



## SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Autohemoterapia de los tuberculosos pulmonares*, por el Dr. Salvador Piquer Hernando.—*Nota previa: Hallazgo del «Beriberi» en la Península ibérica*, por el Dr. Fidel Fernández Martínez.—*Diferenciación del psoriasis seborréico de la sífilides papulosa y tuberculosa*, por el Dr. Felipe Sicilia.—SECCIÓN OFICIAL: *La Química y la Medicina* (conclusión), por el Dr. Enrique Gelabert Aroca.—PRENSA PROFESIONAL: *Las glándulas de secreción interna*, por el Dr. Antonio M. Crispín.—*La parálisis post-partum de los recién nacidos*, por el Dr. Decref.—*Interpretación clínica de la reacción de Wasserman*, por el Dr. Rafael Lancha Fal.—*Una sinusitis frontal de tipo anómalo*, por el Dr. F. Rueda.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Sociedad Oftalmológica de Madrid*. Sesión del día 17 de Enero de 1918.—SECCIÓN VARIA: *Nuestro Concurso*.—*Asamblea Médica Regional Valenciana*.—*Noticias*.—*Publicaciones recibidas*.—*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 —  
**Dr o g u e r í a**

**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**

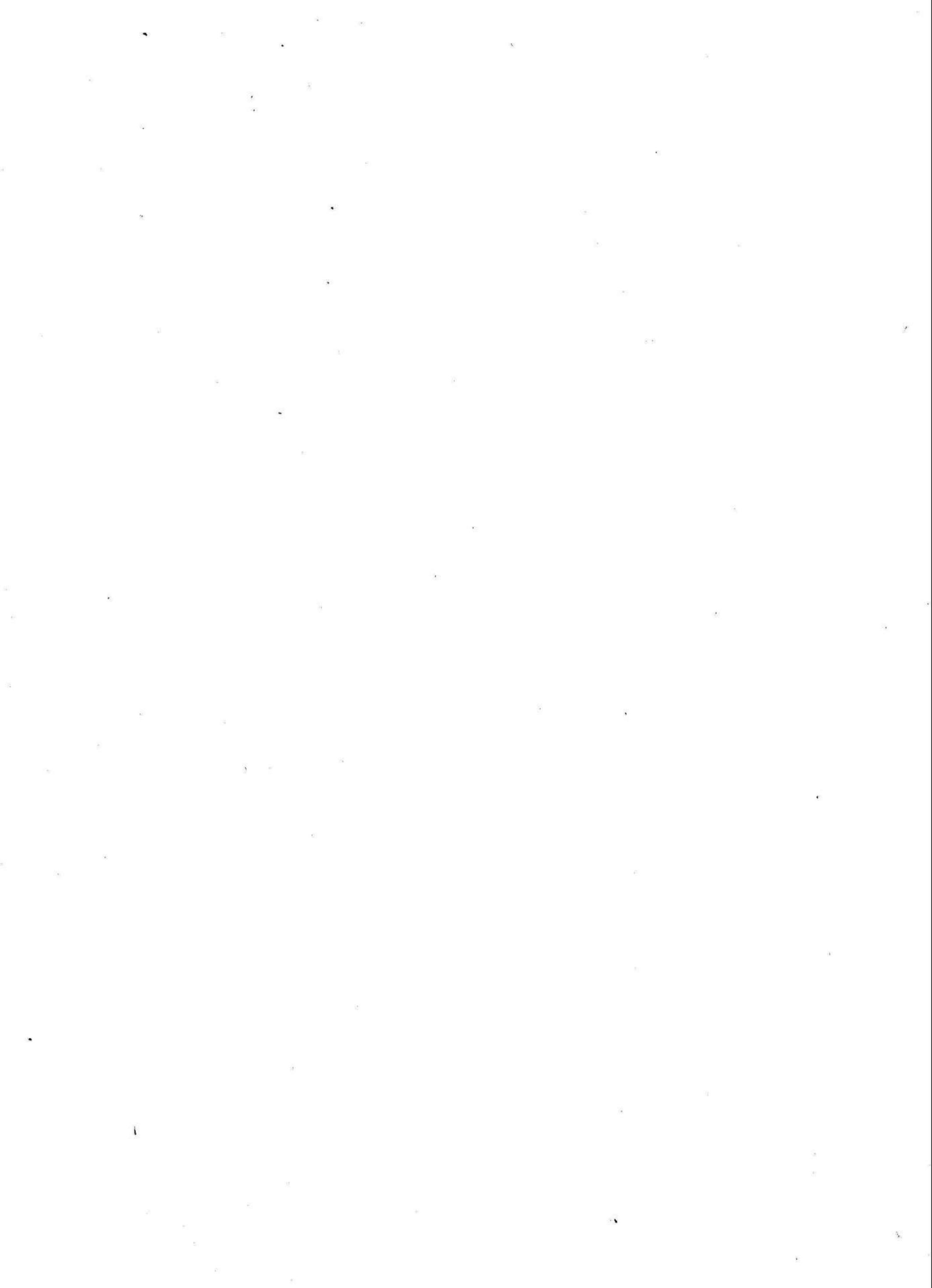




NUESTROS  
COLABORADORES

Dr. Salvador Pi-  
quer Hernando ::

:: Del Hospital Pro-  
vincial de Murcia ::



# MURCIA MÉDICA

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

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

Año IV .. Abril 1918 .. Núm. 37

## TRABAJOS ORIGINALES

### AUTOHEMOTERAPIA EN LOS TUBERCULOSOS PULMONARES

POR EL

DR. SALVADOR PIQUER HERNANDO

*Por oposición, del Hospital Provincial de Murcia y Académico de número de esta Real Academia de Medicina y Cirugía.*

DESDE Laennec en los primeros años del siglo XIX reconociendo como característica de la tuberculosis *unas granulaciones de estructura celulo-nuclear incapaces de organizarse progresivamente* hasta la moderna concepción en que es considerada como una infección parasitaria general capaz de producir la muerte en el individuo afecto, sin tubérculos ni destrucciones orgánicas sólo por intoxicación con los productos segregados en el cuerpo de las bacterias productoras de la enfermedad vertidos en el medio interno del enfermo, los procedimientos curativos han evolucionado a la par de las modificaciones que en el concepto de la afección se han ido operando ya que los medios de investigación se han perfeccionado y las observaciones llevadas a una minuciosidad indescriptible se han multiplicado hasta el infinito.

Conceptuada primitivamente como proceso inflamatorio en el que la predisposición era el árbitro de la muerte del enfermo, imponíanse dos indicaciones causales ineludibles, la tonificación individual y la evitación de las irritaciones broncopulmo-

nares que en los individuos predispuestos había de conducir su repetición frecuente al término fatal de la tuberculosis pulmonar confirmada en cualquiera de sus modalidades. Cuantas ideas ha sugerido esta concepción y cuantos hechos ha comprobado la experiencia favorables a la consecución de estos fines han sido aplicados al tratamiento de los tuberculosos y bien puede decirse que en la actualidad a pesar de los cambios conceptuales sobre la tuberculosis subsiste en la práctica la aplicación de las medidas que tienden a levantar o sostener las fuerzas del enfermo y a evitar las congestiones de las zonas invadidas por el mal.

Con el descubrimiento de Koch, hallado el baccilo de su nombre como productor de la tuberculosis parecía simplificado el problema de la terapéutica de tan grave proceso morboso y autorizaba estas esperanzas la historia de otras enfermedades terribles como azote de la humanidad que habiéndose descubierto el microbio de que era secuela pronto halló el laboratorio y la experiencia razonado su remedio; así pudo verse conjurado el peligro de la rabia aún sin hallarse descubierto el germen, por Pasteur, el del cólera por Ferrán, el de la difteria por Roux y otros de la patología humana, siendo numerosos también los ejemplos de epizootias combatidas con brillante resultado a continuación de conocerse la causa viviente que las produce o de metódicas aplicaciones empíricas en los casos de ser desconocido el germen, por asimilación de estas a las que lo tienen descubierto.

La tuberculosis y principalmente la pulmonar sufrió una primera acometida con el tratamiento específico por medio de la tuberculina preparada y propuesta por el mismo Koch; se anunció al mundo científico la feliz nueva con toda clase de encomios y hubo hasta la reserva de tan fausto acontecimiento para dar cuenta solemne al mundo en un congreso de las primeras capacidades científicas; se sabía que el gran bacteriólogo alemán descubridor del vibrión colérico al frente de una comisión científica enviada por el gobierno de su país para estudiar el cólera morbo asiático en su cuna y poblaciones epidemiadas, el que había también descubierto en su laboratorio el baccilo de la tuberculosis, anuncia que poseía el remedio de esta enfermedad y a nadie cabía la duda; su renombre, su altura científica mundial, eran la garantía de su palabra; solo el ansia de vivir en millones de millares de seres y el deseo de dar la vida a sus agostados clientes en miles de médicos difundían en clamoreo de impaciencia y esperaban inquietos a que el sabio maestro se dignara conceder la salud a tanto necesitado de ella, con su verbo caritativo: sonó por fin la redentora palabra, llenáronse las clínicas de pacientes fervosos; médicos ungidos con la santa caridad de su misión aplicaron el deseado remedio a cuantos ansiaban sanar de la tenaz dolencia que extinguía su vida; las existencias comprometidas seguían cayendo al abismo de la tumba como segadas con más voracidad por la implacable guadaña; todo podía pensarse menos que el maestro se hubiere equivocado;

todo podía creerse, menos que el remedio tan deseado y con tanta fe recibido agrandase el mal y abreviase la vida; sólo la fría realidad se mostraba al contar los enfermos sometidos al tratamiento por la tuberculina y ver que los pronósticos se agravaban sucumbiendo en poco tiempo los que se creía garantizados para más larga existencia; el maestro se había equivocado, no era ese el remedio o su aplicación era defectuosa; aquellos que comenzaron con segura convicción de hacer el bien veían gravada su conciencia con el peso de la duda y quizás con el remordimiento de haber seguido ciegamente la voz del apóstol; el descrédito coronó esta primera parte de la terapéutica específica contra la tuberculosis, y la duda extendía sus raíces al mismo concepto de la enfermedad que era estimada como producida indefectiblemente por un solo germen, el descubierto por Koch.

La pluralidad de gérmenes productores de la tuberculosis era discutido con la teoría del sabio bacteriólogo español Dr. Ferrán a la cabeza; por una gama numerosa de tifo-bacterias se ascendía desde el saprofito hasta la más grave tuberculización y puestos en el camino de la profilaxis la vacunación se imponía como remedio semejante a la jenneriana contra la viruela; el modo distinto de presentarse ambas afecciones ha oscurecido los resultados; mientras que la viruela ha hecho su aparición en la forma epidémica y fácil de comprobar, por estadísticas sencillas, los resultados de la vacunación de Jenner, la tuberculosis comienza a contar sus víctimas en los primeros meses de la niñez y no deja de hacerlas en los viejos; adopta formas diversas, elige órganos distintos, genera procesos que muchas veces no son reconocidos como tuberculosos, abate sus invadidos uno a uno sin alarma y obtiene la mortalidad numeroso contingente sin que pueda citarse verdaderas epidemias salvo en los países que por haber estado inmunes antes ha podido observarse después de un primer contagio; estas diferencias y otras que omitimos en honor de la brevedad hace comprender claramente que no pueden equipararse los resultados convincentes de la vacunación en la primera enfermedad y los que resultan dudosos y a fecha larga en la segunda.

Se trata de explicar el mecanismo de la acción de las vacunas y un nuevo campo abierto a la investigación, fundamenta diversas teorías. El hecho positivo de la inmunidad adquirida o innata contra la actuación de tal o cual germen y el de la predisposición como su opuesto, absorben por completo la atención profesional. Apunta Wright el indicio opsónico como medida del poder fagocitario defensivo contra las infecciones y supone que los leucocitos segregan sustancias específicamente contrarias a la vida de cada microbio, las opsoninas, que generadas por misteriosa iniciativa del protoplasma de los leucocitos, o respondiendo a estímulos más generalizados dependientes de las secreciones internas de glándulas especializadas o de los tejidos en general, proveen la defensa por digestión de los gérmenes morbosos apri-

sionados primeramente en su propia sustancia a que da facilidades el hallarse desprovistos de cubierta los glóbulos blancos de la sangre y poder cambiar de forma según ordene el taxismo en los cambios metabólicos intraorgánicos o por otros medios. La fagocitosis es tenida como poderoso baluarte de la defensa intraorgánica contra las infecciones y quizás con sólido fundamento desde los trabajos de Metchinikoff sobre las esponjas y ciertos animales pelágicos, transparentes y de organización simple, persuadiendo de que la presencia de granulaciones extrañas o corpúsculos en las células amiboideas del mesodermo de los mismos debia atribuirse a un englobamiento activo en un todo semejante a los fenómenos de la digestión intracelular en las células epiteliales del intestino de muchos animales inferiores, siéndole fácil comprobar que aquellos elementos cogen los cuerpos extraños de naturaleza distinta con sus prolongaciones y algunos de estos cuerpos sufren transformaciones que constituyen una verdadera digestión dentro de la célula amiboide. No se opone el hecho de que el fenómeno defensivo se realice en los organismos simples y en los unicelulares a que este mismo fenómeno se haga en los organismos superiores y en el hombre por la acción confederada de los elementos celulares de todos los tejidos o por glándulas especificadas en el sentido de segregar por sí para todo el organismo superior los elementos necesarios para la defensa general que constituye en definitiva la de cada una de las partes que lo integran, puesto que en la escala de los seres vivientes, desde el más simple hasta el más complicado, todos realizan funciones semejantes, características de la vida, en un grado que equitativamente corresponde a la simplicidad o a la complicación de cada organismo; así el hombre elabora en su sistema nervioso el genial pensamiento como la planta sensitiva contrae sus hojas al tocarlas. Queda pues un ambiente dilatado a la esperanza para resolver favorablemente las cuestiones terapéuticas planteadas contra las infecciones y por ende contra la tuberculosis en sus múltiples formas; si en definitiva el organismo es quien ha de responder a la acometida de la infección por uno de los procedimientos naturales de defensa, conocidos algunos y quizás los más importantes ignorados todavía, nada más natural que cada día salgan a la publicidad nuevas noticias de éxitos alcanzados por modos distintos y a veces opuestos de aplicación terapéutica. Yo también he pecado; yo también he sentido el afán de encontrar algo que libre mi conciencia del peso de ver morir entre mis manos enfermos, cuya juventud y lozanía había de reservarle un porvenir más halagüeño; yo he sufrido la tortura de ver ineficaces cuantos remedios me ha sido posible aplicar a mis tuberculosos acogidos en el Hospital y si excepcionalmente he conseguido algún éxito no me lo atribuyo ni lo considero definitivo; las caras que un día sonrientes colmaron con su gratitud mis buenos deseos, vilas palidecer y macilentas bajar al sepulcro con resignado desprecio de la vida y acaso también con menosprecio de mi insuficiencia para salvarlas.

La aplicación de la tuberculina a las dosis modernas que por exiguas evitan los desastrosos resultados de su aplicación en mayores cantidades como se hacía en los primeros tiempos de su uso; la vacunación antituberculosa en los casos no febriles con cultivos muertos de bacilos tuberculógenos no ácido-resistentes propuesta por Ferrán, las auto-vacunas curativas de Wright con los cultivos polimicrobianos obtenidos por siembra de los esputos del propio enfermo a quien se habían de aplicar y la inyección repetida de suero de sangre de cabra, sin ningún éxito evidente que aliente nuestra fe en el futuro de los enfermos acogidos en la clínica, son muestras que yo puedo presentar como disculpa de mi desconfianza en el éxito si este se ha de obtener por el camino trillado de la actualidad, si un nuevo concepto del metabolismo intra-orgánico en los actos defensivos no viene a derramar la claridad de una luz meridiana sobre lo que hemos de hacer los que nos hallamos consagrados al tratamiento de enfermos en general y tuberculosos en particular dando a nuestra actuación base segura para proceder y garantía cuando menos de no entorpecer con nuestra intervención los procedimientos defensivos que espontáneamente pone en acción el organismo ante la amenaza del agente morboso.

Yo he pensado que siendo la sangre la parte más ostensible del medio interno encargada de proveer los elementos anatómicos de sustancias sucesorias para sus funciones y el medio de comunicación material entre los diversos órganos y tejidos, en ella puede encontrarse la sustancia o elementos necesarios para la defensa y recordando la aplicación hecha del propio suero de la sangre del enfermo como terapéutica de su enfermedad he creído que la inyección de la sangre en masa extraída de las venas del paciente y depositada en el tejido celular había de ser más eficaz que el suero por llevar en sí no sólo los elementos disueltos en el plasma si que también las partes morfológicas cuya vitalidad al hallarse fuera del torrente circulatorio pueda excitar las funciones defensivas generales más intensamente que las sustancias disueltas. Sin entrar en detalles de la variable multiplicidad de elementos formes que suspendidos en el plasma sanguíneo realizan su vida como seres unicelulares y que en él evolucionan desde su estado embrionario hasta la caducidad y la muerte, bien puede creerse que estos elementos llenan misiones desconocidas inherentes a sus actos funcionales.

He sometido tres enfermos a este tratamiento autohemoterápico; los tres de mediana edad, tuberculosos hemoptóicos con cavernas pulmonares manifiestas y repetidas hemorragias, depauperados y decadencia moral; poseídos de la extrema gravedad de su estado hiciéronse las inyecciones, previas las medidas de asepsia, recibiendo la sangre de la vena en una jeringuilla que contenía 1 c.c. de solución normal de cloruro sódico por aspiración hasta completar los 2 c.c. de volumen inyectando el contenido seguidamente en el tejido celular subcutáneo de la región

abdominal anterior. De los tres enfermos uno murió a los pocos días de la primera inyección sin que llamara la atención fenómeno alguno que no fuera el propio del grave estado en que ingresó en la clínica; el segundo después de recibir varias inyecciones fué restituído a su familia sin haber empeorado y el tercero (M G M) que ha permanecido hasta hace pocos días a nuestro cuidado con ligeras detenciones en su marcha favorable he visto desaparecer las hemoptisis, ha mejorado notablemente en la fatiga y en la nutrición y ha salido del Hospital como curado, ingresando de nuevo en el asilo de las Oblatas de donde procedía.

