

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Medios de fundamentar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar crónica en el hombre*, por el Dr. Emilio Bové Piqué. — *Un caso de embriotomía*, por el Dr. Sánchez Carrascosa. — *Inyecciones epidurales*, por el Dr. Antonio Hernández Ortiz. — PRENSA PROFESIONAL: *Los virus filtrables y la patología humana*, por el Dr. Ricardo Rosique Cebrián. — ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia*. — *Asociación Española de Urología*: Sesión del día 16 de Marzo de 1917. — *Instituto Médico-Farmacéutico de Barcelona*: Sesiones de los días 5 y 10 de Febrero de 1917. — SECCIÓN VARIA: *Noticias*. — *Estadística*. — *Nuestro Concurso*. — *De nuestro catálogo*. — *Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores*.

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.

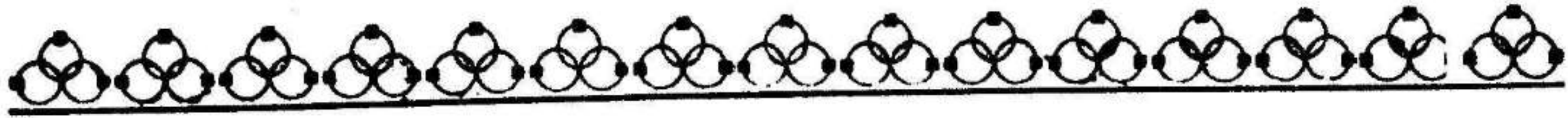
DENTICINA MORENO

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**.

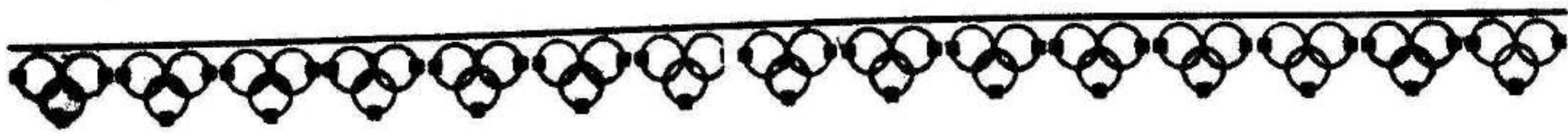
Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias, y en la de su autor

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



999
NUESTROS
COLABORADORES
:: Dr. Emilio
Bové Piqué ::

MURCIA MÉDICA

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

Organo oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Año III .. Noviembre 1917 .. Núm. 32

TRABAJOS ORIGINALES

Medios de fundamentar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar crónica, en el hombre.

Por el DR. EMILIO BOVÉ PIQUÉ, de Barcelona

(Trabajo recomendado en el Concurso de MURCIA MÉDICA, celebrado en 1916)

Lema: EL PRONÓSTICO HACE AL MÉDICO. (Dr. Robert)

SE ha dicho y escrito tanto sobre todas las cuestiones a la tuberculosis concernientes, que, al parecer, debería estar ya completamente agotada esa materia de estudio. Y, no obstante, nada de eso ocurre, antes al contrario. Después de la multitud de esfuerzos realizados, sin tasa ni medida, por sabios de todos los países para esclarecer de una manera definitiva el magno problema de la tuberculosis; después de tantas observaciones hechas en la clínica, del sinnúmero de experimentaciones efectuadas en los laboratorios de Patología experimental, y de los concienzudos trabajos de Química analítica practicados para desentrañar la composición de los productos tuberculosos; en una palabra, a pesar del mancomunado trabajo de clínicos expertos, de experimentadores incansables y de químicos especializados, dirigido a descifrar, a investigar, a descubrir y conocer la verdad sobre los diversos asuntos o cuestiones que integran el problema de la tuberculosis, todavía resulta, actualmente, que este problema no está resuelto, ni mucho menos, en todas sus partes.

En efecto, desde el descubrimiento hecho por Koch del bacilo tuberculógeno, parecía completamente dilucidada la etiología de la tuberculosis y cuando más incon-

cosa, más simple y más sencilla se presentaba esta cuestión, se suscitaron infinidad de polémicas referentes al polimorfismo del bacilo, surgieron, de acá y de allá, multitud de trabajos demostrando la complejidad de la naturaleza química del bacilo y de sus secreciones o productos, y todos hemos llegado a convenir en que muchas investigaciones son, todavía, necesarias para conocer claramente dicha cuestión etiológica, y, por ende, la patogénica, con ella íntimamente relacionada.

Y lo mismo ha ocurrido y ocurre con la cuestión del diagnóstico, que tan fácil parecía había de ser, a primera vista, una vez descubierto el agente causal de la enfermedad.

Indudablemente, tarea poco difícil sería la de formular el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, si todos los enfermos expectorasen; si en todos los esputos procedentes de estos enfermos se hallase el bacilo específico; si el cuadro clínico en ellos observado dependiese, siempre, de lesiones iguales o parecidas en intensidad, extensión y topografía, y, por tanto, fuese idéntico o análogo en todos los casos; o, por lo menos, si ese cuadro clínico fuese propio y privativo del proceso tuberculoso. Pero resulta, por el contrario, que de todos los medios preconizados para poder diagnosticar precozmente la tuberculosis pulmonar cuando el enfermo no expectora ni presenta signos físicos bastante precisos, ninguno, ni la misma inyección de tuberculina, tiene un valor indudable y absoluto. Tampoco es segura la presencia del bacilo en los esputos ni en todos los enfermos, ni en el mismo enfermo en los diversos períodos evolutivos de la afección sino que depende de la clase de lesión o alteración anatómica, y de que los focos tuberculosos pulmonares comuniquen o no con el exterior a través de los bronquios. También el cuadro semiológico de la enfermedad es sumamente variable en los diversos enfermos, ya debido a la diferente virulencia del agente infectante, ya a las diversas condiciones de defensa del organismo y, por consiguiente, a la diferente manera de reaccionar que cada individuo tiene contra la infección tuberculosa. Por último, ¿no es bien sabido, hoy, de todos los clínicos que la sífilis pulmonar y la aspergilosis del pulmón, v. gr., ofrecen un cuadro de síntomas enteramente parecido o análogo, muchas veces, al de la tuberculosis?

Y ¿qué diremos de las tan porfiadas como infructuosas tentativas realizadas para hallar un tratamiento específico preventivo o curativo de la enfermedad de que hablamos? ¡Cuántos esfuerzos malogrados, cuántas esperanzas concebidas, y cuántas ilusiones desvanecidas al no resistir, los resultados alcanzados, la prueba de la experimentación *in anima vili*, y ni siquiera la menos precisa y menos demostrable de la observación clínica!

Un folleto, o un libro, se requeriría para describir detalladamente todas las cuestiones indicadas en las precedentes consideraciones, pero esa tarea no entra en

nuestro propósito. En cambio, hemos creído conveniente esbozarlas ligeramente por estar a ellas supeditada la del pronóstico de la tuberculosis pulmonar, asunto que vamos a revisar en este artículo, creyendo, quizás inmotivadamente, poder decir sobre él algo interesante.

* * *

Entre los elementos considerados como influyentes en el pronóstico de la tuberculosis pulmonar, figuran la edad, el sexo, los antecedentes hereditarios, la posición social y la profesión.

Se pretende que la evolución de la enfermedad es más desfavorable entre los 20 y 30 años de edad y después de los 60; se niega por unos y se admite por otros el valor de la herencia, sosteniendo éstos que el pronóstico debe hacerse más o menos favorable según que haya sido menor o mayor la mortalidad por tuberculosis de los parientes del enfermo; se asegura,—y todos estamos conformes en ello,—que, en igualdad de circunstancias, debe hacerse un pronóstico más serio de la tuberculosis pulmonar en la mujer que en el hombre porque la pubertad, la menopausia, y, sobre todo, el embarazo, son motivos para que el proceso morboso evolucione mucho más desfavorablemente; se suele conceder grandísima importancia a la posición social del sujeto, haciéndose más sombrío el pronóstico cuanto más humilde sea esta posición, cuantos menos recursos materiales posea el enfermo para someterse a los cuidados requeridos; se han hecho detenidas estadísticas encareciendo la influencia de la profesión en el pronóstico de los tuberculosos, considerando a este respecto como profesiones favorables la de los yeseros y caleros, y, en general, las ejercidas al aire libre que no requieran mucho esfuerzo corporal, y como desfavorables las que se practican en locales cerrados, singularmente si la clase de arte, oficio e industria, es de los que confinan o vician el aire del taller o local.

Sí; en realidad, no cabe negar que todos esos elementos han de tenerse en cuenta al dictar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar; pero es menester convenir en que todos ellos son de un valor muy relativo o secundario, y, por tanto, es necesario que no se exagere indebidamente su importancia.

Todos hemos visto, en efecto, tuberculosis de marcha rápida y terminación fatal a plazo breve en individuos de edades diferentes de las señaladas, y, al revés, pneumofimias bastante benignas o lentas en sujetos de edad comprendida en el marco citado. También es un hecho frecuentemente observado el de la agravación de la tuberculosis pulmonar ocasionada por la entrada de la mujer en la pubertad o en la menopausia y, especialmente, por el estado de embarazo; pero esta agravación es, muchas veces, pasajera o transitoria, volviendo a seguir la enfermedad, una vez desaparecidas esas causas accidentales, el curso tórpido que tuviera ante-

riormente. Enfermos hay, cuyos deudos han pagado tributo a la muerte acarreada por una tuberculosis grave, de curso breve, y, en cambio, el proceso morboso ha seguido, en ellos, una evolución lentísima y benigna, o al revés. Asimismo, no son nada infrecuentes los casos de tuberculosos que, a pesar de ser tratados desde el principio de su afección con todo esmero de estar rodeados de todas las conveniencias, de hallarse sometidos a todas las reglas higiénicas apropiadas, sucumben muy tempranamente tras un cuadro semiológico de marcha floreciente, desenfrenada, e irreductible, cosa que no ocurre, a veces, en pneumofímicos que,—debido a su modesta posición social,—no son tratados y cuidados debidamente. En fin, no son raras tampoco las excepciones que aminoran grandemente el valor pronóstico asignado a las distintas profesiones en lo que a la tuberculosis pulmonar se refiere.

Mucha más importancia que los citados factores, tienen, para fundamentar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar, el predominio de algunos síntomas: generales y especiales del aparato respiratorio (funcionales y físicos); y, también, los estados patológicos concomitantes, o la coexistencia de otras localizaciones de la misma tuberculosis.

Qué duda tiene que cuando un tuberculoso pulmonar tenga pirexia intensa duradera, o frecuentes escalofríos y grandes oscilaciones térmicas cotidianas, o cuando, conservando o no el apetito, pierda gradual y persistentemente de peso, debe hacerse un pronóstico tanto más sombrío cuanto más duraderos sean dichos síntomas? No obstante, para no incurrir en error, al pronosticar, el clínico debe percatarse de que dichos síntomas pueden, algunas veces, no representar una agravación del proceso tuberculoso, sino obedecer, sencillamente, a alguna enfermedad intercurrente de escasa importancia, (catarro gástrico, etc.)

También es innegable que las hemoptisis intensas y repetidas, los ataques de tos fuertes y persistentes, sobre todo si van acompañados de expectoración abundante y purulenta; la bilateralidad de las lesiones pulmonares, y una grande extensión de las mismas, más aún, que el grado de su intensidad, son motivos que obligan a ensombrecer el pronóstico. Pero ninguno de estos datos tiene, tampoco, por sí solo, valor suficiente para presagiar el curso ulterior del proceso tuberculoso.

¿Quién de nosotros no ha sido alguna vez llamado con urgencia para asistir a un enfermo de tuberculosis pulmonar por habersele presentado inopinadamente ataques hemoptóicos repetidos varias veces en el transcurso de pocas horas, ataques realmente imponentes por la grande cantidad de líquido hemático extravasado, y por haber sumido al enfermo, en tan breve tiempo, en un estado de depresión cardiovascular rayano en el colapso? Motivo sobrado hay en este caso para que el médico formule de momento un pronóstico seriamente grave, pues notorio y evidente es que la vida del enfermo peligra y que el clínico,—dado el estado actual de nuestros

conocimientos fisio-patológicos sobre la hemoptisis, y la poco segura eficacia de los medios que hoy posee la terapéutica anti-hemorrágica,—nada puede prejuzgar sobre la cesación o la repetición de tales hemorragias. Pues bien, esta gravedad del momento, por estar la vida del enfermo seriamente amenazada, nada presupone, empero, respecto del pronóstico de la tuberculosis pulmonar que afecta a dichos sujetos. ¿No nos hemos todos sorprendido, por ventura, en algunos de estos casos, una vez dominada la situación creada por la hemoptisis, una vez desaparecido este episodio o epifenómeno, de la insignificancia de las lesiones pulmonares que dieron motivo a tan justificada alarma, lesiones que evolucionando con una lentitud extremada permiten una larga sobrevida del enfermo?

También es menester para garantizar el acierto en el pronóstico, justipreciar la significación que debe concederse a la intensidad de la tos y a la abundancia de la expectoración purulenta en todo enfermo tuberculoso, siendo necesario para ello atinar en la posibilidad de la coexistencia de lesiones pneumofímicas poco marcadas, con alteraciones catarrosas bronquiales muy acentuadas, primordiales, y predecesoras o más antiguas que aquellas.

Pero cuando el médico se expone a cometer errores de más bulto al formular dicho pronóstico, es al fundamentarlo, sencillamente, en la clase e intensidad de las lesiones pulmonares reveladas por los signos físicos observados. Así, v. gr., sin ser frecuentísimos, son, no obstante, bastante numerosos los casos de tuberculosis pulmonar cavernosa, en los cuales se halla suspendida durante largo tiempo la evolución del proceso morboso, y de ahí que esas avanzadas lesiones pulmonares sean compatibles no sólo con una larga sobrevida del sujeto, sino con un estado de su salud muy cercano del normal. Entre los varios casos de esta índole por mí observados no puedo resistir a la tentación de relatar brevemente uno muy notable, que demostrará con cuánto tino, con cuánta cautela debe proceder el médico en esas circunstancias si no quiere incurrir, como a mí me sucedió, en un grande error al dictar el pronóstico. Trátase de una joven, (D. F. de Barcelona), a quien asistí por primera vez el 18 de Marzo de 1907 con motivo de una hemoptisis de mediana intensidad. Dominada la hemoptisis pude apreciar por el examen del aparato respiratorio los siguientes datos: pulmón izquierdo, normal; en el pulmón derecho, vibraciones vocales aumentadas, submatidez, respiración ruda y entrecortada, y algunos, pocos, estertores subcrepitantes y crujidos al forzar la inspiración, signos todos ellos observables únicamente en el vértice, especialmente en el plano posterior. Diagnostiqué tuberculosis pulmonar, e hice un pronóstico reservado.

Dado el objeto de esta «nota» clínica, no he de seguir describiendo minuciosamente el curso que tuvo el proceso tuberculoso en esta enferma, durante los ocho meses que continué asistiéndola. Me limitaré a consignar que, a pesar de los recur-

sos higiénicos y farmacológicos utilizados, la tos no cedió, la expectoración fué cada día más abundante y más purulenta, constante y ascendente la pirexia vespertina (escalofríos, temperatura de 37'5 a 39°), las hemoptisis, no muy intensas, se sucedieron frecuentemente, la anorexia y el enflaquecimiento se acentuaron más cada día.....; en fin, aparecieron todos los signos físicos peculiares de una gran caverna pulmonar localizada en el primitivo sitio de las lesiones primeramente descritas. El examen del otro pulmón puso de manifiesto los signos de una ligera infiltración tuberculosa en el vértice.

En vista de esos datos, creí deber formular, y así lo hice ante la familia de la enferma, un pronóstico gravísimo; el desenlace había que esperarlo en breve plazo; la vida de la paciente tocaba a su término.

.

Pues bien, durante el corriente año de 1916 he tenido ocasión de ver algunas veces a la enferma de referencia. A los 9 años de mi pronóstico fatal, dicha joven no sólo vive, sino que está gruesa, rolliza, colorada, pesa 10 kgs. más que en aquella fecha, come y duerme bien, apenas tose y expectora sino cuando sufre algún enfriamiento. En una palabra, disfruta de una salud casi perfecta. Eso sí, la percusión y la auscultación continúan revelando la existencia de la caverna en el vértice pulmonar derecho.

Por el mismo motivo, esto es, por querer fundamentar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar simplemente en los signos físicos observados, suele cometerse un error todavía más frecuente que el que acabamos de señalar, hasta por clínicos de los más expertos. En efecto, basta, a veces, que un enfermo atacado de tuberculosis pulmonar muy benigna, muy reducida, y de curso tórpido, sufra un enfriamiento para que se desarrolle en torno de la lesión tuberculosa una bronquitis bastante extensa, la cual da lugar a una ligera elevación térmica y a un considerable aumento de estertores alrededor del antiguo foco tuberculoso. No es extraño, pues, que el médico, en estos casos, si no procede con mucha circunspección, crea en la existencia de un extenso foco de fusión o reblandecimiento, de una importancia excesiva al hecho mencionado, y acentúe, consiguientemente, la gravedad del pronóstico. Más de un caso de esta clase he tenido ocasión de observar y en todos ellos he hecho un pronóstico benigno, disintiendo, alguna vez, de la opinión de ilustres compañeros; pues bien, los resultados vinieron a darme la razón: un gramo de polvos de Dower, alguna poción expectorante, y unos pocos días de cama, restablecieron las cosas a su primitivo estado.

Desde antiguo, viene afirmándose la existencia de estados patológicos adyuvantes y antagonistas de la tuberculosis. Se han considerado como adyuvantes a la

diabetes, la sífilis y el alcoholismo, y, en general, a la mayoría de enfermedades infecciosas agudas, ocupando el primer lugar a este respecto, la grippe, el sarampión, la coqueluche y la fiebre tifoidea. En cambio, se han calificado de antagonistas el artrismo y, principalmente, el asma y el enfisema.

La opinión médica es unánime al calificar de nefasta la influencia del primer grupo de enfermedades citadas sobre la tuberculosis pulmonar, pues constituyen hechos de observación general la frecuencia de las formas rápidamente cavitarias y la rápida presentación de la tisis o consunción, en los tuberculosos diabéticos; como, también, la desfavorable cualidad del terreno sífilítico en la evolución de la tuberculosis, tanto más en cuanto ésta dificulta o imposibilita el tratamiento yodurado requerido por aquella infección; y, asimismo, la disminución de la resistencia orgánica y la propensión a acelerar la fusión o reblandecimiento de las lesiones tuberculosas ocasionadas por el alcoholismo crónico; y, por fin, la aceleración imprimida a la actividad evolutiva del proceso tuberculoso por la grippe y demás enfermedades infecciosas citadas.

La coincidencia con la tuberculosis pulmonar de los estados patológicos acabados de mencionar será, pues, motivo suficiente,—salvo en rarísimas ocasiones,—para aumentar o acentuar la gravedad del pronóstico de la enfermedad que nos ocupa.

Menos unanimidad de pareceres existe respecto del pretendido antagonismo entre la tuberculosis pulmonar y el artrismo y el asma y enfisema con dicha distrofia relacionados, pues si bien se creía hasta hace poco en la realidad de tal antagonismo, en estos últimos tiempos se ha llegado a afirmar por algunos autores,—en nuestro concepto, sin fundamento suficiente,—que esas manifestaciones morbosas son precisamente de índole tuberculosa. Sea de ello lo que fuere, no puede negarse que la tuberculosis en los artríticos acostumbra a afectar la forma llamada fibrosa, y todos sabemos que la torpidez o lentitud de la marcha suele caracterizar a esta forma de tuberculosis. Por tanto, sin que vayamos a dar un excesivo valor a la coexistencia de esos estados morbosos, debemos inclinarnos en estos casos, (otras circunstancias aparte), a aminorar la gravedad del pronóstico.

De mal augurio para el enfermo de tuberculosis pulmonar es el hecho de sobrevenirle otras manifestaciones clínicas de la misma enfermedad en otras vísceras u órganos (laringe, intestinos, aparato urinario, hígado, etc.) Estas complicaciones suelen acortar de una manera extraordinariamente rápida la duración del proceso morbozo y, por consiguiente, la vida del enfermo.

De todo lo dicho hasta aquí resulta que ninguno de los factores estudiados tiene un valor igual para fundamentar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar: unos lo tienen mayor que otros, pero ninguno lo tiene absoluto. De ahí que, moderna-

mente, se haya intentado afianzar el acierto de ese pronóstico valiéndose de otros medios: de datos biológicos obtenidos por procedimientos de Laboratorio. De estos procedimientos, unos se refieren al examen de la sangre, (sero-reacción, determinación del índice opsónico, reacción yodófila, determinación, según Arneth, de la morfología de los polinucleares neutrófilos); otros al examen de la orina, (análisis químico, diazo-reacción de Ehrlich, reacción de Moriz Weisz); otros consisten en el estudio de las reacciones provocadas por la tuberculina; y, por último, otros se refieren al examen de la expectoración.

Pasemos, pues, a analizar la significación e importancia que para el pronóstico de la tuberculosis pulmonar tienen los datos biológicos recogidos por estos diversos procedimientos:

I. Sero-reacción.—En el número de Diciembre de 1907 de la *Revue de la tuberculose*, S. Arloing, Bayle y Dumarest, ocupándose en el estudio de las relaciones existentes entre la sero-aglutinación, la localización anatómica, y la evolución de la tuberculosis, en el hombre, dicen que el poder aglutinante del suero *disminuye en las formas graves*, y que, por el contrario, en la mayoría de las *formas benignas*, en todos los casos en los cuales la evolución es favorable cualquiera que sea la localización anatómica de la enfermedad, la sero-aglutinación no sólo es más frecuente, sino más completa. También han observado que, en general, la intensidad del poder aglutinante del suero es constante, en un mismo enfermo, en los períodos enclavados de la evolución del proceso morboso, variando, en cambio, esta reacción en los períodos de mejoría y de agravación de la enfermedad. Dichos investigadores deducen de sus observaciones que, en la tuberculosis pulmonar crónica, la intensidad del poder aglutinante del suero si bien es proporcional a la actividad de la defensa orgánica, no significa, empero, que la terminación de la enfermedad haya de ser favorable.

¿Qué valor debe concederse a este recurso, en la práctica médica, para fundamentar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar? En mi concepto, muy escaso. No sólo se trata de una investigación que por su técnica delicada dista su ejecución de estar al alcance de todos los prácticos, sino que, también, los resultados por él obtenidos no alcanzan a tener un valor medianamente aceptable. Los mismos autores del método vienen a confesarlo: «la intensidad del poder aglutinante del suero nada presupone respecto del curso de la enfermedad; solamente nos indica, en un momento determinado, la mayor o menor actividad de la defensa del organismo ante la infección». Pues bien, esta circunstancia no nos es difícil conocerla por la simple observación clínica.

II. Índice opsónico.—Como todos sabemos, es a partir de los estudios realizados por el ilustre médico inglés Wright, conocidos desde sus comunicaciones a la

«Sociedad Real de Medicina de Londres», (1903 a 1906), que se ha intentado sacar partido de dichos conocimientos en el diagnóstico y el pronóstico de diversas enfermedades.

Se denomina poder opsónico el número de microbios que un leucocito puede fagocitar; este poder estaría en relación con una substancia especial, la *opsonina*, cuya misión sería preparar la fagocitosis, poder que es vecino de la unidad. Se entiende, pues, por índice opsónico la relación entre el poder opsónico del sujeto examinado y el de un sujeto normal.

