rayos X, buen auxiliar del clínico, pero no el todo para resolver nuestras frecuentes dudas.

DR. NAVARRO BLASCO.—Es muy sencillo el diagnóstico de los aneurismas cuando se presentan con gran cortejo de signos físicos y funcionales, pero en ocasiones no ocurre así y entonces la radiografía nos auxilia muy eficazmente. Cita casos clínicos que demuestran su afirmación.

DR. FOURNIER.—En el diagnóstico de los tumores del mediastino, ilustran más que la clínica, los rayos X. Concede más importancia a la radioscopia que a la radiografía.

DR. GARCÍA TRIVIÑO.—Lo más difícil de la especialidad es el diagnóstico de los tumores del mediastino y desde luego, de los aneurismas y adenopatías traqueo-bronquiales. Con los rayos X solamente, no se resuelve este difícil problema.

DR. CARRASCO.—La radioscopia ilustra más que la radiografía, pues con aquella es fácil distinguir una tumoración de un aneurisma por las expansiones de éste, perceptibles en la pantalla, no así en la placa.

DR. ESPINA.—Existe el mediastino virtualmente más que de una manera real. Nunca ha apreciado síntomas de mediastino, sino más bien aisladamente de los órganos que dicen constituirlo. Se extraña de la frecuencia con que hoy se diagnostican las adenopatías traqueo-bronquiales y los aneurismas y lo cree debido al influjo de los casos muy divulgados. Los rayos X, sirven, pero sin exageraciones, para observar la función del órgano examinado. Encarece la necesidad de practicar autopsias, pero por personas especializadas y que no busquen sino que encuentren lo que en clínica se sospechó. No conoce el mediastino normal.

DR. SOUSA.—Las mayores garantías para un diagnóstico cierto están en la auscultación metódica y minuciosa. No se puede relegar esta a segundo término, concediéndole la primacía a la radiografía. Conoce un enfermo al que se le hizo neumotórax artificial del sospechado pulmón afecto, porque se veía en la radiografía una sombra y ésta provenía de una lesión ya cicatrizada.

La auscultación puso de manifiesto que el pulmón afecto era el no colapsado.



Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña

SESIÓN DEL DÍA 14 DE JUNIO DE 1916

Estado actual de la Terapéutica de la hemoptisis.

DR. PRESTA.—Recordó las precauciones de quietismo y demás cuidados higiénicos que deben tenerse en cuenta para evitar el incremento del accidente.

Debe evitarse la alimentación a base de líquidos que por aumentar la tensión vascular dificultan la formación del coágulo, proceso natural de curación. No debe reemprenderse la alimentación hasta pasadas 36 horas después del episodio agudo y utilizando alimentos de pequeño volumen.

Entre los agentes físicos es beneficiosa la revulsión ignea superficial utilizándose la vasoconstricción antagónica que debe verificarse en el otro extremo del arco reflejo. En los casos en que la hemoptisis obedece a la ruptura de aneurismas de Rasmussen la revulsión resulta ineficaz.

La ligadura de la raíz de los miembros ha sido empleada con éxito en alguna ocasión.

En la terapéutica medicamentosa cabe distinguir: los *astringentes* de eficacia nula y más bien perjudiciales, *calmantes* y *sedantes*: en especial la morfina es un medio perfecto de moderar la tos; *vasoconstrictores*: el más usado ha sido la ergotina que antes bien está contraindicada ya que activa sobre todo el sistema vascular, excepto sobre el vaso lesionado incapaz de reaccionar; *hemoplásticos*: el cloruro de calcio si bien muy usado es de resultados negativos incluso como preventivo. El suero gelatinizado es preconizable usándolo con las mayores garantías de asepsia. El hierro (percloruro de hierro) aumenta la coagulabilidad y modifica a la larga el medio hemático; *cardiovasculares*: la digital es útil en las taquicardias y combinada con la quinina cuando hay temperatura; *eméticos*: la hipecacuana usada tardíamente provoca el vómito que arrastra los coágulos verificándose un barrido de los bronquios y suprimiéndose así el origen de nuevos focos congestivos.