No podemos afirmar que este último enfermo se halle curado, no podemos sostener que la autohemoterapia sea un procedimiento seguramente eficaz contra la tuberculosis pulmonar pero entre los medios curativos empleados actualmente es uno de tantos que adolece de las mismas lagunas fundamentales sobre el conocimiento de su mecanismo de acción y que sus resultados pueden cuando menos igualar a los otros.

Restar alguna cifra al contingente de mortalidad es a lo más que puede aspirarse hoy en el tratamiento de los tuberculosos.



## NOTA PREVIA

# Hallazgo del "Beri-Beri," en la Península ibérica

POR EL

DR. FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

(DE GRANADA)

---

Hace poco más de un año, al tener el honor de desarrollar en la Real Academia nacional de Medicina la Conferencia de «*Extensión de cultura médica*» que el ilustre Dr. Cortezo tuvo la bondad de encomendarme, (1) después de estudiar las características que daban sello de personalidad *sui generis* a la Patología andaluza, hablé de algunas enfermedades que nunca habían sido señaladas en aquellos lugares, y dí a conocer el proceso que me condujo a descubrir en España la *Disentería amebiana*, y en Andalucía el *Kala-azar* infantil y las *leishmaniosis tegumentarias*, indicando de una manera concreta y categórica que el *beri-beri*—enfermedad igualmente tenida por exótica—, existía en el litoral de la provincia de Granada, conociendo yo, a la sazón, un caso oriundo de un pueblo de aquella costa.

Motivos y causas ajenas a mi voluntad retrasaron la publicación detallada de aquel interesante caso, cuyas particularidades van a ser objeto de esta publicación.

El enfermo a que voy a referirme, es, como el primero en que encontré la *Ameba histolytica* de Schaudinn, un habitante de la costa alpujarreña, es decir de ese territorio cuyas características topográficas recordaba en la Conferencia citada, y cuyo genio endémico es por tantos conceptos distinto del que en el resto de la Península se puede observar.

He aquí concretamente su historia:

Hombre de 52 años, natural y vecino de la Rábita de Albuñol, casado, con tres hijos sanos: pescador por oficio, labrador a ratos y pastor cuando las necesidades de su vida así lo exigen.

Es decir, sometido en todo momento a las inclemencias del ambiente y a las modalidades del clima de aquella región, que, como se sabe, es intensamente tórrida y hasta tropical en las desembocaduras de sus ríos, donde se cría el algodón, la

---

(1) Características regionales de la Patología andaluza. 9 de Diciembre de 1916.

caña de azúcar y la batata, y es en seguida intensamente fría en las crestas de sus montañas cuya vegetación va siendo poco a poco alpina, hasta llegar a la hiperbórea que se encuentra en las cumbres de la Penibética.

No recuerda haber padecido enfermedad genital, ni de ello le quedan reliquias visibles; no abusó nunca del alcohol, ni llegó jamás a la embriaguez, ni bebió más que vino de la tierra en cantidades muy cortas y separadas por grandes intervalos, alguna vez de semanas y de meses.

La alimentación fué la peculiar de las gentes de aquella comarca. Muy poca carne y en todo caso alguna de cerdo para solemnizar las fiestas de guardar, o de cabrito para aprovechar los restos del que resbaló por la ladera y rodó por el precipicio hasta estrellarse en el fondo del abismo. Mucho pescado frito. Muchas patatas, mucho arroz, pimientos y tomates como base de sus comidas, condimentadas siempre con aceite. Cocido de garbanzos por las noches y migas de maíz al alborear el día, antes de salir al trabajo. Gachas de maíz, regadas con miel de abejas. Pan moreno, es decir, pan hecho con una mezcla de harina integral de centeno y de maíz.

No ha hecho largas travesías por el mar, ni ha estado nunca en buques de alto bordo, ni siquiera en navíos de cabotage, dedicándose únicamente, a temporadas, a la pesca en las inmediaciones de su playa natal; pero en cambio durante sus épocas de guardador de ganado, ha pasado semanas enteras entre las peñas de la Contraviesa, durmiendo al descubierto, sin relacionarse más que cada varios días con el encargado de llevarle la comida semanal, único ser humano a quien hablaba, y alimentándose, como es natural, con las deficiencias fáciles de calcular.

El pan referido, el queso hecho con la leche de las ovejas que apacenta, el bacalao crudo, las migas que él mismo se prepara antes de salir el sol, son los alimentos que consume el pastor de Sierra Nevada, cuando los calores de las calendas de Julio le obligan a buscar en las regiones superiores a los 2.500 metros de altitud, el fresco y los pastos que sus animales necesitan.

Y esta vida primitiva, aislado de la sociedad, deportado a las soledades del desierto, olvidado de todos, menos del encargado, que una vez en semana le renueva el pan y le repone el aceite, vestido con pieles de oveja como el hombre de las cavernas y sometido a todas las inclemencias que pueden calcularse, sí que ha sido frecuentemente vivida (acaso todos los veranos) por el enfermo que historiamos.

A pesar de ello, y aparte algún sencillo catarro nasal o traqueal curado sin tratamiento; alguna pasajera indisposición gastrointestinal y las fiebres eruptivas que ningún niño alpujarreño dejó de sufrir, no hay nada que nos importe en la historia patológica de este enfermo.

En los primeros días de Enero del año 1916, notó abatimiento, malestar, ligera descomposición de vientre, lengua saburral y postración que fueron atribuidos a empacho gastrointestinal y tratados con purgantes. Un mes después, a la inapetencia, al abatimiento y a la postración, que no habían cedido al tratamiento, se añadía una cefalea bastante intensa y una serie de dolores vagos y difusos repartidos por la espalda, por los muslos y por los músculos de la nuca. Fué infructuoso el empleo de salicilato y el de unos baños calientes que en un pequeño balneario local hubo de propinarse.

En Marzo del mismo año, el dolor era muy agudo, lancinante unas veces; como si le desgarraran las carnes, otras. Se aumentaba extraordinariamente con el movimiento, aunque fuese pasivo, residía sobre todo a lo largo de la columna vertebral y de los dos ciáticos, y se acompañaba de un estado de dificultad funcional y de falta de fuerzas en ambas piernas, que primero se atribuyó al dolor y luego se vió que era una verdadera paresia, con flacidez y abolición de reflejos.

En estas condiciones, fué establecido el diagnóstico de *Polineuritis* y el enfermo fué entregado al encargado del servicio de bagajes, que lo trajo a Granada, haciéndole ingresar en la clínica médica de nuestra Facultad a cargo del Profesor Fidel Fernández Osuna.

El hábito exterior es de extremada debilidad, de semicaquexia, y el enfermo está recluído en cama, porque la paresia de sus extremidades inferiores le dificulta mucho el movimiento. Las masas musculares del muslo, del brazo y de la pantorrilla están francamente disminuídas de volumen, y su palpación es ligeramente dolorosa, siendo en el trayecto de los nervios provocadora de dolores francamente intensos. La región maleolar es asiento de un edema no muy intenso, pero suficiente a dejar bien impresa la huella del dedo que comprime.

Parece muy duro; hay que hacer bastante presión para producir el hundimiento, y luego tarda mucho en desaparecer la depresión producida.

No se propaga por la pierna. A días, hay edema palpebral poco marcado.

La marcha está dificultada por el estado parapléjico, y el enfermo anda de un modo particular: dobla las rodillas para impedir que la punta del pié tropiece en el suelo; no utiliza los extensores ni los flexores del pié, de modo que lo lleva como si fuera un cuerpo inerte; lo deja caer pesadamente sobre el suelo aplicando primero la punta, y se para cada dos o tres pasos porque no puede dar muchos seguidos.

Parece que la paresia ataca sobre todo los músculos extensores del pié y de los dedos, y los peroneos laterales, produciendo una paraplegia que da lugar a los reseñados caracteres.

No se pueden precisar concretamente trastornos de sensibilidad.

El reflejo rotuliano está completamente abolido, y la amiotrofia es, como hemos dicho, considerable.

En el miembro superior hay ligero entorpecimiento del antebrazo y de la mano, y algún dolorimiento en los trayectos nerviosos del brazo, pero el enfermo puede usar bien su extremidad, y solo haciéndole fijar la atención o explorándole con minuciosidad se aprecian los síntomas señalados.

La cara está indemne. El tronco duele a veces a lo largo de los canales vertebrales.

La lengua es saburral, pero los fenómenos gástricos no valen especial mención. Hay un estreñimiento pertinaz, desde los primeros meses de la enfermedad.

La orina no acusa bilis ni elementos de riñón. No tiene albúmina.

Hay ligera disnea, que se exacerba al menor esfuerzo, y taquicardia permanente, de 95 a 105 pulsaciones. La temperatura es ligeramente subnormal. De  $36^{\circ} 3'$  a  $36^{\circ} 6'$ . El enfermo siente continuamente, y sobre todo al menor esfuerzo, palpitations, sofocación, ahogo, calor a la cara, latido epigástrico, pulsaciones en la carótida. Los ruidos cardíacos son sordos, apagados, como lejanos, y parece que el ritmo quiere hacerse pendular. El pulso es muy blando.

En estas condiciones, el diagnóstico de *polineuritis* fué rechazado por nosotros. Faltaban, para admitirlo, los antecedentes del enfermo, que no era palúdico ni alcohólico y no había sufrido ninguna infección conocida, y sobraban los trastornos cardiovasculares, la taquicardia, la disnea, la abolición del reflejo patelar y los edemas.

No se podía pensar en la *pseudo-tabes alcohólica*, porque sobre faltar el alcoholismo inicial, no había trastornos de micción, y sobraban, como antes, los edemas y los signos cardíacos.

No era una *poliomielitis* por la falta de fiebre, por la marcha, por los dolores, y por los signos citados.

De la *ataxia locomotriz* nos separó el Argyll-Robertson, los fenómenos atáxicos y la historia del enfermo.

De la *mielitis transversa sacro-lumbar*, las alteraciones del recto y de la vejiga; de la *mielitis dorsal* el espasmo de los músculos del miembro inferior y la exaltación de los reflejos; de las paraplegias lentas (*lesión vertebral, glioma, etc.*), los signos característicos que no hay que enumerar, y del *Brightismo* la composición de la orina.

En cambio la polineuritis, con edema vasomotor y trastornos cardíacos es característica de una enfermedad de antiguo conocida en China y en Japón, descrita alguna vez en Europa, discutida en su etiología, e incluida hoy en el grupo de las *enfermedades por ausencia de vitaminas o avitaminosis*. En ella, pues, fué

encasillado nuestro enfermo, y el diagnóstico de *beri-beri* figuró al frente del historial clínico que aquí he reproducido.

No era dado, por entonces, adquirir la vitamina anti-beri-bérica que hoy se encuentra en el mercado, ni nos fué posible encontrar la especie de habichuela indígena que, según Pol, es capaz de curar el beri-beri en el archipiélago malayo.

Nuestro tratamiento fué completamente sintomático, y se instituyó en Noviembre del 1916, es decir, al año de haberse iniciado los primeros signos de la enfermedad.

Ante todo reposo absoluto en cama. El enfermo no salía de ella, ni aun para evacuar su intestino, que sólo funcionaba con enemas abundantes, diariamente administrados.

Alimentación muy nutritiva, muy abundante, y todo lo variada que permite el régimen nosocomial. Todos los días carne fresca; todos los días pan de trigo; todos los días verduras (coles, judías verdes, acelgas, espinacas, etc.), leche y huevos. Es decir, supresión de pescados, maíz, arroz, patatas y demás alimentos que eran habituales en él, y uso de carnes, huevos, verduras, que antes apenas conocía.

Algunos discos de salicilato con antipirina y cafeína, cuando el dolor era fuerte, y una inyección diaria de la fórmula siguiente:

Glicerofosfato sódico. . . . .	15 centigramos
Cacodilato sódico . . . . .	10        »
Glicerofosfato de hierro . . . . .	5         »
Sulfato de estriénina. . . . .	1 milígramo.
Suero fisiológico . . . . .	2 centímetros cúbicos.

A los treinta días de tratamiento, el enfermo había ganado 2.300 gramos; los dolores no exigían el empleo de los analgésicos; las piernas estaban un poco menos flácidas y los edemas habían desaparecido.

En quince días, se suspendieron las inyecciones y se hizo masaje de los miembros inferiores, inyectando luego una segunda serie de treinta ampollas como las anteriores.

Nuevo descanso y nueva serie de treinta, al cabo de las que el enfermo podía andar sin necesidad de bastón ni de muleta, aunque con trabajo todavía.

Y por fin a fines de Mayo de 1917, no se habían reproducido las molestias; apenas quedaba reliquia de la paraplegia sufrida; apenas la presión en los puntos de elección despertaba ligera sensación de molestias en el trayecto del ciático, y el estado general era tan próspero, que el enfermo se decidió a abandonar el Hospital y a marchar a sus valles natales, de donde ha vuelto hace unas semanas para satisfacer la promesa que le hicimos ofrecer al darle el alta.

Ni la más ligera molestia da fe de la enfermedad pasada, contra la que guarda, como precaución, un régimen tan adecuado como le consienten los míseros haberes de un labriego de las Alpujarras.

Tal es, el primer caso de *beri-beri* conocido en la Península ibérica.

Claro es que yo no he de utilizarlo para hacer disquisiciones de ninguna clase sobre los interesantísimos problemas que con el *beri-beri* se relacionan, ni he de tratar de las cuestiones etiológicas ni patogénicas que con la incógnita de las vitaminas tienen relación.

Pero sí quisiera que no pasara desapercibido el hecho de que una nueva enfermedad, tenida hasta ahora por exótica, ha venido a enriquecer la lista de las afecciones del mediodía de España, donde ya se conoce el *kala-azar*, el botón de Oriente y la disentería tropical.

Es decir, que ha bastado el estudio asiduo y concienzudo de la patología de una región, para dar en ella con una riqueza de especies morbosas y con una exuberancia de variedades dentro de las conocidas, como no podía soñarse cuando este trabajo inquisitivo no había rendido aún sus primeros frutos.

Y como no hay razón para que lo que es verdad en las Alpujarras, no lo sea en la Vasconia o en la meseta castellana, dedúcese de ahí la necesidad, que yo estimo imperiosa, de que se proceda a una cuidadosa revisión de conceptos, no sólo para ver si estas enfermedades andaluzas existen—como el *kala-azar*—en otros territorios del solar hispano, sino para saber si otras especies morbosas anidan dentro de las fronteras de España.

A la consecución de este bello ideal van dirigidos todos mis afanes y todas mis energías.



# Diferenciación del psoriasis seborréico de la sífilides papulosa y tuberculosa

Por el DR. FELIPE SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios de Madrid

---

La pápula psoriásica, tiene un rojo más claro hasta muy vivo en las formas agudas inflamatorias, aunque la forma seborréica es poco intenso el rojo; pero nunca suele tener el rojo oscuro cada vez más al pardo-moreno, bistrée, café con leche o cobrizo de las pápulas sífilíticas, siendo conveniente levantar la capa o lámina escamosa de la 1.<sup>a</sup> para ver netamente el colorido, pues la capa córnea que descama da un amarillo-pardo sobre todo en esta forma seborréica y un blanco nacarado, madreperla en la forma vulgar del psoriasis y es hasta muy probable que esta diferencia de color dependa de que en la pápula específica se la ve con la cubierta córnea adherida y en la psoriásica sin ella que cayó por lavados, pomadas, frotos o espontáneamente y como hay menos líneas celulares epidérmicas transparentan más el rojo de los vasos dérmicos y además en que la lesión sífilítica predomina en el dermis que está infiltrado por células en masas apretadas que comprimen los vasos, mientras que el psoriasis es de predominio epidérmico cuyas células, forman capa gruesa a veces cónica como clavo o peón que comprimiendo las capas basales del delicado cuerpo mucoso malpighiano hiperemia por irritación mecánica el vasculo-dermo papilar subyacente. La 2.<sup>a</sup> diferencia que en el psoriasis desde que la lesión es mínima y comienza tiene un punto central, que va a formar la escama, más gruesa, amarillo y adherida más días en la forma seborréica que en otra psoriásica. La 3.<sup>a</sup> diferencia es que se puede levantar una gruesa película despegable de más espesor en el centro, en menisco plano convexo y esta convexidad externa aplanada tiene el punto central de un amarillo más claro grisáceo, como burbujita o granito redondo de sémola, rodeado de un círculo o halo pardo-moreno poco amarilloso, siendo esta la forma psoriásica que más floja como arrugada menos punteadas las papilas de sangre y más dilatados los pocos glandulares muestra en la superficie muco-dérmica subyacente, lo cual se debe a lo poco congestiva e inflamatoria que es la pápula, nada de esto se ve en la pápula sífilítica ni estas películas despegables ni estos punteados porales ni estas superficies no sangrantes como flojas. La 4.<sup>a</sup> diferencia deriva de lo dicho, la pápula psoriásica seborréica tiene el borde aplastado apenas salientes y si se quitan las escamas, más adheridas en un block meniscoide por la grasa que tienen, casi