Ahora bien, resulta de las investigaciones realizadas por diversos autores, en individuos afectos de tuberculosis pulmonar, que, en esta enfermedad, el índice opsónico está por debajo de la unidad; y se ha observado que si este índice, a pesar de ser más bajo que el normal, no sufre grandes variaciones, indica un pronóstico favorable, tanto más cuanto menos se separe de la unidad. En cambio, si dicho índice experimenta a cortos intervalos grandes variaciones, debe hacerse un pronóstico grave.

Aunque de técnica menos delicada que la de la sero-reacción, este procedimiento tampoco nos suministra datos seguros para orientarnos en el pronóstico de la tuberculosis pulmonar, pues el índice opsónico sólo nos revela la mayor o menor actividad de la defensa del organismo y, además, para su valoración han de tenerse en cuenta muchas circunstancias que podrían inducirnos a error. Algunas de ellas nos son conocidas, como v. gr., el descenso del referido índice en los individuos tuberculosos después del ejercicio muscular, si este hace elevar la temperatura del enfermo, y la elevación del mismo siempre que el enfermo verifica una serie de profundas inspiraciones, hechos que parecen estar en contradicción, lo cual demuestra cuántas observaciones son, aun, necesarias para dilucidar esas delicadas cuestiones. Pero, aunque no fuera así, ¿podemos, por ventura, tener la seguridad de que no existen otras circunstancias modificadoras de los resultados obtenidos?

III. Reacción yodófila.—Este procedimiento que se basa en la aparición de granulaciones, teñidas por el yodo, dentro de los leucocitos, cuando una lámina preparada con sangre es expuesta a la acción de los vapores de dicho metaloide, es, de todos los procedimientos de Laboratorio, el que menos valor tiene para guiarnos en el pronóstico de la tuberculosis pulmonar, pues está plenamente confirmado que esta reacción puede obtenerse con sangre de individuos completamente sanos, si bien en grado menos elevado.

IV. Determinación de la morfología de los polinucleares neutrófilos, según Arneth.—No tenemos experiencia personal para poder avalorar este procedimiento, pero si hemos de creer las aseveraciones hechas por su autor y confirmadas por Challer, Arloing y Genty, los datos con él obtenidos tienen un valor pronóstico

muy importante en la tuberculosis pulmonar. ¿En qué consiste este procedimiento, y cuál es la significación de las indicaciones por él suministradas?

Todos sabemos que los polinucleares neutrófilos constituyen la mayoría de los glóbulos blancos. Cada uno de ellos posee aparentemente varios núcleos aunque, en realidad, tiene un solo núcleo multilobado. Ahora bien, según Arneth, existen cinco variedades de estos leucocitos, que señala con las cifras: I, II, III, IV y V. Los de la primera tienen un núcleo único en forma de herradura; los de la segunda un núcleo formado por dos lóbulos; por tres los de la tercera; por cuatro los de la cuarta, y por cinco los de la quinta.

Sabiendo que en estado normal de cada 100 polinucleares hay de la clase I, 5 %; de la II, 35 %; de la III, 41 %; de la IV, 17 %, y de la V, 2 %; se ha servido Arneth de estos datos como base comparativa para estudiar las variaciones que experimentan en las diversas enfermedades infecciosas y en los diferentes períodos de su evolución. Y por lo que a la tuberculosis pulmonar atañe, resulta que en las formas agudas granúlicas varían extraordinariamente las proporciones citadas, predominando los polinucleares de las formas I y II, siendo muy escasos los de la IV, y no existiendo ninguno de los de la V. Esa misma desviación de la fórmula normal también se observa en las formas crónicas de la tuberculosis pulmonar, pero,— y eso tendría grandísima importancia pronóstica, — *dicha desviación es proporcional, según Arneth, a la gravedad de cada caso, aumentando notablemente siempre que la actividad evolutiva del proceso morboso toma nuevo incremento.* Siendo esto así, nada más fácil que seguir paso a paso la marcha de la enfermedad y conocer, en todo momento, la tendencia de la misma a la agravación o a la curación.

Que la causa del fenómeno que acabamos de estudiar consista, como supone Arneth, en que los polinucleares de las últimas variedades o sea, los más viejos, son los que se destruyen en mayor proporción para poner en libertad los anticuerpos necesarios a la defensa del organismo, o bien obedezca, según suponen Chalier y Routaboul, a la mayor fragilidad de los glóbulos multinucleados de las últimas formas, o a un retardo de la segmentación de las variedades I y II, a consecuencia de la acción tóxica de los productos resultantes de la infección tuberculosa, lo que importa es la certeza de dicho fenómeno, lo que interesa es que esas afirmaciones de Arneth sean confirmadas por todos los clínicos, para, de esta suerte, poder considerarlas como una firme base en que apoyar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar.

V. Análisis químico y bacteriológico de la orina.—Considero de un escaso valor pronóstico, por no decir nulo, los datos aportados por el análisis químico de la orina, en la tuberculosis pulmonar.

Se ha querido poner en parangón la excesiva eliminación de fosfatos por la ori-

na, en los comienzos de la enfermedad, con la escasa eliminación de los mismos acompañada de una disminución notable de la eliminación de la urea observadas en los períodos más graves o avanzados de la misma; pero estos hechos nada tienen de peculiar y característico para que puedan servirnos de guía, por sí solos, al hacer el pronóstico de la enfermedad que nos ocupa.

Tampoco significa nada para conocer el curso del proceso fímico pulmonar el hallazgo de bacilos de Koch en la orina. Sin embargo, este hecho puede indicarnos la coexistencia de la tuberculosis en el aparato urinario, y, en este sentido, dicho dato nos obligará a hacer un pronóstico más grave.

VI. Diazo-reacción de Ehrlich.—Se funda esta reacción, como es bien sabido, en la fijación del sulfodiazobenzol sobre una substancia desconocida contenida en la orina de algunos enfermos. No es privativa de ninguna enfermedad, sino que puede tener lugar en diversos procesos morbosos, tales como la erisipela, la fiebre tifoidea, la tuberculosis, el sarampión, etc. Los reactivos para practicarla son: una solución al 5 % de ácido clorhídrico en agua destilada saturada de ácido sulfanílico; una solución al 1 por 200 en agua destilada de nitrito de sosa y amoníaco. Mezcladas en un tubo de ensayo 2 c. c. y $\frac{1}{2}$ de orina y una cantidad igual de la solución clorhídrica, se añaden 2 gotas de la de nitrito sódico, se agita, y se vierten, poco a poco, 10 gotas de amoníaco. Si la reacción es positiva, fórmase un anillo rojo al nivel del contacto del amoníaco con el líquido, el cual si se agita adquiere dicha coloración.

Según Michaelis, la diazo-reacción positiva es de un alto valor pronóstico en la tuberculosis pulmonar, pues, según él, indica un fatal desenlace a plazo próximo (unos 6 meses), aun en aquellos casos en los cuales podría juzgarse por el examen clínico que eran poco graves. Weisz y otros autores opinan que la reacción aparece cuando la enfermedad se agrava o se generaliza. Si así fuese, tendría esta reacción un gran valor pronóstico; en cambio, si he de juzgar por mi experiencia personal, debo confesar que en los varios casos en que he utilizado el procedimiento referido, los resultados, por lo que al pronóstico se refiere, muy pocas veces se han ajustado a lo manifestado por esos autores.

VII. Reacción de Moriz Weisz.—Esta reacción es de una técnica más sencilla que la de la reacción de Ehrlich. Consiste simplemente en verter 3 gotas de solución de permanganato de potasa al 1 % en algunos centímetros cúbicos de orina diluída al tercio con agua destilada. Si la reacción es positiva, el líquido permanece muy límpido y adquiere una coloración amarilla de oro. Para que esto ocurra es necesario que se trate de la orina de enfermos muy graves (cancerosos, tuberculosos, tifódicos, etc.), en los cuales exista una intensa destrucción de leucocitos y otros elementos celulares. Por tanto, es claro que esta reacción tendrá lugar en su-

jetos tuberculosos cuando estén en pleno período de fiebre y de caquexia, pero en este caso poco útil resulta desde el punto de vista del pronóstico.

VIII. Reacciones provocadas por la tuberculina.—¿Qué valor pronóstico podemos conceder a estas reacciones, sea cualquiera el procedimiento empleado (oftalmo-reacción, cuti-reacción, intradermo-reacción, inyección subcutánea), si todavía es contestable su utilidad para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar?

Sábese hoy perfectamente, que la reacción positiva sólo indica que el organismo sufre o *ha sufrido* la infección tuberculosa; esto es, que *no constituye una prueba de la actividad evolutiva del proceso morboso* sino, simplemente, de la existencia, presente, o pasada, de lesiones tuberculosas; de ahí que, de conformidad con lo revelado por las autopsias respecto de las tuberculosis latentes, sea positiva dicha reacción en un 50 % aproximadamente de individuos adultos sin manifestación clínica alguna de tuberculosis. Sabemos, también, que en los casos avanzados de tuberculosis pulmonar, la reacción a la tuberculina suele ser negativa. Y, por si esto no fuera bastante, recientemente se ha venido en conocimiento de que los sujetos sífilíticos no sólo reaccionan positivamente a la tuberculina como los tuberculosos, sino que en muchos casos dicha reacción es más acusada o intensa en aquellos que en estos. (1)

Por tanto, en nuestro concepto, debe concederse menos importancia pronóstica de la que suelen asignarle algunos autores a los resultados de la tuberculino-reacción; pues, si bien es cierto que la falta de reacción o una reacción muy débil, en un enfermo manifiestamente tuberculoso, nos indica un estado avanzado de sus lesiones pulmonares, no por esto es suficiente este dato para formular un pronóstico muy grave. Recuérdese, al efecto, lo que hemos dicho al ocuparnos del valor pronóstico de los signos físicos. Por otra parte, aunque no puede negarse que una tuberculino-reacción positiva muy marcada suele observarse en sujetos cuya tuberculosis pulmonar está en sus comienzos, nada justifica, a mi modo de ver, que el pronóstico deba, en estos casos, ser favorable, ya que es imposible prejuzgar si la evolución del proceso será ulteriormente tórpida, o si será muy activa, si tendrá un curso largo o breve.

IX. Examen bacteriológico e histológico de la expectoración.—Como todos sabemos, el bacilo de Koch no se halla siempre en los esputos de todos los tuberculosos, ni en un mismo tuberculoso, en todos los períodos de su enfermedad, pero cuando por el examen microscópico de los esputos se descubre su presencia, no sólo sirve este hecho para confirmar el diagnóstico, sino que podemos utilizarlo

(1) *Bulletins et Memoires de la Soc. Médicale des hopitaux.* 27 de Juin de 1911. París.

para el pronóstico. En efecto, es bastante general la creencia de que el pronóstico de la tuberculosis pulmonar debe hacerse más grave si los bacilos observados son homogéneos, y menos grave y hasta benigno si dichos bacilos son monoliformes.

También puede concederse bastante valor pronóstico a la existencia en el esputo de una gran cantidad de fibras elásticas, ya que estas indican una marcada desintegración del tejido pulmonar.

* * *

Para evitar, en la mayoría de los casos de tuberculosis pulmonar crónica, un error de pronóstico, basta, generalmente, que el clínico no lo fundamente en uno solo de los datos, cuyo estudio analítico acabamos de hacer, sino que, por el contrario, sepa justipreciar el valor y la significación del conjunto de ellos.

No obstante, séame permitido, antes de dar por terminado este modesto trabajo, exponer un procedimiento del cual, siempre que es posible, suelo servirme desde hace algunos años para aumentar las garantías de acierto al formular dicho pronóstico.

Pero, antes de describir ese procedimiento, menester es que explique las ideas que me indujeron a emplearlo y los fundamentos científicos en que se apoya.

Pues bien, a mi modo de ver, el problema del pronóstico de la tuberculosis pulmonar debe apoyarse, en cada caso, más en el conocimiento de las cualidades patógenas del agente causal, cuya virulencia, como nadie ignora, es variable, que en las condiciones orgánicas del sujeto enfermo.

Sé muy bien que actualmente,—tras un largo período durante el cual en las cuestiones inherentes a la tuberculosis, el bacilo lo ha llenado todo, lo ha explicado todo,—vuelve a concederse grande importancia al *terreno*, o sea al organismo del sujeto; pero esto no obsta para que, aleccionado por las enseñanzas de la experimentación *in anima vili*, persista en creer que el principal factor en la gravedad del pronóstico de la tuberculosis, que la causa primordial a la cual están supeditadas las lesiones fímicas y la actividad de la marcha o evolución de la infección tuberculosa, no es, precisamente, la clase de terreno, o sea, la modalidad de la naturaleza orgánica del individuo, sino la virulencia mayor o menor del agente tuberculígeno.

Es claro que, sea mucha o sea poca la virulencia del bacilo de Koch, las buenas o malas condiciones de defensa del organismo han de influir forzosamente en las consecuencias o resultados de la infección tuberculosa: esto sería insensato negarlo. Pero lo que yo deseo manifestar,—y no se tilde de herejía científica mi afirmación mientras las cuestiones biológicas sean materia opinable y no cuestiones matemáticas,—es mi profunda convicción de que, en la infección tuberculosa, las condi-

ciones del terreno, las condiciones de defensa orgánica, representan solamente un papel secundario, debiendo asignarse el papel primordial o más importante a las cualidades del micro-organismo causal.

Como he apuntado anteriormente, esa convicción no es debida a una concepción teórica, sino engendrada por la interpretación (errónea, quizá) de hechos experimentales. Nadie negará, en efecto, que los resultados de la inoculación de un mismo cultivo, o de un mismo producto tuberculoso a varios individuos de una misma especie animal, o de especie diferente, (conejiños de Indias, perros, etc.), son muy parecidos; pues, a parte de ligeras diferencias en la sobrevida de cada animal, las lesiones tuberculosas reveladas por la autopsia son, en todos ellos, sino idénticas, casi iguales. En cambio, todos sabemos cuán diferentes en intensidad y en extensión son, a veces, las lesiones tuberculosas y, por tanto, cuán distinta es la evolución del proceso morboso, en varios animales inoculados con cultivos o productos tuberculosos de distinta procedencia.

Esos son los hechos experimentales, observados repetidas veces, a que me he referido anteriormente, y siendo obvio, como lo es, que en animales de distinta especie, o bien de la misma especie pero diferentes en edad, peso, robustez y hasta temperamento, la potencialidad de sus condiciones defensivas, vis a vis del bacilo de Koch, ha de ser forzosamente distinta en cada uno de ellos, ¿no se desprende, claramente, de las observaciones mencionadas el valor primordial de las cualidades del agente tuberculígeno, y la importancia secundaria de las condiciones orgánicas del sujeto atacado, respecto de la actividad evolutiva del proceso fímico, de la cual depende la clase de pronóstico que debe hacerse en cada caso?

Colocados en este punto de mira, sólo cabe preguntar: ¿de qué depende la mayor o menor virulencia del agente tuberculígeno?; ¿de qué medios podemos valernos para conocer el grado de esa virulencia?

Sabiendo por la experimentación *in anima vili*, por la necropsia de individuos fallecidos de tuberculosis, y por la observación clínica, que la tuberculosis pulmonar crónica ofrece dos formas anatomo-patológicas distintas: la caseo-ulcerosa y la fibrosa o esclerosa, las cuales tienen su semiología, su curso o evolución y su terminación enteramente peculiares y diversas entre sí; conociendo, desde las interesantes investigaciones de Auclair (1) referentes a la constitución química del bacilo de Koch, que este microorganismo fabrica toxinas fijas y toxinas difusibles, que solamente las primeras son tuberculígenas o capaces de engendrar, *per se*, el tubérculo, y que esas toxinas fijas, en gran parte de naturaleza lipóide, no están cons-

(1) Etude experimentale sur les poisons du bacille tuberculeux humain, thèse Paris, 1898.

tituidas por una sola y única substancia grasa sino por diversas materias adipocéreas separables o aislables mediante el empleo de disolventes distintos (éter, cloroformo, etc.); y demostrado ya por Auclair y, después de él, por investigadores de todos los países, que las substancias bacilares solubles en el éter y las solubles en el cloroformo, inoculadas a los animales de laboratorio, no ejercen la misma acción, no poseen las mismas propiedades biológicas, sino que, por el contrario, producen lesiones diferentes: caseo-ulcerosas las primeras, o sea el extracto etéreo bacilar, y esclerosas o fibrosas el extracto clorofórmico, fácil es deducir, teniendo en consideración estos hechos, que la mayor o menor virulencia de los bacilos de Koch, o de los productos tuberculosos, de distinta procedencia, depende, principalmente, de que en su constitución entren en mayor o menor proporción las indicadas materias lipoides y, además, de la diversa aptitud que dichos bacilos posean para fabricar en mayor o menor proporción unas u otras de dichas substancias: las caseificantes o las esclerosantes.

Y como en estos últimos datos se basa el procedimiento que, desde hace algunos años, vengo empleando, en muchos casos, para fundamentar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar crónica, hora es ya, de que exponga este procedimiento y los resultados con él obtenidos.

El fin que nos proponemos alcanzar mediante dicho procedimiento es determinar la preponderancia de las substancias caseificantes o de las esclerosantes *en los esputos tuberculosos*.

La técnica para hacer esta determinación comprende dos métodos: el físico y el de la inoculación experimental.

Método físico.—Póngase el esputo a analizar (1) en un frasco conteniendo una pequeña cantidad de arena y guárdese en una estufa, en el vacío sulfúrico, hasta desecación completa de dicho esputo; trátase, entonces, éste repetidas veces por el éter, agitando fuertemente el frasco; reúnanse los líquidos previamente filtrados en una cápsula tarada; déjese evaporar al aire libre el éter, y, previa estancia de la cápsula en la estufa hasta desecación del extracto, pésese dicha cápsula. La diferencia de peso nos indicará la cantidad de extracto etéreo contenido en el esputo analizado.

El residuo que ha quedado en el frasco después de este tratamiento, trátase, ahora, por el cloroformo, y, siguiendo las mismas operaciones indicadas anteriormente, sabremos la cantidad de extracto clorofórmico que el esputo de referencia contiene.

El valor práctico de este método para fundar en los resultados con él obtenidos

(1) Es conveniente utilizar una gran cantidad de esputo, desprovisto, en cuanto sea posible, de la parte mucosa.

el pronóstico de la tuberculosis pulmonar crónica es, según mi experiencia, muy notable. Si la cantidad de extracto etéreo obtenido es igual o mucho mayor que la del extracto clorofórmico, es señal de que la tuberculosis del enfermo del cual procede el esputo, está caracterizada por lesiones cáseo-ulcerosas. Si la proporción entre los dos extractos no es la que hemos dicho sino que, por el contrario, es invertida, es que predominan en el enfermo las lesiones fibrosas. De manera que a estos resultados deberemos, en cada caso, atemperarnos al hacer el pronóstico; pues bien sabido es que la forma fibrosa de la tuberculosis pulmonar es la más benigna, la de curso más tórpido, la más curable.

Método biológico experimental.—Este método que consiste, simplemente, en inocular el esputo del enfermo a un lote de 3 o 4 conejillos de Indias, no sólo sirve para confrontar los resultados obtenidos con el método anterior, sino que hasta por sí solo es suficiente para lograr el fin que con su empleo nos proponemos. Solamente que así como con el método primeramente descrito podemos en un par de días conocer los datos referidos, con este es indispensable para conocer sus resultados dejar transcurrir un mes o más de un mes; si bien en la generalidad de los casos puede presumirse el resultado del experimento después de los 10 o 12 días de aparecer el chancro producido por la inoculación, esto es, a los 22 • 24 días de practicada ésta. En efecto, si en esta fecha el infarto de los ganglios linfáticos vecinos al sitio en que se ha practicado la inoculación es menor que en días anteriores, si el chancro inicial se seca y tiene cierta tendencia a cicatrizar, casi puede asegurarse que las lesiones tuberculosas que más tarde revelará la autopsia serán de índole fibrosa. Pero, como es natural, solo tendremos absoluta certeza de la forma de tuberculosis que padece el enfermo, del cual procede el esputo inoculado, cuando, al sacrificar al cabo de un mes y medio o dos meses a los animales inoculados, podamos observar la extensión y la índole de las alteraciones anatómicas, el predominio fibroso o el predominio caseoso de las mismas, para ajustar a ellas, en cada caso, el pronóstico del enfermo de que se trate.

En cuanto al valor práctico del procedimiento que acabo de describir, debo consignar, en síntesis, que siempre, y en todos los casos, los resultados de la inoculación del esputo han confirmado los obtenidos por el tratamiento del mismo producto tuberculoso con el éter y el cloroformo.

Por tanto, siempre que se consideren insuficientes los datos usualmente utilizados para fundamentar con garantías de acierto el pronóstico de la tuberculosis pulmonar crónica, es conveniente valerse del procedimiento que acabo de describir, si es que sea posible emplearlo; pues, ya se comprende que será imposible hacerlo tratándose de casos en que el enfermo no expectore, o los esputos sean simplemente mucosos.

Empero, tampoco este procedimiento tiene, por sí solo, un valor suficiente para considerarlo como base firme e inconcusa en que asegurar un pronóstico acertado de la tuberculosis pulmonar. Todos conocemos, en efecto, la frecuencia de las grandes hemoptisis en individuos afectados de tuberculosis pulmonar fibrosa, hasta en casos en los cuales un examen clínico minucioso descubre solamente signos físicos insignificantes; esto nos expone, por consiguiente, a cometer un grande error pronóstico a pesar de fundamentarlo en los datos proporcionados por el referido procedimiento, puesto que una de esas hemoptisis puede acarrear la muerte del enfermo de una manera brusca e inopinada. Es necesario, pues, tener en cuenta la posibilidad de esa ocurrencia siempre que por los datos clínicos y por los obtenidos con el examen y la inoculación del esputo, nos convenzamos de que se trata de la forma fibrosa de la tuberculosis pulmonar, y nos creamos, en virtud de este convencimiento, autorizados a hacer un pronóstico benigno o poco grave.

En fin, del estudio que acabamos de hacer, despréndese, claramente, la necesidad de que el médico, al hacer el pronóstico en un caso de tuberculosis pulmonar crónica, no se fie de un solo dato, o de un grupo de datos obtenidos por tal o cual medio, sino que lo fundamente en la justa apreciación del conjunto de indicaciones aportadas por la observación clínica y los especiales procedimientos de Laboratorio.



UN CASO DE EMBRIOTOMÍA

POR EL

DR. MANUEL SÁNCHEZ Y CARRASCOSA

*Ex-profesor de la Consulta de Ginecología de la Casa de Socorro del distrito de la Inclusa (Madrid),
Académico C. de la Real de Medicina de Murcia, etc.*

El 26 de Septiembre último, vino en busca mía un individuo sumamente asustado a suplicarme que provisto de instrumental me trasladase a su casa (fuera de la población) para resolver el grave conflicto en que se hallaba su señora, la cual no podía parir.

El caso en cuestión era el siguiente:

D.^a R. M., de 35 años de edad, se hallaba hacía dos días de parto (3.^a gestación) y hacía veinte horas que asomaba por la vulva un brazo de feto, de cuyo brazo, según me dijo la familia, se habían hecho intempestivas y brutales tracciones. Después fué llamado un médico general, el cual, previa anestesia clorofórmica intentó resolver el caso, y no pudiéndolo lograr aconsejó a la familia que me avisasen para intervenir.