El neumotórax, cuando es posible su práctica es capaz de solucionar hemoptisis, irreductibles por cualquier otro procedimiento.

El Dr. Torruella se mostró conforme en todo. La digital tiene su mayor indicación en las taquicardias de origen sinusal.

El Dr. Balcells hizo la distinción del tratamiento que debe aplicarse en los casos en que la hemoptisis vaya acompañada de hiper o hipotensión. Del cloruro cálcico ha visto buenos resultados terapéuticos y experimentales. En los individuos estreñidos e hipertensos cabe utilizar el procedimiento de la depleción sanguínea mediante la administración de un enema de sulfato de magnesio que provoca una considerable congestión cólica. La hipecacuana y los antimoniales surten su mejor efecto a la dosis nauseosa, de aquí las ventajas del uso de la emetina que no llega a provocar el vómito.

El Dr. Suñé y Medán defendió el uso del cloruro cálcico citando el caso de un fibroma naso-faríngeo extirpado en varias sesiones y en las cuales se hacía palpable, con respecto a la hemorragia la ventaja del empleo de dicha substancia como preventivo, comparado con las veces en que por descuido del paciente se había prescindido de tal precaución.

El Dr. Vidal sostuvo igual opinión aportando el caso de un niño afecto de hemorragias intraoculares curado con el cloruro cálcico y reposo.

Rectificó el Dr. Presta insistiendo en que no había podido apreciar ventaja alguna del uso del cloruro cálcico ni de la emetina. Tal vez estos éxitos sean debidos a coincidencias del empleo terapéutico con el final de la hemoptisis. La utilidad de los enemas de sulfato de magnesia está contrarrestada por los movimientos que es necesario hacer ejecutar al paciente.



SECCIÓN VARIA

Fundación Santa Cándida

IV

La actitud de "Los Progresos de la Clínica," y la de MURCIA MÉDICA

El órgano de la Fundación, antes de serlo, invirtió todos o casi todos su suplementos del año 1916 en hacer la propaganda de *Santa Cándida*; primeramente enunciando los fines, luego enumerando los medios y más tarde realizando éstos sin acuerdo de su Patronato.

Mientras tanto MURCIA MÉDICA cuando conoció los fines se adhirió a la empresa ofreciendo su concurso; cuando se publicaron los medios guardó silencio hasta ver consumado el proyecto, o sea al año de ser concebido y propalado, oponiéndose entonces francamente.

Alguien ha criticado la actitud de los *anticandidistas* acusándoles de *ligereza*. Por lo que a nosotros afecta, demostrado queda que nuestra oposición empezó desde el momento que, los que eran proyectos se convertían en realidades, según la escritura de constitución del Patronato de 17 Enero 1917. Más *ligeros* fueron *Los Progresos* lanzando los fines antes que los medios, anunciando rápidamente *productos recomendados por la Fundación* sin el acuerdo del Patronato y *poniendo en práctica precozmente sus procedimientos*.

Pensamos que en cuestiones que interesan a la clase médica todos y cada uno de los que a ella pertenecemos, y con mayor motivo la prensa profesional, estamos obligados a intervenir en ellas aportando cada cual sus particulares opiniones.

Es preferible que entre nosotros dirimamos nuestras cuestiones y solventemos las dificultades, que no dar lugar a que otros las resuelvan.

* * *

Y apareció nuestro primer artículo «*Rompiendo el silencio*» en el que hacíamos la crítica de los *procedimientos* de la Fundación.

GALERÍA DE CARICATURAS



DR. SANCHEZ CARRASCOSA

Redactor de MURCIA MÉDICA

GIL VICARIO.