nunca estratificadas como otras formas psoriásicas, apenas queda papula, casi queda la superficie subyacente al ras cutáneo, en tanto la pápula sifilítica hasta su resolución, conserva el borde saliente bien limitado, el aspecto grueso neoplásico al cual apenas quita espesor la delgadísima escama terminal, sirviendo el ángulo duro que hace la superficie con el borde de arista que rompe la pápula cuando desarrolla, desarrollo que no tolera la escasa elasticidad de la capa córnea, en el punto en que se dobla y cambia de dirección para albergar la infiltración subyacente dando el collarcito de Bielt, encogiéndose tanto como fué estirada. La 5.<sup>a</sup> diferencia está en la descamación visible, espontánea que en esta forma seborréica por la grasa que adhiere, tarda más y es menor que en otras formas psoriásicas más secas, dehiscentes en finas laminillas, pero que también cubre de líneas blancas de rupturas escamosas la total superficie, con bandas harinosas blancas algo cruzadas sobre en aquellas pápulas mayores y confluentes que han perdido el menisco escamo-graso y que están en sitios de más roce que activa la descamación; nada de esto en la sífilis cuya descamación visible es en una sola laminilla grisácea o morenuzca según el despegamiento adherida por el centro, más ahuecada por los bordes. Una 6.<sup>a</sup> diferencia en la extensión mayor dentro de la forma redondeada del psoriasis seborréico en tanto las pápulas sifilíticas suelen ser menores y cuando crecen más del tipo medio, cambian atrofiándose en centro o bordes dando figuras anulares, circinadas, festoneadas y serpiginosas, no dando esas extensas superficies sábanas psoriásicas. Una 7.<sup>a</sup> diferencia es la inoculabilidad al mismo portador por rascado y traumatismos de esta forma seborréica, que no suelen tener las pápulas secas sifilíticas ni de las otras formas de psoriasis; por esto se explica que el psoriasis seborréico alcance grandes extensiones hasta cuero cabelludo, cuello y cara, siendo insólito que otros psoriasis y aún las sífilis tengan agrupadas tantas pápulas típicas. Una 8.<sup>a</sup> diferencia está en la seborrea de cabeza que fija muchas pápulas y gran cantidad de escamas como pitiriásicas blanquecinas y en que los elementos faciales desde el principio son acuminados, de vértice polvoriento, blanquinoso y 9.<sup>a</sup> En que pica también el psoriasis seborréico, más, cuanto más generalizado y en la mujer se haga; ninguno de estos caracteres acostumbra a darse en psoriasis vulgares ni en sífilis. A veces en cara de seborréicos congestivos, por diversos motivos y con una depilación seborréica en marcha del cuero cabelludo, puede adquirir esta forma seborréica del psoriasis, gran desarrollo tubercular o nodular pareciendo a nódulos de sífilis lepra, tuberculosis, micosis etc., pero el color francamente rojo y brillante, la consistencia menor, más blanda, en grupos más contiguos, contactando unas con otras por varios puntos, dando formas de zogleas, grupos de 3 a 5 muy juntos y no los arcos y líneas curvas en las que se tocan solo por puntos diametrales de la sífilis en cada uno de los elementos.

# SECCIÓN OFICIAL

---

## Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

---

### LA QUÍMICA Y LA MEDICINA

POR EL

*Dr. Enrique Gelabert Broca*

ACADÉMICO DE NÚMERO

---

(CONCLUSIÓN)

La etiología de muchas es, en su esencia, una cuestión de orden químico, bien exclusivo, bien en íntima relación con la verdadera causa o causas del estado morboso. ¿Por ventura hay una sola página de la fisiología que pueda considerarse en absoluta independencia de la Química? Pues toda alteración o anormalidad de la función fisiológica se traduce por un desequilibrio que constituye, en suma, un estado de enfermedad. En la glucosuria, por ejemplo, siempre se conceptuó de importancia la presencia del azúcar en la orina. Apenas descubierta por el médico inglés Wicks y antes de que el farmacéutico Chevreul determinase en 1815 la verdadera naturaleza del carbohidrato, ya se llamó a la enfermedad tisis azucarada.

Naturalmente que el intento de explicar la formación en el organismo y la anormal presencia del azúcar en la orina, había de constituir el fondo de buen número de las muchas teorías ideadas para el estado etiológico de la diabetes.

En estas teorías domina el carácter fermentativo, en cuyo aspecto convergen en cierto modo las antiguas y las modernas; la gastro-intestinal, la hepática, y las más recientes, que hacen intervenir la zimasa glucolítica y los gluco-nucleoproteidos del páncreas. Por esta razón la etiología de la diabetes ha sido siempre, y aún en la actualidad continúa siendo, un problema químico, aunque en realidad no tenga exclusivamente este carácter.

Donde tiene gran importancia la teoría química, es en la acetonuria, hasta el punto de ser interesantes los capítulos que en la Química biológica se consagran a la producción de la acetona y de las sustancias preacetónicas, las verdaderamente tóxicas, de función ácida, derivadas de las grasas y de los amino-ácidos de los albuminoides, generadores de la acetona por curiosos procesos oxidantes.

Entre las teorías para explicar la patogenia del raquitismo hay por lo menos tres que pueden referirse a procesos químicos; la de la dispepsia ácida, la del ácido, muy semejante a ella, y la del defecto de cal. La presencia del ácido láctico en muchos de estos casos de osificación viciosa, que frecuentemente coinciden con trastornos gastro-intestinales de los niños alimentados impropriamente fué con error interpretado en un principio suponiendo que actuaba disolviendo las sales cálcicas; modernamente se le asigna un papel indirecto que no es bastante a explicar la patogenia del raquitismo; menos sostenible resulta ante los hechos experimentales, la hipótesis de un defecto de asimilación del calcio en los huesos; pero a pesar de ello, la química de la oxificación será siempre un factor que habrá de tenerse en cuenta en la etiología de esta enfermedad; el ácido láctico por presentarse en la orina de los osteomalácicos ha sido considerado también como el responsable de la descalcificación de los huesos, característica de esta enfermedad; pero que, como en el caso del raquitismo, no puede sintetizarse el problema de índole, más compleja, en aquella simple acción química.

Posible es que un oculto mecanismo químico sea el causante de estados morbosos de índole bien distinta, así como otros de éstos que aparecen como consecuencia de fenómenos químicos, procedan de causas al menos en apariencia ajenas.

Probablemente la albuminuria tendrá un origen, si bien lejano, de orden químico, aunque aparentemente sea histológico, toda vez que el riñón, en estado de completa integridad funcional, no da paso a las proteínas propias del organismo.

Para explicar la formación de los cálculos de colessterina, Mignot dió una teoría vital que basa en algunos hechos experimentales, pero por otra parte resulta probado que los cálculos biliares tienen la procedencia lógica de un cambio en la composición del líquido en el cual debieran permanecer disueltos. Bastaría, señores, el estudio de estas variaciones de la naturaleza química de las sustancias, aún concretándolo a las relaciones entre la colessterina y los cuerpos biliares, para dar a este trabajo una extensión impropia. Carracido explica con visos de verosimilitud, que la colessterina es la generadora, mediante procesos oxidantes, del ácido colálico que conjugándose probablemente en el hígado, laboratorio en el que se realizan las más contrapuestas reacciones, con la glicocola y la taurina procedentes de la descomposición muy avanzada de los albuminoides forman los ácidos biliares; pero es que esta producción sabemos por fisiología y por Biología, que es necesaria para favorecer

la solución en la bilis del exceso de colessterina de que el organismo se descarga cuando una exagerada descomposición de los lipoides nerviosos la producen. Se comprende que si hay un defecto de oxidación habrá precipitación de colessterina, hecho que ya afirmaba Engel en su obra de Química médica. Aceptada esta hipótesis, dice aquel biólogo, se explican sencillamente por insuficiencia de oxidación la sinquisis fulgurante, la catarata senil, y la litiasis biliar. Producidas todas por depósitos de colessterina, resultan éstos motivados por escasez de oxidasas en la célula hepática o por la acción perturbadora de los microbios, que originan los cálculos biliares, condiciones que restringen la formación de las sales en la cantidad necesaria para que el líquido elaborado por el hígado pueda disolver toda la colessterina que ha de eliminar, por lo cual se deposita, no solo en el punto de su eliminación, sino también en otros anteriores de su recorrido en el organismo a semejanza del CO<sub>2</sub> que produce la cianosis cuando son difíciles los cambios respiratorios.

Las funciones que son propias de la glándula hepática, la glicogénica, la biligénica, la uropoyética y la antitóxica, son cada una de ellas un importante capítulo de química; pero especialmente la última que lo mismo se extiende a todas las sustancias procedentes de la transformación regresiva de los albuminoides como a los venenos exógenos.

La obesidad, se explica como un retardo de la oxidación intraorgánica; los ácidos libres de la grasa, por virtud de otro proceso químico, la saponificación, no se quemán y quedan almacenados. Es más, la intervención de la glándula tiroidea, colectora del iodo, en la combustión de las grasas y por consiguiente en el caso de insuficiencia en la obesidad, es una aplicación de la propiedad común a todas las moléculas de enlace doble, fijan por éste elementos monovalentes, en este caso el iodo, y que al separarse después dejan la molécula apta para la combustión.

Sabido es, señores, que todo lo que depende o se relaciona con el proceso nutritivo son cuestiones químicas; ya comprenderéis que es muy rico el repertorio para no tener que seleccionar, sobre todo cuando ya fatigada vuestra atención, precisa que nos acerquemos al término de nuestro trabajo. Por su importancia, nos referiremos al artrismo considerado hoy como un metabolismo perturbado de las materias albuminoideas. Clínicamente presenta el artrismo un cuadro complejísimo de manifestaciones que afectan a aparatos y sistemas varios; por eso, concretaremos la cuestión a la formación y depósito urático, que es lo que en ocasiones sobresale y domina como sucede en la gota. Había de ser originado este depósito por una superproducción en relación con el coeficiente de solubilidad de este derivado xántico y tendría que entrar en juego la química para explicar esa formación en cualquiera de sus dos procedencias exo o endógena, pero es el caso que su precipitación es cuestión más compleja, es función del grado de acidez o alcalinidad del

vehículo, hasta el precipitado en las orinas tiene esta génesis, condiciones especiales de la alcalinidad sanguínea precipitan el ácido úrico endógeno que el ácido tímico tiende a mantener en disolución.

El artritismo es una causa predisponente del reumatismo, enfermedad diatésica que tuvo su explicación química, que la supone engendrada por una alteración especial de la sangre por la retención de sustancias ácidas (ácido úrico, láctico, fosfato cal) habitualmente eliminadas por la piel, o los riñones; y efectivamente, el sudor en el reumático, articular agudo, es ácido, la orina rica en urea y ácido úrico, la sangre con aumento de leucocitos y ya es sabido que en todos los casos de leucemia la destrucción de nucleínas es naturalmente mayor, siendo muy probable por lo tanto que la producción de aquel ácido y el reumatismo estén íntimamente relacionados.

Ya hablamos del importante papel bioquímico de los lipoides, a ellos volvemos al querer referirnos a la anemia perniciosa, otra enfermedad cuya etiología se atribuye a la acción hemolítica del oleato sódico, según parece deducirse de trabajos experimentales que tienen mucho de químicos. Los trastornos intestinales que frecuentemente la acompañan se los supone engendrados por la reabsorción de sustancias hemolíticas procedentes de la flora intestinal, favorecida su producción por la hipoclorhidria gástrica, hipótesis que parece confirmar la experimentación porque han sido aisladas de las bacterias intestinales sustancias que inyectadas obran como hemolíticas y cuyo análisis ha demostrado que son sencillamente ácidos grasos y Berger ha encontrado en la mucosa gástrica de algunos individuos muertos de anemia perniciosa, sustancias lipoides extraordinariamente hemolíticas, y en fin, también parece confirmarse la teoría que supone correlaciones íntimas entre el bazo y el ovario, intercambios químicos que de alterarse originan como consecuencia una insuficiencia funcional de los órganos hematopoyéticos.

«Metabolismo de la célula autónoma y de la célula asociada» fué el tema que desarrolló en magistral conferencia en el Instituto Rubio, el Profesor de Química Biológica y en ella el ilustre farmacéutico esbozó una opinión que por ser suya, su modestia no le permitía calificar ni aún de hipótesis. Los razonamientos son de orden puramente químico, que no he de intentar reproducir ni indicar siquiera, y relacionándolos con otro trabajo también suyo sobre una teoría química de la inhibición fisiológica, supone que demostrada la acción excitante de los productos catabólicos, el ácido carbónico de los centros respiratorios, la urea del trabajo cardíaco, las sales potásicas del miocardio & cuyo acumulo originando la inhibición por necesidad de reconstruir mayor cantidad de substancia, aumenta las condiciones de nutrición y crecimiento y consiguientemente la hipertrofia, y en el caso de las neoplasias una hiperproducción o proliferación celular. Ahora bien, Carracido cree que en el caso concreto del cáncer el producto catabólico excitador de la hiperfunción es la alan-

toina, íntimamente relacionada en cuanto a su constitución química con el ácido úrico y ya es sabido que en torno del metabolismo anormal de este derivado oxidado de la purina giran las distintas modalidades del artritismo. Basta esta mera indicación para comprender de qué modo la Química puede iluminar los problemas siempre oscuros de la medicina.

Lo esbozado no constituye, como sabéis vosotros muy bien, señores Académicos, nada más que un incompleto muestrario de los múltiples aspectos en que la medicina y la química se enlazan y complementan; algunas de estas relaciones están definitivamente sancionadas, otras en cambio, no han pasado de la categoría de meras hipótesis en espera de que la experimentación las dé carta de naturaleza; es muy probable que nuevos lazos de relación entre ambas ciencias, hoy en el misterio, iluminen mañana muchos problemas de la patología o de la terapéutica: de aquí el interés creciente que esta cuestión tiene y tendrá para todos los que dentro de la esfera de acción que nos limitan la índole y modalidad del ejercicio profesional formamos parte de la gran clase sanitaria.

HE DICHO.



# **P**RENSA PROFESIONAL



**Gaceta Médica Catalana**

Febrero 1918.-N.º 975

## **LAS GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA** <sup>(1)</sup>

**POR EL DR. ANTONIO M. CRISPÍN**

(NUEVA YORK)

---



No pretendo en este trabajo analizar en su totalidad la fisiología de estas glándulas; sería empeño vano intentar englobar en un artículo el inmenso caudal de información que poseemos. Verdad es que mucha de la evidencia concerniente al papel que ellas ejercen en las funciones metabólicas se hallan en un estado tan complicado e incierto, que toda discusión tiene por necesidad que adelantarnos un paso más. Me concretaré tan sólo a bosquejar someramente algunas de las funciones más notables y bien establecidas, dando preferencia a mis experimentos personales. Si logro interesaros, he llenado mi cometido.

Como sabéis, estas glándulas de secreción interna son esenciales para el mantenimiento de la vida, y algunas de ellas para el buen vivir (testículos).

Por medio de la secreción que vierten en la corriente sanguínea, a la cual se le ha dado el nombre de hormón, por despertar o estimular una función, que son verdaderos mensajeros, influyen en el justo funcionamiento del organismo, sin el cual no tendríamos ni siquiera el pensamiento.

---

(1) Trabajo presentado por su autor, en la sesión de 17 de Octubre de 1917 a la Sociedad Médica Hispanoamericana, de Nueva York.

Estando íntimamente relacionadas con el metabolismo orgánico, estimulan el proceso anabólico en los tejidos celulares, favoreciendo también la eliminación de los productos del desgaste, que es el proceso catabólico.

En esta última función, señores, que está tan íntimamente ligada con la defensa del organismo contra las infecciones, veo el procedimiento de la inmunidad. ¿Pues no es la inmunidad una prolongación del catabolismo? ¿Y no son idénticos los procedimientos que emplea el organismo contra el ataque de los organismos patógenos y sus toxinas, que de continuo lo amenaza?

Así vemos que la deficiencia en la función de estas glándulas acarrea un apocamiento vital, y por consiguiente un abatimiento de la actividad defensiva del organismo.

Conocidos son los experimentos de Charrin ha más de veinte años, quien probó existía una relación entre los adrenales y las infecciones, y hoy este aserto es incontrovertible.

Está probado que las lesiones de los adrenales, bien sean clínicos o experimentales, aumentan decididamente la vulnerabilidad de las infecciones. ¿Cómo se defiende el organismo? La explicación la encontramos en la producción de un fermento, que como ha sido demostrado por Abderhalden, en el caso del pulmón, existe un fermento defensivo en el alvéolo pulmonar y en el cual Sajous cree ver el hormón de la cápsula suprarrenal. No es ésta la única glándula que ejerce influencia en la defensa del organismo y su inmunidad, pues en último análisis todo demuestra que son varias las glándulas que toman parte en este proceso defensivo.

La tiroidea ejerce poderosa influencia en el metabolismo de los tejidos, en parte por gran cantidad de iodo que contiene, pero también por medio de otras substancias que por ahora se nos escapa. Su gránulo, la paratiroidea, está igualmente implicada en la función defensiva del organismo.

El metabolismo albuminúrico está sujeto a la influencia tiroidea, y como recordáis, en la enfermedad de Graves hay un derroche de albúmina, y en el caso opuesto del mixedema, lo contrario acontece. Las suprarrenales junto con la tiroidea son los reguladores más importantes del metabolismo de los hidrocarburos. En el hígado, la adrenalina y el páncreas son antagonistas: el uno acelera el proceso diastásico y el otro lo disminuye. El metabolismo de la cal está regido por la paratiroidea. De ahí que en la tetania la asimilación de la cal está alterada. La adrenalina aumenta la eliminación de las sales de potasio y sosa, disminuyendo la de la cal. Todo esto tiene grande importancia en el tratamiento de las desviaciones patológicas.

La tiroidea afecta profundamente la producción de calórico en el cuerpo, y recordáis que en la enfermedad de Graves la hipertermia es cosa común. En esta función toma parte la adrenalina, por medio de sus efectos constrictores en los vasos sangui-

neous de la piel; evitando el sudor puede ocasionar la hipertermia, produciendo estremecimientos y escalofríos.