Colocada la mujer atravesada en la cama en posición dorso-sacra, con los pies apoyados en sillas y ambos muslos separados y sostenida por dos personas de la casa, previa la más escrupulosa desinfección de la región y de mis manos procedí al reconocimiento encontrándome profundamente encajado el hombro, y desarticulada la articulación escápulo-humeral. La región accesible del feto era el tórax, siendo imposible introducir la mano ni alcanzar la región cervical; las aguas amnióticas se habían vertido en su totalidad y el músculo uterino se hallaba íntimamente aplicado sobre el feto. Este, en la situación descrita, por tantas horas sostenido, nada tiene de particular hubiese sucumbido como pudimos apreciar por auscultación con la desaparición de los latidos cardíacos.

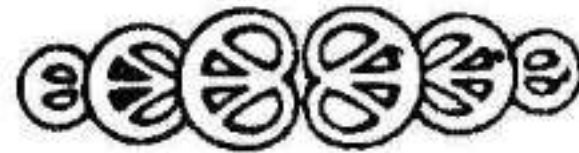
Como se ve por lo expuesto, en este caso se reunían las indicaciones de embriotomía, pues las condiciones en que se hallaba la mujer, entrañaban una positiva gravedad.

Siendo imposible alcanzar la región cervical para realizar la decapitación u operación de Celso, nos decidimos por la evisceración o exenteratio y previa clorofor-

mización al grado quirúrgico el ayudante haciendo tracción del brazo, introduce la mano izquierda hasta el tórax del feto y con la derecha y sirviendo de guía primero, unas tijeras de Dubois con las que practiqué una abertura en el tórax (parte fetal que correspondía a la cavidad pelviana) lo suficiente para poder introducir la mano derecha con la que arranqué y extraje las vísceras torácicas y abdominales. Ya reducido de este modo el volumen fetal, intenté por medio de un gancho romo adaptado a la región más próxima de la columna vertebral y mediante tracciones extraer el feto en la actitud llamada por Rœderer *conduplicato corpore*, lo cual es posible en algunos casos después de la reducción total del volumen por la evisceración, pero en este caso fué imposible y entonces tuve que llevar a cabo con la tijera de Dubois la espondilotomía o sección de la columna vertebral; una vez dividido en dos el tronco fetal, se extrajo fácilmente la parte superior por tracciones sobre el brazo y la inferior actuando sobre una pierna. A renglón seguido hicimos alumbramiento artificial uterino y lavado de la cavidad. La retracción uterina fué completa, no perdiendo la enferma más cantidad de sangre que la normal en todo parto fisiológico.

Duración del acto operatorio media hora. El puerperio fisiológico.

Sirva la publicación de este caso concreto, como lamentación de que todavía tengamos que intervenir de este o parecido modo en casos que bien dirigidos desde la gestación se hubiesen realizado felizmente para los dos seres, madre e hijo.



INYECCIONES EPIDURALES

Por el DR. ANTONIO HERNÁNDEZ ORTIZ

Prof. Auxiliar de la Facultad de Medicina de Granada

La inyección de medicamentos en el espacio epidural, es un recurso terapéutico, de verdadera necesidad en algunas afecciones, y está al alcance de todo médico, que posea una jeringa esterilizable de 10 o 20 c. c., con su correspondiente juego de agujas.

Esta, que pudiéramos llamar operación de cirugía menor, tiene gran valor en el tratamiento de algunas enfermedades (que mencionaré más adelante) cuya curación es tributaria de ella, y aliviar o curar otras muchas, después de fracasar otros tratamientos puestos en práctica.

TÉCNICA

Instrumentos.—1.º Una jeringa de cristal de 20 c. c. 2.º Un par de agujas de acero (no deben utilizarse las de platino) de seis centímetros de longitud por un diámetro de 6 a 7 décimas de milímetro. 3.º Un recipiente esterilizable para contener el líquido de la inyección, en el caso poco probable de no servir el frasco o ampolla donde esté envasado, para que pueda aspirarse con la jeringa.

Tintura de iodo, esparadrapo aglutinante o tafetán, algodón hidrófilo y alcohol.

Posición del paciente y reconocimiento de los puntos de referencia.—La posición genu-pectoral es la mejor, por comodidad para el operador y exactitud en el reconocimiento de los puntos de referencia, pero también puede practicarse la inyección en posición de Trendelenburg o en la lateral de Sims. Si operais en posición de Sims, tener en cuenta, que los puntos de referencia quedan en un plano más alto que el surco interglúteo.

Siguiendo de arriba abajo los relieves que ofrece la cresta del sacro al dedo índice que explora, se nota poco antes de llegar al comienzo del surco interglúteo, una depresión o fosita más o menos ancha, pero lo suficiente para que quepa en su área la extremidad de la yema del dedo índice. Esta fosita es de forma triangular de base inferior y sus lados están formados: el inferior por el borde superior de la cara posterior de la primera vértebra coxígea, los oblicuos por el borde de la

misma pared posterior del canal sacro abierto hasta la altura de la cuarta y a veces hasta la de la tercera vértebra sacra. La presencia de los relieves que forman la extremidad inferior de la cresta sacra por arriba y los dos últimos tubérculos sacros póstero-internos por abajo, puntos constantes situados en los vértices de esta depresión, nos sirven para afirmar categóricamente que se está en el sitio preciso de la punción.

Puede determinarse también a partir de la punta del coxis, siete centímetros más baja próximamente que la depresión de la abertura sacra inferior, pero este es un mal punto de referencia a causa de las variaciones individuales que suelen tener los órganos rudimentarios.

Finalmente se puede trazar un cuadrilátero cuyos lados horizontales sean por arriba la línea bi-iliaca póstero-superior, por abajo la línea bi-isquiática y por los lados una línea que una la espina iliaca póstero-superior con la tuberosidad isquiática del mismo lado, trazando las diagonales de este cuadrilátero, en el punto donde se cruzan, se encontrará la fosita sacra.

Preliminares operatorios.—Extremar la asepsia. Hervir veinte minutos por lo menos los instrumentos (mejor en agua salada o suero Hayem) y asegurarnos de la esterilización absoluta del líquido a inyectar, en autoclave o por thindalización (co-caína). No fiarse de las esterilizaciones por el frío, la adición de antisépticos, ni de las evaporaciones o concentrados al vacío. No asepticar la región con agua jabón y cepillo, según es costumbre, para pintar después con tintura de iodo, porque la impenetrabilidad de los cuerpos, impedirá que el iodo profundice, a pesar de que su disolución alcohólica es susceptible de mezclarse con el agua; es mejor lavar con alcohol o éter puros que disolverán el depósito que siempre cubre a la epidermis, y después, pasar un algodón mojado en tintura de iodo.

Destemplan la aguja (para eso debe ser de acero y no de platino) calentándola a la lámpara de alcohol y esperando a que se enfríe lentamente. Esta precaución sirve, para evitar que la aguja pueda quebrarse dentro del conducto sacro, accidente que podría ocurrir y proporcionar consecuencias desagradables; así, podrá doblarse el instrumento, (1) pero será muy difícil que se rompa.

Calentar a 38° el líquido para inyectar.

Operación.—Dos tiempos: 1.° Atravesar la membrana sacra inferior, para lo que se coloca la punta de la aguja sobre la piel que cubre el centro de la fosita mencionada, formando un ángulo de 20° próximamente con el plano que pasa por los puntos de referencia, empujar un poco el instrumento y sentiréis vencer una

(1) Este accidente me ocurrió en un enfermo y pude hacer la inyección a pesar del acodamiento, porque la aguja siguió permeable.

resistencia que cede bruscamente; es una sensación análoga a la que se nota pinchando una cartulina o mejor una membrana tensa, que es en realidad.

2.º Deslizar la aguja a lo largo del conducto sacro; para ello se hace bascular el pabellón de la aguja, que estará clavada unos milímetros solamente, hacia abajo, describiendo un arco de círculo en tal forma, que el eje de la aguja, parezca continuación del eje del conducto sacro, entonces se empuja el instrumento y el cirujano que opera por primera vez queda admirado de la facilidad con que penetran cinco o seis centímetros de aguja en el conducto sacro, dando la sensación de alambre metido en un tubo estrecho que queda firme sin oscilaciones ni vibraciones en ningún sentido. Se puede parodiar a Félix Lejars cuando al tratar de las hernias en su obra de Cirugía dice: *Si se duda no se está en el saco*; pues bien; cuando la aguja está situada dentro del conducto sacro, no caben dudas ni vacilaciones, se nota con absoluta seguridad. La ausencia de bola de edema subcutáneo al inyectar el líquido, confirma el que se opera en pleno conducto sacro.

Accidentes operatorios.—Esta sencilla técnica tiene sus dificultades derivadas de la forma y constitución anatómica de la región. Como el sacro y su conducto describen una curva de concavidad antero-inferior y los ejes de estas curvas no son paralelos, puesto que es de mayor diámetro, o si se quiere, más recto el eje del canal no debe hacerse caso al operar de la dirección que el sacro tiene aparentemente porque se corre el riesgo de despuntar el instrumento contra la pared posterior del cuerpo de la cuarta o tercera vértebras sacras.

Por otra parte, la membrana obturatriz continúa la dirección de la cara posterior del sacro que está inclinada hacia abajo y adelante, su límite inferior cierra el conducto sacro, formando un ángulo diedro con la cara posterior del cuerpo de la quinta vértebra sacra (1) y tendremos por tanto que la distancia entre las caras del ángulo será tanto menos cuanto más nos aproximemos a su arista.

Si se practica la punción muy baja, tropezará la punta del instrumento con el cuerpo de la quinta sacra en primer lugar, y una vez descrito el arco del 2.º tiempo, cuando se le haga avanzar por el conducto, chocará con la cara posterior del canal, porque la curva del eje del sacro es de menor radio en la parte inferior que en la superior.

Cuando se practican las primeras inyecciones suele punzarse bajo y ocurre este accidente con frecuencia, lo observé en los tres primeros enfermos.

Para no incurrir en esta defectuosa manera de operar, es preciso punzar alto, pero no tanto que se incurra en el extremo opuesto, porque entonces la aguja que-

(1) Esta afirmación no es cierta anatómicamente; el conducto continúa a través de la primera coxígea por lo menos en el niño, pero desde el punto de vista práctico se debe dar por cierta, por las razones apuntadas.

daría rozando con la terminación de la cresta sacra y se ocasionarían al enfermo grandes dolores al tratar de describir el arco de círculo del segundo tiempo. Lo mejor es dividir en tres zonas horizontales, la región operatoria y punzar en la zona media o si el área es extensa, en el punto de unión de la zona superior con la zona media.

La hemorragia por punción de venas, es otro accidente que puede presentarse, pero con clavar más la aguja o retirarla un poco, cesa, y no es preciso volver a comenzar la operación, como han recomendado algunos operadores.

Si la aguja roza con alguna superficie ósea es natural que arrastre el periostio ante sí, pero de todos modos el líquido quedará siempre en el espacio epidural.

Si la aguja no entrara en el conducto y se deslizara debajo de los tegumentos, será notado, primero por su falta de fijeza y segundo porque al inyectar aparecerá una bola de edema.

La punción de una raíz nerviosa produce dolor muy agudo y la perforación de las meninges, por emplear una aguja más larga de lo que deba ser, o porque el saco dural descienda más del nivel de la segunda sacra, se acusa por la salida de líquido céfalo-raquídeo y se corrige retirando la aguja un poco. No tienen consecuencias desagradables.

Indicaciones y líquidos que pueden inyectarse.—Suero Hayem de 5 a 20 c. c. cada 4 o 6 días en toda clase de ciáticas. La ciática a frigore cede siempre a la segunda inyección, cuando no desaparece totalmente en la primera; este tratamiento no ha fracasado nunca en mis enfermos, aun después de haber utilizado para su curación, toda clase de drogas y aguas minero medicinales. En las ciáticas que obedecen a otras causas (gota, varices, traumatismos, infecciones, intoxicaciones, etc.), no se obtiene un resultado tan brillante, pero siempre se calma el dolor y recobra la movilidad, el miembro afecto de contracturas o paresias, por una temporada.

No he pasado de seis inyecciones seguidas, durante una época del tratamiento; al mes o mes y medio, he practicado la segunda serie de inyecciones obteniendo buenos éxitos casi siempre.

Otra de las indicaciones del método epidural es la incontinencia esencial de orina. El líquido para inyectar se compone de

Suero Hayem, 20 c. c.

Cloruro de cocaína de 1 a 2 centigramos

W. Keen eleva la dosis de cocaína hasta 5 centigramos y Cathelin no ha tenido inconveniente en inyectar de una vez hasta 8 centigramos. He utilizado siempre la fórmula expresada y puedo asegurar que es suficiente para curar el setenta por ciento de los casos.

En la sífilis de los centros nerviosos se inyectan con ventaja las sales solubles de mercurio, por esta vía y hasta hay quien aconseja emplear el neosalvarsán o el neoarsenobenzol.

La espermatorrea y la impotencia son tributarias del procedimiento, utilizando el suero salino.

Por último, todas las grandes crisis dolorosas: lumbago, artralgias de origen tabético o inflamatorio, neuralgia intercostal, dolores fulgurantes y crisis viscerales tabéticas, cistitis dolorosas, etc., obedecen al empleo de las inyecciones epidurales, precioso recurso terapéutico que suele aliviar a nuestros enfermos, cuando les desesperan los sufrimientos, a pesar de agotar los demás.

Granada y Agosto, 1917.



PRENSA PROFESIONAL

Gaceta Médica Catalana

LOS VIRUS FILTRABLES Y LA PATOLOGÍA HUMANA

Por el DR. RICARDO ROSIQUE CEBRIÁN

Jefe del Laboratorio y encargado de la clase práctica de Bacteriología en la Cátedra de Higiene de la Universidad de Barcelona.

Los grandes acontecimientos emocionales son causa ordinariamente de que enmudezcan los labios más versados. Y es que entonces, ante el influjo emotivo, tan intensa es la volición, que el pensamiento y la idea rompen su relación con los órganos productores de la palabra.

Si nos fuera posible en uno de estos actos episódicos de nuestra vida hacer tan rotunda introspección que nos pusiera al descubierto la conmoción celular originada, y nos fuera dable, de otra parte, representar gráficamente nuestro sentimiento, maravilla sería que haría comprender cómo agradece el hombre los humanos agasajos.

Pero nuestro agradecimiento es íntimo, tan íntimo y tan dentro de nosotros mismos, que—como antes hablábamos—, no se ofrece más que de un modo subjetivo: con la viva y perenne correspondencia amigable, que nos subyuga y nos lleva hacia aquellas personas por las cuales brotó la emoción.

Yo, señores, en los momentos presentes soy el protagonista de lo que vengo diciendo. Yo, señores, el último de los últimos, sin méritos en que escudarme, sin historia científica bastante, tomo parte en estas conferencias de extensión universitaria, a las que contribuyen varones tan ilustres y de nombres tan gloriosos. Mas, de todos modos, he asistido a ellas. ¿Vanidad? ¿Anhelo de igualarme a los demás? Nada de eso. En mi ánimo han influido exclusiva y poderosamente dos razones: el afán sano y justo del honrado trabajo y la invitación—para mí mandato, por la jerarquía—, de los maestros.

Si yo no tomara parte en las presentes conferencias de extensión universitaria me avergonzaría de mí mismo, por no haber tenido la valentía de arrostrar la intensa emoción que había de producirme auditorio tan selecto y maestros tan eminentes.

Acudí, pues, por esas razones. Y al elegir tema, he procurado, dentro de la prolijidad de materias que integran el cuadro de la medicina contemporánea, mejor dicho, de la medicina recientísima, escoger aquel punto que por su misma novedad me eximiera de elucubraciones, que no podría hacer por mi deficiencia, y me pusiera a salvo de tener que verme en el apuro de ofreceros un asunto de propia orientación, que no presentaría, no por falta de anhelo—que las frentes gustan de laurel—sino por exceso de ineptitud.

«Los virus filtrables y la patología humana» es el tema, pues, elegido.

Perdón impetro de todos, especialmente de mis maestros aquí presentes.

Perdón suplica este pobre obrero intelectual, que sabe muy bien aquellos memorables versos del rotundo Rubén Darío:

«Cada cual lleva en sí mismo
la honda mina de Cajal;
pero al lado está el abismo,
el abismo de Pascal.»

En la compleja maravilla del Universo; relacionándose entre sí, conviviendo, si se quiere, hay gran número de elementos pertenecientes, los unos, al reino animal, y los otros, al reino vegetal, esparcidos por la superficie o en las profundidades del suelo, o albergados en las distintas capas atmosféricas.

Todos viven y todos procrean en una grandiosa vida de relación.

Y es que la vida radica en todo: en las altas cumbres y en los profundos océanos. Vida que se ofrece bajo la forma de un gigantesco álamo, que sacude su cabellera en la grandiosidad de la atmósfera, o vida de la tenue alga, agitada constantemente por corrientes submarinas; vida del águila que se abandona en el espacio, atisbando la presa, o vida de la mariposa cuya policromía semeja el iris; vida del león que tiene el dominio de la nobleza y del ímpetu, o vida del reptil que sabe sortear las dificultades del camino; vida del Mulhacén, que conoce toda la sublime epopeya musulímica y se extasía con la fragancia de las rosas del Generalife, o vida del menudo grano de arena, llevado y traído constantemente por el eterno batir de las olas.

Vida, por fin, que se manifiesta en la portentosa armonía integral del hombre o en la célula animal—base de aquél—o más inferiormente, en el principio albuminoideo, gran factor de la materia organizada.

Vida por doquier, señores. Vida que radica en el águila, en el pez, en la piedra, en el árbol y en el hombre, cumbre feliz de esa misma vida por la que tanto sufrimos y por la que tanto luchamos.

Partiendo, pues, de estos hechos; teniendo en cuenta que no hay nada que separe la *materia viva* de la *no viva*, fácilmente puede establecerse un ciclo evolutivo, en el cual los primeros jalones estarían representados por los cuerpos simples de la química inorgánica y los últimos por el hombre, merced a las transformaciones sucesivas en materia orgánica y materia organizada.

Dentro de este círculo se hallan, por lo tanto, los seres cuyo estudio hemos de hacer. Seres infinitamente pequeños, mucho más pequeños que los que miden una milésima de milímetro, y cuya vida conocemos escasamente y cuyas formas son, hasta el momento presente, ignoradas.

Está perfectamente definido que, dentro de los seres microscópicos, hay unos que pertenecen al reino vegetal y otros al reino animal. Los primeros son los elementos denominados por Cohn (1872), *bacterias*, agentes que pertenecen a la familia de las *cianofíceas*, *esquizofíceas* o *ficocromáceas* por otro nombre, próximos a las *Oscilarias* y ya en el último peldaño de la escala vegetal.

Los segundos, o pertenecientes al *reino animal*, son los denominados en conjunto *microzoarios*, para distinguirlos de los anteriores, o llamados de otro modo *protozoarios* o *protozoos*.

Es decir, los microbios vegetales son las *bacterias*; los microbios animales son los *protozoos*.

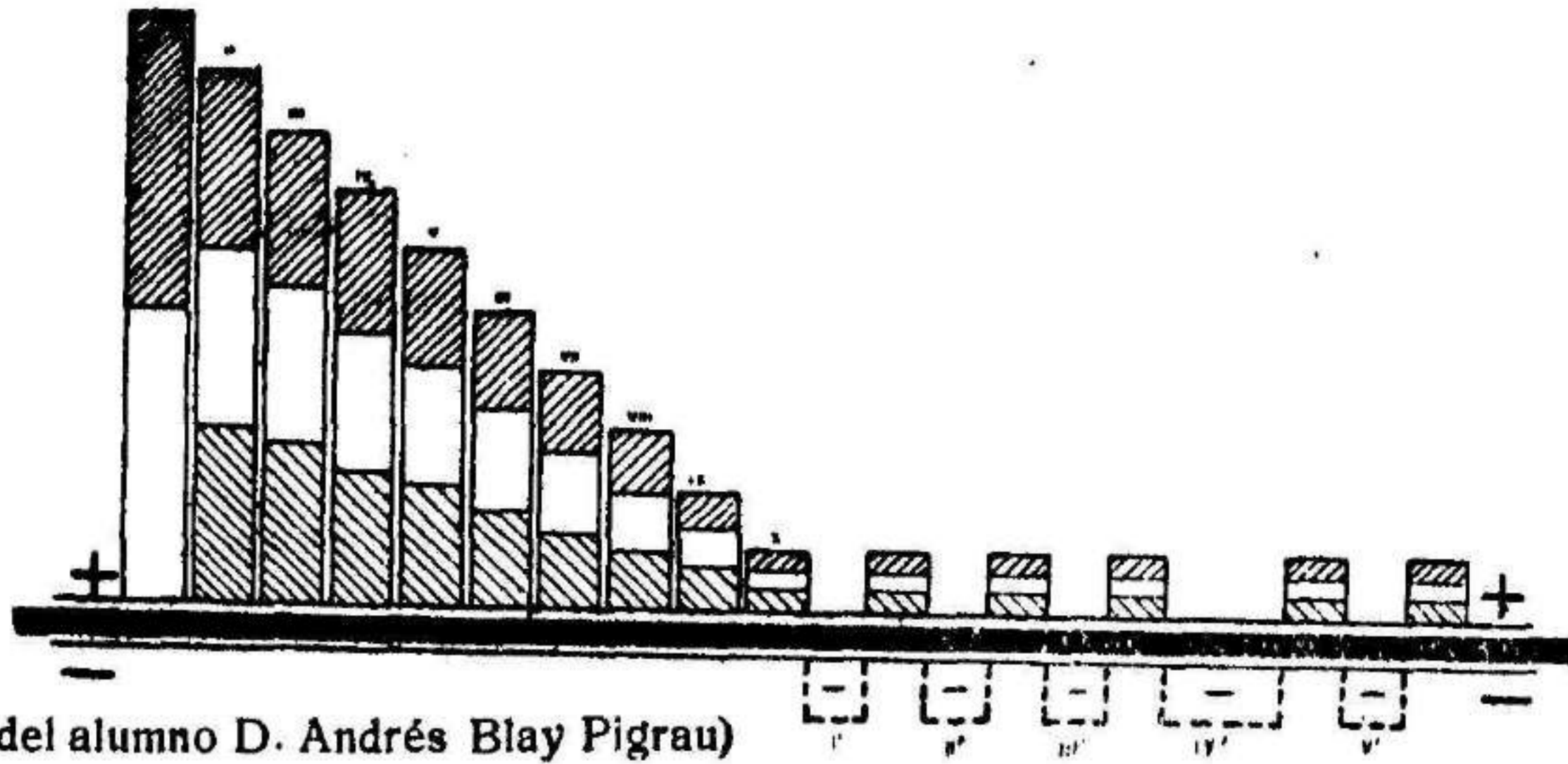
Unos y otros, tanto los primeros en sus modalidades de *algas* y *hongos* como los segundos, ofrecen toda una gama de aspectos y de tamaño, morfología y dimensiones que unas veces se encuentran en el límite superior de la visibilidad microscópica, y en ocasiones descienden al polo opuesto, para tener que emplear las grandes combinaciones amplificadoras.