7-4



1911

1912

1913

1914

1915

Por entonces *Los Progresos* sostienen viva polémica con *El Siglo Médico*, y ofrecen contestar a éste con meridiana claridad cuantas objeciones se hagan a *Santa Cándida*. Sin duda, este ofrecimiento, a pesar de referirse a un asunto de interés general, sólo iba dirigido a *El Siglo Médico*, por cuanto ni a *MURCIA MÉDICA* ni a otras revistas también *anticandidistas*, se les ha contestado a sus argumentos. *El Siglo Médico* suspendió la intervención y *Los Progresos* hacen oídos sordos a los demás colegas y *guardan silencio*.

A nosotros nos parece, que aparte la descortesía del colega (no nos extraña de quien es capaz de satisfacerse retirándonos el cambio), la que se perjudica es la Fundación, ya que no rebatiendo los argumentos contra uno de sus procedimientos dirigidos, es tanto como dejarlos en pié y darlos por irrefutables.

En sana lógica así debe opinar el colega, pues a nuestro eminente Dr. Cortezo, de idéntica forma le arguye, cuando por no responder a sus incitaciones en forma de avisos, deduce en consecuencia que el silencio del prestigioso Presidente de la Real Academia demuestra que nada tenía que decir de la Fundación.

¿Acepta el colega la argumentación dirigida a Cortezo?—Pues acepte también la nuestra.—*No se rebaten nuestras objeciones porque no pueden rebatirse, según demuestra el silencio de los interesados en que resplandezca la meridiana claridad.*

* * *

Los Progresos no contestan, pero dan cabida en sus columnas a insidias suscritas con el seudónimo y nos dirigen preguntas capciosas.

MURCIA MÉDICA rechaza aquellas por falta de hidalguía y de valor cívico y contesta las segundas con más claridad que la meridiana de *Los Progresos*, insistiendo en su campaña y no saliéndose de los límites de la razón y serenidad.

Los que velan por el prestigio de una clase estampando sus nombres al pié de sus escritos, frente a lo que creen es perjuicio para aquella, han de sufrir el calvario consiguiente a la redención que se imponen. No importa; la propia satisfacción de nuestra conciencia nos anima a proseguir y a despreciar rastreros procedimientos.

Si se pretende que prevalezca *Santa Cándida*, creemos que sus elementos directores han debido aclarar dudas, rebatir argumentos, admitir enmiendas de la clase, ya que a ésta se trata de proteger. Lo contrario, encerrarse en el silencio más despectivo y no oír a los que somos médicos y nos preocupamos de las cuestiones que interesan al bienestar general, hace pensar en la predilección manifiesta que aquellos elementos sienten por el *cuarto de los procedimientos* con menoscabo de nuestras atendibles y justificadas razones. Es decir, interesa más el *tanto por ciento* que la perfección de la idea con las enmiendas que se brindan.

Y las insidias demuestran, entre otras cosas, que se carece de argumentos más serios y definitivos.

* * *

Pugna con este silencio otra actitud de *Los Progresos*. No quieren contestar a la prensa profesional en este asunto de *Santa Cándida* y en cambio se hacen eco de los contados colegas que opinan en pró.

MURCIA MÉDICA brinda por el contrario, al órgano de *Santa Cándida*, mayor número de colegas que opinan, como nosotros, contra el *cuarto procedimiento* de *Santa Cándida*.

Véase ahí la lógica del órgano de la Fundación que trata descortésmente, no contestando, no haciendo aprecio a cuantos colegas discrepan de sus procedimientos y en cambio le falta tiempo para publicar los que con él opinan, que son los menos.

Esto demuestra que el referido órgano quiere defenderse, y falto de razonamientos con que combatir, utiliza los que le brinda algún que otro colega; que como armas ajenas y prestadas no ha de manejar con la soltura y oportunidad que si fueran propias.

Conteste por sí a nuestras objeciones que más enterado que sus contados aliados del mecanismo de *Santa Cándida*, podrá con mayor conocimiento de causa dar claridad a la discusión.

* * *

En resumen: MURCIA MÉDICA ha iniciado esta campaña contra el *cuarto de los recursos* con que cuenta la Fundación Santa Cándida, que es tanto como decir contra la Fundación por entero (puesto que el tal recurso es el todo), por entender que era ofensivo para la dignidad del médico *aceptar un tanto por ciento, comisión o corretaje de los específicos recetados*.