No me detendré mucho en el proceso de anafilaxia, que significa el proceso opuesto a la profilaxia, y sobre el cual tan buenos estudios se han hecho recientemente.

Sí, es cierto que este síndrome de la anafilaxia es producido por la introducción de proteína hostil al organismo, lo cierto es que su introducción sorprende la defensa del organismo, causando el temible cuadro que todos conocemos. Tren de síntomas, tan alarmantes, con sudores fríos, ahogo, erupción cutánea, diarrea, tensión arterial baja: todo lo cual puede acarrear la muerte, que Vaughan explica como una acción fisicoquímica sobre las células. Pues bien, señores, yo he visto ese cuadro de disolución cierta, abreviarse, y cesar casi por encanto, por medio de una inyección de adrenalina. ¿Qué demuestra esto? Lógico es pensar que la adrenalina dió al sistema un medio de defensa del cual carecía, neutralizando el efecto nocivo de la proteína.

Pasemos a otro aspecto del tema que nos ocupa. La influencia de estas glándulas sobre el desarrollo individual. La hiperplasia de la suprarrenal produce un crecimiento rápido y desarrollo prematuro de las características secundarias sexuales y aumento de las partes genitales. En el adulto una tendencia a ser velludo. La insuficiencia ocasiona las características contrarias, existiendo una espermatogénesis deficiente e insuficiencia cardíaca.

La pituitaria y las glándulas germinales son protagonistas. De ahí que la insuficiencia de los hipófisis causa un apocamiento en las funciones reproductivas, y yo he observado repetidas veces que la administración de la glándula ha restaurado la potencia sexual.

Es indudable que los hipófisis y epífisis cerebrales ejercen manifiesta influencia en el desarrollo de la osamenta corporal y en la nutrición en general y también en la parte sexual.

Yo me atrevería a colocar aquí en esta glándula el órgano del amor. Pues, ¿cómo se puede dejar de creer que un órgano que es capaz de segregar una substancia que aumenta o disminuye la actividad sexual, deje de ser el estímulo para la gran pasión? Ya Cannon hubo de demostrar, experimentalmente, la interesantísima e íntima relación que existe entre las emociones y ciertas glándulas internas, que al estímulo de impulsos nerviosos al través de las neuronas de la división del gran simpático, aumentan o disminuyen los hormones de estas glándulas. Y Cushing, de Baltimore, hace notar que un estado patológico que altere las funciones de estos cuerpos, ejerciendo su influencia desde la infancia, es capaz de alterar la mentalidad de esos individuos; haciéndolos defectuosos, al compararse con el patrón de la mayoría.

Cushing quiere ver en esto la razón, fisiológica y patológica, de muchas de las ne urosis, vesanias y otras peculiaridades mentales, cuya etiología buscan por las nubes, otros clínicos, en sueños, visiones y fantasmas, todo aéreo, como los psicoanalistas de la escuela de Freund.

¿No serán estas glándulas las que den los diferentes matices al temperamento? Es casi cierto que cuando una de ellas predomine funcionalmente en un organismo, le estampe su rúbrica indeleble.

Al recordar que estas glándulas tienen influencia primordial en el proceso del desarrollo del organismo, tenemos que aceptarlas como factor incuestionable.

La pérdida de una de ellas, sea por cualquier motivo, afecta profundamente el desenvolvimiento normal de los individuos.

De antaño son conocidos los trastornos que la emasculación produce en los individuos de tierna edad; lo mismo se puede decir de los ovarios, tiroidea, en fin de todas ellas.

La ausencia de la pituitaria cohibe el crecimiento corporal, y su exceso de función acelera el desarrollo del organismo hasta llegar al gigantismo.

Siendo esto así, voy a hacer una excursión por otros campos algo distantes de mi tesis; trátase de una cuestión étnica. Me refiero, señores, a ese gran fenómeno, la pluralidad de razas humanas.

¿En qué consiste esa multiplicidad? Ya en otros estudios que publiqué hace algunos años, atribuí a estas glándulas el principal papel en ese curioso fenómeno. ¿Ellas son (las glándulas endocrinas) las que nos ofrecen la explicación más aceptable, por tener en sí mayores probabilidades de verdad? Pues a no ser que adoptemos la antigua teoría de creación especial para cada una de las diversas razas, ¿de qué otro modo explicarnos la razón por la cual el blanco es blanco, el negro negro y el hombre amarillo amarillo?

La observación nos demuestra que la falta de la glándula tiroidea o sea de su funcionamiento, produce seres enanos, de figura grotesca, como los cretinos. Es evidente que a esos individuos les escasea el estímulo necesario para desarrollarse completamente, con amortiguamiento de todas sus otras funciones somáticas e intelectuales; en una palabra, existe una verdadera miseria fisiológica.

Pensad, ahora, que la hiperfunción o exceso de secreción de esa glándula estimula al organismo a su mejor desarrollo, desenvolviéndose más rápida y normalmente, avivando todas las funciones y la inteligencia madruga.

Esto es cuanto toca a una sola glándula. Echemos una ojeada a los hipófisis, a esa misteriosa pituitaria, que muchos pretenden ser parte de la tiroidea, que se localizó en el cerebro y recordáis el curioso síndrome del gigantismo, con cambios en la piel, que se torna rugosa y tosca, con poros grandes, abundancia hirsuta y aumento

de pigmento. En la preñez, en cuyo estado existe una hiperfunción de la pituitaria, las facciones de las embarazadas se hacen bultosas y toscas. En fin, para mí la diversidad de razas estriba en estas glándulas, pero no quiero detenerme por más tiempo en esta faz del asunto.

Pasemos a la acción medicamentosa de estas glándulas. Ahí tiene el práctico una arma poderosa, verdadera medicina fisiológica, y que desgraciadamente no conocemos por completo.

Es probable que los medicamentos que a diario empleamos en nuestra lucha contra las dolencias humanas, ejerzan su acción por medio de estas glándulas, ora estimulándolas, ora deprimiéndolas.

No mencionaré el uso de la pituitrina en la práctica obstétrica, pues ella casi ha regalado al pasado la necesidad de los fórceps en el parto.

Tampoco recordaré los brillantes triunfos alcanzados por los neurólogos en el tratamiento de las enfermedades nerviosas, ni tampoco pretendo cotejar el cuadro presente con aquel de hace veinte años, en el cual, el único arsenal terapéutico en esas enfermedades, era el ioduro y un pronóstico fatal. Dejaré para que los dermatólogos aquí presentes nos ilustren con sus experiencias sobre estas glándulas, en los psoriasis, eczemas, etc.

No mencionaré el papel importantísimo que estas glándulas tienen en la rinología y laringología, como también en las enfermedades de las vías respiratorias. Ni tampoco me detendré en las enfermedades de los ojos. No me refiero a aquellos tumores que por vecindad puedan alterar las funciones de estas glándulas o al exoftalmo que acompaña al bocio, sino a aquellos síntomas de conjuntivitis y catarata y arco senil que tienen por causa un desorden trófico evocado por estas secreciones.

De Quevain fué el primero que observó que aquellos perros a los cuales se había extirpado las paratiroides, sufrían con frecuencia de una conjuntivitis.

La catarata es común en la tetania debido a la alteración trófica, que afecta a los órganos epiteliales, y como sabéis la lente es un órgano epitelial.

Dejaré esto aquí, para que otros más autorizados lo continúen, y pasaré a observaciones personales de índole quirúrgicas.

La adrenalina, señores, no necesita encomios, todos la empleamos localmente y muchos al interior, para conjurar el choque quirúrgico.

Yo he tenido magníficos resultados con la glándula suprarrenal en las fracturas. Recientemente tuve un caso en el hospital francés de una anciana de 76 años con fractura del cuello del fémur, comprobada con los rayos X y que rehusaba unirse. En cuanto se le administró la suprarrenal y la pituitaria se solidificó la quebradura, y hoy está esta señora en buena salud.

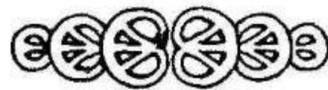
El uso de la pituitaria en las parálisis intestinales postoperatorias está en uso

---

general y es de reconocida utilidad. En toda operación hay el peligro de que sobrevenga una acidosis que es precursora del choque quirúrgico, y yo tengo la firme convicción de que empleando estas glándulas se evita este síndrome desastroso.

Temo cansaros. Dos palabras y he concluído:

La medicina del porvenir está en el conocimiento cabal de estas glándulas.



SEGOVIA MÉDICA

(Marzo 1918.-N.º 77)

## La parálisis post-partum de los recién nacidos

POR EL DR. DECREF

---

Es por desgracia muy frecuente que a las pocas horas o días de haber nacido una criatura se le note que no mueve un bracito, que parece como desprendido, en rotación interna, pegado al cuerpo. Si intentais elevar o hacer girar ese bracito en sentido contrario a la posición adoptada, el niño llora desesperadamente. Las madres que son las primeras, naturalmente, en observar este defecto, consultan al médico y éste por lo general lo diagnostica de una parálisis originada por una tracción del miembro y como consecuencia del plexo braquial, que se hizo indispensable durante las maniobras del parto. Generalmente se aconseja abandonar esto hasta que el niño tenga cierta edad, pues han de aplicarse corrientes y éstas no se pueden aplicar hasta que hayan pasado unos meses.

De esta forma se quedan inútiles estas criaturas, las cuales por una imprevisión en el momento del parto, un mal diagnóstico y un abandono inexplicable después, quedan en esa situación cada vez más grave y que al cabo de los años va unida a una atrofia exagerada de todos los elementos que constituyen la articulación escápulo-humeral. ¿Qué ha pasado aquí? Es sencillo explicarlo. Con frecuencia ocurre que los médicos y comadronas, así como los parteros, cuando asisten a un parto, con objeto de auxiliar la expulsión del feto, utilizan una maniobra que consiste en enganchar el índice en la axila de la criatura y tirar. Esta maniobra es la que origina generalmente esa lesión sin incluir otras que son también origen de ella, pero en las muchas historias que he podido reunir, ésta, la del enganche de la axila, es casi siempre la causa por estar muy admitida, ya que la tracción del brazo sólo un consumado ignorante puede ejecutarla.

Pues bien, esa lesión que parece una parálisis, puesto que así se ha venido llamando, en realidad no es tal. Lo que ocurre es que al hacerse esa brutal maniobra los núcleos cartilagosos del húmero y de la escápula son desprendidos y luxados

y como consecuencia el niño instintivamente adopta una posición y una inmovilidad, que es reflejo en toda esta clase de traumatismos, con objeto de evitar el dolor. Los estudios de Kústner, Finck, Lange y últimamente Gangele, quien ha dado la norma del tratamiento que se ha de seguir, han aclarado el problema.

Yo mismo, llevé hace dos años un trabajo a la Real Academia Nacional de Medicina, en el cual comprobaba ésto, no sólo con radiografías, sino con exploraciones eléctricas hecha en recién nacidos, inmediatamente después de ocurrido el accidente, las cuales demostraban que no existía parálisis. Claro es que si estas lesiones se abandonan meses y meses, esos músculos que no han hecho más que nacer y son abandonados a una constante inacción, sin curar la lesión traumática que originó su estado, concluyen por atrofiarse y degenerar perdiendo las condiciones fisiológicas que les caracterizan y dando lugar a errores de diagnóstico, así como a que tratamientos tardíos no eviten la deformidad y lesiones consecutivas.

Como prueba evidente de lo que digo, la clínica tiene demostrado que cuando esas alteraciones hijas de un traumatismo tan inoportuno y poco meditado son tratadas como tales, los movimientos vuelven espontáneamente y sin otro tratamiento se restablece por completo la función de la articulación y en pocos días la normalidad es palpable.

Mas, si por retardo en acudir al lógico remedio de esa imprudencia se hiciera necesario alguna vez emplear como complemento el amasamiento y la electricidad, es grave error suponer que estos medios no son aplicables a un niño recién nacido, lo que se hace indispensable es conocer la forma y dosis en que se deben aplicar. Desde luego puedo asegurar que esas pequeñas máquinas de electricidad farádica que andan en manos de los médicos por facilitarlas el comercio con profusión y a bajo precio, son un peligro grande en esa y en todas las edades, pues la reacción tetanizante que producen, no consigue más que apresurar la degeneración muscular que empieza, provocando además graves trastornos en los niños por el dolor innecesario a que les someten.

Queda pues demostrado, que las llamadas parálisis post-partum son casi siempre lesiones traumáticas articulares y muy especialmente las del hombro que son las más frecuentes y que se deben a la mala costumbre de enganchar un dedo en la axila del feto, tirando para ayudar la expulsión en el parto; por lo tanto debe evitarse esa maniobra. Y cuando la lesión se produzca, aunque sea ligera y por ello se espere la curación espontánea, debe tratarse inmediatamente que se note, para lo cual, será muy conveniente examinar al recién nacido detenidamente y no aguardar a que pase la oportunidad de la indicación, si no se quieren producir daños irremediables.

**Andalucía Médica**

(Enero 1918.-N.º 25)

# Interpretación clínica de la reacción de Wassermann

POR EL

**DR. RAFAEL LANCHA FAL**

*Profesor numerario del Hospital Provincial y Agregado de la Facultad de Medicina de Sevilla*

---

Cuando esta reacción salió de las manos de su autor e invadió el campo de la clínica, fué acogida cariñosamente y consagrada poco menos que como verdad indiscutible. Unos, los menos, se dedicaron a estudiarla y comprobarla y otros, los más, aceptaron de buen grado cuanto leyeron en revistas. El vulgo creyó que ella podía decirle si había o no sífilis sin consultar para nada con los médicos, y muchos de éstos también creyeron poderles decir al vulgo si existía o no la avariosis sin necesidad de estudiar detenidamente a los enfermos; claro es que ambos se engañaron a sí mismos.

Estudiemos los resultados de la reacción Wassermann sin apasionamientos de ninguna clase para poder deducir consecuencias lógicas. Ya sabemos que esta reacción es negativa en un tanto por ciento de sífilíticos confirmados, tanto por ciento que varía de unos autores a otros; también sabemos que hay una porción de enfermedades (grupo Wassermani) que dan reacción positiva; admitamos también, que circunstancias individuales de momento puedan hacer variar el resultado de la reacción, pero no es a esto a lo que yo quiero referirme; yo quiero hacer hincapié en tres puntos que no están aún lo suficientemente discutidos.

Es frecuente que los clientes cuando tienen cierta cultura suelen preguntar al dermatólogo, qué concepto le merece la reacción Wassermann, y sufren gran desconsuelo cuando encuentran en nosotros discrepancias de pareceres.

Muchos médicos, ante un enfermo difícil, cuando no pueden hacer diagnóstico, confían al laboratorio lo que debieran pedir a la clínica, y negando los fundamentos

que de ésta, admiten o rechazan la existencia de una sífilis con grave perjuicio del paciente; este es un error que debe deshacerse.

Supongamos que un enfermo tiene una lesión cuya etiología no está clara; en sus antecedentes no podemos recoger datos suficientes para reconstruir el cuadro de la sífilis; no obstante, ésta existe, pero nosotros no lo sabemos; hacemos un Wassermann y resulta positivo, tratamos al enfermo y éste se cura; pero ¿y si el Wassermann resulta negativo?; dirigimos nuestro tratamiento por otros derroteros y causamos un grave mal al individuo.

Admitamos ahora que un sífilítico tiene una lesión sospechosa que no es debida al treponema y que el Wassermann es positivo. Hacemos tratamiento específico y el enfermo no se cura: en este caso puede ser que no le perjudiquemos, pero nos lucimos si hemos pronosticado un éxito.

En todos estos casos se debe hacer tratamiento de prueba que es la verdadera piedra de toque para el diagnóstico, y contando como contamos hoy con agentes enérgicos e inofensivos, debemos hacerlos entrar en juego en seguida y no perder el tiempo contemplando la hemolisis.

Claro es, que este punto puede discutirse, pero hay otros hechos que yo quiero poner de relieve por creerlos importantes.

1.º Un individuo con salud perfecta, sin antecedentes sífilíticos hereditarios ni personales, sin enfermedades anteriores de las del grupo Wassermani se le ocurre un día hacerse un análisis de sangre y le da una reacción positiva; se hace otro y otro más, por personas competentes y con técnica delicadísima y sigue positiva la reacción. ¿Sometemos a este individuo a tratamiento antisifilítico? ¡No!

2.º Un sífilítico, en pleno período secundario, lleno de manifestaciones se pone una o dos inyecciones de neosalvarsán o algunas de mercurio; se curan las lesiones, no sigue el tratamiento y al cabo de cuatro o seis meses vuelve a consultarnos sin manifestaciones y con un par de Wassermann negativos. ¿Le suspendemos el tratamiento? ¡No!

3.º Tratamos a un enfermo con sífilis secundaria, intensamente durante un año; el Wassermann es positivo; continuamos el segundo año y lo mismo, y, por último, nos encontramos al final del tercero o el cuarto, con un hombre que no ha tenido más manifestaciones que las del comienzo, que se ha tratado enérgicamente y que sin embargo la reacción sigue positiva. ¿Hasta cuándo seguimos el tratamiento? ¿Cuándo le autorizamos para que se case?

Si esto ocurre con el Wassermann de la sangre y otro tanto con el del líquido céfalo-raquídeo, ¿merece someter a los pacientes a las molestias y peligros de una punción lumbar, la búsqueda de un dato que es incierto en muchos casos?

Los tres ejemplos citados se presentan a diario en las consultas de sífilografía,

✱ y es muy importante poner en claro estos puntos para ver si se consigue que haya unanimidad de criterio.

Aparte de lo anteriormente citado, he visto algunos casos de neurastenia sifilítica producida por la persistencia de la positividad de la reacción; ha bastado decirles a estos pacientes que sus Wassermann eran negativos, para que hayan vuelto a la normalidad. Este factor debe tenerse muy en cuenta, pues entre los sifilíticos de cierta ilustración se suele admitir el Wassermann como artículo de fe, y constituye en ellos una verdadera obsesión el resultado de los análisis.