Sin que para lo que vamos a decir concretemos de si nos referimos a microbios animales o vegetales, pues lo que nos importa es puntualizar lo que respecta al tamaño, tengamos desde ahora muy en cuenta, que éste, en ocasiones, se eleva prodigiosamente, para llegar a las 50, 60 y 80 micras de longitud en el *Bacillus Bütschlii*, mientras que, como acontece en el *micrococo de la mamitis gangrenosa de las ovejas lecheras*, este tamaño no excede de la 0'2 de micra. (Fig. 1).

De esta cifra en adelante se hallan los microbios que se ven con los aparatos adecuados; es decir, aquellos microbios que nosotros inspeccionamos y reparamos cada día, dándoles el alimento necesario, excitándolos hasta el punto que determinen en pequeñísima cantidad una muerte rápida, o sedándolos de modo que se con-

viertan en imágenes de cadáveres y acaben de fallecer, si es que no poseen, para su bien, la facultad de convertirse en *esporos*, forma en la cual resisten las mayores adversidades. (1)

Pero sería una gran fortuna que solamente hubiera *microbios visibles*. Por desgracia, en el terreno de la medicina, día por día, van brotando nuevas plantas no-



(Dibujo del alumno D. Andrés Blay Pigrau)

Fig. 1

- Línea divisoria imaginable de lo visible e invisible, situada en la 0'01 de micra.
- ▨ Visible □ No filtrable ▩ Cultivable
- + Germen en su estadio de visibilidad, cultivabilidad y no filtrabilidad.
- Germen invisible, incultivable y filtrable.

I. Bacillus Bütschlii.	50-60-80 micras longd.
II. Vibrión séptico de Pasteur.	30 » »
III. Bacillus anthracis.. . . .	12 » »
IV. Bacilo de Klebs-Loeffler (forma larga).	4-7 » »
V. Bacilo del muermo.	3-5 » »
VI. Bacilo de la peste.	2 » »
VII. Neumobacilo de Friedländer.	1-2 » »
VIII. Neumococo (forma larga).	1 » »
IX. Gonococo.	0'4-0'6 » »
X. Micrococo de la mamitis gangrenosa de las ovejas lecheras.	0'02 » »

I' Viruela.
 II' Sarampión.
 III' Escarlatina.
 IV' Fiebre amarilla.
 V' Cáncer.

civas, o por mejor decir, la mayor perfección del entendimiento humano va manifestando esas plantas que siempre han vivido, porque no hay razón para admitir lógicamente que los tales *microbios invisibles* hayan aparecido después de los visibles.

(1) Para la mejor comprensión de nuestro gráfico original (Fig. 1), ponemos a continuación algunos dibujos de los microbios a que se hace referencia en aquél.

Estos *microbios invisibles*, llamados por otro nombre *virus filtrables* o *virus ultramicroscópicos*, entran de lleno en el campo de la patología humana, teniendo sobre sí, y en contra nuestra, el ser casi desconocidos y el producir en el ser hu-

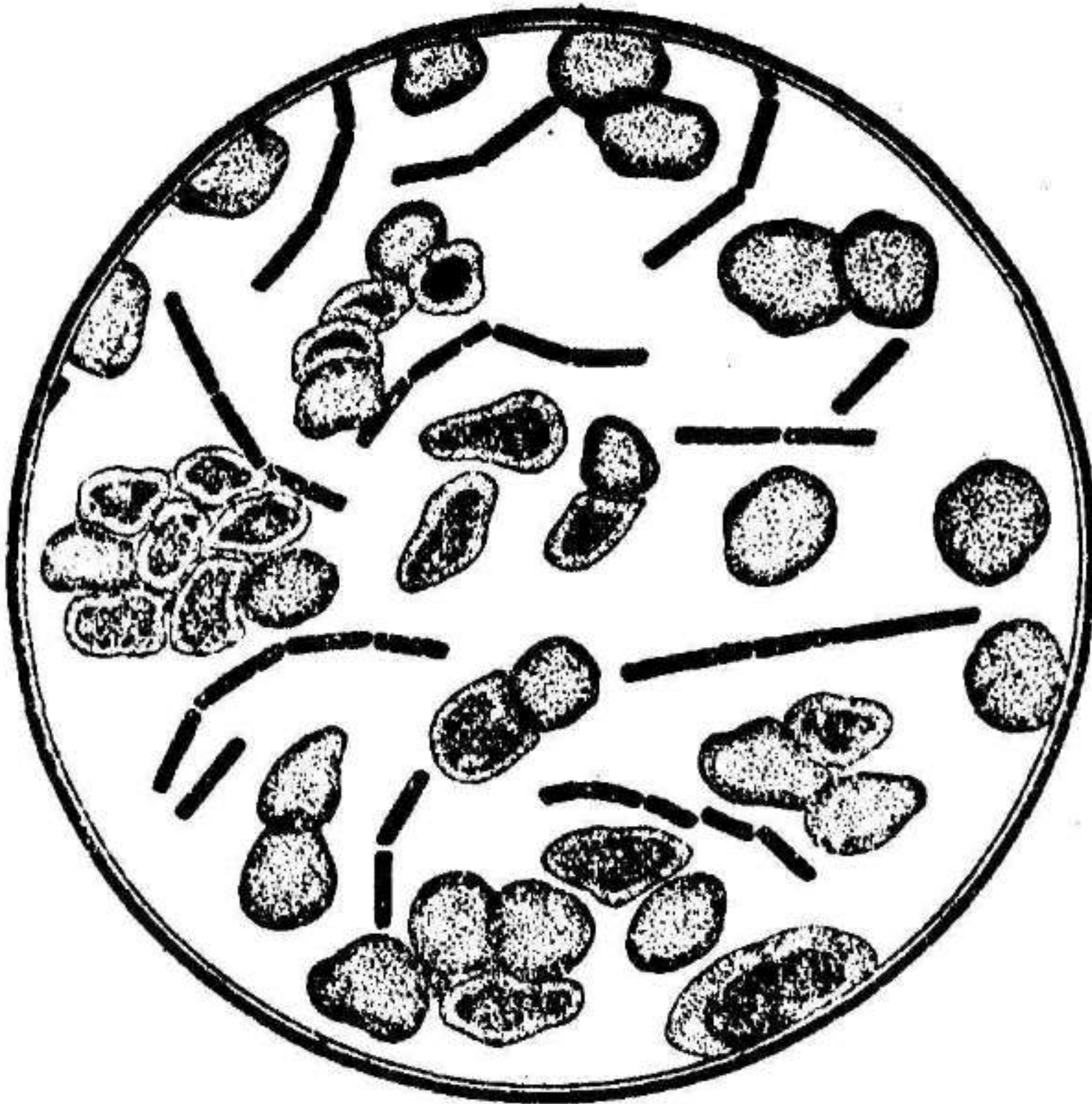


Fig. 2.—Bacilo del carbunco (sangre)

(De la obra en publicación *Leciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gili)

mamo enfermedades tan terribles como la *rabia*, que lleva a la muerte en medio de un cuadro horroroso de conmoción medular, o la *poliomielitis anterior aguda*, que aboca al establecimiento de rigideces y actitudes viciosas, hasta inverosímiles, y mata en flor el árbol de la humanidad en su aspecto más hermoso y de más promesas: en el de los niños, ¡pobres ángeles, cuyos brazos y piernas se retuercen como «sarmientos secos»!

Los *virus filtrables* viven en un mundo análogo—no cabe duda—al de los microbios visibles. Ellos poseen las tres funciones de *nutrición*, *relación* y *reproducción*; ellos exal-

tan o atenúan su virulencia con las modificaciones impresas al medio; ejercen sobre ellos buena acción los agentes atmosféricos y las sustancias antisépticas, teniendo, sí, un carácter: el de alimentación, por el que se deduce que poseen gran afinidad por los organismos invadidos, ya que se ha comprobado que sus mejores medios de cultivo son aquellos hechos a base de jugos o líquidos orgánicos.

¿Cómo, preguntaréis vosotros, estos elementos invisibles, cuyo mundo comienza en la 0'1 micra pueden ser estudiados, si no se ven ni con los microscopios de mayor poder amplificante? Para eso tenemos los *ultramicroscopios*, aparatos que, de otra parte, no son indispensables para tales visiones, ya que el fundamento de la visibilidad estriba en el fondo negro, sobre el que se destacan, como partículas brillantes—cual las estrellas lucen más cuanto más obscura es la noche—, iluminados por refracción.

Claro es que los aparatos adecuados, las *platinas condensadoras de ultramicroscopio*, es lo más aceptable, desde el momento en que podemos obtener la visión clara y la visión obscura, en mayor o menor intensidad, si nos valemos de los *condensadores universales*. (Fig. 9). Pero de todos modos, como no siempre se está con condiciones de poseer tales aparatos que exigen una suficiente preparación

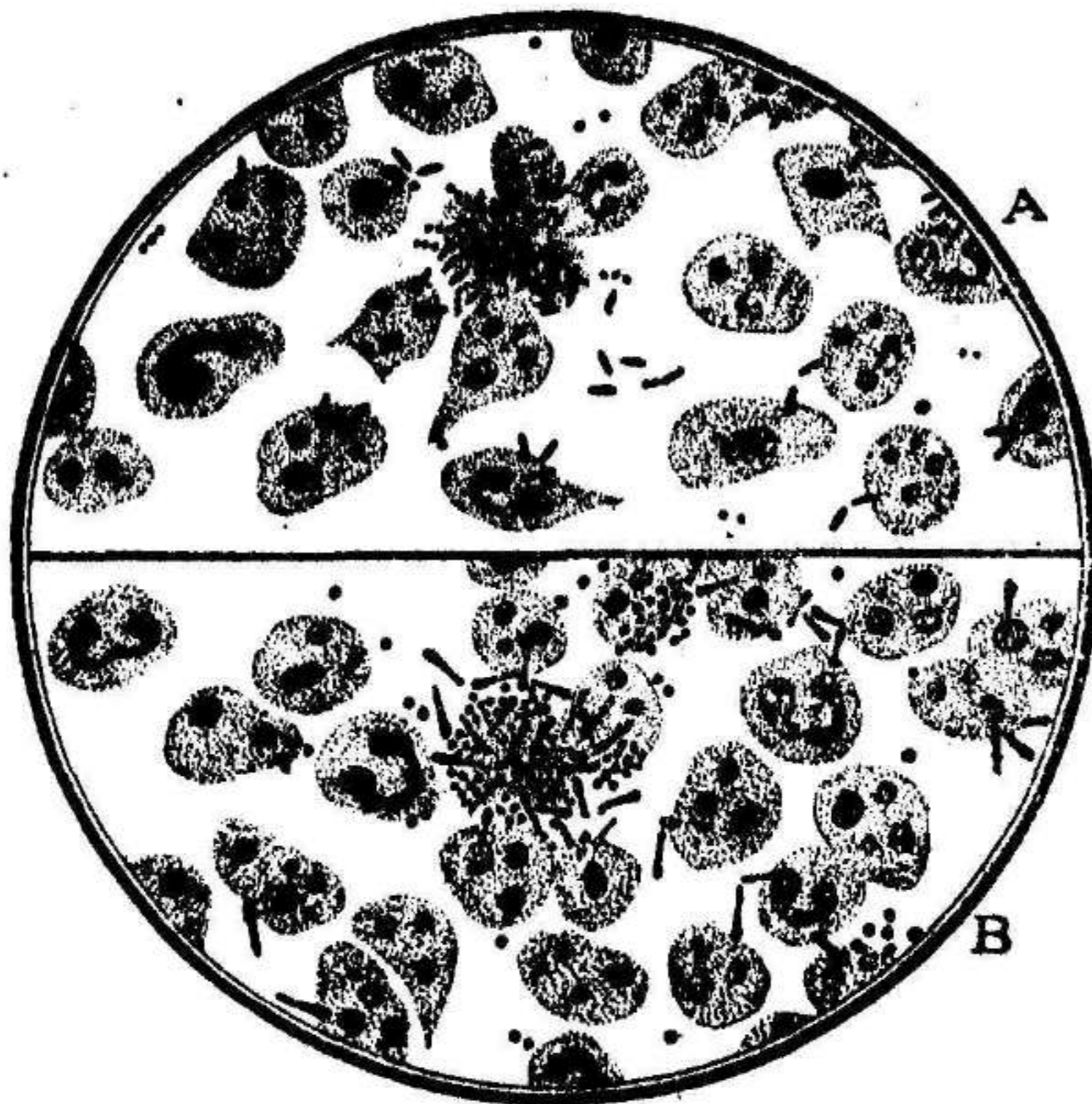


Fig. 3.—Bacilo de la difteria (frote de falsa membrana).—A, Bacilo corto.—B, Bacilo largo.

(De la obra en publicación *Lecciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gili)

Lógico es, además, que precisen focos luminosos intensísimos para tales visiones, ya que el fondo negro merma la potencialidad de la luz.

En tal sentido, si queremos echar mano de lámparas especiales, podemos utilizar la «Liliput» o pequeño arco voltaico, o bien la «Nerts», si bien, siendo la base de esto una gran cantidad de luz, con una lámpara de incandescencia de 150 a 200 bujías basta y sobra para conseguir nuestro objeto.

No resta más que interponer entre el foco de luz y el microscopio una lente, suplida favorablemente por nosotros por un matraz lleno de agua, con lo que, aparte de proporcionar un buen aumento de luz, las radiaciones

técnica, y para cuyo uso hay que separar del microscopio la parte óptica que recibe el nombre de *condensador*, sepamos que la ultramicroscopía puede conseguirse merced a otros procedimientos bastante suficientes y que no exigen aparatos especiales.

Nos referimos a dejar puntiforme el orificio del diafragma-iris del microscopio o bien a mezclar y desecar, sobre un portaobjetos, una gota de tinta china y una partícula o gota del cultivo o producto patológico del virus filtrable (procedimiento de Burri). De uno y otro modo obtenemos un *fondo negro* que, en síntesis, es la base de la visión ultramicroscópica.

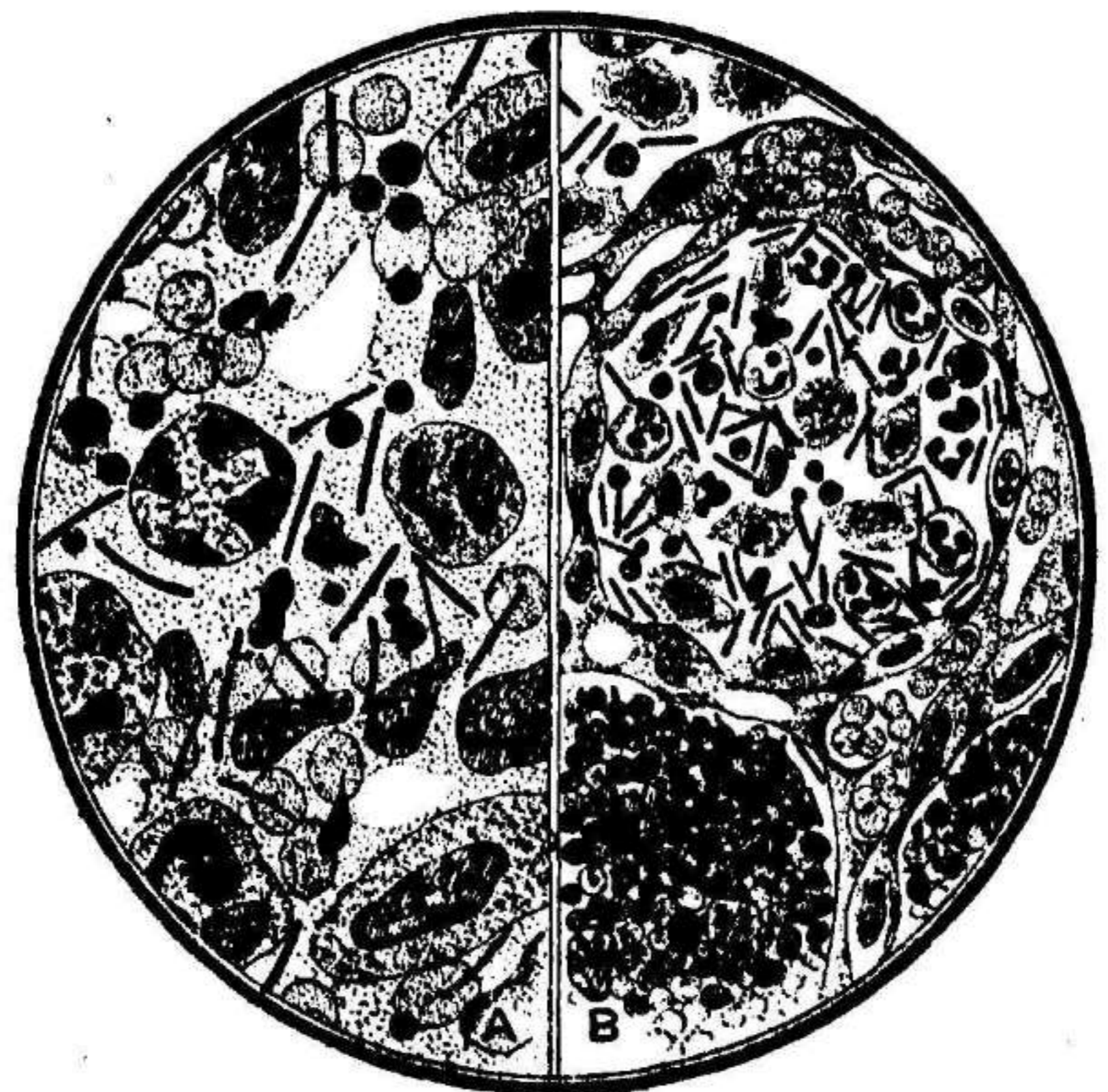


Fig. 4.—Bacilo del muermo.—A, pus.—B, corte de pulmón.

(De la obra en publicación *Lecciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gili)

caloríficas emanadas del foco quedan absorbidas por el agua que llena el matraz.

Esto es, en síntesis, el *ultra-microscopio*, aparato indispensable para el estudio de los *virus filtrables*. Y al repetir ahora *virus filtrables*, parece que a esta frase vaya ligada otra técnica. No cabe duda, tal nombre depende del concepto *filtración*. Sabemos perfectamente que todos los *microbios visibles*, en mayor o menor cantidad y tiempo, quedan detenidos en los aparatos de filtración llamados *bujías* (fig. 10), cuyos poros no pueden atravesar. Por el contrario, los seres *ultra-microscópicos* no hallan obstáculo alguno en tales poros, cuyos espacios son ma-

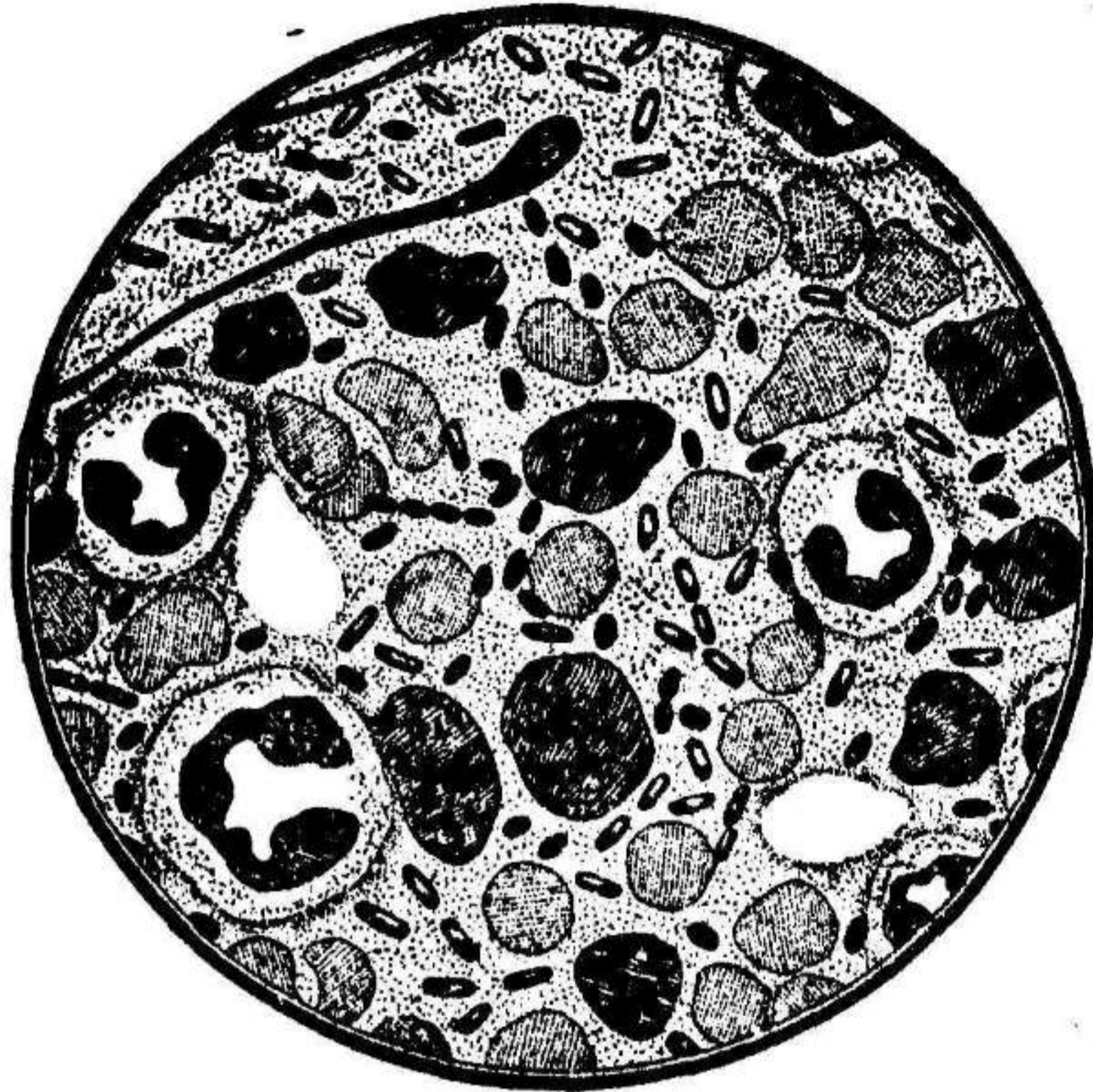


Fig. 5.—Bacilo de la peste (frote de bubón).

(De la obra en publicación *Lecciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gill)

yores que los tamaños de aquéllos y atraviesan las bujías con facilidad pasmosa. (Figs. 10 y 11).

Tal hecho puede comprobarse del siguiente modo: mezclamos al producto patológico repudiado de *virus filtrable* otro microbio visible, grande, por consecuencia, relacionado con el compañero, *microbio testigo* que se le llama. Procediendo a la filtración y haciendo siembras con el líquido filtrado no se aprecia en tales cultivos germinación alguna ni hay partícula alguna sólida apreciable en tal líquido; líquido que «inoculado produce, en cambio, la infección primitiva; infección que al ser transmisible en serie permite eli-



Fig. 6.—Neumobacilo de Friedländer.