Su actitud está justificada en pos de una enmienda, la supresión del *cuarto de los procedimientos*.

Que algunos no nos han entendido o no han querido entendernos, queda compensado con el mayor número de los que participan de nuestra opinión. Es un verdadero consuelo levantar bandera por el prestigio de una clase y verse secundado de prestigiosos elementos que piensan como nosotros.

MURCIA MÉDICA ha roto el silencio después de esperar, vigilando atentamente, que la Fundación fuera un hecho consumado. ¿A qué iba a aguardarse? Dejar correr libremente el asunto era autorizarlo con el silencio.

MURCIA MÉDICA se complace en declarar que a su voz de alerta se ha sumado casi toda la prensa médica y ha sido alentada por personas de sólido prestigio, aun

cuando *Los Progresos* callen, que es la prueba más evidente de la razón de nuestra campaña.

MURCIA MÉDICA seguirá en su empresa sin temor a insidias, que calificamos de *desviaciones del asunto* para excusar el silencio de lo que no puede refutarse, hasta vencer. Haremos llegar nuestras razones donde quiera que haya un médico. Editaremos nuestros artículos en folleto aparte y en profusa tirada. Todo lo que haga falta hasta estar seguros de que la hidalguía de la clase médica española rechaza procedimientos altruistas de bisutería.

Opiniones ajenas (1)

«Policlínica», Valencia.—El asunto de la Fundación Santa Cándida, Patronato constituido en Madrid el 17 de Enero para socorrer a los hijos de los médicos, farmacéuticos y odontólogos que mueran pobres, está llamado a interesar en gran manera a la opinión médica española, que muy pronto se dividirá en dos bandos, que podrán llamarse *Candidistas y Anticandidistas*, según se inclinen en favor o en contra de esta Fundación, a la que *El Siglo Médico* denomina *el famoso negocio de Santa Cándida*.

»Apenas nombrado el Patronato de la Fundación, han ocurrido los siguientes hechos, íntimamente relacionados con la misma:

»Una cuestión personal entre Don Víctor M. Cortezo, hijo de Don Carlos María Cortezo, y Don Joaquín Núñez Grimaldos, zanjada, afortunadamente, con un acta que firman Don José Ortega González, Don Celedonio Calatayud, Don César Juarros y el conde de San Luis.

»La dimisión de los directores de *Los Progresos de la Clínica*, Doctores Don Antonio Simonena y Don Ramón Jiménez, que han sido reemplazados por los Doctores Don Leonardo de la Peña y Don José Verdes Montenegro.

»Han renunciado a formar parte del Patronato, entre otros, su Presidente señor Fernández Prida, el Doctor Cortezo, el Doctor Carracido, el Doctor Lázaro, el Doctor Bayod, decano de Farmacia, el Doctor Tapia y el Doctor Grinda.

»Los Doctores Cortezo y Núñez Grimaldos sostienen viva polémica desde *El Siglo Médico* y *Los Progresos*.

»El mismo *Siglo Médico* contiene con el Doctor Arias Carvajal, redactor-médico de *La Acción*.

(1) En el número anterior publicamos las adhesiones a nuestra campaña de «Extremadura Médica», «Gaceta Médica del Sur», «La Clínica Moderna», «Revista Médica Barcelonesa», «El Eco Médico-Quirúrgico» y una circular del Dr. Simancas Señán.

»MURCIA MÉDICA rompe el silencio, y desde su tribuna lanza una filípica razonada y contundente (1), que termina con las siguientes conclusiones:

«1.ª La Fundación Santa Cándida es buena en sus fines.

»2.ª De los medios propuestos para allegar recursos, sólo cuenta con uno como seguro.

»3.ª Este medio no nos parece moral. Para serlo, los fabricantes habrían de hacer sus donativos prescindiendo del reclamo; sólo así sería la verdadera caridad que tanto se encomia en el proyecto y escritura de la Fundación; lo contrario no es caridad y sí negocio de productor.