Por el contrario, hay individuos con Wassermann negativos que no quieren someterse a tratamiento creyéndose curados, lo cual envuelve un grave peligro para su salud.

Pero ¿y cómo a pesar de esto subsiste el Wassermann como signo infalible? Yo me lo explico de la siguiente manera: antes del descubrimiento de Ehrlich se trataban a los sifilíticos durante cuatro años con preparaciones mercuriales de una clase o de otra, según la época de nuestros conocimientos; todo sifilítico sabía lo que le esperaba; entonces surge el salvarsán y su primera aparición es de remedio heroico y radical; vienen aquellos éxitos del principio, que nosotros contemplamos extasiados sin saber qué predecir; luego aparecen las recidivas y repetimos las inyecciones, curándose éstas; en tales momentos hacemos un tratamiento completamente empírico; los enfermos nos preguntan si deben reinyectarse y nosotros, no pudiendo contestar científicamente, les decimos que el Wassermann nos indicará el camino que haya que seguir.

Si en aquella época de estudios preliminares, cuando la clínica estaba echando los cimientos de la portentosa e insustituible medicación salvarsánica, nosotros confesamos nuestra ignorancia de momento y esperamos a que el tiempo nos diera los detalles que únicamente él podía facilitarnos, hubiéramos hecho más beneficio a la humanidad que haciéndole creer era una verdad infalible lo que no pasaba de ser un síntoma dudoso.

Pero no, nosotros quisimos anticiparnos, quisimos contestar categóricamente, no tuvimos la serenidad de juicio suficiente para esperar los acontecimientos y dimos al Wassermann un valor que tardará muchos años en perder. En medicina es más fácil admitir que desechar un hecho por el vulgo y aun por muchos médicos; prueba evidente de ello son los erróneos conceptos que aún subsisten en el ánimo de muchas gentes en aquellas cosas que tienen relación con la dermatología.

¿Qué valor debemos concederle a la reacción de Wassermann? A mi juicio el mismo que puede tener cualquier síntoma de los que se presentan en la sífilis y no son exclusivos de esta enfermedad; podemos sumarla a los demás datos, pero nunca fundarnos en ella para admitir o rechazar un diagnóstico. Con mucho menos

motivo nos puede servir de guía en el tratamiento, en aquellos casos que marcha en abierta oposición con los síntomas clínicos, y únicamente debemos tenerla presente cuando estén de perfecto acuerdo el laboratorio y la clínica y respondan por igual a las acciones medicamentosas; bueno que en este caso se ajuste la intensidad del tratamiento a los resultados de la reacción, a falta de síntomas clínicos, pero sin supeditarse a ella en absoluto y no perdiendo nunca de vista lo mucho que la clínica nos ha enseñado.

Las precedentes consideraciones me las han sugerido una porción de casos, en los cuales el Wassermann ha sido elemento discordante. Me refiero única y exclusivamente a aquellas reacciones practicadas por personas competentes y honradas, pues también he visto casos en los cuales se ha sacado *una gota de sangre del pulpejo de un dedo para hacer un Wassermann*. ¡Los hay verdaderamente frescos!

He aquí sumamente extractadas las historias de estos enfermos.

**Reacciones de Wassermann positivas**  
**en individuos sin antecedentes sifilí-**  
**ticos hereditarios o adquiridos, sin**  
**estigmas ni síntomas de ninguna cla-**  
**se; sin enfermedades incluidas en el**  
**: : : : grupo Wassermanni : : : :**

1.º Joven de 26 años, con una pitiriasis versicolor; W. positivo y tratamiento específico como consecuencia del análisis. Bastó un tratamiento local adecuado para curar la pitiriasis.

2.º Un señor de 32 años, con alopecia seborréica; se le ocurrió hacerse un W. y resultó positivo; afortunadamente no se trató.

3.º Señora de 50 años, con una oftalmoplegia de siete meses de fecha; el marido había adquirido sífilis hacía dos meses, y desde mucho antes no habían tenido relaciones sexuales; le hicieron un W. y resultó positivo, enviándome la enferma un compañero; me negué a tratarla específicamente y volvió al cabo de unos meses en el mismo estado, diciéndome que le habían puesto cuatro inyecciones de neosalvarsán y cuatro de aceite gris, sin resultado alguno. (Visto por varios compañeros).

4.º Un señor de 53 años, con un descenso de estómago y reflejos consecutivos; lo vieron varios compañeros y se hicieron tres reacciones por una persona tan competente como el Dr. Franco Pineda; las tres fueron positivas: fué tratado el

descenso por el Dr. Camilo González, con éxito, desechando nosotros la existencia de sífilis.

5.º Otro señor de Fuente Palmera (Córdoba), con un eczema crónico de las piernas, y W. positivo; el tratamiento local curó la dermatosis. (Recomendado del Dr. M. Ruiz, de Palma del Río).

6.º Joven con pequeños ataques epilépticos, antecedentes tuberculosos en la familia y nada de sífilis. W. positivo. El tratamiento específico, además, no había dado resultado alguno. Lo envié a mi querido maestro el Dr. Lupiáñez.

**Casos en los cuales con manifestaciones sifilíticas confirmadas, el Wassermann fué negativo : : :**

7.º Un señor de 30 años, en pleno período de sífilis secundaria, tuvo un W. negativo. El doctor Murga, que lo hizo con su pericia acostumbrada, tuvo la bondad de recomendárnoslo, confirmando la sífilis; luego lo trató el doctor V. Hernández.

8.º Un estudiante de Farmacia, vino a consultarnos con sífilis en todo su apogeo; se aplicó dos inyecciones de neosalvarsán y una de aceite gris, y marchó a Madrid con plan puesto por nosotros. Allí lo vió un compañero (no especializado), y como le hiciera un W. que resultó negativo y aún subsistía la adenitis supurada en un lado por infección sobreañadida, creyó se trataba de una afección tuberculosa de ganglios; regresó en vacaciones en deplorable estado. El interno señor Caro conoce la historia perfectamente.

9.º Otro W. resultó negativo en un sifilítico con sífilides palmares y plantares que desaparecieron rápidamente con la primera inyección de neosalvarsán y que dos meses antes había tenido un chancro dudoso. (Lo vió con nosotros el doctor Bernáldez).

**Casos en que el Wassermann sigue siendo positivo aun después de tratamientos energicos : : :**

Es frecuente, sobre todo, en antiguos sifilíticos, que el W. siga siendo positivo después de ser tratados con intensidad, sin que en el transcurso de la medicación haya sido el W. negativo ni una sola vez. De estos casos conozco tres muy demostrativos y cuyas historias clínicas no difieren más que en la antigüedad de la enfermedad.

Pocas, muy pocas son las historias que presento, pero téngase en cuenta que jamás hago un Wassermann cuando el diagnóstico clínico se impone, y tan sólo recorro a él, con reactivación o sin ella, en aquellos casos dudosos en los cuales recojo algunos síntomas clínicos y deseo añadir un dato más a la exploración.

En el curso del tratamiento he seguido varias veces, con interés los resultados serológicos, y he encontrado grandes diferencias de unos enfermos a otros. En los casos de tratamiento abortivo, por lo general el W. es negativo después de terminado aquél; bien es verdad que, al comenzar, también debía serlo por llevar la sífilis pocos días de existencia.

En el período secundario, aun en aquellos pacientes que llevan el mismo tiempo de enfermedad, el resultado del W. varía mucho de unos a otros a pesar de ser idéntico el tratamiento.

En los sífilíticos viejos sin tratamiento, suele darse el W. negativo con más frecuencia a medida que la infección es más antigua; este hecho lo han comprobado la mayoría de los dermatólogos.

Al hacer las anteriores manifestaciones queremos poner de relieve una vez más lo detenida que tiene que ser la exploración del sujeto que sospechamos sífilítico, y que no debemos perder nunca de vista que en sífilis, desde el más vulgar síntoma objetivo a la más complicada reacción serológica, no hay nada absoluto.

En efecto, si examinamos uno por uno todos los síntomas del período secundario de la sífilis, veremos que no es su presencia aislada, sino sus relaciones y factores que le acompañan, lo que nos hace admitir o rechazar la infección. Las lesiones cutáneas se presentan en otros muchos procesos, a veces de forma idéntica a los sífilíticos; las placas mucosas también pueden ser motivo de confusión, y tocante a las algias múltiples ya sabemos, con los otros procesos, que suelen aparecer. Por eso no nos limitamos a señalar su presencia, sino que buscamos su aparición y evolución, comparamos, diferenciamos, etc., etc., y aun así muchas veces erramos los diagnósticos; eso tenemos que hacer con el Wassermann, someterlo a una revisión esmeradísima antes de aceptar o rechazar su informe.

Hace poco he visto un caso muy curioso que me recomendó el doctor Romero Rodríguez. Un señor de 30 años tiene una pequeña ulceración en el prepucio, que cura rápidamente con un toque con tintura de yodo, pero que es seguida de un infarto único gordo y doloroso, que se reduce paulatinamente y se resuelve sin supurar. Hago el diagnóstico de chancro venéreo y bubón consecutivo.

Pasan dos meses y el cliente vuelve a la consulta con dolores en los miembros y en la cabeza, fiebre, estado general decaído y unas manchas de contornos irregulares, de tamaño variable y repartidas sin simetría alguna, en número mayor por los brazos y el tronco. Claro es que, recordando el anterior chancro, era lógico pensar

en sífilis; no había alopecia ni lesiones mucosas; dejó el diagnóstico en suspenso, ordeno un purgante y aconsejo al enfermo que vuelva a verme a los cuatro días. En esta fecha todo había desaparecido; un W. hecho ocho días después por el doctor Bravo Ferrer, fué negativo.

A mi juicio fué un eritema multiforme, pero ¿qué hubiera pasado si por una precipitación imperdonable inyecto neosalvarsán? Los síntomas hubieran desaparecido solos, pero cualquiera nos quitaba de la cabeza que se trataba de un caso de sífilis que había respondido, como de costumbre, a la medicación arsenical.

Nunca, como en este caso, me he alegrado tanto de seguir la expectación hasta poner en claro un diagnóstico.

Pues bien, si eso se hace con los síntomas clínicos, con mayor motivo debe hacerse con las reacciones sorológicas; no darles valor absoluto, sino sumarlos a los otros datos para completar el cuadro nosológico, pero teniendo siempre presente los factores secundarios que pueden influir y, sobre todo, no olvidando nunca que en sífilis no hay nada absoluto y que en la mayor parte de los casos no se presentan reunidos todos los síntomas que son peculiares de esta infección y, por el contrario, podemos encontrar reunidos algunos de éstos en procesos completamente ajenos a la acción del treponema.

Al terminar estas breves consideraciones, sólo quiero insistir sobre un punto, para rebatir enérgicamente el erróneo criterio de «que el W. negativo no excluye la existencia de sífilis, pero en cambio el W. positivo es de una evidencia absoluta».

Los seis primeros casos que relato echan por tierra ese aserto; y últimamente, hace dos o tres días, he visto a un matrimonio recomendado por mi querido amigo el doctor Lara, que sin un síntoma clínico de sífilis, llevan seis años de tratamiento específico, porque en aquella fecha tuvieron la desgracia de hacerse un Wassermann que resultó positivo en ambos.



# Una sinusitis frontal de tipo anómalo

Por el DR. F. RUEDA

PROFESOR DE NÚMERO DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

Encargado de un servicio de Cirugía general en el Hospital de la Princesa constantemente me veo precisado a intervenir operatoriamente en las diferentes regiones del organismo, aunque, como es natural, dada la especialidad otorinolaringológica que cultivo, mis intervenciones son más frecuentes en las regiones correspondientes a la cabeza y el cuello, en las que mi experiencia es mayor con una notable diferencia; habiendo acumulado un caudal anatómico y patológico lo suficientemente abundante para que, en estos escenarios, sea mi técnica más precisa y más típica que para las demás regiones orgánicas, en las que mi competencia puede clasificarse de vulgar.

Y sin embargo, siempre que trabajo en las zonas sinusales perinaso-faríngeas, considerando en esta denominación el divertículo tímpano-mastoideo camino con la cautela y el recelo del que penetra en una habitación obscura, sin conocer con precisión la forma, dimensión y colocación de los muebles, es decir, con el temor de una sorpresa.

Y es que, en general, las regiones anatómicas resultan constituidas por órganos cuya función precisa no consiente desviaciones extraordinarias del tipo morfológico normal, sin que tales desviaciones pueden ser determinadas con anticipación al acto operatorio, el que será ejecutado previa determinación del estado anómalo que pudiera presentarse.

Para los espacios sinusales perinaso-faríngeos, con ser de una estructura esquelética, no ofrecen en la rigidez de sus paredes la garantía morfológica que de su solidez se pudiera esperar, porque no representando en la evolución orgánica estructuras fundamentales, la naturaleza no los elabora con la fijeza y pulcritud que emplea en la constitución de órganos de mayor categoría funcional. Por esto, al

operar en estas regiones, siempre tengo presente que su regla anatómica es la irregularidad bajo todos los aspectos de la forma, de cuya verdad fundamental se desprende el siguiente criterio técnico: operar siempre, explorando, tomando como punto de partida el término más fijo y conocido.

Pero este criterio no supone la inutilidad del perfecto conocimiento de los tipos anatómicos, hoy perfectamente analizados; muy al contrario, estos tipos deben constituir los jalones que, previamente establecidos, han de orientar nuestra exploración, tomando en segundo término, de gran significación también, el carácter y distribución de las lesiones que al paso se van ofreciendo.

Concretando estas consideraciones al terreno de mi modesta publicación, ningún especialista desconoce que el tipo anatómico de un seno frontal puede ser del terminado con bastante probabilidad con anticipación al acto operatorio, guiándonos, para el caso, de las condiciones de edad, sexo, conformación exterior de las eminencias superciliares, sondabilidad relativa o absoluta del conducto naso-frontal, resultado suministrado por la exploración diafanoscópica del seno no afecto, etcétera; condiciones todas que pueden hacer presumir si un seno es grande o pequeño, si se extiende en sentido vertical u horizontal, si su pared será gruesa o delgada, si tendrá comunicación con las células etmoidales anteriores, etc.; quedando, sin embargo, siempre en la imaginación la posibilidad de un error absoluto, de modo que en la exploración operatoria podemos encontrarnos con el tipo opuesto al previsto.

Esto precisamente es lo que ha ocurrido en la observación clínica que voy a historiar.

A mediados del mes de Noviembre ingresó en mi clínica del Hospital de la Princesa el paciente N. N., de unos cincuenta y cinco años de edad, remitido por el Dr. Márquez, al que había consultado por razón de una pronunciada exoftalmía del lado izquierdo. No encontrando este sabio oftalmólogo nada patológico en el terreno propio de sus actividades científicas y considerando la posible existencia de un proceso sinusal como factor etiológico del exoftalmo, trasladó el caso a un perito rinólogo, terminando por confirmarse el supuesto diagnóstico.

La inspección muestra una exoftalmía moderada del globo ocular izquierdo, cuya córnea aparece muy por debajo del nivel de la del lado derecho, al propio tiempo que en un plano más externo. La pupila reacciona francamente, la visión es distinta, la motilidad perfecta. Existe un moderado quemosis conjuntival. El párpado superior rojo y bastante edematoso en su mitad externa, cuyos edema y rosor se prolongan sobre la mitad externa del arco orbitario, zona limítrofe de la frente, enmascarando el relieve de la apófisis orbitaria externa, extendiéndose un poco a la porción lindante de la fosa temporal.

El relieve frontal correspondiente a la parte interna del arco orbitario es *exage-*

*rado*, como presagiando un seno frontal de gran desarrollo; pero en su aspecto, así como a la exploración digital, no se marca diferencia alguna con la eminencia del otro lado.

Introduciendo el pulpejo del índice entre el párpado y el arco orbitario por fuera de la escotadura supraorbitaria, se nota una elevación, cuya convexidad se pierde gradualmente, siendo semidura y bastante dolorosa. Desde este mismo punto parte un dolor espontáneo que se irradia a la zona fronto-temporal lindante.

La exploración rinoscópica muestra un cornete medio casi atrófico, cubierto de costras muco purulentas en su extremo anterior y escasísima cantidad de pus amarillo en la parte antero-superior del canal medio, correspondiendo al extremo inferior del conducto naso-frontal.

No practiqué la transiluminación eléctrica del seno frontal, la que, a juzgar por los datos anatómicos que después recogí en la operación, hubiera dado una zona de absoluta oscuridad.

Diagnostiqué una sinusitis frontal supurada, la que habiendo traspasado los límites de la mucosa, había provocado una osteitis limitada al suelo del seno por fuera de la línea correspondiente a la escotadura supraorbitaria, siendo inminente la fistulización.

Decidida una intervención operatoria, no la verifiqué sin embargo entonces, por tener en la clínica acumulación de operatoria más urgente, lo que me obligó a diferirlo algunos días hasta descargar el exceso de material.

Transcurrieron seis u ocho días, haciéndose la tumefacción más prominente y francamente fluctuante, llegando a la perforación espontánea el día mismo fijado para la operación.

En anestesia clorofórmica trazo una incisión, que comenzando en la nariz a nivel del borde inferior del hueso propio y próximo al surco naso-palpebral, asciende por delante del ángulo interno orbitario para remontar sobre la ceja y dirigirse horizontalmente hasta la apófisis orbitaria externa. Desprendo, previa hemostasia, la piel y tejido subcutáneo con la capa muscular incluida, reclinando el colgajo inferior sin desperiostar el hueso ante la expectativa de poder practicar una intervención a lo Killian. Descubriendo la zona ósea correspondiente a la apófisis orbitaria interna, allí, donde concurren las suturas del frontal con la apófisis ascendente y con el unguis y limitando el punto de elección de trepanación señalado por Sieur y Jacob como el *punto impecable*, por el que siempre se alcanza al seno frontal aun en los casos de mayor pequeñez, y donde la pared ósea es más delgada, bien pronto noto que el espesor es considerable, por lo que, buscando orientación, me dirijo al punto de fistulización del proceso sinusal, siguiendo el procedimiento antes aludido de comenzar por el término más conocido para realizar la exploración operatoria. Des-

cubriendo la bóveda orbitaria, fácilmente encuentro el orificio óseo en la parte central de una elevación de suave convexidad, que situada por fuera de la línea correspondiente a la escotadura supraorbitaria, altera un tanto la forma de la bóveda, que de ordinario es de franca concavidad.