(De la obra en publicación *Lecciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gill)

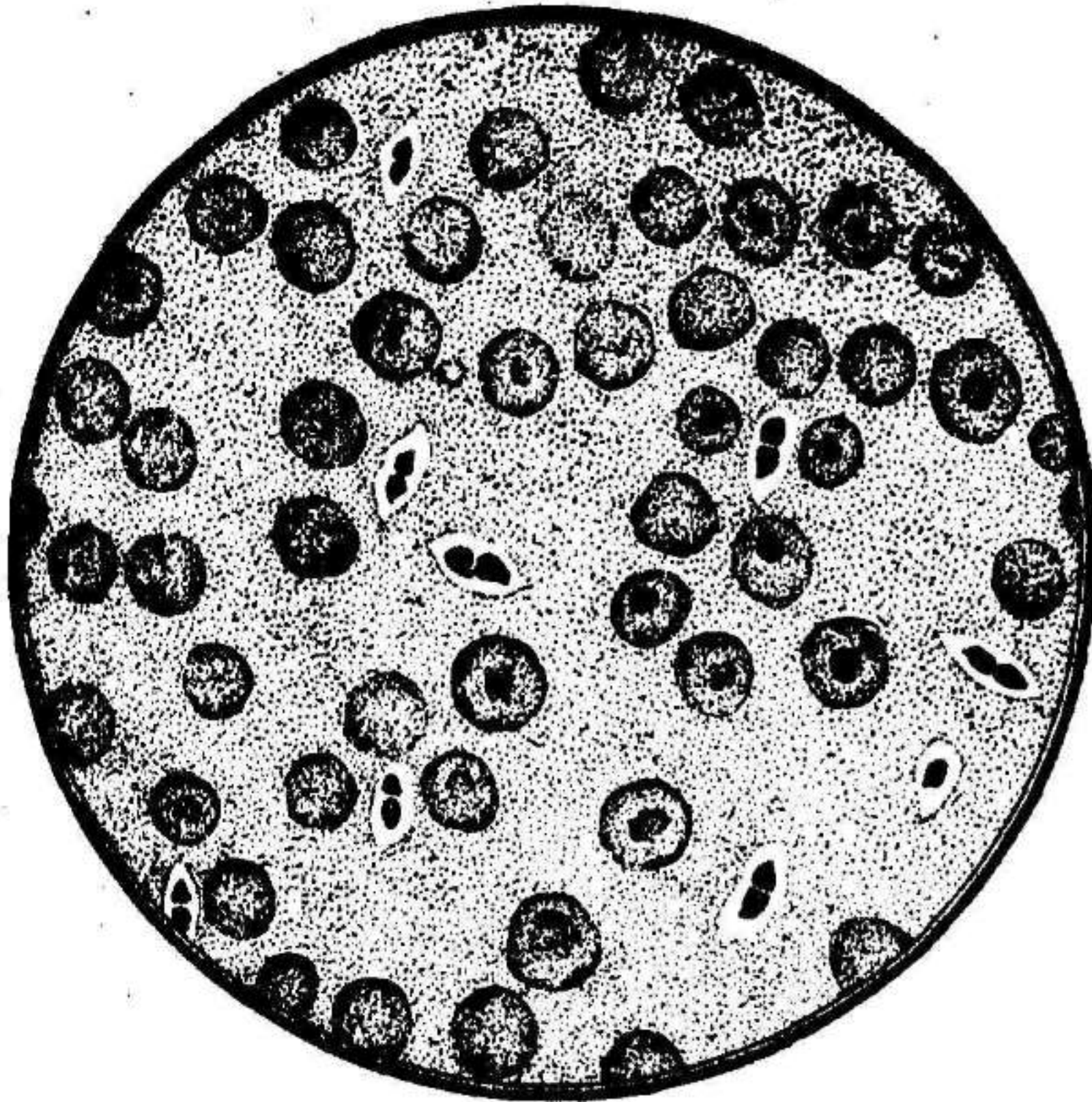


Fig. 7.—Neumococo (sangre de conejo).

(De la obra en publicación *Lecciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gili)

cia por los trabajos de Loeffler y Frosch en 1898 sobre la fiebre aftosa? Nada de eso. Si complicado es el estudio de la bacteriología, calcúlese cuántas dificultades surgirán en tales asuntos de *ultra-bacteriología* — y permítasenos la palabra.

El ultramicroscopio no es bastante para investigar la forma y las dimensiones de tales agentes patógenos, al menos *en ciertas formas de su desarrollo*; la centrifugación durante sesenta minutos no deja precipitado alguno; las investigaciones histológicas tienen, sí, importancia en ciertas formaciones especiales (cuerpos de Negri, de Lentz, clamidozoos, cuerpos de Guarnieri, estrongiloplasmas de Prowazek-Lipschutz), que pueden ser interpretados hasta como los agentes productores específicos; pero ni la precipitabili-

minar el papel exclusivo de las toxinas» (Courmond). Mas si, por el contrario, hacemos preparaciones y practicamos siembras con el leve poso del fondo de la bujía, unas y otras nos pondrán de relieve la presencia del *microbio testigo*, incapaz de atravesar los poros del aparato de filtración.

Ultramicroscopio y filtración son, pues, los dos hechos que asignan a los microbios de referencia los caracteres de *invisibles* y de *filtrables*. ¿Son bastantes estos hechos para puntualizar el conocimiento de estos seres ya sospechados por Pasteur en 1881 y aportados al terreno de la ciencia por los trabajos de Loeffler y Frosch en 1898 sobre la fiebre aftosa? Nada de eso. Si complicado es el estudio de la bacteriología, calcúlese cuántas dificultades surgirán en tales asuntos de *ultra-bacteriología* — y permítasenos la palabra.



Fig. 8.—Gonococo (pus).

(De la obra en publicación *Lecciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gili)

dad de tales virus unidos a la substancia albuminoidea (observaciones de Mrowka y Sangiorgi), ni los datos aportados por Sanfelice respecto al epiteloma contagioso, bastan para dilucidar si los virus en cuestión «son bacterias, protozoos, un contagio vivo flúido, una substancia tóxica, ni cuál es el significado de los clamidozoos en general» (Rodríguez Méndez).

Haciendo hincapié en el asunto de la *filtración* de los *microbios invisibles*, no puede establecerse una relación directa entre el tamaño de los mismos y la porosi-

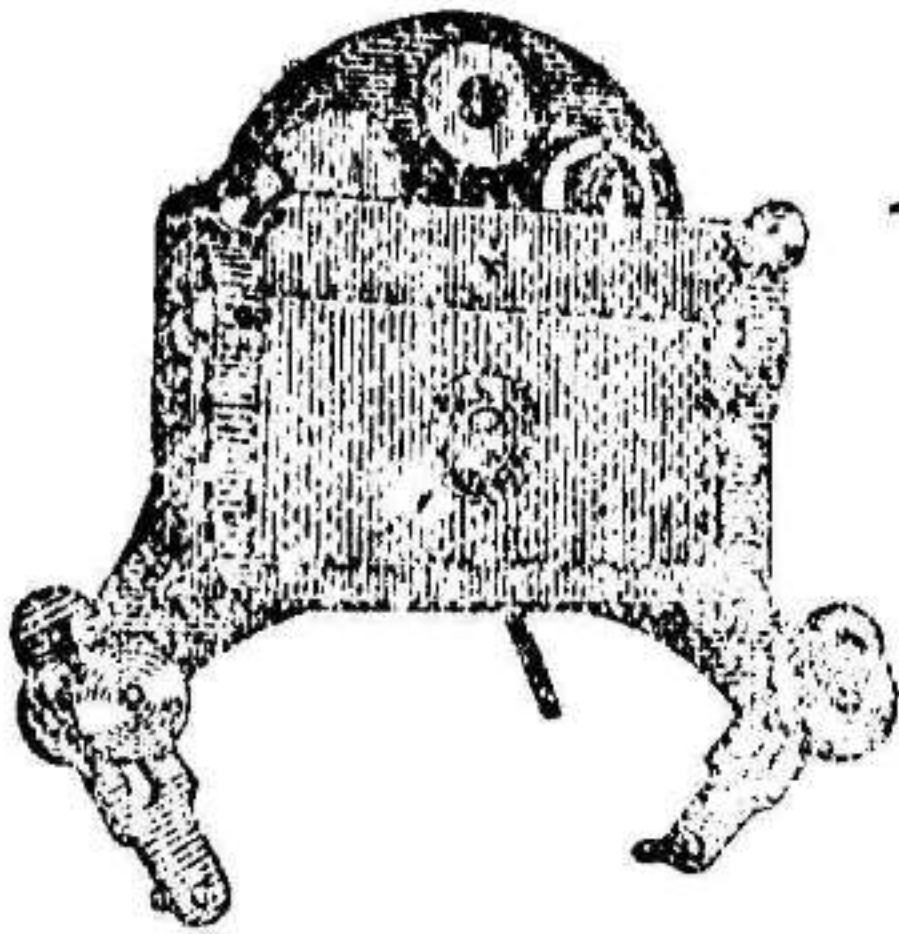


Fig. 9.—Condensador universal.

(De la obra en publicación *Leciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gili)

dad de la bujía, ya que «el fenómeno de la filtración es extremadamente complejo y es función, no solamente de las causas ligadas al volumen de las partículas, sino del estado de su dilución, de la riqueza del medio en materia albuminoidea, de la presión, de la temperatura, del tiempo de filtración...» (Panisset).

Respecto a la *porosidad* de la bujía, no son buenas las denominaciones *N*, *V* y *W* de las Berkefeld ni las *B* y *F* de las de Chamberland, sirviendo únicamente para establecerla el rendimiento en agua destilada obtenido por centímetro cuadrado y por hora, a la presión de 10 centímetros de mercurio y a la temperatura de + 25°.

La *presión* debe ser prudencial para evitar que la intensidad de uno u otro método de filtración haga pasar partículas voluminosas; en cuanto al *tiempo de filtración* ha de ser lo más exacto posible para que los gérmenes no se reproduzcan en el espesor de los poros; y por lo que se refiere a la *dilución*, las pulpas orgánicas serán previamente pasadas a través de papel o muselina para desembarazar al líquido de dilución de partículas gruesas.

Hay que señalar como detalle importante de técnica, que desde el momento en que la filtración despoja a los líquidos virulentos de una buena parte de los elementos patógenos, es conveniente inocularlos previamente a gran número de animales, para que la multiplicación conseguida compense la merma de gérmenes que acarrea la filtración. Detalle éste que, de otra parte, puede dar por consecuencia una prolongación del período de incubación de la enfermedad.

Anteriormente decíamos que los datos experimentales habidos sobre los virus filtrables son escasos e insuficientes para puntualizar el cuadro completo de su biología, así como el lugar que a ellos corresponde en la Naturaleza.

Tal vez estos agentes patógenos sólo sean *ultramicroscópicos*, *filtrables* e *incultivables* en ciertas fases de su desarrollo; teniendo, por el contrario, otros períodos vitales en que serían perfectamente *microscópicos*, *no filtrables* y *cultiva-*

bles, ofreciéndose, entonces, con formas y aspectos distintos, sin apariencia microbiana, y tenidos siempre como depósitos, restos o excreciones celulares, cuando en realidad no serían más que lo que acabamos de decir: *virus filtrables, visibles en tal aspecto de su vida.*

No hay que extrañarse, señores, de tal exposición de ideas. ¿Por qué motivo no puede ocurrir eso en los ultrafiltrables, cuando vemos cómo la mariposa, que vive en el aire y en que se distingue perfectamente, sale del insignificante gusano, que es del suelo, y en el que apenas si se marca? Además,—y en otro orden de ideas,—todavía no sabemos si los tales *virus filtrables* pertenecen al reino animal o al reino vegetal, ya que, dada la escasez de experimentos, no basta el que ciertos virus sean más rápidamente destruidos que otros por las sustancias citolíticas, como el taurocolato de sosa, la bilis y la saponina, lo que significaría que pertenecerían respectivamente a las bacterias o a los protozoos. Es decir, según estos trabajos, los virus citolizados enérgicamente serían vegetales, y los no destruidos o alterados escasamente serían animales.

De acuerdo con estas ideas, se hallan los trabajos de gran número de autores que han ahondado en el estudio de los ultrafiltrables y, especialmente en el del microbio de la *perineumonía bovina*, germen al que han encontrado un poliformismo considerable, del que nacen las varias interpretaciones dadas, pues mientras que unos autores, entre ellos Bordet, admiten que tal germen ofrece formas próximas a los espirilos o a los espirocetos, constituidas por ele-

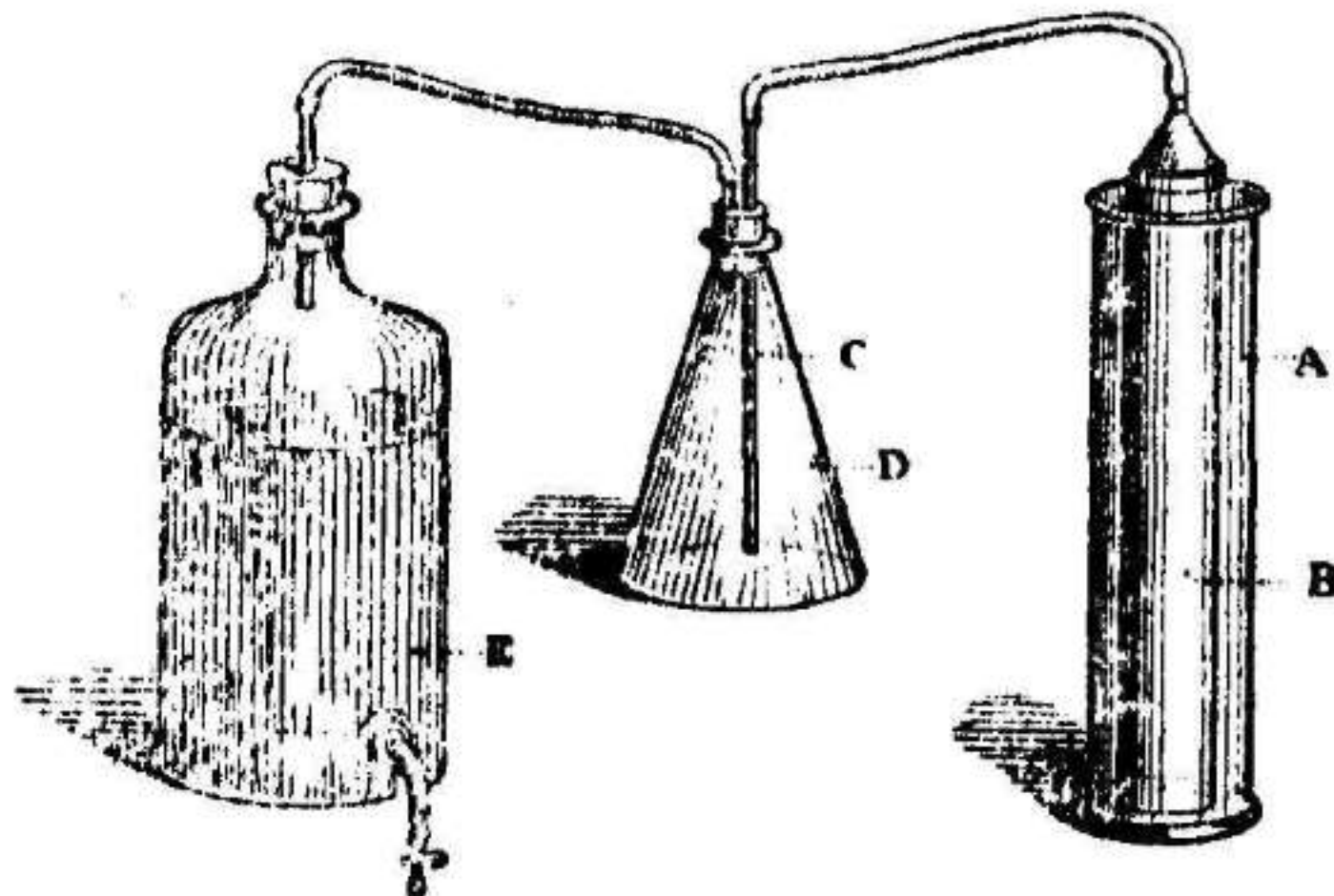


Fig. 10.—Filtración por aspiración.—A, Probeta. B, Bujía. D, Frasco adonde va a parar el líquido filtrado merced al vacío que en él determina la salida de agua del frasco E.

(De la obra en publicación *Lecciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gilli).

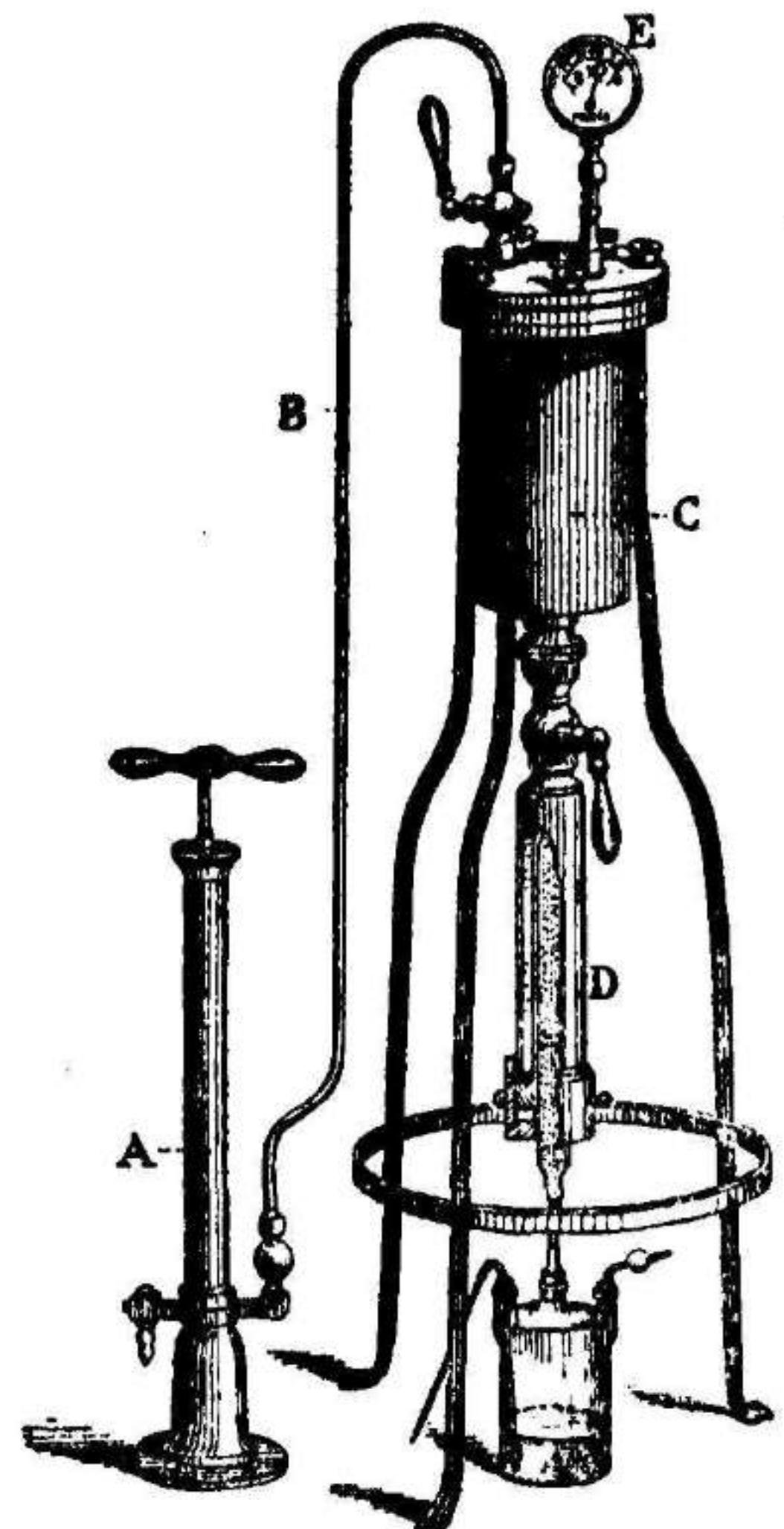


Fig. 11.—Filtración por presión.—A, Bomba. C, Cilindro de cobre. D, Bujía.

(De la obra en publicación *Lecciones prácticas de Bacteriología*, del señor Rosique Cebrián, editada por Luis Gilli).

mentos desiguales, desigualmente teñibles, y formas granulosas, otros (Borrel, Jeanbet y Jouan, Dujardin-Beaumetz) admiten las formas filamentosas, flexuosas, incurvadas en vibrión, en estrella y ramificadas, aspecto éste que, por ser el que con más frecuencia se ofrece, asigna al expresado germen de la perineumonía el nombre de *Asterococcus mycoïdes*. (Fig. 12).

En el interior de las células afectadas por el proceso patológico, se han encontrado ciertas formaciones, independientes de la constitución normal de los elementos anatómicos, acerca de las cuales se han hecho estudios para ver de deducir de ellas la naturaleza y la morfología de los *virus filtrables*.

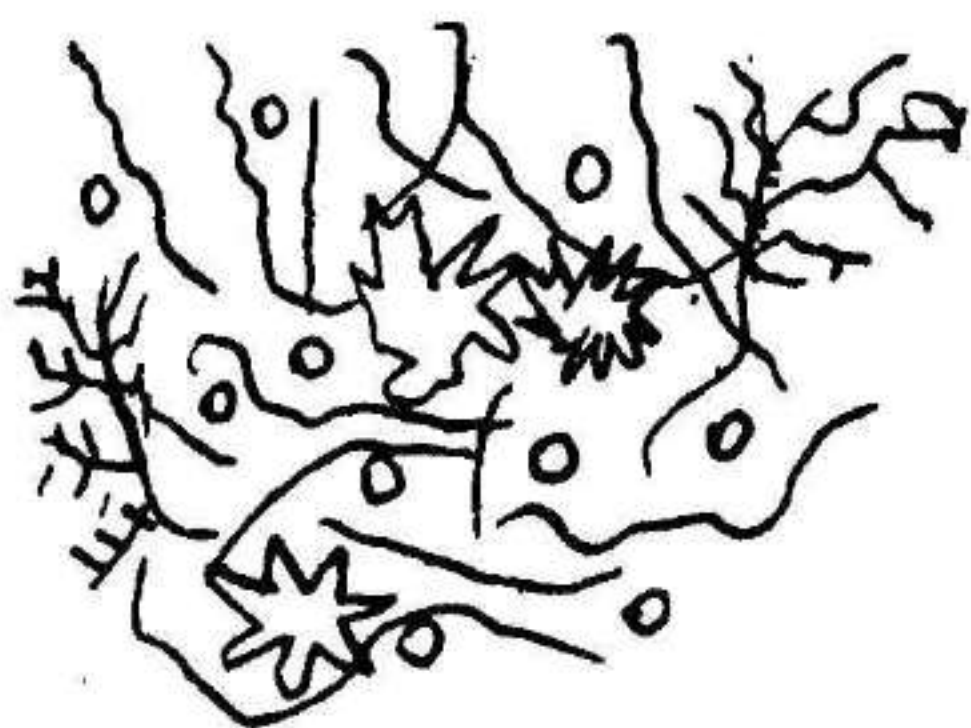


Fig. 12.—Microbio de la perineumonía bovina, *Asterococcus mycoïdes*, de Borrel. Formas filamentosas estrelladas, redondeadas y ramificadas.