»Ultima. Si la Fundación Santa Cándida, para conseguir sus fines, cuenta como el más seguro e importante de sus recursos un medio de moralidad discutible, ¿puede la opinión imparcial consentir prevalezca tal obra, por muy benéfica que sea? A lo menos por el buen concepto, por el prestigio de la clase, debemos impedirlo.»

»Pocas palabras, para definir nuestra opinión respecto a la Fundación Santa Cándida, cortésmente solicitada por MURCIA MÉDICA.

»1.º Todo cuanto se haga en favor de los médicos rurales (sin esperar a su muerte) nos parecerá poco.

»2.º Cuanto tienda a aliviar la mísera situación de las viudas e hijos de los médicos que mueran pobres (que son la mayoría), contará siempre con el decidido apoyo de *Policlínica*.

»3.º *Policlínica* condena todo procedimiento que escudándose en móviles rentadores o altruistas persiga idea de lucro, trascienda a negocio o sirva de plataforma para alcanzar cargos... más o menos políticos».

«Notas Médicas», Salamanca.—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Distinguidos compañeros: A su amable invitación de que les envíe el juicio que me merezca la «Fundación Santa Cándida» creo mi deber en primer lugar acusarles recibo de su grata carta-circular.

Respecto al asunto que origina ésta he de rogarles que me permitan reservar mi opinión, pues acaso mi juicio hubiera de parecer interesado por creer que era producto de rivalidades profesionales. Acaso más adelante pueda complacerles si las cosas llegasen a una situación que hiciese preciso romper todo silencio. Entre tanto creo que basta con lo dicho por MURCIA MÉDICA y algunos otros colegas, cumpliéndome felicitarles por su campaña.

(1) Hay que hacer constar que el órgano de *Santa Cándida*, a pesar de leer que «*Policlínica*» califica nuestro artículo de *filípica razonada y contundente*, en su fiebre de adhesiones, se apropia la del colega valenciano sin reparar que encuentra nuestro artículo RAZONADO Y CONTUNDENTE.

Con este motivo expreso a ustedes mi consideración afectuosa.—*Daniel Mezquita.*

«**Clinica**», Madrid.—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Distinguidos colegas: He tenido el honor de recibir su carta en la que me piden mi parecer acerca de la «Fundación Santa Cándida» y lealmente debo manifestarles, que estoy de acuerdo con Vds. en un todo.

Reiterándoles con este motivo las consideraciones de amistad y compañerismo su S. S., *Adolfo de Castro.*

«**Revista Valenciana de Ciencias Médicas**», Valencia.—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Muy señores míos y estimados colegas: Con mucho gusto accedo a sus deseos de que les manifieste mi parecer tocante a la «Fundación Santa Cándida». Mi criterio en el asunto es el mismo que hace más de un año sustenté en el Instituto Médico Valenciano, cuando un ilustrado consocio, *per se* o a instancia de parte solicitó «que la Corporación felicitase a los iniciadores de la Santa Cándida» ya que tanto y cuanto ella iba a beneficiar a nuestros coprofesionales necesitados o a sus familias.

Resueltamente me opuse a dicho intento: 1.º por creer que nuestra Sociedad no debía amparar con su autoridad un reclamo comercial, un señuelo que a título de beneficencia buscaba tal vez la simpatía para la caja de una revista y 2.º porque el medio planteado por la Fundación de proteger a determinados específicos, señalaba a la clase un derrotero a todas luces condenable por indelicado y algo más...

La Junta del Instituto aceptó mi parecer por unanimidad, y alguna vez, más tarde se ha congratulado, ante los hechos por su abstención.