Haciendo penetrar por el orificio un estilete de cierta flexibilidad, exploro los extremos de la cavidad en que penetra, notando que se dirige francamente hacia atrás en la extensión de unos tres centímetros, que alcanza por la parte externa hasta la raíz o nacimiento de la apófisis orbitaria externa por encima de la fosa lagrimal, que por la parte superior apenas si asciende medio centímetro y que por la parte interna encuentra cerrado el paso a la distancia de centímetro y medio o dos centímetros.

Después de ensanchar el orificio, reseco con pinza-gubia de curvatura apropiada toda la pared inferior de la cavidad, constituida por una delgada lámina ósea; limpio de fungosidades el recesus orbitario externo, y deshago este rincón lo mismo que el recesus posterior, faltándome sólo para terminar mi orientación descubrir el punto de entrada de esta cavidad, que encuentro en la parte más anterior de su recesus interno. Haciendo penetrar por su orificio el estilete flexible, fácilmente le hago llegar sin tropiezo hasta la fosa nasal. Dejando en posición este estilete guía, vuelvo a aplicar el escoplo sobre el punto inicial de trepanación, llegando así fácilmente a descubrir y reseca toda la pared del conducto naso-frontal, habiendo necesitado profundizar y reseca un espesor óseo de unos dos centímetros.

Ensancho su desembocadura en el canal medio, me es fácil pasar un desagüe a la fosa nasal; después de lo que, termino la operación sin tocar a la (llamémosla así) pared anterior del seno, suturando toda la extensión de la incisión, menos el ángulo interno, donde dejo un desagüe, correspondiendo al punto del desagüe nasal.

*Reflexiones críticas.*—Dentro de un amplio espíritu clínico, la mayoría de las observaciones ofrecen un punto que las hacen dignas de particular atención; en el caso presente, son dos los aspectos que quiero presentar a la consideración del lector, que en verdad, hacen de esta observación clínica una verdadera rareza; es el primero, el aspecto anatómico y la marcha anatomo-clínica que se desprende lógicamente, y es el segundo, la técnica operatoria empleada.

Bajo el primer aspecto, me pregunto, ¿a qué tipo conocido de seno frontal corresponde el historiado? Indudablemente pertenece al tipo de los senos frontales asimétricos; lo que, adelantándome a la reflexión del lector, en verdad, no constituye una rareza, ya que en los diferentes datos estadísticos que nos proporciona Onodi se nota un tanto por ciento elevado de cavidades frontales dotadas de esta cualidad. Yo mismo en mi casuística particular registro dos observaciones operatorias, en las

que el seno enfermo traspasaba la línea media, metiéndose de un modo notable en el terreno que debiera ocupar el seno opuesto.

Cuando existe esta conformación, el *septum sinusal* aparece desviado hacia el lado del seno más pequeño, aunque sin perder por esto su verdadero carácter de tabique de separación.

Este carácter aparece señalado por el hecho de que ambos senos frontales manifiestan su tendencia normal a extenderse en altura entre las dos tablas separadas de la porción escamosa del coronal, de manera que el *septum*, aunque oblicuado, conserva su tendencia ascensional.

En la observación que he historiado, evidentemente el *septum*, como tal tabique divisorio, podemos afirmar que no existía, por la circunstancia de que el seno operado no se desarrollaba en el sentido ascendente, con la circunstancia evidentemente anómala y rarísima de que faltaba todo espacio neumático en el sitio anatómico preciso en el que no debía faltar; es decir, allí donde al terminar el conducto naso frontal éste se ensancha para constituir un seno siquiera sea minúsculo. No es dudoso el que uno o ambos senos frontales puedan faltar, y en esta circunstancia, el conducto naso frontal alcanza al límite en que debiera existir el seno frontal, terminando en dedo de guante o en un ligero ensanchamiento que representa el rudimento de una cavidad cuyo desarrollo se ha suspendido; y en este caso no es lógico pensar en la existencia de un *septum*, no existiendo cavidades que separar o existiendo una sola cavidad.

En la observación historiadada se daba un tanto esta cualidad, por el hecho de que trepanando en el sitio de elección, después de atravesar un considerable espesor anómalo de sustancia ósea, en vez de llegar a una cavidad se alcanzaba a un trayecto sumamente angosto que era la continuación del conducto naso-frontal, cuyo trayecto, después de llegar al nivel de la escotadura supraorbitaria y a bastante profundidad, desembocaba en un espacio neumático, que no se extendía en el sentido vertical, sino en el horizontal, dirigiéndose hacia la apófisis orbitaria externa cuya raíz escavaba, alcanzando el límite de la fosa temporal. Semejante disposición es la primera vez que tengo conocimiento de ella, y aunque no creo que se haya creado esta única vez con el objeto exclusivo de que yo la descubra, es lo cierto que en la literatura no he tropezado con nada equivalente.

De esta disposición anatómica se desprende lógicamente la evolución clínica que presentó nuestra observación, la que puede resumirse diciendo que se componía de dos elementos: silencio sintomático endo-nasal y resosancia clínica orbitaria externa. Este fenómeno es perfectamente comparable a la evolución de las mastoiditis y apexianas de tipo primitivo con tendencia a la forma de Bezold, en las que, existiendo un silencio sintomático en la zona tímpano antral, todo el proceso sép-

tico traslada su actividad a las células pneumáticas de la punta de la apófisis con infiltración del tejido celular de la cara profunda de la inserción del esterno-cleido-mastoideo, y finalmente, la fistulización en la cara interna de la apófisis y la celulitis supurada de los intersticios intermusculares del cuello. ¿Cuál es el fundamento anatómico de esta forma de mastoiditis? La estrechez anómala del conducto tímpano mastoideo y la insignificancia o ausencia del antro, coexistiendo con el pneumatismo exagerado de la punta. En nuestro historiado, la angostura, longitud y tortuosidad del conducto naso-frontal, así como la ausencia del primer departamento del seno frontal, con el pneumatismo anómalo de los dos tercios externos de la arcada supra-orbitaria, dan cuenta perfecta tanto de la evolución como de la fistulización rápida en el borde superior del párpado. La técnica operatoria que se imponía, dadas las condiciones anatómicas, no podía ser otra que la puesta en práctica. Efectivamente, para ejecutar cualquiera de las técnicas propuestas en el curso del desarrollo histórico de esta cirugía especial, hubiera sido necesario contar con una arquitectura anatómica que se aproximase a cualquiera de los tipos conocidos; pero encontrándome con un seno frontal aplastado de arriba abajo, con una lámina ósea inferior, delgada y fistulizada, con una pared anterior de muy insignificante altura, lo mejor que podía hacer era olvidarme de las técnicas de Killian, de Kuhnt y de Taptas, para seguir un precepto quirúrgico elemental: destruir la cavidad ósea, resecando en totalidad su pared inferior que formaba parte de la bóveda orbitaria y canalizar hasta la fosa nasal el conducto naso-frontal. De este modo, los tejidos blandos de la órbita llegan a ocupar el hueco que antes pertenecía a la cavidad ósea, con lo que la cicatrización resulta ideal. No dudo que semejante procedimiento puede ser aplicado a todas las sinusitis frontales en las que el hueco frontal se extienda con predominio en el sentido horizontal, siempre que la altura del hueco resultante pueda llenarse con los tejidos blandos orbitarios.

El curso post-operatorio de mi historiado ha justificado mis previsiones, por cuanto la cicatrización se ha establecido sin deformidad alguna.



# ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

## Sociedad Oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL DÍA 17 DE ENERO 1918

### **Exenteración de la órbita por sarcoma reproducido de la conjuntiva.**

DR. GARCÍA MANSILLA.—Dolores Pérez, de 4 años de edad, natural de Andújar (Jaén), ingresó en la sala 28, cama 5, a nuestro cargo en el Hospital General el 25 de Octubre de 1917. Refiere la madre de la enferma que en Febrero de 1917, estando cosiendo la niña, se pinchó con la aguja el párpado superior izquierdo en su parte interna que salió alguna sangre, se inflamó ligeramente durante tres días y que después aumentó aquella con la pomada de oxido-amarillo que le dispuso su médico. Como la inflamación no cedía llevó a la niña a Córdoba donde en Abril la operaron un tumor que había debajo del mencionado párpado, que la dijeron que era un quiste o una postema fría. Al mes de esta operación empezó de nuevo la inflamación del párpado superior y después la del inferior y aumentando cada vez más ambos llegaron a adquirir un enorme tamaño por lo cual se decidió la madre a traer la niña a Madrid.

*Estado actual.*—Ojo derecho completamente normal.

Ojo izquierdo.—Los párpados están enormemente distendidos, rojos, y entre ellos asoman masas carnosas de color rojo vivo que difícilmente dejan ver el globo ocular. Dichas masas, de aspecto canceroso, sangran al menor contacto. En el párpado superior, sobre la mucosa tarsiana, existe una masa que moldea al globo ocular, del volumen de una mandarina y que está internamente unida al cartílago tarso.

La piel que recubre este párpado no es deslizable, está adherida al tarso en gran extensión indicándonos que la neoplasia empezó en la mucosa tarsiana y se ha propagado al tarso y a la piel.

Las masas neoplásicas se propagaban a los fondos de saco conjuntivales superior interno e inferior interesando también la canúncula y el pliegue semilunar.

Ocupaba también la conjuntiva tarsiana del párpado inferior y fondo de saco conjuntival pero la piel de este párpado era deslizable y no estaba invadida.

La conjuntiva ocular, córnea y todo el ojo completamente normal.

Examinado por el tacto el borde orbitario a través de los párpados, podía apreciarse la enorme masa neoplásica situada debajo de ellos. No había infartos ganglionares. El estado general de la niña era excelente.

La fotografía que presento a los señores socios, hecha por el interno Sr. Maestre, dará una idea del aspecto que tenía la tumoración.

*Diagnóstico.*—Se hizo el de sarcoma reproducido de la conjuntiva que empezando por la mucosa tarsiana del párpado superior se propagó por el fondo de saco conjuntival interno a la conjuntiva tarsiana inferior. Se practicó la operación el 2 de Noviembre, mediante anestesia clorofórmica, se practicó una incisión a nivel del borde orbitario y penetrando en la órbita se seccionó el nervio óptico, quedando extirpada toda la neoplasia. Encontrándose sana la cavidad orbitaria y la grasa retroocular, la dejamos en su casi totalidad para facilitar cicatrización y relleno de dicha cavidad.

La cicatrización marcha muy bien, no es de temer reproducción y como ven los señores socios en breve quedará la niña curada. Por el examen de la parte extirpada pudo comprobarse que toda la conjuntiva palpebral y de los fondos de saco estaba sembrada de masas rojas que formaban cuerpo con ella así como con los tarsos y la piel del párpado superior. La mucosa ocular y córnea intactas.

*Examen microscópico.*—Remitido el producto patológico al Laboratorio Provincial nos remite el Dr. Mendoza el siguiente informe:

«Al estudio histológico del producto remitido resulta constituido por tejido fibroso, denso y fibroso areolar donde existe una infiltración de células embrionarias constituyendo una neoplasia de tipo fibro-sarcomatoide».

El caso que acabamos de exponer es sumamente excepcional por el sitio de iniciación de la neoplasia (mucosa tarsiana superior) pues sabido es que las neoplasias malignas de la conjuntiva son generalmente melanomas nacidas en la mucosa ocular o epitelomas que arrancan del limbo esclero-corneano.

DR. JENARO GONZÁLEZ.—La historia clínica expuesta por el Dr. Mansilla es de lo más completo en documentación, y la presentación del caso mismo nos demuestra a

mi juicio, uno de los mejores operados que puedan verse de exanteración de la órbita.

El presente caso hace a la zaga el problema de las indicaciones de enucleación o exanteración orbitaria en los tumores malignos de la conjuntiva, según que estos asienten sobre la conjuntiva del globo ocular o sobre la conjuntiva palpebral.

Las neoplasias que radican en la conjuntiva bulbar y no han adquirido mucho desarrollo basta ordinariamente con la enucleación del tumor mismo o la del ojo si hay reproducción; pero muchas veces ocurre que el enfermo se resiste tenazmente a perderle porque con él ve; tal determinación da lugar a que adquiera un volumen que englobe al ojo como una fruta a su tito, y no sea posible luego más que una exenteración de la órbita.

Por eso el caso que han visto ustedes hoy (presenta González un enfermo) para discutirle en la sesión próxima, guarda cierta analogía con la historia clínica del Dr. Mansilla, y que de confirmarse su naturaleza maligna estaríamos a tiempo de una enucleación, aunque dudo por hoy que se trate de eso, y sí de un pterigion *rebelde*.

Es indudable que cuando asienta en la conjuntiva palpebral (como el sarcoma presentado por el Dr. Mansilla) siempre hay que hacer una exanteración orbitaria aunque sea más pequeño que el expuesto en su comunicación.

Ya vi hace años otro caso también muy interesante del Dr. Mansilla, en el que la exanteración era terminada con un tapizamiento de la piel del párpado.

El presentado hoy es otra variedad de esta intervención que constituye un éxito más, por lo cual quiero expresarle mi felicitación.

#### **Tratamiento quirúrgico del estrabismo (presentación de operados).**

DR. JENARO GONZÁLEZ.—Hace tres años que aún no estaba constituida la presente Sociedad de Oftalmología, presenté a la Academia Médico-Quirúrgica Española un nuevo procedimiento para operar el estrabismo.

Entonces los casos que tenía tratados no eran más que 18; pequeña cifra para sentar conclusiones. Hoy que el número de operados llega a 93 con el último que acaban de ver ustedes, que permite hablar con más holgura y añadir algunas modificaciones que la experiencia y la práctica enseña en esta clase de intervenciones.

El origen de mi procedimiento partió de salvar en los ya conocidos de avanceamiento, dos deficiencias capitales. La primera, la falta de precisión en la cantidad o medida que un músculo debe avanzar para su perfecta corrección. Y la segunda,

se refiere a las suturas en esclerótica que cuando no se realizan en pleno tejido, o se compromete la exactitud del procedimiento o se corre el riesgo de traer graves desórdenes para el ojo operado. Lo primero, lo hemos solucionado con un pequeño cálculo (véase los «Anales de la Academia Médico-Quirúrgica 29 Marzo 1915) consistente en determinar la cantidad de tendón que es necesario reseca con relación a los grados de desviación  $\frac{7 \times 23 \times 10}{360} = 2$  o sea determinar lo que avanza el músculo en su movimiento al desviarse 10 grados de su eje de fijación.

En los procedimientos corrientes, el avance se hace a tanteo, apretando o aflojando las suturas hasta que la simple inspección dé la corrección aproximada o una hipercorrección moderada. Inconveniente fuera de duda si la intervención la tenemos que hacer bajo anestesia general (relajación muscular, falta de convergencia, etcétera) asuntos que no analizamos por no ampliar demasiado la comunicación.

En cuanto a las suturas en esclerótica, son muy difíciles de ejecutarlas bien. Si se hacen superficiales en la cáscara ocular suelen soltarse y quedar solamente sujetos a la conjuntiva, cuya enorme elasticidad da grandes errores en la corrección, y si por el contrario se hacen profundos para mayor seguridad y fijeza, es fácil entonces penetrar con la aguja y el hilo en el interior del ojo. Resulta pues una sutura intra-ocular o penetrante que no deja de poder tener funestas consecuencias. Ya que pudiera dar origen a una panoftalmía (aunque algunos aseguran haber visto salida de vítreo sin ocurrir nada) o que el hilo en contacto del vítreo aun estando aséptico da lugar a condensación del tejido con neoformaciones de bridas que a la larga producen tracciones de la retina llegando en ocasiones a desprendimientos parciales.

Por eso mi procedimiento está exento de estos dos inconvenientes, ya que se opera fuera del globo ocular y toda la intervención afecta exclusivamente al músculo y conjuntiva, sin intervenir para nada la fijación en la esclerótica más que la propia y natural inserción del músculo. Respeto la inserción fisiológica con lo cual también se evitan los desplazamientos oblicuos a que suelen dar lugar las inserciones artificiales en los procedimientos corrientes de avazamiento muscular; (y dicho sea de paso) mal llamadas de avanzamiento, porque el músculo no puede avanzar estando fijo en el vértice de la órbita, sino que es el ojo el que bascula hacia atrás para que la nueva inserción sea más anterior.

El procedimiento que expongo a vuestra consideración es una verdadera miectomía o de resección tendinosa.

Se principia por abrir la conjuntiva a unos cinco milímetros del borde corneano escindiendo como un centímetro de extensión; se diseca de la cápsula de Tenón con un instrumento romo y aparece el músculo envuelto en la aponeurosis. Se in-

cinde esta por los bordes tendinosos del músculo recto hasta conseguir separarla de todas adherencias incluso las existentes por debajo del tendón y esclerótica.

Entonces se introducen dos ganchos de estrabismo uno por arriba y otro por debajo que pongan tenso al músculo al tirar con ellos en sentido opuesto. Viene ahora la colocación de las suturas: un hilo de seda provisto de una aguja en cada extremo; se introduce por debajo del músculo la primera aguja atravesando la inserción y saliendo por la conjuntiva.