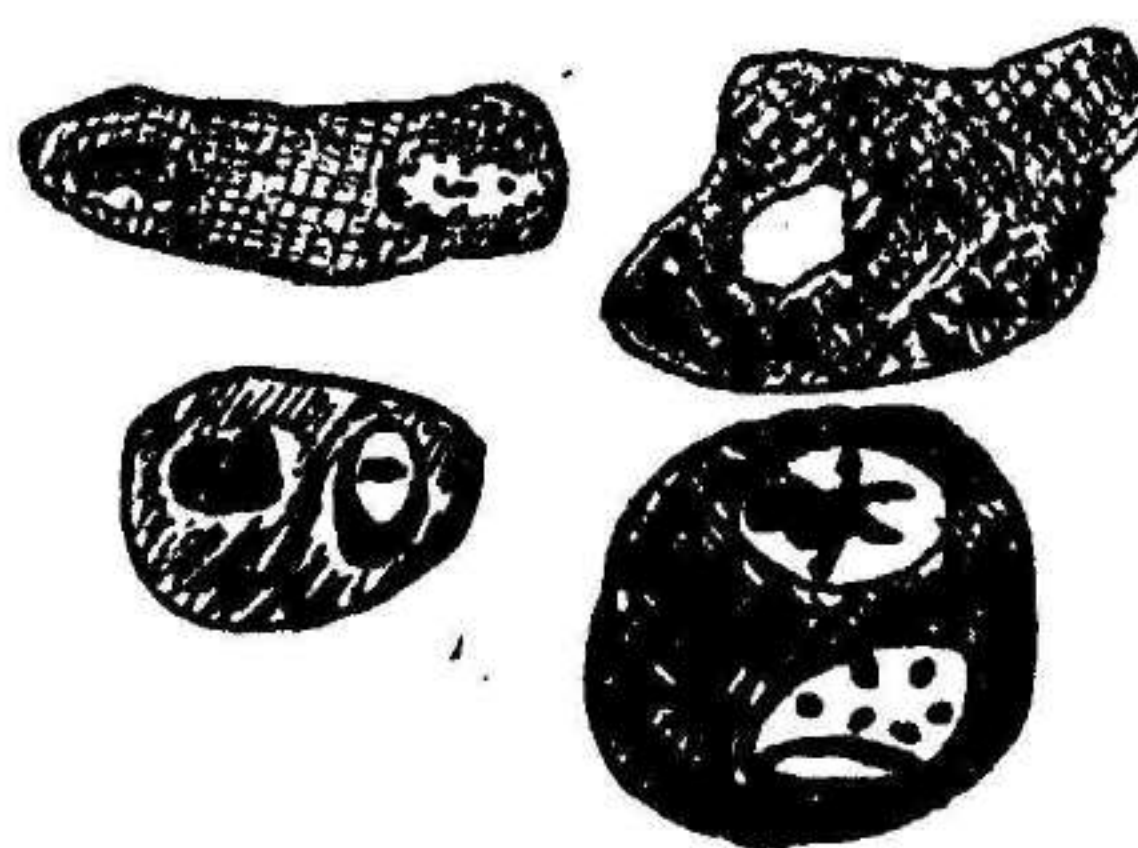


Fig. 13.—Frote de células *clavelosas*. Inclusiones cromidiales en las grandes células *clavelosas* de origen mesodérmico (según Borrel).

Estas formaciones, llamadas *inclusiones celulares*, han llegado a ser consideradas como los verdaderos agentes parásitos de la afección.

«Tales corpúsculos se muestran bajo las formas más variadas en el protoplasma o hasta en el mismo núcleo de las células. Descritos primeramente en el epiteloma contagioso del hombre y después en el epiteloma contagioso de los pájaros, por Rivolta, estos corpúsculos o análogas inclusiones celulares han sido observadas en la *viruela*, en el *cáncer*, en la «*clavelée*», en la *rabia*, en la *peste aviaria* y en la *enfermedad de los perros*. Quizá habría que aproximar estas inclusiones a las descritas recientemente en los hematíes de los animales afectos de *peste bovina*; a las señaladas en la conjuntiva de los puercos atacados de peste y a las observadas en las lesiones de los bóvidos aftosos» (Panisset). (Fig. 13).

Las *inclusiones celulares*, ya estudiadas hace tiempo (*coccidias del cáncer*, *enfermedades briocíticas de Bosc*, *protozoos de la vacuna*, Guarnieri, (fig. 14), merced a los trabajos de Negri sobre la rabia, han vuelto a recobrar la importancia que se les concedía antes del descubrimiento de la filtrabilidad de los virus de tales afecciones.

En contra de la naturaleza parasitaria de las *inclusiones celulares*, se han emitido varios argumentos.

Se piensa que en principio no se trata más que de restos de desintegración leucocitaria, si bien otros autores las consideran como homólogas de las formaciones cromidiales (Borrel, Hückel, Ewig).

Prowazek, defendiendo la teoría de referencia, las considera como productos de la reacción de la célula frente al parásito, el cual podría encontrarse en el interior de la *inclusión*, como las inclusiones de la vacuna y los *corpúsculos iniciales* (microorganismos parásitos) existentes en el interior de los *corpúsculos de Negri*, de la rabia.

Prowazek, atendiendo a la supuesta naturaleza protozoaria y al revestimiento que recubre a las *inclusiones*, asigna a estos parásitos el nombre de *Clamidozoos* (Chlamydozoarios), y posteriormente, Lipschütz, sin puntualizar respecto a la naturaleza de los mismos, los denomina *Strongylosomas* o *Strongyloplasmas*.

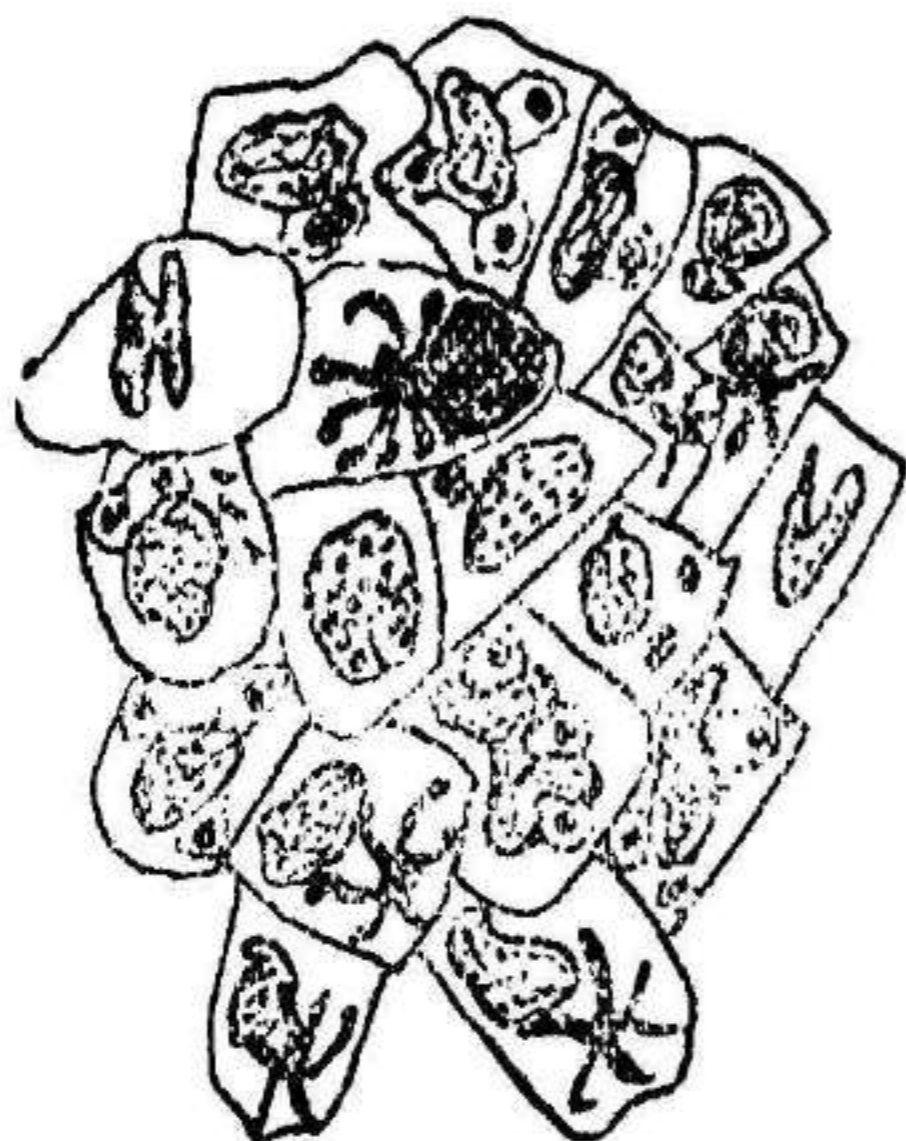


Fig. 14.—Diferentes formas de corpúsculos de Guarnieri en la córnea del conejo. Los grandes parásitos están alojados en una vacuola perinuclear.

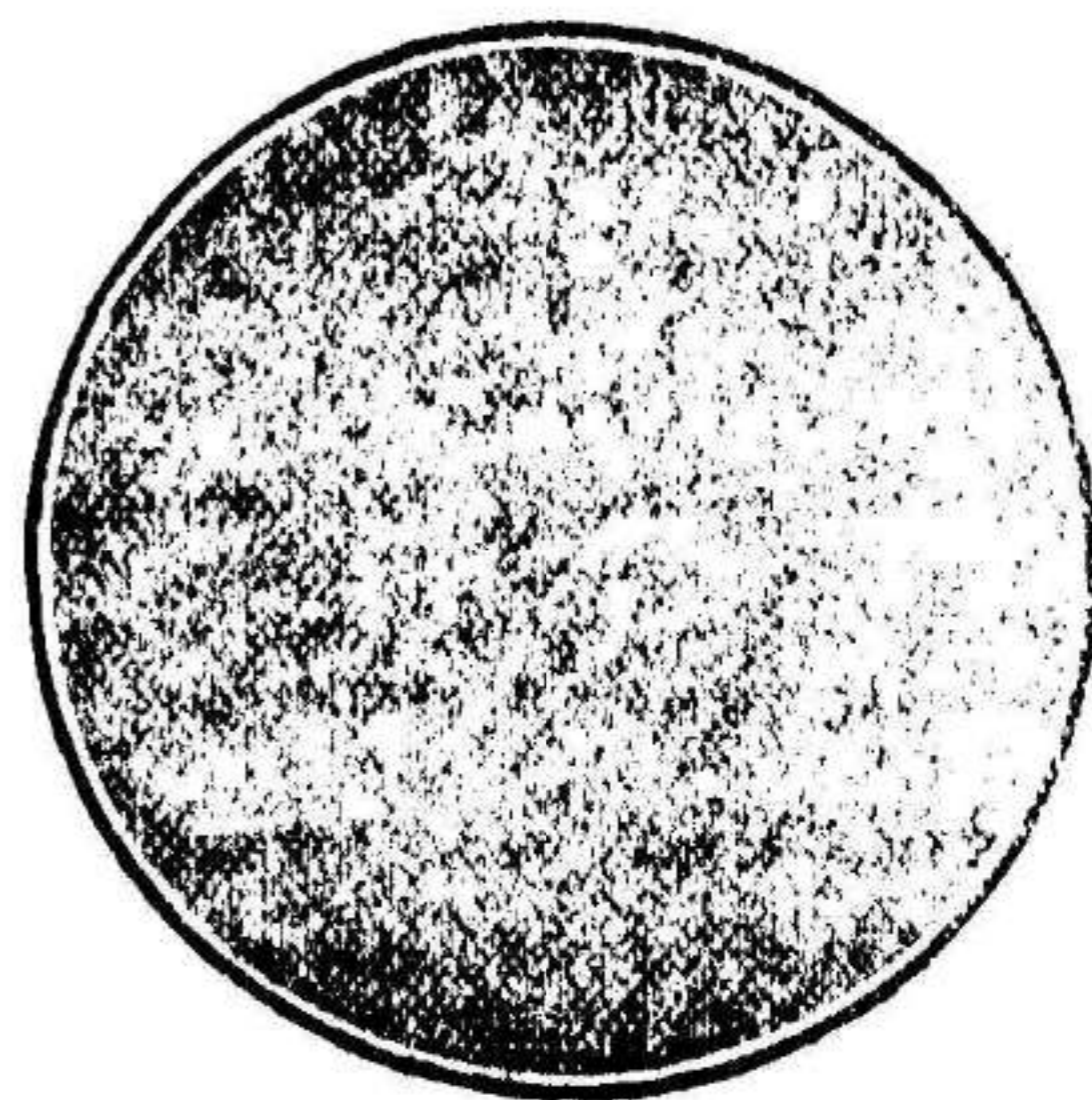


Fig. 15.—Cultivo anaerobio de cuatro días en 25 % de líquido hidrocele mezclado en partes iguales con agua de cal al 75 %.

Para Borrel, los productos virulentos del «molúscum» de la vacuna, etc., encerrarían granulaciones extremadamente finas, incapaces de ponerse de manifiesto más que por procedimientos especiales de sobrecoloración; granulaciones de apariencia microbiana y que serían los agentes activos de los virus filtrables.

Además de los hechos citados en contra de la hipótesis de la naturaleza parasitaria específica de las *inclusiones celulares*, pueden aducirse la desproporción existente entre el escaso número de ella y la gran virulencia de los humores y de los tejidos, virulencia que aparece antes de que se hayan presentado las *inclusiones*, y persiste tiempo después de haber desaparecido aquella; de la misma manera se aduce el que las partes más virulentas son las que contienen menor cantidad de inclusiones, dato comprobado en la rabia, enfermedad en la cual el bulbo, siendo más virulento, encierra menos inclusiones que el asta de Ammón.

«Sólo el cultivo del virus, la obtención de las formas incriminadas y su reproducción en el organismo pueden resolver el problema... Si es legítimo reunir, desde el punto de vista anatomopatológico, un gran número de enfermedades de virus filtrables bajo la denominación común de *enfermedades de inclusiones*, no ha llegado aún el momento de crear para los parásitos acusados de producirlas un grupo zoológico particular; y la clasificación de estas enfermedades en *enfermedades de clamidozoos* y en enfermedades provocadas por virus que son aún invisibles, es prematura» (Panisset).

No es extraño que reine una gran confusión en el estudio de los virus filtrables. Son elementos íntimamente ligados a los humores y hasta a las mismas células, y esto supone una dificultad enorme para conseguir un *virus aislado*, el que nos serviría para puntualizar alguno de estos extremos. De aquí el que se haya intentado aislar a los tales virus, valiéndose de distintos procedimientos basados algunos de ellos en la físicoquímica, entre los cuales el que ha dado mejor resultado, pues él ha servido para el aislamiento de los agentes productores de la *vacuna*, de la *rabia* y de la *poliomielitis anterior aguda*, es el de inmergir los órganos virulentos en glicerina durante seis o doce días, período después del cual se separan las capas superiores del líquido, que por cierto no contienen células, se dializa para desembarazar la glicerina y el residuo es el virus filtrable.

A tenor de lo expuesto, se comprende que los sabios hayan querido completar los trabajos para establecer la personalidad de los virus filtrables por medio de los caracteres ofrecidos por los *cultivos*.

Desgraciadamente, los resultados no son, ni con mucho, satisfactorios, no obstante saberse en el momento actual, y como ya indicamos en líneas pasadas, que los microbios invisibles tienen un carácter peculiar en su función nutritiva, cual es el de exigir medios a base de jugos o líquidos orgánicos, técnica seguida por Hideyo Noguchi para cultivar el agente de la *rabia*, y por este autor y otros miembros del Instituto Rockefeller para hacer germinar *in vitro* el *coco* de la parálisis infantil.

El microbio de la *perineumonía* ha sido el primero que se ha podido cultivar en terreno artificial, utilizándose (Borrel, Salimbeni y Dujardin-Beaumetz) al principio el procedimiento de los *sacos de colodión* intraperitoneales, y valiéndose después del *caldo Martín* o mezcla a partes iguales de carne y peptona de estómago de cerdo y de suero de buey al 1 por 5.

Posteriormente, el microbio de la *peste aviaria* se ha podido cultivar en agar peptonizado y glucosado, sobre el que se siembra la sangre desfibrinada de pollo infecto (Marchoux, Landsteiner y Berliner).

Noguchi consigue cultivar el virus de la *rabia*, valiéndose del agar-agar, al que mezcla—todavía en fusión la jalea—líquido ascítico o líquido de hidrocele, en la

proporción de dos partes de agar por una de líquido, mezcla a la que se añade un pequeño fragmento estéril de placenta humana, de testículo de cordero, o más bien un trozo de riñón o de testículo de conejo, recubriendo el conjunto con una capa de aceite de vaselina, en una altura de 3 centímetros.

Hecha la siembra, valiéndose de médulas o cerebros de conejillos de Indias, de conejos o de perros muertos de la enfermedad, se obtienen en los cultivos corpúsculos granulares pequeñísimos y corpúsculos pleomórficos cromatoides, que reaparecen en los cultivos durante gran número de generaciones; corpúsculos de apariencia protozoaria más bien que bacteriana y cuya inoculación determina la rabia.

Por lo que respecta a la *vacuna*, se observa claramente una multiplicación sobre los fragmentos de la córnea de conejo a $+ 37^{\circ}$, previamente inmersos en una dilución de vacuna en la solución de Ringer (Steinhardt, Israeli y Lambert), si bien el desenvolvimiento no sería posible más que en el vacío (Fornet), haciendo la siembra en caldo azucarado al 2 por 100, en suero al 1 por 100 o en caldo peptonizado al 1 por 100 adicionado de suero de asno (2 por 100).

En cuanto a la *parálisis infantil* o poliomielitis anterior aguda, el germen de la misma ha sido perfectamente cultivado por Noguchi y Flexner (*Journal of exper. Med.*, 1913) «sembrando en líquido ascítico humano fragmentos de cerebro y médula de poliomiélico. Hacia el quinto día de permanecer el cultivo en la estufa a $+ 38^{\circ}$ observaron los autores de referencia una opalescencia difusible del medio de cultivo, y en el décimo-duodécimo día de practicada la siembra vieron caer al fondo del recipiente unos grumos granulares en forma de sedimento o depósito.» (Fig. 15).

«El líquido ascítico con fragmentos de riñón resulta ser el mejor medio de cultivo» (1).

Finalmente, Noguchi y Cohen han cultivado el *virus del tracoma* con excelentes resultados, aportando al estudio de los microbios invisibles datos de gran valor.

Los virus filtrables, cuyo estudio venimos haciendo, son gérmenes esencialmente *patógenos*, cuya acción funesta es lo que únicamente nos anuncia su presencia. De ordinario determinan enfermedades generalizadas—verdaderas septicemias—, y cuando en el curso de una de éstas existe localización morbosa, no se trata más que de infecciones secundarias. Otras veces, los virus filtrables tienen una acción electiva sobre determinados sistemas orgánicos, tal ocurre en la rabia, o bien su acción funesta se dirige de preferencia sobre la epidermis o los epitelios,

(1) Rosique Cebrián: «Parálisis infantil o poliomielitis anterior aguda».—*Los Progresos de la Clínica*, Madrid.

cualquiera que ellos sean, elementos que reaccionan de un modo tan análogo, que ha hecho a Borrel agrupar tales enfermedades, producto de la reacción de los tejidos, en un grupo morboso al que ha dado el nombre de *epiteliosis*.

En el cáncer, a mayor abundamiento, dentro del gran número de hipótesis que se señalan para explicar la causa del proceso, entre los varios hechos que se destacan en la etiología y patogenia del mismo, hay uno al cual nos referimos por ser el admitido por todos los autores: el de la *irritación*, fenómeno que conduciría a la neoformación y al establecimiento de la masa tumoral. Pero esta *irritación*, considerada como la consideran los autores, no es bastante para, de por sí, originar la neoplasia. El hecho de que una célula se irrite por el roce constante no supone que conduzca a la masa tumoral, verdaderamente neoplásica.

Ni Martín inyectando aceite de croton en las venas de diversos animales; ni Albert, con sus experimentos de irritación mecánica o química; ni Frosch, llagando por contusión el dorso de un animal e irritando la llaga con xilol; ni Schottländer, actuando sobre la córnea con nitrato de plata, han conseguido más que proliferaciones epiteliales y multiplicaciones cariocinéticas, bipolares o multipolares, que no son, ni con mucho, tumores.

Hay un punto importante a señalar en las *epiteliosis*: me refiero a las *especificidades celulares*. El virus vacunal o variólico no se desarrolla más que en contacto de las células ectodérmicas, lo que indica a las claras que existen *células receptoras* para los *virus filtrables*, que en el *molusco contagioso* son las células epiteliales de las glándulas pilosas; si bien en la «*clavelée*» hay más *mixtificación de electividad*, que corresponde a las células de tipo ectodérmico y a las células endoteliales de tipo mesodérmico, para constituir la *epiteliosis mixta*.

Si bien, señores, los datos expuestos no son bastante para agrupar en una noción nosológica las *epiteliosis* y el cáncer, el asunto bien merece la pena de ser estudiado.

No queramos persistir en las ideas de Conheim, por ejemplo. El espíritu humano, empleado con lógica, nos dice que, ya que con las hipótesis expuestas hasta la fecha no se ha conseguido nada en concreto, es necesario buscar nuevos derroteros.

Y ahora que las ciencias tienen su único progreso en la experimentación; ahora que poseemos aparatos y laboratorios; ahora que sabemos que ciertas enfermedades tenidas no ha mucho como de causa puramente flojística han resultado ser no más que la acción toxi-infecciosa de un microgermen; ahora que los virus filtrables matan en la rabia, matan en la parálisis infantil, matan en la viruela, matan en la fiebre amarilla y matan en otras muchas enfermedades de agentes específicos ignorados, aunque supuestos, rompamos antiguos moldes y encaucemos los trabajos en

la dirección de los *ultramicroscópicos*, y veamos de inquirir lo que suponen esas formaciones tenidas como procesos degenerativos en las masas tumorales, y veamos si muchas disposiciones arquitectónicas celulares no son más que efectos de una causa ya desaparecida, o modalidades morfológicas de un agente infectante.

El que en los tumores neoplásicos no se encuentre el parásito, no quiere decir que no exista: puede haber desaparecido una vez efectuada su acción funesta, o bien puede ofrecerse en formas no imaginables, ya que sabemos que la orientación actual en los virus filtrables es considerar en ellos un ciclo evolutivo, una de cuyas fases vendría a ser perfectamente visible.

De otra parte, ¡es tan intenso y complejo el proceso canceroso! Hay en él tal cuadro de infección imposible de ser explicado por la sola acción celular independiente de todo y siempre por la misma célula en su principio como en su fin, que no hay más remedio, señores, que admitir algo más: una causa viva, un elemento vivo extraño: animal o vegetal, protozoo o bacteria, que determine la suma excitación del elemento anatómico, con el que formaría una fuerte simbiosis, que desaparecía, por ejemplo, una vez terminada su misión de enloquecer a la célula—ya entonces convertida ella misma en elemento parásito—o se trocaría en un cuerpo distinto, localizado entre las células o en las mismas células, como condensaciones protoplasmáticas, o bien se transformaría en uno de esos cuerpos que los autores descubren dentro de las neoplasias y a los cuales asignan la categoría de gérmenes productores.

Y, por fin, señores, dentro del conjunto de hechos y de interpretaciones etiológicas cancerosas, en el cuadro del desenvolvimiento de la neoplasia, yo me inclino a pensar—y sé en cuánta responsabilidad científica incurro—que el cáncer es debido a la acción de un virus filtrable, a semejanza del que determina la *rabia*, la «*clavelée*», las *epiteliosis*, la *parálisis infantil*.

He aquí cuanto se relaciona con la *acción patógena* de los *virus filtrables*.