Muy bien sé que algún provecho podrá traer a los necesitados médicos dicha creación benéfica; pero no quiero ni debemos querer para estos efectos el dinero perseguido a todo trance; el dinero logrado fuere como fuere y por caminos de dudosa moralidad; sino en virtud de austera y delicada elevación de miras, allegado por los dictados de la previsión colectiva, de la caridad o de la fraternidad concretada en forma de una agremiación seria que atendiese a todas las necesidades individuales y generales de sus miembros; que al fin y al cabo a esa resolución creo iremos en lo porvenir, si somos lo que debemos ser.

El orfelinato médico, la incapacitación para el trabajo por edad o por accidente, las pensiones a viudas y en general, todas las atenciones que reclame con imperio el *proletariado médico*....., son problemas sociales del *gremio*, que solamente las fuertes uniones colectivas han de resolver en términos que constituyan verdadera gloria para quienes a la práctica les lleven cumplidamente.

Por despedida, vaya para el Dr. Cortezo y los demás prestigios profesionales que francamente han enseñado a la Clase cómo no debía hipotecar su honorabilidad por un plato de lentejas, mi más cumplida enhorabuena; y para ustedes, estimados compañeros, que se han impuesto la tarea de pulsar el criterio de sus camaradas respecto del discutido *negocio*, un saludo afectuoso de este su seguro servidor q. b. s. m., *Faustino Barberá*.

«**Boletín del Colegio de Médicos de Santander**».—Continúa la prensa profesional ocupándose del Patronato de la Fundación Santa Cándida y no nos juzgamos dispensados de dar nuestra modesta opinión.

Coincidimos con cuantos han tratado del asunto en aplaudir los fines que la Fundación persigue, por saltar a la vista los beneficios que a la clase habían de reportar; pero no podemos estar en modo alguno conformes con que las arcas de la Asociación se nutran del tanto por ciento que los fabricantes de productos farmacéuticos entreguen a cambio de la ayuda que la clase médica les otorgue.

Para nosotros tan censurable resulta el procedimiento ideado por «Santa Cándida», como la prescripción de especialidades farmacéuticas que valen a quien las formula una cantidad como tantos otros procedimientos de este jaez que la competencia industrial ha puesto en juego.

Creemos con MURCIA MÉDICA que no prevalecerá *Santa Cándida* mientras no desaparezca de sus estatutos el artículo objeto de estos comentarios y por lo que a la provincia afecta seguros estamos de que ningún compañero prestará su ayuda a la dicha Asociación, por camino tan tortuoso.

«**Regeneración Médica**», Salamanca.—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Queridos colegas: Conformes con su carta. Remitiré en breve, juicio sobre «Santa Cándida». Soy con Vds.

Les abraza el Director, *Doctor Calama Sanz*.

«**Revista de Medicina y Cirugía Prácticas**», Madrid.—Señores Directores de MURCIA MÉDICA. Muy señores míos y distinguidos compañeros: voy a exponer en pocas palabras mi opinión respecto a la «Fundación Santa Cándida», asunto que tanto preocupa a la clase médica.

Esta Fundación, como todo cuanto tiende a beneficiar a los médicos, a sus viudas y a sus hijos, es digna de las mayores alabanzas. No sucede lo mismo con todos los medios propuestos para obtener ingresos destinados a sostenerla y algunos han sido criticados por creer no están de acuerdo con lo que exige la moral profesional.

Esta opinión es la sustentada por la mayoría de los que asistieron a las reunio-

nes de la Asociación de la Prensa Médica y por casi todos los periódicos de Medicina y Farmacia y a ella nos adherimos.

Aprovecha gustoso esta ocasión para ofrecerse de Vds. atto. s. s. q. e. s. m.—
Federico Toledo.

«**Gaceta Gaditana de Ciencias Médicas**»—Cádiz—ha reproducido nuestro artículo «Rompiendo el silencio».

«**El Monitor de la Farmacia**»—Madrid—también lo ha reproducido, como asimismo las cartas de los Dres. Recasens y Lázaro.

Hemos solicitado la opinión de *Gaceta Médica Catalana* y véase lo que nos contesta el eminente Dr. Rodríguez Méndez:

Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Distinguidos colegas: Su apreciable del 28 Abril es la primera que llega a esta su casa; la otra a que se refieren no he tenido el gusto de recibirla.