Con la otra aguja se repite lo mismo para que el asa resultante abarque el tercio medio del músculo. El segundo hilo también provisto de dos agujas, se hace sutura separado del primero a una distancia proporcional a la cantidad de músculo que queramos reseca y con el cual se coge de dentro a afuera músculo y conjuntiva.

Una vez preparadas estas suturas, se procede con tijera a cortar el trozo de músculo previamente calculado, a ras de la inserción, dejando un espacio cuyos bordes seccionados se aproximan con una tercera sutura de hilo de catgut, sin llegar al apretarla, acabalgamiento. Es el hilo de fijación. Se anudan después los hilos de seda, de forma que el cabo superior corresponda al otro cabo superior, y al mismo tiempo el ayudante coge las inferiores que anuda para que no haga corredera el hilo. Se produce entonces una verdadera coaptación de músculo y conjuntiva correspondiente a la porción reseca sin que se note al terminar mamelón alguno de repliegue como suele suceder en los procedimientos corrientes de avanzamiento o doblez del tendón. Esto último es un factor de gran importancia teniendo en cuenta que tal intervención en la mayoría de casos no se busca más que una finalidad estética.

DR. BASTERRA Y SANTA-CRUZ.—El tratamiento por el Dr. González en sus enfermos es una miectomía, operación ya conocida en la que nuestro compañero hace algunas modificaciones.

Sea el que fuere el tratamiento quirúrgico empleado en un estrábico, siempre se obtiene inmediatamente después de la operación, una corrección que aunque no sea la que se debía obtener, sí la suficiente para que llame poderosamente la atención del vulgo.

Un ojo que estaba como dicen torcido se lo han puesto derecho. Esto repercute en la fisonomía del individuo enormemente. Es una intervención en síntesis de gran efecto. Este efecto es el que buscan muchos y anhelan operar estrabismos. La intervención empléese el método que se emplee (que son muchos) no es difícil. Lo difícil es llenar con precisión las indicaciones en cada caso para que los resultados no sean solo pasajeros, y saber por consiguiente en presencia de un estrábico si hemos de hacer una tenotomía, un avanzamiento o combinar ambos. Dejando a un lado lo dicho, de lo que quería hablar aprovechando la comunicación del Dr. González ya que de estrabismo se trata, era de lo siguiente:



Son varios los casos de estrabismo convergente conmitante semilateral en unos, alternante en otros, periódico y constante, que he visto; algunos de ellos están en tratamiento, otros ya curados.

Estos enfermos han estado con otros colegas y estos han dicho a los padres del niño: Déjele usted, por ahora no se puede hacer nada, cuando sea mayorcito se le operará.

De este proceder es el que quiero protestar por ser un gravísimo error el que cometen obrando de esta forma.

A tales enfermos casi todos hipermétropes (ya sabemos que el estrabismo convergente es muy frecuente en la hipermetropía) el tratamiento que se impone es el funcional, el óptico en cuanto su edad lo permita, porque en él combatismo las causas del estrabismo que son la acomodación que tienen que emplear para corregir su hipermetropía y por consiguiente la convergencia. Factores son estos dos acomodación y convergencia causante de la exoforia que unidos a la distinta agudeza visual del ojo estrábico producen un estrabismo manifiesto. Es preciso, repito, lo antes posible por medio de la Skioscopia (método que dígame lo que se quiera es el mejor para determinar con exactitud la refracción ocular) después de determinar exacta y totalmente el defecto de refracción, prescribir los cristales que sean necesarios para que se haga un uso constante de ellos.

Con el tratamiento funcional empleado a su debido tiempo y como es debido se corrigen muchos estrabismos. Solo cuando fracase está permitido hacer uso del tratamiento quirúrgico para usar a continuación el funcional.

Pero este tratamiento no es tan lucido, no es tan cómodo, es menos lucrativo, pero es más científico, más difícil y el que debemos de emplear y no dejar abandonado al pequeño enfermo abusando muchas veces de la autoridad científica que posee quien así lo ordena.

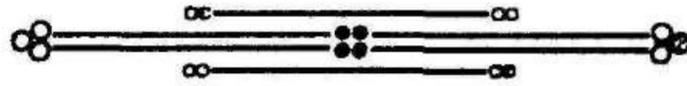
#### RECTIFICACIÓN

DR. JENARO GONZÁLEZ.—Expreso mi agradecimiento a las observaciones del Dr. Mansilla por el interés que le ha despertado mi procedimiento, así como también a nuestro Presidente Dr. Megía por haber intervenido en la comunicación.

Las objeciones del Dr. Basterra no se concretan al tema anunciado y expuesto, nada por tanto tengo que rectificar; pero aún concediéndole beligerancia en los derroteros a que quiere encauzar la discusión, he de manifestarle mi disconformidad, porque olvida la finalidad que en general tiene el tratamiento quirúrgico del estrabismo. Pues en el adulto, la intervención casi siempre llena una indicación de esté-

tica (que es lo que principalmente busca el estrábico sobre todo si es mujer) ya que otros medios pueden considerarse como fracasados para la corrección.

Las demás consideraciones que indica en el tratamiento ortóptico en los niños, son de sobra conocidas para que merezcan nueva discusión. Con lo cual su inocente protesta ya sabrá con ella a quién alude, pues yo no acostumbro a rechazar el tratamiento que corresponde al caso ni a aplazar las intervenciones cuando las creo indicadas.



## SECCIÓN VARIA

# 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 1918, debiendo dirigirse a esta Administración.



GALERÍA DE CARICATURAS



**DR. PALAZÓN LACARCEL**

Redactor de MURCIA MÉDICA





# Asamblea Médica Regional Valenciana

---

**12-17 Marzo 1918**

## MARTES 12 DE MARZO

**Sesión inaugural.**—Tuvo lugar, como el resto de las sesiones, en el paraninfo de la Universidad, a las cuatro y media de la tarde del día 12. Ocupó la Presidencia el Dr. D. Rafael Pastor, que tenía a su derecha al Excmo. Sr. Capitán General Tovar; al Alcalde de Valencia, Sr. D. Faustino Valentín; al Presidente de la Diputación, D. Miguel Paredes, y al Presidente de la Asamblea Médico Regional, Dr. Juan Peset; y a su izquierda, al Sr. Gobernador civil de la provincia, don José Sánchez Anido; al Presidente de la Audiencia, D. Valentín Escribano; al Delegado de Hacienda, Sr. Pérez Caballero, e Inspector Provincial de Sanidad, Dr. Torres Babi.

Ocuparon el estrado señores Catedráticos de la Facultad de Medicina, representaciones de los claustros de las Facultades de Ciencias, Filosofía y Letras, Derecho, de los Colegios Médicos de la Región, Instituto General, Sociedades científicas y entidades oficiales de Valencia.

Abierta la sesión, el Secretario de la Comisión organizadora, Dr. Mestre Medina, dió lectura a una hermosa, completa y bien escrita Memoria, relatando los trabajos realizados, anteriores a la celebración de la Asamblea Médica Regional, la cual—dice—debe su origen a las desventuras que padece la clase médica. Con palabras elocuentes encomió la labor de los Dres. J. Gosálvez, F. Torréns, E. Ballesster de los Reyes, J. Mestre, Francisco Brugada, Vicente Carsí, Antonio Casanova, Francisco Reig Pastor, Luis Valls Mascarós, José Baldoví, Ramón Vila Barberá, Antonio Cortés Pastor, Eusebio M. Romo, Manuel Portacœli, Tomás Alcober, Francisco Ortí Tronch, Antonio Villanova Ys, Salvador Cerveró, José Picazo, José Chabás, Ricardo Muñoz Carbonero, Francisco Ferrero, Alejandro García Brustenga y J. Dómine, quienes con el Dr. Juan Peset, cuyo solo nombre—dice—era garantía de éxito, constituyeron la Junta organizadora.

Tuvo palabras de íntima satisfacción por la valiosa adhesión del Colegio Farmacéutico de Valencia, recibida la cual, nombróse una comisión mixta, integrada por los Dres. Torres Babi, Alcober, Bartrina, Olivera, Torréns, Gamir y Moncho, para

\* estudiar los asuntos de interés profesional mutuo, y terminó su elocuente Memoria haciendo fervientes votos porque la voz del médico se deje oír en todas las esferas sociales con la potencia que le dan sus derechos, puesto que se sacrifica en beneficio de la humanidad.

Grandes aplausos al terminar su lectura fueron el premio otorgado al joven doctor Mestre por su bien razonada Memoria.

Ocupó después la tribuna el sabio Dr. Gómez Ferrer, uno de los catedráticos que más simpatías tienen entre sus compañeros, siendo acogida su presencia con una ovación grande, que produjo en el disertante profunda emoción.

El discurso inaugural leído constituyó un afiligranado conjunto de reflexiones y razonamientos, encaminados a demostrar la necesidad de la *Unión*, mágica palabra reveladora a veces de la imposibilidad convertida en hecho, la cual, para que pueda llegar a ser poderosa, ha de pesar como todo sacrificio, como todo esfuerzo, llegando hasta reformar el sentido éticamente erróneo, que hace buscar al individuo la asociación tan sólo en su provecho.

Citó el caso de los 28 tejedores, que el año 1843 constituyeron una Sociedad: con 700 francos de capital fundaron una Cooperativa, y pocos años después tenían algunos millones, gracias al entusiasmo con que mantenían su unión, hecha a base del «uno para todos y todos para uno».

Débase realizar el esfuerzo sin pensar en el provecho propio, con abnegación semejante a la empleada por el padre que planta el árbol para que los hijos coman el fruto, y al que así no lo haga, despreciarle y arrojarle de la Sociedad, aislarle, a fin de que aprenda lo poco que vale el individuo a sus solas fuerzas abandonado.

La *Unión*, ante todo, ha de ser sacrificio, y sólo del sacrificio brotará la esperanza de que la Federación Médica Regional sea vínculo y no farsa destinada a disolverse.

Extendióse en atinadas consideraciones, tan repletas de ciencia y elocuencia, acerca de lo que podrá ofrecer la *Unión* a sus asociados y lo que podrá ofrecer a los demás, citando para precisarlo el ejemplo de los Exploradores Equitativos de Rochle, que consideraríamos imperdonable petulancia aventurarnos en la penosa labor de extractar los certeros razonamientos de maestro tan preclaro.

Expuso admirablemente las dificultades que entraña la realización de la proyectada *Unión*, afirmando ser la mayor el medio ambiente en que hasta ahora han vivido los dignos compañeros en los respectivos distritos rurales, y cuyo ambiente es causa de repulsión.

La obra empezada necesita del esfuerzo de todos, y la perseverancia puede ser el complemento necesario de esta obra. La ignorancia y la malicia, rémora de toda idea noble, desinteresada, altruista, buena, deben ser vencidas mediante la cultura,

porque sólo entonces la economía nacional resultaría favorecida por una unión médica potente, inspirada en una moral austera y un saber positivo.

Tan meritísimo trabajo, del cual apenas si un pálido reflejo hemos podido dar en esta reseña sucinta, fué coronada con la aprobación y entusiasmo de todos los oyentes que aclamaban al sabio, austero y meritísimo maestro.

A continuación, el Alcalde Sr. Valentín, pronunció elocuentes frases de salutación para los assembleístas y prometió la cooperación de las autoridades en la magna empresa que desde aquel momento iban a comenzar.

Haciendo alusión a la frase del doctor Gómez Ferrer de que la *Unión* es la fuerza, termina diciendo: imaginaos lo que será la unión de esfuerzos, de tantas voluntades, de tantos hombres y de inteligencias tan grandes como las que atesora la clase médica.

La ovación tributada al Sr. Valentín por su breve pero eficaz y contundente discurso, se repitió con grandes aclamaciones de entusiasmo, cuando se levantó el doctor D. Juan Peset.

Con palabras persuasivas de gran sinceridad empezó diciendo el señor Presidente de la Asamblea que su preseca en aquel elevado sitio podía servir de símbolo a la fórmula de Huchard, que aceptada, es base firme de relaciones interprofesionales y que consiste en afirmar «*la igualdad ante el título facultativo*». En este sentido cualquiera de los assembleístas, por el sólo hecho de ser médico era ya acreedor de tal honor. Agradeció a las autoridades Políticas y Médicas su presencia, en aquella sesión inaugural y dió la bienvenida a esa pléyade entusiasta de médicos y farmacéuticos de Levante que, poseedores de la virtud,—esa fuerza por excelencia que decía Lacordaire—se agrupaban para filtrar algunas impurezas de la vida profesional y poder de esta suerte ofrecerla sin mácula, a la humanidad afligida.

Protestó de la intención aviesa de quienes, exagerados, atribuyen a la clase médica un espíritu de insociabilidad, aduciendo en contrario la afirmación de que no puede compararse el espíritu gregario que fácilmente prende en determinadas masas con el espíritu social en su más elevada acepción, único que puede satisfacer al médico. Distinguió en elocuentes párrafos las uniones gregarias pasivas y de rebaño, tiránicas y opresivas de la individualidad, con la unión entre los médicos que habrá de ser libre, consciente, activa y esencialmente respetuosa para el individuo.

Entonó un himno a la noble ciencia de Esculapio y a sus sacerdotes, recordando la frase del célebre anatómico Martín Martínez, que para conocer todo lo que vale la Medicina había que perderla.

Invitó a los assembleístas a trabajar con entusiasmo y con fe hasta resolver los arduos problemas que les congregaban, que si bien ellos buscaban el supremo bien de los enfermos, también entrañan anhelos y esperanzas de bienestar para la clase

cansada de vanas promesas de arriba y de negras ingratitudes de los de abajo. Dijo que la regeneración es obra del propio individuo y todos debemos empezar por buscar los medios para llevarlos honradamente a la práctica y sin perjuicio de llegar a usar con justicia las fuerzas de nuestra unión para obtener soluciones que dependan de otros.

Termina diciendo: Si en el dogma cristiano no espira el Redentor sin quejarse ante el cielo por su abandono, bien podemos nosotros increpar a quienes imposibilitan nuestra humanitaria misión.

Finalmente, puso término a esta fiesta con un sentido y bien razonado discurso, el Rector Dr. Pastor y González, quien habló como representante oficial de la Universidad.

Saludó a los compañeros de fuera que vuelven en cuerpo a la casa solariega ya que en espíritu siempre convivieron en ella. Felicita a la comisión organizadora de la Asamblea, en especial al digno Presidente, el joven maestro Dr. Juan Peset.

Agradece la cooperación de las autoridades y, al declarar abiertas las sesiones de la Asamblea, trazó de forma magistral el espectáculo consolador de la clase médica, que se une como un solo hombre en los tiempos modernos de destrucción.

Este fué, a grandes rasgos, el discurso del Dr. Pastor, con el que cerró con broche de oro el acto inaugural, que resultó solemnísimos.

**Sesión primera.**—El Dr. D. Juan Peset cede la presidencia al Dr. Pascual, presidente del Colegio de Médicos de Gerona, que es recibido con una salva de aplausos.

Actúan de secretarios los Dres. Comín Vilar y Bartrina Olivera.

Concedida la palabra al Dr. Portaceli, ocupa la tribuna, dando lectura al trabajo del Dr. José Gadea y Pro, Inspector provincial de Sanidad de Alicante, que versa sobre la «Necesidad de la creación de un Ministerio de Sanidad o, en su defecto, que los asuntos del ramo dependan del Ministerio de Fomento».

Fundamenta su creencia en el hecho de radicar la cabeza visible oficial de la Sanidad del reino en el Inspector General, dependiente del Ministro de la Gobernación. Otra rama sanitaria, la del campo, depende del Ministro de Fomento, y una tercera, la Pecuaria, es una mezcla anodina de funciones, todas ellas influenciadas y presionadas por la política y por el Ministro, que obra no siempre con arreglo a lo propuesto, sino según las tiránicas exigencias de aquélla. De ahí la necesidad de crear el Ministerio de Sanidad, libre y autónomo, completamente técnico o en su defecto, llevar la Inspección General al Ministerio de Fomento, donde radican hoy la del campo y la Pecuaria, y más en armonía con la misión de ese departamento de quien forman parte las direcciones generales de Obras Públicas, Montes, Minas, Trabajo, etc., que son, por su finalidad, objetivos fecundos como la Medicina.

Interviene en este debate el Dr. Moliner Alió, que elocuentemente, recuerda la labor realizada por su padre, el Dr. Moliner y Nicolás, al solicitar el quinto poder del Estado, y abunda en las ideas expuestas por el Dr. Gadea.

El Dr. Espinosa expone que las conclusiones del trabajo que se discute están puestas en práctica por nuestro Ayuntamiento. Arguye en contra de esta afirmación el Dr. Cortés Pastor y pide la separación de la política de todo lo que afecte al ramo de Sanidad.

Apruébase por unanimidad lo propuesto por el Dr. Gadea.

El Dr. Mestre Medina lee las conclusiones que para la «Renovación de la ley de Sanidad por la clase médica», presenta el Dr. José Aznar Esteruelas, de Alicante, siendo aprobadas sin discusión.

Acto seguido hace uso de la palabra el Dr. D. Francisco Brugada, que se ocupa de «La colegiación obligatoria». Dice que no lee trabajo ni conclusiones, pues posteriormente a encargarse él de tal ponencia apareció en la *Gaceta* el decreto concediendo lo que en su trabajo pedía.

Intervinieron en el asunto los doctores Cerveró, Alós y García Morro.

Ocupó la tribuna el Dr. Espinosa Ventura y pronunció un largo discurso, defendiendo la tesis siguiente: «Necesidad de organizar los médicos constituyendo cuerpos oficiales».

Después del exordio entonó un himno a la «Unión Regional» y afirmó que todos los médicos deben depender del Estado y que el medio para ello debe ser la oposición; pide igual organización para los médicos que la de los empleados públicos y solicita para los compañeros un riguroso escalafón de antigüedad.

Se adhiere a lo manifestado por el doctor Espinosa, el Dr. Marín.