Hay que hacer notar que los tales virus son *parásitos estrictos* y que nunca se les encuentra como saprofitos en el medio exterior; dato favorable para el establecimiento de *reglas profilácticas* que, en término general, son las grandes profilaxias extendidas a todo: al *aire*, al *agua* y al *suelo*.

La *contagiosidad* de los *ultrafiltrables* se cumple por diversos modos. Unas veces depende de la existencia de seres sensibles, y en ocasiones se necesita la rotura de las capas epidérmicas, como acontece en la *rabia*; pero nunca hay que olvidar que los *virus filtrables favorecen las infecciones secundarias*, así como lo que se refiere a la *persistencia de estos virus en estado latente*, hecho que determina la reaparición de un foco epidémico considerado como de nueva importación, cuando realmente no se ha tratado más que de la acción del mismo virus causante de la

enfermedad anterior que estaba, dijéramos, entretenido en el interior del organismo.

Los virus filtrables poseen una gran virulencia. Basta una pequeñísima cantidad de ellos para determinar intensas reacciones morbosas.

Tienen una *resistencia variable*. Al calor resisten ordinariamente menos que las bacterias, pues una temperatura de $+58^{\circ}$ los destruye.

Igual variabilidad se observa con los agentes químicos. El virus de la rabia y el de la vacuna se conservan bien en la glicerina, mientras que el de la peste bovina no resiste a esta acción. Cosa análoga ocurre con el fenol y la antiformina.

En cuanto a las sustancias que disuelven los protozoos (bilis, taurocolato de sosa y saponina), destruyen rápidamente ciertos virus. Estos argumentos que hablan en favor de la naturaleza animal de los ultrafiltrables, no es suficiente, pues a veces estas sustancias ejercen intensa análoga acción sobre las bacterias.

Veamos ahora las últimas conclusiones de Meyer, del departamento de Patología y Bacteriología de la Universidad de California, en el X Congreso Internacional de Medicina Veterinaria, verificado en Londres en Agosto de 1914:

«El problema de la inmunidad en las enfermedades de virus filtrables es de un gran interés práctico. La mayor parte de estas enfermedades tienen una evolución subaguda y confieren en muchos casos una inmunidad adquirida. Una inmunidad completa no se observa más que después de varias reinfecciones.»

«Los métodos de serodiagnóstico utilizados con las bacterias no dan resultado con los virus filtrables, salvo en lo que concierne a la *perineumonía de los bóvidos*. Los fenómenos de inmunidad en las enfermedades de virus filtrables no pueden ser explicados por las deducciones precedentes del mecanismo de la inmunidad en las enfermedades bacterianas. Existen diferencias esenciales en lo que respecta a las propiedades antigénicas de los virus filtrables.»

«La mejor inmunidad posible y la prevención no pueden ser aseguradas más que por la combinación de la inmunidad pasiva y de la inmunidad activa (por medio de los virus sensibilizados). La existencia de portadores de virus se debe tener muy en cuenta. En las enfermedades locales cutáneas y nerviosas, sólo la inmunización activa por los virus modificados por los pagos o atenuados de otra manera, es considerado como un método capaz de dar excelentes resultados.»

Hemos procurado, señores, sintetizar lo más moderno que en el complejo campo de los microbios ultramicroscópicos se ha dicho, sin referirnos a pequeños detalles aportados por los diversos autores.

Este es el estado actual de la cuestión. Cuestión altamente importante a la que deberíamos conceder toda la importancia que tiene para cuantos nos dedicamos

al estudio de la medicina, ya que en los ultrafiltrables hay un filón inmenso que nos ha de producir—no cabe duda—grandes conocimientos y esclarecer los puntos hasta hoy ignorados.

No basta, señores, *saber que no se sabe* el agente productor de una enfermedad. Hay que hacer más: hay que poner a prueba nuestro espíritu, y nuestra ignorancia sea el mejor acicate para el estudio.

Ahí tenemos un buen número de enfermedades incluídas en los libros de texto calificadas de *enfermedades infecciosas, de evolución cíclica,⁸ contagiosas, etc.*, pero ¡de agente desconocido!, en las cuales se hace una espléndida clasificación sintomática y en las que, al llegar al tratamiento, se recurre a los fármacos más diversos, encaminados unas veces a combatir síntomas y siempre a conllevar la enfermedad, a ayudar a la naturaleza, fustigándola, si es necesario.

Otro es el camino, señores. La vereda más segura a seguir es la del descubrimiento del agente productor de la enfermedad. Conocido este agente, veréis que pronto desaparece la enfermedad, porque los estudios sobre inmunización nos pondrán en las manos un pequeño recipiente de 2 a 3 cm.³, con el que habrá bastante para cortar de raíz la dolencia. ¡Ese recipiente escaso que en tan pequeña cantidad de líquido contiene miles de unidades antitóxicas!

Y el hecho está bien claro. Compárense las estadísticas de morbilidad y mortalidad de la difteria cuando se tenían que extraer las placas faríngeas por medio de pinzas, con las de ahora, en que un par de inyecciones basta y sobra para sobreponerse y vencer a la enfermedad.

Díganlo sino las estadísticas de *viruela*, y más recientemente las de *parálisis infantil*, en las cuales se ha visto cómo y de qué manera el suero, la vacuna, la inmunización artificial, en una palabra, evita como por encanto, la aparición de esos tipos de cara afeada, deforme, por la *picadura de la viruela*, y la de esos pobres niños que a lo mejor—como dice Fernández Sanz—«os piden caridad, mostrándoos desnudos brazos y piernas deformes, delgados y reducidos a la piel sobre el esqueleto atrófico.»

Hay un buen material de estudio todavía. La *fiebre amarilla*, el *dengue*, el *tifus exantemático*, la *viruela*, el *sarampión*, la *escarlatina* y sobre todo las *afeciones cancerosas*, nos brindan ancho campo para la experimentación.

Comencemos por investigar la causa de la enfermedad, y cuando sepamos de qué se trata, si es una bacteria o un protozooario, los trabajos posteriores de cultivo, inmunización, etc., nos llevarán a dominarla, a encerrarla en exiguos matraces y en finos tubos de ensayo, bien catalogados y bien dispuestos en la *caja de caudales* o estufa de temperatura constante, a la manera de lo que ahora hacemos con los agentes productores de la *fiebre tifoidea*, del *tétanos*, de la *pústula maligna*,

gérmenes que si tuvieran oídos y me oyeran, dada su proximidad en nuestro laboratorio, escandalizados de mi peroración en contra suya, saldrían y atentarian contra nosotros. Mas no tener miedo. Son buenos individuos; más buenos todavía que muchos hombres, pues que ellos sólo hacen daño cuando a ellos nos exponemos, y eso no siempre—pues que hay algunos que nos defienden—, mientras que los hombres nos matan con la flor de la amistad en los labios. Y en fin de cuentas, señores, los microbios que nos matan existen para matar; en tanto que los hombres que nos destruyen han nacido o debieran haber nacido para amarnos. Los unos son malos y de ellos nos prevenimos porque lo sabemos; los otros, creyéndolos buenos porque para el bien han nacido, nos matan cuando debieran habernos amado.

Voy a terminar, señores. He procurado, dentro de mi ineptitud, cumplir con la obligación impuesta de poner de manifiesto la gran importancia que tienen los virus filtrables en la patología humana, pues que ellos nos darán la manera de combatir mejor las enfermedades debidas a los mismos.

Cada una de vosotras, madres amantísimas, esposas fieles, hermanas de cariño, que tanto honor habéis concedido al conferenciante ofreciéndole la flor de vuestra presencia; vosotras, mujeres cultas del siglo XX que conocéis la higiene privada, que sabéis suficientes reglas profilácticas, lleváos de mis palabras el fijo recuerdo de que si la *fiebre tifoidea*, por ejemplo, es debida a un microbio, la *parálisis infantil* es también debida a un microbio, pero mucho más pequeño que el otro. Que si cuidados habéis de tener para evitar una enfermedad, cuidados pondréis para evitar la otra dolencia. Y cuando comentéis tales asuntos, bien podéis decir que al lado de un león o de un árbol, hay otros seres, tan infinitamente pequeños, que encuentran ridículos los filtros con que pretendáis detenerlos; animales los unos y vegetales los otros, que reciben el nombre de *virus filtrables* o *microbios invisibles*.

A vosotros, mis maestros más queridos, de los que he aprendido, aprendo y aprenderé la bondad y la sabiduría. A vos, padre-maestro, cumbre feliz de la medicina española, a quien por feliz iniciativa del profesor Lecha-Marzo (a quien desde aquí saludo) expuesta en Oporto, habremos,—luchando con vuestra modestia que se opondrá—, de dedicar un *Libro de Honor* donde figure toda la inmensa labor de vuestra vida. A vosotros todos, repito, perdón por mis faltas que procuraré subsanar con el tiempo, si es que me seguís concediendo la merced de vuestros consejos y el honor de vuestra presencia.



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

En la sesión celebrada por esta ilustre corporación el día 1.º de Noviembre pasado, dió cuenta el Sr. Secretario de la misma, Dr. Laureano Albaladejo, de haberse recibido el *Boletín de la Clínica Castellana*, en cuyo número 10 inserta un artículo defensivo en contra de la supresión a las Reales Academias de Medicina (¡¡menos la de Madrid y Barcelona!!) de la subvención que venían disfrutando por parte del Estado y por cuyo motivo la de Valladolid se ve en el juzgado demandada.

La Academia de Medicina de Murcia une su protesta a la de Valladolid, y como acto de compañerismo copia íntegro dicho artículo por creerlo de interés a todas las Academias.

Dice así:

«La Academia de Medicina de Valladolid en el Juzgado.—Consecuencias de una disposición ministerial.—Centralismo peligroso.—Preeminencias inexplicables.—La Academia de Medicina de Valladolid, una quizás de las más antiguas de España, ya que su origen se remonta por lo menos al año 1795; la de distrito más extenso por las provincias que comprende (las de Asturias, Castilla la Vieja, León y Vascongadas) y una de las más necesarias por radicar en su distrito las populosas cuencas mineras de Vizcaya, Asturias, Santander y Palencia, que reclaman la resolución de multitud de expedientes por accidentes del trabajo; la única que cuenta en su perímetro con tres Universidades y dos Facultades de Medicina; está a punto de desaparecer. Es más, sería preferible que el Gobierno de la nación la hubiese suprimido, que privarla del único medio de sostenimiento con que contaba.

El Gobierno de S. M. entre las modificaciones hechas en el presupuesto del Ministerio de Instrucción Pública, con motivo de la ley de autorizaciones de 2 de Marzo de 1917, acordó suprimir la subvención que venían disfrutando las Academias de Medicina de Distrito.

Contaban estas Academias con una subvención oficial de 1.500 pesetas anua-

les, con excepción de la de Barcelona que disfruta de 4.000 pesetas. Pues bien, a pesar de haberse suprimido las subvenciones de 1.500 pesetas a las Academias de Distrito, no se ha disminuído un céntimo de las 4.000 pesetas a la de Barcelona, ni de las 25.000 que disfruta la de Madrid.

Como la Academia de Valladolid no contaba con más medios de ingreso que dicha subvención, y como con esa insignificante cantidad tenía que sufragar todos los gastos que tanto sus Estatutos como su reglamento la exigen, la Academia de Valladolid no puede vivir; es más, la Academia de Medicina de Valladolid ha sido demandada ante el Juzgado para que abone el importe de la renta del local que ocupa, y que adeuda desde el mes de Abril último, precisamente desde que se la suprimió la subvención.

Dáse el caso anómalo de que nuestra Academia venía sufragando los gastos de renta de local con la expresada subvención, por no haberle dado el Gobierno local donde albergarse, a lo que el Estado estaba obligado según el art. 6.º de los Estatutos que dice: «El Gobierno facilitará local adecuado para la celebración de sus sesiones e instalación de sus dependencias a las Academias que no tengan casa propia». Y se da el caso extraordinario de que no se merme un ápice de la subvención a Academias con Palacio propio hecho *ad hoc* por el Estado, que además cuenta con una asignación de 9.750 pesetas para personal, y con 25.000 pesetas de subvención, y se supriman en absoluto las 1.500 pesetas a una Academia que no tiene casa y que cuenta para personal una asignación de 1.750 pesetas.

Se dirá acaso que la Academia de Madrid, hoy Nacional, necesita por su rango e importancia y por residir en la Corte de la Nación, mayor protección del Estado: pero, ¿acaso no es Academia de Distrito la de Barcelona? ¿por qué a ésta se la respetan las 4.000 pesetas de subvención y no se respetan las 1.500 pesetas a las demás?

Pues, sencillamente, porque los médicos catalanes saben hacer respetar sus derechos; porque en Madrid se teme al regionalismo catalán que amenaza destruir el tinglado de ese centralismo madrileño... Y no sería extraño que las economías obtenidas con la supresión de las asignaciones a las Academias de Distrito que suponen la *enorme cantidad* (!) de 13.500 pesetas, no sería extraño, repetimos, que esas 13.500 pesetas fuesen a engrosar la subvención de la Academia Nacional. Y si no, el tiempo...

¿Qué es lo que se pretende con haber suprimido las subvenciones a las Academias de Distrito? Sabe bien el Gobierno que dichas Corporaciones no disfrutaban de donaciones particulares ni de bienes propios; que rara vez se cobran honorarios por los informes; que con la exigua asignación se viene pagando renta de local, luz y publicaciones, y que aún se dedicaba algo a concursos científicos, y hasta se com-

praba algún mueble. ¿Cómo se hacía todo esto? Pues con una buena administración, y no cobrando un céntimo ningún Académico en concepto de dietas. (Los Académicos de la Nacional de Madrid, cobran diez pesetas por sesión y veinte el ponente, y como en el nuevo Reglamento se aumenta el número de Académicos es lógico que necesiten mayor subvención).

¿Es acaso que piensa el Gobierno que basta y sobra con la Academia Nacional de Madrid? Pues suprima en buena hora todas las demás, sin pretender que vivan sin ingreso alguno.

¿Es que para el Gobierno es más nacional la medicina de la Academia de Madrid, que la representada por el conjunto de Academias de Barcelona, Cádiz, Coruña, Granada, Murcia, Palma de Mallorca, Sevilla, Valencia, Zaragoza y Valladolid? Seguramente que no. ¿Por qué, entonces, ha consentido que la de Madrid se abrogue ese título? Pues seguramente influenciado por Académicos madrileños, que además de médicos son senadores, consejeros y exministros... políticos en una palabra.

Vivan en grande los prohombres de la Corte; sigan cobrando sus dietas los Académicos de la Nacional, mientras los provincianos se ven en el Juzgado por... *tramposos*: y sirva todo ello para que los médicos de provincias aprendamos a defender nuestros derechos.

En reciente Asamblea se aprobó por aclamación una proposición firmada por numerosos médicos castellanos y leoneses, pidiendo que se restablezca la subvención a su Academia, y que en nuestra región sea ella el único centro oficial, aparte de los Colegios Médicos respectivos.

Esto quieren los castellanos; óigalo el Gobierno, y óiganlo también los médicos que en Madrid quieren representar la Medicina Nacional.

Veamos en esta ocasión si la Prensa Médica de Madrid, sabe defender los derechos de los médicos de provincias; y si los organizadores del futuro Congreso Nacional de Medicina nos demuestran, prestando su valiosa influencia en favor de los derechos de las Academias de Distrito, que es cierto se preocupan de la Medicina Nacional; pues de lo contrario podría pensarse que tanto dicha Prensa como el proyectado Congreso, no persigue más que el encumbramiento de los médicos y de la Medicina madrileña; y entonces habría llegado el caso de que los médicos de Castilla procurásemos defender nuestros fueros, como los comuneros antiguos... y ya tenemos la suficiente experiencia para que no se repitiese el caso de Villalar.



Asociación Española de Urología

SESIÓN DEL DÍA 16 DE MARZO DE 1917

Pólipo angiomatoso uretral.

EL DR. BARRAGÁN.—El caso se refiere a una joven de 17 años, de Humanes (Guadalajara), soltera, sin antecedentes hereditarios, ni enfermedad alguna que tenga relación con la actual; empezó a los once años con perturbaciones en la micción puramente mecánicas representadas por el retardo en las micciones y la pereza en vaciar la vejiga, unida al trabajo que le costaba romper a orinar. Pasó así dos o tres meses, y al terminar estos, llegó un día que no pudo orinar. Tuvo una retención aguda que le duró tres semanas orinando por rebosamiento, con gran abultamiento de vientre, dolores y un estado general muy mediano, con fiebre y mucha intranquilidad.

Pasado este tiempo, con baños de asiento comenzó a orinar de un modo abundante, fué bajando el vientre, el estado general mejoró, las orinas turbias en los primeros días, tornaron a ponerse limpias quedando sólo flujo blanco en pequeña cantidad primero, para aumentar después. Este flujo desaparecía por algún tiempo para reaparecer más tarde con pequeñas molestias al orinar. Alguna vez echó sangre al orinar, pero no le llamó la atención creyendo que era de procedencia vaginal.

El Dr. Torresano que la vió últimamente, la mandó a nuestra Policlínica presentándose en ella el 13 de Febrero último en el siguiente estado respecto a genitales y aparato urinario; en los restantes nada digno de mención. Vagina practicable sólo con el dedo, nada en útero ni anejos; abertura de la bulba roja y barnizada de flujo blanco y amarillento. El tacto uretral compresor dió salida a unas gotas de secreción igual a la exterior. Había una gran cantidad de orina en la vejiga y con el fin de no hacer cateterismo ni evacuador ni explorador, mandamos a la enferma que orinara y dijo que no tenía ganas no pudiendo conseguirlo. Sospechamos pudiera el pus ser gonocócico, por esto nos abstuvimos de la exploración y la dijimos que volviera con el fin de recoger el pus en un porta y analizarlo. Volvió en efecto

a la consulta siguiente, quejándose de algunas molestias y diciendo que no había orinado en toda la noche. Al explorarla nuevamente nos encontramos con una sorpresa—un tumor rojo del volumen de una almendra—que ocluía completamente el meato; intentamos sondarla y en unos de los momentos de la busca de la uretra empezó a orinar con fuerza y abundancia por uno de los lados del tumor. Tangible el tumor, no nos pareció bien dejarlo para más tarde, y lo seccionamos con el termo después de haberlo aprisionado con unas pinzas lo más cerca de su nacimiento. A pesar de hacerlo de este modo, no dejaba de dar sangre en abundancia, habiendo necesidad de nuevas cauterizaciones para cohibirla. Se marchó a su casa, pero por la noche tuvo nueva hemorragia en bastante cantidad; avisaron con urgencia y mandé al Dr. Esquivel el cual la cohibió con lo que él nos dirá. El tumor extraído es este que presento y cuyo análisis es el siguiente: «El tumor como se ve es bastante grande; aún tiene el volumen de una judía a pesar de faltarle un trozo para su análisis. Se halla constituido por la hipertrofia de los elementos vasculares y de las papilas, con poco tejido conjuntivo. El predominio de tejido vascular le hace semejante al angioma».

Diagnóstico.—Tumor de origen mucoso, de evolución endouretral, con estructura papilar y vascular; resulta un papiloma angiomaso.

Extirpado el tumor nos fué fácil en las siguientes consultas hacer la uretrocopia y la cistoscopia. En la vejiga no encontramos nada; la imagen cistoscópica era de las más limpias que hemos visto.

Por la uretrocopia se veía perfectamente el sitio de implantación en los límites del cuello vesical. Aún quedaba un trozo de pedículo de un centímetro aproximadamente el cual lo hemos ido destruyendo con el cauterio eléctrico dirigido por el tubo uretroscópico.

Con la exploración uretroscópica nos pudimos dar perfectamente cuenta de las causas que generaban las retenciones intermitentes de esta enferma. Que eran producidas por el pólipo es evidente, pero ¿por qué la retención era intermitente?

Como esta clase de tumores son susceptibles de aumentar y disminuir debido a sus cambios circulatorios; durante la repleción interceptaba por completo la uretra produciendo la retención.

La segunda explicación, verosímil también puede fundamentarse en que el tumor estuviera normalmente en la vejiga para hacerse uretral por las contracciones de ésta dando por resultado la retención.

Vaciada la vejiga y la uretra se deglutía nuevamente el pólipo a semejanza de lo que ocurre con cuerpos extraños uretrales.

EL DR. NEGRETE.—El caso presentado por el Dr. Barragán me recuerda otro muy semejante aunque de implantación más anterior y de menos volumen; cuya

enferma traté extrayéndole el pólipo previa dilatación uretral sin complicación alguna.

Cuerpo extraño de la uretra.

EL DR. GONZÁLEZ TOMÁS.—El caso se refiere a un enfermo de estrecheces uretrales y cistitis crónica. El accidente ocurrió en la siguiente forma: Se pasaron al enfermo unas bujías de los números 16 y 17 y una sonda instiladora de Guifón número 16, que penetró en la vejiga sin dificultad alguna. Después de puesta una inyección de colargol, al retirar la sonda instiladora, quedó detenida en una de las estrecheces de la uretra peniana y al hacer (sin violencia) tracción de la sonda, salió ésta sin la oliva terminal. Como no se pudo apreciar la oliva por palpación uretral en el sitio donde quedó retenida, se le inyectaron en la vejiga unos 90 gramos de solución de oxicianuro que el enfermo expulsó en seguida y entonces se pudo notar la oliva, palpando la uretra entre el rafe escrotal. Mientras la persona que acompañaba al enfermo hacía presión con un dedo sobre la uretra, para que la oliva no volviese a resbalar hacia atrás, se pasaron otra vez dos bujías del número 17 y 18, se inyectaron dos o tres centímetros cúbicos de aceite gomenolado y *exprimiendo* con cuidado la uretra por detrás de la oliva se pudo conseguir que fuese resbalando hacia el exterior, sorteando la estrechez peneana en donde debió romperse la sonda. La maniobra se hizo con pequeñas molestias para el enfermo y sin producirse uretrorragia.

La bujía olivar presentada en la Asociación, aparentemente estaba en buen uso sin quebraduras en la capa de barniz.

Este detalle, el ser la oliva de calibre inferior al de las bujías dilatadoras que se habían pasado antes y el haberse roto al retirar la sonda lo que hace suponer que fué por tracción y no por flexión hace bastante raro este accidente.

La permeabilidad suficiente de la uretra, permitió que la oliva pudiese salir con una maniobra tan sencilla como la expresada.

EL DR. BARRAGÁN.—El caso presentado por el Dr. González Tomás es muy interesante como todos los que se refieren a cuerpos extraños de la uretra, por las perturbaciones inmediatas que produce en las micciones y las remotas nacidas de la larga presencia de ellos en la uretra, inflamaciones, abscesos, etc.—de aquí, el deber de extraerlos con la urgencia posible como él lo ha hecho por el procedimiento más sencillo siempre que sea posible—deslizándolos por presión suave hacia el exterior. Ha sido afortunado el Dr. González al poderlo extraer de este modo sin necesidad de instrumental, pues al separarse la oliva de la instiladora al retirarla de la uretra, debe deducirse que encontró una resistencia que no pudo vencer al tirar de ella y esta misma resistencia fué vencida por presiones suaves ayudadas con las

inyecciones de aceite gomelonado. Lo que yo no hubiera hecho es decirlo al paciente—porque si el cuerpo extraño hubiera podido extraerse con la prontitud que en este caso se ha hecho, es muy posible que el enfermo se revelara contra el operador, sin tener culpa alguna; por esto cuando nos ocurre este percance mejor es callar y procurar extraerlo poniendo en función todos los medios—que son bastantes—para extraerlos sino es posible en la primera sesión, se repite al día siguiente y en los sucesivos hasta conseguirlo.