Con la franqueza que me caracteriza debo decir a Vds. que en los 40 años de vida que tiene la *Gaceta*, no se ha inmiscuido nunca en cuestiones profesionales ni piensa intervenir en ellas. Tal fué el pacto para su nacimiento y así continuará toda su vida, dure lo que durare. No extrañe, pues, me abstenga, como Director, de inclinarme a uno u otro lado.

Y continuando con esa misma franqueza, como particular les diré a Vds. que, en mi concepto, esa cuestión, como otras muchas más altas o más bajas, no tiene compostura. Está en la masa de la sangre de la clase, en la falta de ciertas condiciones que no deben olvidar los hombres, en la abundancia de médicos, en la lucha por la vida, en el ambiente y rebajamiento..... y, en otro orden de ideas, en las laxitudes de los tribunales y en las disposiciones oficiales que, aumentando cada año la hornada, va a llegar no se a donde, quizás a que nos parezcan ángeles del cielo los que ahora son reprobables.

No ahora bajo el peso de los años; hace mucho tiempo que soy un escéptico absoluto en todo cuanto atañe a armonías, a ennoblecimiento de los médicos, etc. Hijo de médico rural, en aquellos tiempos que no volverán, el médico tenía un prestigio que ha perdido lo mismo en las capitales que en los pueblos. Ganaba mucho más y era la primera figura. Ya habla, a pesar de todo dimes y diretes..... la vil canalla médica, como dijo uno de nuestros sabios.

Pero de entonces el número de concurrentes ha ido en auge, y tras ello el número de sociedades que iban a redimirnos, una pléyade de curanderos para nuestros

males..... hasta llegar al día, en que se echa por la calle del medio y..... a vivir, sea como sea. ¡Pobre clase médica!

Se podrá lograr que se retire uno o dos del mal terreno, pero a docenas habrá quien los reemplace, aumentando así las lacerías públicas.

A todo esto la gente se apercibe, la prensa lo comenta y vamos..... bajando escalones, hasta..... entre los mismos periódicos adheridos hay su más y su menos. Vean Vds., como ejemplo, el último número de *El Eco*.....

La «Asociación de la Prensa» se calla.....

Esto no tiene remedio. Si logran Vds. tapar ese boquete, el cacharro profesional se abrirá por otros sitios.

Ya ven si soy sincero. Huyo de ese sitio: me repugna, me entristece y no sabría intervenir.

Si no se aprietan los tornillos universitarios, arriba y abajo, estamos perdidos; si se aprietan, la acción benéfica se obtendrá a la larga, que no se quita de un campo, con arrancar una planta ni con podar una vez, la mala yerba.

Perdonen este desahogo.

Se ofrece a Vds. como a. y c. q. l. e. l. m., *Rafael Rodríguez Méndez*.

«Revista Española de Electrología y Radiología Médicas», Madrid.—Señores Directores de *MURCIA MÉDICA*. Muy señores míos y colegas: He recibido su carta 28 de Abril invitándome a expresar mi parecer respecto a la «Fundación Santa Cándida».

Las instituciones benéficas, por los fines altruistas que las informan se adueñan en absoluto de mis simpatías, máxime si, como en la predicha ocurre, están regidas por personas de honorabilidad reconocida, dignas del mayor respeto. Tengo, pues, por la «Fundación Santa Cándida» y sus Directores, toda la estimación que merecen.

De ustedes atento s. s. q. e. s. m., *C. Calatayud*.

Respetamos la opinión del Dr. Calatayud de simpatizar con los fines sin reparar en los medios, pero opinarnos opuestamente.

Reconocemos la honorabilidad de las personas que rigen a la Fundación; pero también merecen nuestros respetos y reconocemos la de las personas que al principio se indicaron como directoras y no aceptaron por discrepar con los procedimientos. No es argumento el suyo, Dr. Calatayud.

LOS DIRECTORES DE *MURCIA MÉDICA*