Esa conducta seguía yo en casos semejantes; decirlo al enfermo cuando él no se enteraba—hecho excepcional—y no tuve por qué arrepentirme de ello ya que me fué fácil extraerlos—al dicho siguió el hecho; pero lo ocurrido en el caso siguiente me hizo variar de proceder.

En mi trabajo publicado en 1909 sobre cuerpos extraños de la uretra decía lo siguiente en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.

«La bujía filiforme del uretrotomo se separa con bastante frecuencia de la tuerca metálica que la une al conductor al tiempo de introducir la sonda que ha de quedar fija; quedando casi siempre su extremo anterior en el cuello del bulbo.

Si esto sucede y la sonda pasa a la vejiga dejaremos las cosas de este modo, y sobre todo, *no diremos nada al enfermo* de este accidente. Si la sonda que ha de quedar fija no pasa por el hecho de la ruptura de su bujía conductora, la retiraremos y procederemos a la extracción de la bujía con la pinza, teniendo especial cuidado de que sin ayudante la sujete en el bulbo comprimiendo con el dedo inmediatamente por detrás de él. Cuando la bujía queda en la vejiga, no nos preocuparemos de ella ni diremos nada al enfermo, como antes dijimos; y cuando retiramos la sonda al tercero o cuarto día, haremos su extracción como ya se ha indicado. Mencionaremos dos casos operados de uretrotomía interna.

Observación 6.^a—Trátase en el primer caso de un enfermo operado de uretrotomía interna en la fonda de los Leones, quedando la bujía filiforme, al parecer, dentro de la vejiga. Intentamos su extracción al quinto día de operado, y ni lo conseguimos entonces ni en las sucesivas sesiones que fueron seis. El hecho de quedar dentro la bujía y el haber fracasado los intentos de extracción, fueron causa para que el enfermo desapareciera de la fonda dejándonos como premio a los sinsabores que nos produjo el fracaso y como pago de la operación, palabras de ingratitud y descrédito. Dicho esto, volvemos a repetir por tercera vez, que cuando esto ocurra, mucho cuidado con que lo sepa el enfermo, puesto que paciente y médico nada ganan con esta confesión. La observación 7.^a se refiere a otro enfermo que nos ocurrió lo propio; quitamos la sonda fija al cuarto día, e intentamos la extracción creyendo que estaba en la *vejiga*; pero después de terminada la primera sesión sin resultado, inspeccionamos por azar la sonda retirada y con sorpresa encontramos la

bujía dentro de ella. ¿Ocurriría lo propio en el caso anterior? Es lo más probable.

EL DR. ROLDÁN.—El caso presentado por nuestro compañero Dr. González Tomás y las consideraciones hechas por el Dr. Barragán, me traen a la memoria un caso operado por mi antiguo maestro el Dr. Suárez de Mendoza en que también se trataba de un cuerpo extraño que un especialista (no diré el nombre) dejó en la vejiga al practicar una uretrotomía interna. Debió servirse de un mal instrumento y la candelilla del uretrotomo quedó en la vejiga terminando la intervención y callándose el accidente al cual no pudo, o no supo poner remedio. Tiempo después el enfermo comenzó a sentir dolores, molestias, dificultades en la micción, etc.; y el enfermo (que se había casado en este intervalo) consultó con Suárez de Mendoza quien impresionado por los datos de interrogatorio y síntomas de cálculo procedió a un examen cistoscópico, descubriendo mediante el uno candelilla arrollada en 8, e incrustada de sales calcáreas: Practicó una talla hipogástrica (previo ensayo de extracción por medio de un pequeño litotritor) por vía natural renunciando a él ante el temor de rasgar el cuello y la uretra y extrajo la candelilla incrustada de sales siendo presenciada por el padre del enfermo; que no quiera suponer el Dr. Barragán como en unión del hijo pusieron al primer especialista que dejó allí la candelilla y se calló el accidente. Fué necesario el agradecimiento que el enfermo y su padre profesaban al Dr. Suárez Mendoza para que éste pudiera disuadirles de entablar una querrela judicial contra el especialista que dejó el cuerpo extraño y aquel caso me impresionó lo suficiente para entender que no se debe callar al enfermo cualquier accidente que ocurra para primero poner remedio inmediato o mediato y luego evitar que el enfermo ponga en tela de juicio la honorabilidad del médico, pues callándose aun con la mejor intención siempre el enfermo interpretará maliciosamente el silencio y en cambio hablando claro aunque lo interprete como torpeza (que no lo es en la mayor parte de los casos) jamás podrá sonrojarle ni menos perseguirle judicial o extrajudicialmente.

Por esto entiendo que el Dr. González Tomás hizo muy bien en dar cuenta a su enfermo del accidente ocurrido y no comparto la opinión de su Señoría (al Doctor Barragán), siquiera sea—y cómo no—inspirada en la mejor intención y con los más sanos propósitos.

EL DR. MOLLÁ.—Sólo deben considerarse como cuerpos extraños de la uretra los que proceden del exterior y se detienen en esta topografía urinaria sin caer en la vejiga. Bajo este punto de vista reconocen un origen variado; o son de origen terapéutico como fragmento de sonda o de origen erático, o, bien responden a trastornos intelectuales, siendo extraordinariamente variados los de las últimas clases.

Los cuerpos extraños que caen en la vejiga podrá no ser urgente su extracción pero los detenidos en la uretra deben ser extraídos cuanto antes para evitar graves accidentes. A este propósito relata un caso presenciado hace 30 años en la clínica del Dr. Viforcós en el Hospital General. Se trataba de una candelilla conductora del antiguo uretrotomo de Maisonneuve cuyo extremo superior quedó apoyado en la uretra membranosa; perforó la mucosa que estaba infectada y originó un flemón gangrenoso perineal que acabó con el enfermo.



Instituto Médico-Farmacéutico de Barcelona

SESIÓN DEL DÍA 5 DE FEBRERO DE 1917

Contribución al estudio de la apendicitis.

DR. I. NOGUERAS.—Empieza exponiendo los conceptos que hasta ahora se han dado de apendicitis aguda y crónica, mostrándose disconforme con la idea defendida por muchos autores de que la primera precede a la segunda, pues dice que si se observa el pasado de todos los enfermos que han presentado fenómenos agudos, se encontrará que estos han sido precedidos de trastornos digestivos más o menos marcados consistentes en dolores abdominales, trastornos dispépticos o reflejos de otra índole que repercuten en la vejiga u otro órgano.

Para demostrarlo cita los dos casos siguientes:

Primer caso.—N. N., de 68 años, soltera, sin antecedentes morbosos, presentó dolor generalizado en el abdomen que coincidió con la expulsión de mucosidades y membranas en las deposiciones, al mismo tiempo que trastornos vesicales. La micción era difícil y dolorosa, apetito nulo.

Explorada se observa la presencia de un tumor redondeado y liso adosado al íllaco derecho. No hay leucocitosis, ni dolor epigástrico, vómitos, náuseas, ni fiebre. Con estos datos se diagnosticó de tumor retro-peritoneal. Al practicar la operación sólo se encontró el apéndice grueso, inflamado y envuelto en un tejido muy vascularizado. La apendicitis, pues, era innegable.

Segundo caso.—N. N., de 50 años. Sin otros antecedentes patológicos que el sufrir desde hace unos tres años de vómitos biliosos acompañados de cefalea y dolor epigástrico, vómitos que no guardan relación con las funciones digestivas; que se presentan súbitamente acompañados siempre de dolor y que cesan bruscamente. La vesícula biliar parece distendida y dolorosa a la presión; fué diagnosticado de colelitiásis. Al poco tiempo presenta un ataque con síntomas evidentes de apendicitis; operado de urgencia se encuentra el apéndice grande y perforado, grandes adherencias al íleon, ciego recubierto de falsas membranas, hay pus.

Estos casos confirman la regla de que la apendicitis es una peritonitis crónica y a veces con episodios agudos.

El Dr. Danés dice que para el diagnóstico de la apendicitis tiene gran importancia la clínica, pues de un estudio atento del estado subjetivo de los enfermos, del

examen de la sangre y de la exploración, depende muchas veces el tratamiento a seguir.

El Dr. Torres Carreras demuestra la importancia que tiene la radiografía en estos casos, pero con la condición de multiplicar el número de exploraciones en lo posible, en diferentes horas, posiciones, etc.

SESIÓN DEL DÍA 10 DE FEBRERO DE 1917

La recidiva después de la cura radical de las hernias inguinales. Sus causas y medios de evitarlas.

DR. RIBAS Y RIBAS—Empieza haciendo constar que si bien hoy día es rara la recidiva de las hernias después de la cura radical, no es menos importante el estudio de las causas que pueden producirla.

Entre los múltiples factores que entran en juego para producirla, dice que los más importantes son: el cirujano, la técnica seguida y el enfermo.

En cuanto a los dos primeros dice que es natural que cuanto mayor sea la práctica profesional menos casos tendrá de recidivas; pero a pesar de todo si no se sigue una técnica rigurosa en cuanto a la asepsia, son todavía más frecuentes, pues en las hernias debe llegarse bajo este concepto al extremo de la asepsia, toda vez que está demostrado que la infección es altamente predisponente a la recidiva. De aquí pues, que aconseje el uso, siempre, de guantes, que se procure evitar toda mortificación de los tejidos, no dejando nunca las ligaduras para lo último, sino hacerlas a medida que pinzan los vasos.

Hay que evitar los hematomas, los espacios muertos, todo debe estar bien coaptado. No practicar jamás drenaje. El material de sutura debe ser fuerte, resistente y no reabsorbible. La sutura no debe ser continua, etc., etc.

Otro detalle sumamente importante es la desaparición del infundibulum y la reconstitución de la pared posterior. Para ello el mejor procedimiento dice ser el de Bassini aplicable a la mayoría de casos.

Termina haciendo consideraciones relativas al tratamiento post operatorio.

Cinco casos de importante error diagnóstico.

DR. ROQUETA.—Empieza haciendo constar que sólo los expone para deducir, tan importantes son, la gran necesidad de estudiar bien todos los datos antes de hacer un diagnóstico.

Lo más esencial en estos casos es lo siguiente:

Primer caso.—Se trata de una niña que equivocadamente tomó alcohol en lugar de medicina; después se presentan vómitos y hematemesis. El médico hace un pronóstico grave. Indagando bien se deduce que la niña tenía frecuentes epistaxis que junto con los vómitos producidos por la descamación gástrica del alcohol simulaban hematemesis.

Segundo caso.—Niño que después de 2 días de diarrea pasa 24 horas sin orinar. No se consigue sondarlo y dice el médico ser necesaria la operación. Apelando al tacto rectal se observa que la existencia de un gran bolo era la causa del cuadro.

Tercer caso.—Señora que durante 25 años tenía menorragias y que después de 20 años de estar sujeta al tratamiento mediante toques en la matriz se diagnostica, opera y cura de un fibroma.

Cuarto caso.—Mujer con dolores en la región frénica que llegaron a un estado de verdadera neurosis, hasta incluso ser internada en una casa de salud. Después de algún tiempo aparece una tumoración en el hipogastrio que operada, resultó ser un diminuto cálculo en el uréter el causante, pues curó completamente.

Quinto caso.—Enfermo que presenta una zona de matidez en la parte posterior del tórax entre la tercera y sexta costillas y que se toma por un paquete ganglionar. Bien observado y mediante varias radiografías se diagnostica de paquipleuritis tuberculosa.



SECCIÓN VARIA

Noticias

Nuestro Concurso.—Entre los trabajos recibidos para nuestro Concurso figura uno cuyo lema es «Célula», que no ha venido acompañado de su correspondiente plica.

Rogamos al autor de dicho trabajo, la envíe a esta Administración antes del treinta del corriente, a fin de que pueda concursar.



Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Esta Sociedad ha nombrado la Junta Directiva siguiente:

Presidente: Dr. Megía García.—Vicepresidente: Dr. Cuevas Pulido.—Tesorero: Dr. José A. Esteve.—Secretario: Dr. Fernández Catalina.

Estadística

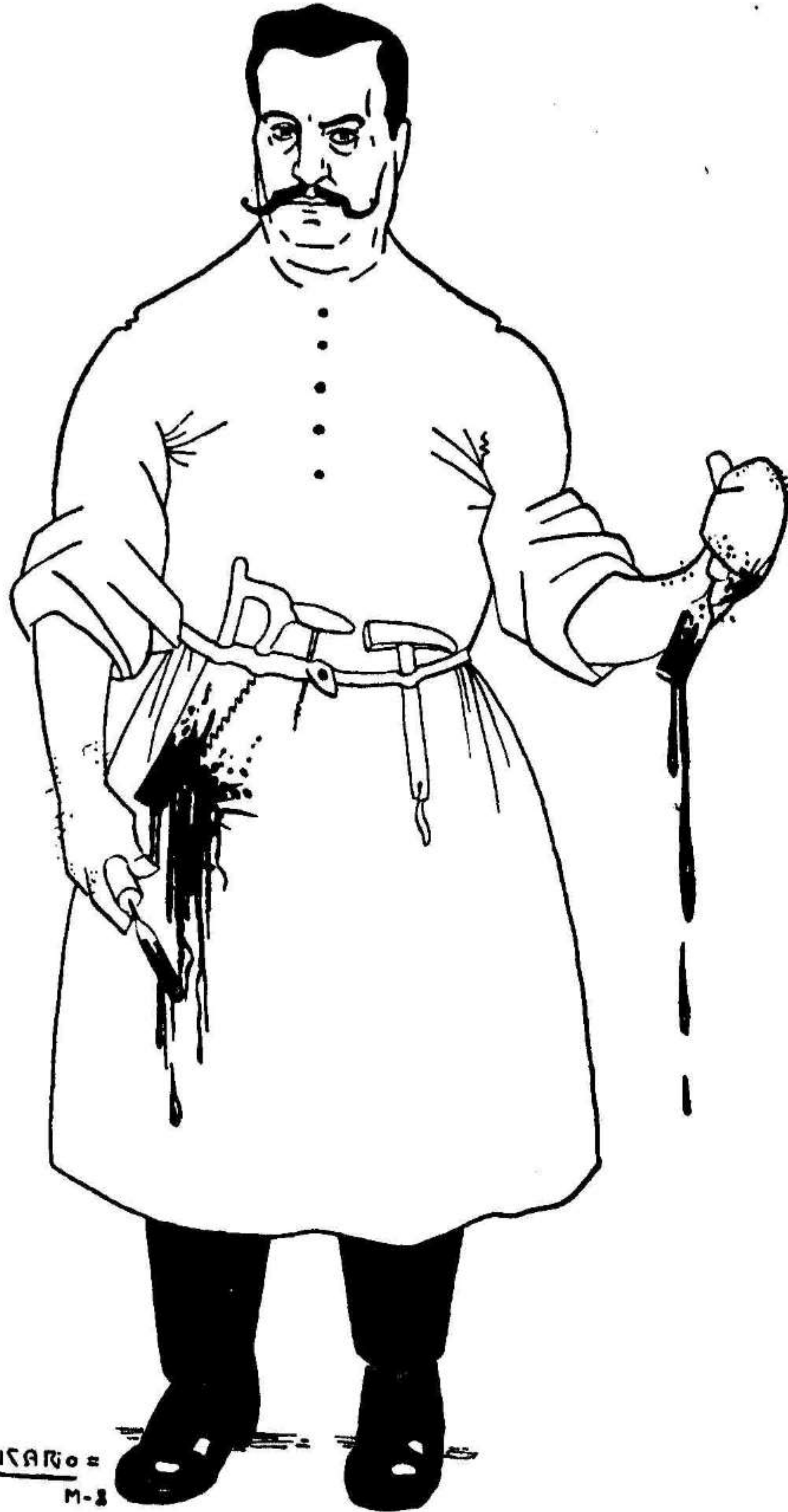
Según datos de la Dirección general del Instituto Geográfico y Estadístico, procedentes de los Registros civiles, el movimiento natural de la población de esta capital durante el mes de Octubre fué el siguiente:

Población calculada 131.535

Nacimientos. { Vivos 234.—Var. 154.—Hem. 80.—Leg. 223.—Ileg. 3.—Exp. 8.
Muertos 2.—Var. 1.—Hem. 1.—Leg. 2.—Ileg. 0.—Exp. 0.

Natalidad por 1000 habitantes, 1'78.—Matrimonios, 50.—Nupcialidad por 1000 habitantes, 0'38.—Mortalidad por 1000 habitantes, 1'83.

GALERÍA DE CARICATURAS



DR. PRECIOSO CÓRDOBA

Redactor de MURCIA MÉDICA





Defunciones

Varones, 124.—Hembras, 118.—Menores de cinco años, 108.—De cinco y más años, 134.—En hospitales y casas de salud, 15.—En otros establecimientos benéficos, 14.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 6.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 6.—Viruela, 0.—Sarampión, 0.—Escarlatina, 0.—Coqueluche, 2.—Difteria y crup, 1.—Gripe, 0.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 4.—Tuberculosis de los pulmones, 20.—Tuberculosis de las meninges, 0.—Otras tuberculosis, 4.—Cáncer y otros tumores malignos, 5.—Meningitis simple, 5.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 9.—Enfermedades orgánicas del corazón, 19.—Bronquitis aguda, 14.—Bronquitis crónica, 4.—Neumonía, 4.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 7.—Afecciones del estómago (menos cáncer), 2.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 29.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 1.—Cirrosis del hígado, 1.—Nefritis aguda y mal de Bright, 6.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 0.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 0.—Otros accidentes puerperales, 0.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 14.—Senilidad, 11.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 5.—Suicidios, 0.—Otras enfermedades, 61.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 2.—Total de defunciones, 242.

Nuestro Concurso

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

- 1.^a El tema es de libre elección.
- 2.^a Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
- 3.^a Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
- 4.^a Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc., que el tema requiera.
- 5.^a El trabajo premiado como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos

sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.

6.ª El premio es uno, consistente en una **Medalla de oro, 100 pesetas, 100 ejemplares** del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en MURCIA MÉDICA

7.ª El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Noviembre de 1917, debiendo dirigirse a esta Administración.

Y última. El Jurado calificador se formará por tres Académicos de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, cuyos nombres se darán a conocer oportunamente.

De nuestro catálogo

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

OPINIONES DE VARIOS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA : : : :

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

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

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

Valencia.—«Envío a usted mi más sincera felicitación por su elección al traducir la obra más completa y mejor documentada que se ha publicado de Patología médica, y por la forma de llevarla a cabo, pues la traducción es perfectísima; la pre-

sentación, inmejorable, y no dudo que la clase médica española, que ansiaba conocer la literatura médica alemana, corresponderá como debe a los sacrificios de esa Casa editorial.—*Dr. Rodríguez Fornos*».

Sevilla. — «Les da expresivas gracias y les felicita por la impresión del *Tratado de Medicina interna*, de Mohr, obra meritísima y muy útil para la enseñanza.—*Dr. J. Lupiáñez*».

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

* * *

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

Correspondencia administrativa

con nuestros suscriptores :: :: ::

Hemos recibido el importe de la suscripción por el año 1917 de los señores siguientes:

Dr. Carlos Prestel, Madrid.

- › Vicente Caledo, Valencia.
- › Eustaquio Loroño, Bilbao.
- › Vicente Ferrer, Valencia.
- › Antonio Ferrán, Madrid.
- › Ruperto Sánchez, Madrid.
- › Rafael Vidal, Hellín.
- › Manuel Mondelo, Salamanca.
- › Juan González, Huércal-Overa.
- › Carrasco, Bilbao.
- › Luis Torrents, Barcelona.
- › Ramón Gallóstegui, Madrid.
- › Arturo Giné, Barcelona.
- › Gaspar Alomar, Barcelona.
- › J. Calatraveño, Madrid.
- › J. Ventura Riera, Barcelona.
- › José Gil Roca, Valencia.

Dr. Atanasio Bachiller, Valladolid.

- › M. Puig Solé, Barcelona.
- › Sebastián Hernández, Las Palmas.
- › Serafín Pierna, Abusejo.
- › Javier Saques, Valencia.
- › Vicente Peset, Valencia.
- › Picazo, Valencia.
- › Ladislao Ayela, Alicante.
- › Pedro Ramón y Cajal, Zaragoza.
- › Aramburu, San Sebastián.
- › Jerónimo Olivera, Sevilla.
- › Diego Benítez, Granada.
- › Rafael Repiso, Huelva.
- › Juan P. Barbachano, Santander.
- › Matías Ramirez, Alconchel.
- › Guillermo Jáuregui, Málaga.
- › Antonio Villar, Málaga.

Dr. Fernando Caballero, Madrid.

- › Antonio Franco, Madrid.
- › García Luquero, Madrid.
- › Salvador Palazón, Fortuna.
- › Jesús Marín, Valencia.
- › Francisco Rivas, Almería.
- › José Godoy, Almería.
- › Ramón Vicente, Zaragoza.
- › Miguel Solves, Almería.
- › Francisco Villar, Sucina.
- › Ramón Antolín Becerro, Madrid.
- › Vicente Mollá, Albaterra.
- › Felipe Reverte, Cartagena.
- › José Marín, Beniaján.
- › José Pérez Valls, Villanueva de Castellón.
- › José Moreno, Aguilas.
- › Tomás López Mazón, Madrid.
- › Pablo Calatayud, Aspe.
- › Emilio Lozano, Cartagena.
- › José Beguiristain, San Sebastián.
- › Emiliano Eizaguirre, San Sebastián.
- › Leoncio Bellido, Madrid.
- › Raul del Vando, Barcelona.
- › Juan Parellada, Barcelona.
- › Camilo Calleja, Madrid.
- › J. Coma, Rosas.
- › J. Pastor Cano, Cartagena.
- › Miguel López, Valencia.
- › Maximino Campos, Cartagena.
- › José Buades, Alicante.
- › Ildfonso Ramón, Alicante.
- › Angel Gómez, Santomera.
- › Luis M. Casalduero, Lorca.

Dr. Agustín Fuster, Archena.

- › Celso Ortiz, Córdoba.
- › Antonio Pastor, Alcoy.
- › Tomás Benito, Torrijo del Campo.
- › Francisco Maurandi, Vélez-Rubio.
- › Mariano Benedicto, Los Dolores.
- › Manuel Utrera, Madrid.
- › Francisco García, Letur.
- › Pedro Cerón, Madrid.
- › Francisco Escribano, Torrevieja.
- › Eduardo Gotarredona, Albacete.
- › Ginés Atienza, Abanilla.
- › Francisco Martín de Antonio, Madrid.
- › José de Haro, Caravaca.
- › Manuel García, Torrevieja.
- › Agustín Martínez, Molina.
- › Juan Sebastiá, Alicante.
- › Rafael Ramos, Alicante.
- › Miguel Ballesta, Alcantarilla.
- › Emilio Martínez, Caudete.
- › Jesús Rubio, Los Martínez.
- › Federico Soubrier, Lorca.
- › Carmelo Serrano, Elche.
- › Juan Rico, Elda.
- › Arturo Mestre, La Gineta.
- › José Calpena, Aspe.
- › Eduardo Mangada, Alicante.
- › Antonio Abellán, Almería.
- › Luis García Granero, Albacete.
- › Eduardo Vicario, Salas de los Infantes.
- › Angel Otero, Santiago.
- › G. B. Videras Ruiz, Madrid.

(Se continuará)