El Dr. Llisterri (P.) acepta para los titulares las conclusiones del Dr. Espinosa y para los médicos de población no, desde el momento que el ejercicio es libre y como empleados se tratan ya a los médicos de beneficencia provincial y municipal. Respecto a procedimiento defiende el concurso y la oposición.

El Dr. Cortés apoya lo dicho por el doctor Espinosa.

Rectifica el Dr. Espinosa que insiste en sus manifestaciones y se acuerda solicitar del Ayuntamiento que saque a oposición las vacantes de médicos municipales.

El Dr. García Morro lee un trabajo que versa sobre «Clasificación de Partidos Médicos», fijando las categorías estudiadas en la sesión celebrada por la Junta de Patronato de Médicos titulares en 19 de Abril de 1904 y presidida por el malogrado D. José Canalejas. Hace historia de cuantos trabajos se han realizado para llegar a este fin y termina proponiendo a la Asamblea pida al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación despache urgentemente los expedientes que se incoaron con dicho fin, siendo aprobado por unanimidad.

A continuación ocupa la tribuna el doctor Picazo, de Valencia, y lee su comunicación sobre la «Consecuencia del previo dictamen médico para contraer matrimonio». El estudio que de este tema hace el doctor Picazo es acabado y perfecto.

Interviene el Dr. Chabás, impugnando el informe del Dr. Picazo, diciendo que sería extraordinaria la limitación por el gran número de enfermos a quienes se les impediría contraer matrimonio.

El Dr. Llisterri dice que el secreto profesional desaparecería si se llevara a efecto lo que pide el Dr. Picazo, y que desde ese punto es imposible sostener aquella tesis.

El Dr. Peset (D. Juan) manifiesta que las tendencias modernas son de sacrificar el interés individual al colectivo y rectifica el Dr. Picazo, insistiendo en sus argumentaciones y demostrando que en su trabajo quedan previstas las aseveraciones de los Dres. Chabás y Llisterri.

A propuesta del Dr. Sanchis Bergón, se abstuvo la Asamblea de tomar acuerdo definitivo sobre asunto cuyo aspecto científico es bastante complejo para exigir maduro examen.

Se pasa a la discusión del Reglamento.

### MIÉRCOLES 13 MARZO

**Sesión segunda.**—A las diez de la mañana se abre la sesión, bajo la presidencia del Dr. J. Peset. Concedida la palabra al doctor Alcober, de Valencia, lee éste su ponencia titulada «Clientes morosos», cuyas conclusiones son las siguientes, que fueron aprobadas.

1.<sup>a</sup> La morosidad de los clientes es una de las causas del malestar de la clase médica, que en los partidos médicos sobre todo, acarrea frecuentemente como consecuencia la rutina y el abandono en el ejercicio de la profesión.

2.<sup>a</sup> El evitar la morosidad de los clientes debe ser función de los mismos médicos, pues los personajes influyentes de los pueblos, cuando interceden, lo hacen en beneficio del mal pagador y los tribunales de justicia, cuando intervienen en los casos de no probada insolvencia del demandado, resultan costosos y de procedimientos enojosos y lentos.

3.<sup>a</sup> En el pueblo donde no ejerza más que un facultativo, facilitará éste una lista de morosos a sus compañeros de los pueblos limítrofes, cuyos compañeros no podrán visitarles sin que previamente salden su cuenta con el médico de la localidad.

4.<sup>a</sup> Serán incluidos en la lista o registro de morosos los igualados que un año después del vencimiento de un recibo, no hayan satisfecho su importe; o los que des-

pués del mismo tiempo de utilizar un servicio médico no lo hayan retribuído a pesar de las reiteradas instancias hechas para su cobranza.

5.<sup>a</sup> En los pueblos donde ejerzan dos o más facultativos se confeccionará para todos ellos el registro de clientes morosos, incluyéndolos en él por orden alfabético de apellidos y consignando además domicilio, clase de servicio que se prestó, fecha del mismo, importe de la deuda y médico acreedor.

6.<sup>a</sup> En las localidades en donde no haya *casa médica*, es decir, local de alguna corporación médica, se depositará este registro en el Juzgado municipal bajo la vigilancia del Secretario u oficial de mismo, quienes serán los encargados de anotar las inscripciones y dar los informes que se les pidan.

En las localidades donde el Colegio médico tenga local adecuado, el registro de morosos estará a cargo del conserje del mismo.

7.<sup>a</sup> Los encargados de llevar este registro se obligarán a facilitar, en *cualquier momento*, los informes que se les pidan, no cobrando nada por inscripción, pero percibiendo 25 céntimos de peseta cada vez que hayan de inquirir si hay registrado algún individuo determinado.

8.<sup>a</sup> Si un nuevo cliente ha residido hasta entonces en otra localidad, deberá el médico a quien solicite sus servicios averiguar si estaba consignado en el libro de morosos, no pudiendo encargarse de su asistencia en caso afirmativo, hasta no saldar su deuda con el compañero de su anterior residencia, de quien era deudor.

9.<sup>a</sup> El incumplimiento de este acuerdo, será considerado como falta grave y su denuncia ante el Colegio médico de la provincia será castigada, si se comprueba, con una multa equivalente al doble de la cantidad adeudada; la mitad de ésta se entregará al médico acreedor y la otra mitad a los fines benéficos que determine la Junta directiva del Colegio médico.

10. Los colegios médicos establecerán inmediatamente esta reforma, circulando las oportunas órdenes y dictando las disposiciones concernientes a su buena implantación y marcha.

Puesto el tema a discusión, el Sr. García Morro felicita al Dr. Alcober por su trabajo tan bien meditado y escrito en forma tan bella, proponiendo que además del registro de morosos, se hagan en los pueblos contratos colectivos con persona solvente encargada del pago de honorarios, para que en caso de no devengarse estos, poder citarles ante los tribunales.

El Dr. Olmos Torres, elogia también el trabajo del Dr. Alcober, pero poniendo de manifiesto la necesidad de una verdadera unión, para que puedan llevarse a la práctica las soluciones expuestas por el ponente. También el Dr. Miralles dice que los Colegios médicos pueden hacer mucho contra esa plaga de la morosidad.

El Dr. García Morro, de Segorbe, lee un trabajo razonado sobre «Patentes», en

el que estudia concienzudamente su modo de provisión, los inconvenientes de semejante tributación, cuánto y cómo debemos tributar, y el reglamento que la clase médica debía publicar para establecer con la Hacienda conciertos provinciales. Termina su interesante ponencia con las dos conclusiones siguientes, que fueron aprobadas.

1.<sup>a</sup> Que establezca con los médicos conciertos provinciales para la tributación, por la cantidad que se convenga.

2.<sup>a</sup> Que apruebe el Reglamento que la clase médica publique para este objeto.

Puesto el tema a discusión, el Dr. Fullana, de Jalón (Alicante), dice que el Recaudador de Denia no lleva a cada uno las patentes para el cobro sino que les obliga a ir a la Capital del Distrito.

El Dr. Mateos, de Valencia, dice que debe solicitarse del ministro de Hacienda que se transforme el sistema de tributación de patentes por el de Contribución, equiparándolo al de los Abogados, pues los médicos no ejercen una industria sino una profesión y que además se pague por trimestres y no por años; además cree que debe establecerse una nueva clase de patentes: la de 8.<sup>a</sup> clase, cuya cuota fuera de 50 pesetas para el tesoro más los recargos y que sirviera para los recién licenciados o para los que empezaran a ejercer en una localidad.

El Dr. Ortí y Tronch lee la 3.<sup>a</sup> Ponencia, sobre «Reglamentación de igualas», de la que es autor con el Dr. Ballester de los Reyes y cuyas conclusiones son:

1.<sup>a</sup> La familia para los efectos de la iguala, la constituirán, el matrimonio o este con los hijos no emancipados.

2.<sup>a</sup> Se fijará la cuota mínima de iguala en *diez pesetas anuales*, satisfechas por semestres o trimestres anticipados. Las familias verdaderamente ricas no deben tener derecho a este régimen de favor y en caso de iguala no debe ser su cuota inferior a  *cincuenta pesetas*.

3.<sup>a</sup> Los hijos de familia emancipados, las viudas sin hijos o las familias constituidas por un solo individuo, abonarán media iguala con arreglo a su categoría.

4.<sup>a</sup> La duración del contrato de iguala debe ser como el de los titulares, indefinida, y solamente será rescindible, por el cambio de residencia del médico o del cliente, por la voluntad de ambos en cualquier época, o la voluntad sola del cliente, pasado un período de un año.

5.<sup>a</sup> Ningún médico aceptará la iguala de cualquier cliente que no presente los recibos justificantes de haber liquidado sus cuentas con el facultativo que anteriormente le tuviera igualado.

6.<sup>a</sup> Se excluyen de la iguala: todas las enfermedades de origen que se repute voluntario, suponga responsabilidad de tercero, o cuyo tratamiento requiera aptitudes o preparación especial (enfermedades venéreas y sifilíticas, lesiones a mano airada, accidentes del trabajo, partos, abortos, enfermedades de la matriz y opera-

ciones); extensión de documentos, visitas extraordinarias, consultas y las inyecciones hipodérmicas formando serie.

7.<sup>a</sup> El servicio médico de la iguala debe ser aquel que se preste a los enfermos de sus igualados a las horas ordinarias de la visita de la mañana y de la tarde.

8.<sup>a</sup> Se recabará de todos los médicos de la región al solicitar su ingreso en la «Unión Médica Regional Valenciana» el compromiso formal por escrito, aceptando estas conclusiones y haciéndolas cumplir a sus clientes, siendo juzgados en tribunal de honor los que falten a sus compromisos.

Abierta discusión sobre la ponencia leída, intervienen los Dres. Cerveró, Balles-ter de los Reyes, Miralles y el Presidente.

Se aprueban por unanimidad las conclusiones presentadas por la ponencia.

El Dr. D. Manuel Portaceli, de Valencia, lee la 4.<sup>a</sup> Ponencia sobre «Sociedades benéficas y clínicas gratuitas», cuyas conclusiones son:

1.<sup>a</sup> Las llamadas Sociedades benéficas deben desaparecer por depresivas, a la par que perjudiciales para el médico.

2.<sup>a</sup> No habiendo quien las sirviera, al disolverse las Sociedades, el número de sus componentes, como es natural, sostendría mayor número de médicos que al estar asociados.

3.<sup>a</sup> Debe hacerse comprender al público que nunca estarán mejor realizados los servicios médico-farmacéuticos, y que se evitarán anormalidades y obtendrá positivos beneficios en todos los órdenes, ese mismo público, sin más restricciones que las que él mismo estipule, acudiendo al seguro contra la enfermedad, en él encontrarán las clases modestas el remedio para el transtorno que en su equilibrio económico crea la enfermedad.

4.<sup>a</sup> Si alguna Sociedad de asistencia médica hubiera de subsistir, que fueran las constituidas por individuos de la misma profesión u oficio, pero teniendo un médico por cada 250 individuos, si son adultos, o 200, comprendidos adultos y niños.

El sueldo inferior, 2.000 pesetas.

5.<sup>a</sup> Las consultas gratuitas deben ser exclusivamente para pobres, y absolutamente gratuitas.

6.<sup>a</sup> Siempre debiera exigirse algún documento justificativo de pobreza.

7.<sup>a</sup> Debieran estar limitadas a Centros de la Beneficencia oficial o privada, asequibles a cuantos profesionales desearan imponerse y practicar la especialidad respectiva, determinándose en cada uno de aquéllos las condiciones requeribles.

Puesto a discusión el tema, hacen uso de la palabra los Dres. Mateos, Morales y Villarroya, farmacéuticos de Valencia.

Por unanimidad se aprueban las conclusiones de la ponencia del Dr. Portaceli.

**Sesión tercera.**—Por la tarde el presidente, Dr. D. Juan Peset, invita a presi-

dir al Dr. Pascual, Presidente del Colegio Médico de Gerona, que ha venido a esta Asamblea movido por sus entusiasmos en favor de la unión de la clase. Su presencia en el honroso sitio es acogida con muchos aplausos.

Concedida la palabra al Dr. Cerveró, lee éste su ponencia sobre «Pago de titulares por el Estado», de la que son autores los Dres. Cerveró y Gosálbez y cuyas conclusiones son:

1.<sup>a</sup> Que el cargo de Inspector municipal no puedan ejercerlo más que los médicos titulares, en la forma que la Instrucción de Sanidad prescribe en su artículo 52.

2.<sup>a</sup> Que para conseguir la seguridad en el pago de las dotaciones de los titulares, es de absoluta necesidad se encargue el Estado.

3.<sup>a</sup> Desistir en lo sucesivo recabar de los Gobiernos se dicten nuevas Reales órdenes ni decretos referentes a dicho pago por los Ayuntamientos, vista la ineficacia de las ya dictadas en distintas fechas que, a pesar de estar vigentes, no se cumplen.

4.<sup>a</sup> Recabar por cuantos medios se crean más eficaces el conseguir de nuestros compañeros Senadores y Diputados el sagrado compromiso de conseguir tan justa petición, llegando, si preciso fuera, a romper con ellos toda clase de relaciones.

Puesto el asunto a discusión de la Asamblea, el Dr. Villarroya, dice que está conforme con las conclusiones propuestas, pero a condición de que el compromiso se haga extensivo a los diputados y senadores farmacéuticos, con objeto de conseguir que todos juntos sean defensores de la clase sanitaria.

El Dr. Alós, hace historia de todo lo que se hizo y gestionado en el segundo Congreso de Sanidad Civil, del que salió el proyecto de ley de epidemias, que el llorado Dr. Moliner trataba de defender en las Cortes cuando de modo tan inopinado ocurrió su fallecimiento. Pide que a las conclusiones de la ponencia se añada la de que todos los médicos titulares que perciben sus haberes de sus municipios respectivos, presenten la dimisión, no solicitando luego la vacante ningún compañero.

El Dr. García Morro abunda en iguales opiniones.

Se aprueban las conclusiones de la ponencia con la proposición del Dr. Alós.

El Dr. D. Práxedes Llisterri, pronuncia un brioso discurso acerca de su ponencia «Tasación de honorarios médicos» cuyas conclusiones son:

1.<sup>a</sup> Como base para estrechar el compañerismo, consideramos necesaria la institución de unas tarifas de honorarios médicos en las capitales de las provincias.

2.<sup>a</sup> Deberán existir dos categorías en la clase médica, unos formando la clase elevada del Cuerpo y otros el estado llano.

3.<sup>a</sup> Los de la clase elevada se comprometen a no practicar ninguna función médica por honorarios inferiores a 5 pesetas.

4.<sup>a</sup> Los de la clase llana se comprometen igualmente a no desempeñar estas funciones por honorarios inferiores a 2 pesetas.

5.<sup>a</sup> Quedan exceptuados de estos compromisos los honorarios contratados de antemano por colectividades.

6.<sup>a</sup> Formarán la clase elevada del Cuerpo todos aquellos que lo soliciten y desempeñen algún cargo público de los de ingreso por oposición o concurso, y los que paguen patente de las dos primeras categorías.

7.<sup>a</sup> Los honorarios, cuya cuantía remonte la cifra de 5.000 pesetas en los primeros y 1.500 en los segundos, deberá conocer en ellos la asociación médica.

8.<sup>a</sup> Las faltas en el incumplimiento de los deberes que se exponen en las conclusiones anteriores, serán castigadas con las siguientes penalidades:

1.<sup>a</sup> Reprensión por el Presidente de la asociación.

2.<sup>a</sup> Publicación de su nombre en la prensa profesional, y

3.<sup>a</sup> Expulsión de la asociación.

*(Continuará)*

---

---

## **Noticias**

---

---

En el número 35 de nuestra revista correspondiente al mes de Febrero, aparece el artículo «La diazo-reacción de Ehrlich y la reacción de Moritz-Weisz» firmado por el Dr. Juan G. Aguilar, debido a error de caja, puesto que debe decir, por don Juan G. Aguilar, alumno del sexto grupo de Facultad.

Queda subsanada la equivocación, que gustosos hacemos por petición de tan querido amigo, al mismo tiempo que deseamos a tan distinguido futuro colega grandes triunfos profesionales.

Hemos recibido una carta circular firmada por compañeros tan prestigiosos como los doctores Rafael Rodríguez Méndez, Ricardo Rosique Cebrián, Rafael Rodríguez y Juan de Dios González Núñez, participándonos haber quedado constituida en Barcelona la S. A. «Galácticoterapia medicofarmacéutica», para la explotación de productos esencialmente científicos y que cuyas precedentes firmas no han lugar más que para augurarles éxitos de resonancia.

Deseamos por nuestra parte a tan culta entidad tantos triunfos en su difícil, pero humanitaria empresa, como acreedores son a ellos.

## Publicaciones recibidas

*La reacción de Langue (oro coloidal) en la parálisis general*, por el doctor Belarmino Rodríguez.

—*El diagnóstico del paludismo en el laboratorio*, por el Dr. José A. Palanca.

—*Nuevo concepto y tratamiento racional de la angina de pecho*, por el doctor Camilo Calleja.

—*Las hemorragias nasales*, por el Dr. Simancas Señán.

—*Tuberculosis renal*, por el Dr. Camilo Calleja.

—*La crítica de la importación de la sífilis en España*, por el Dr. José Algora.

—*Tratado de enfermedades de la infancia*, por el Dr. Suñé, de Valladolid.

—*Guía formulario de terapéutica*, por el Dr. Herzen, casa editorial, hijos de J. Espasa, Barcelona.

—*Manual de Medicina Legal y Toxicología* (tomo 1.º), por el Dr. Viber, casa editorial hijos de J. Espasa, Barcelona.

—*Manual de Ginecología*, por el Dr. Boursier, casa editorial hijos de J. Espasa, Barcelona.

*Manual de Patología Externa* (tomo 1.º), por el Dr. Forgue, casa editorial hijos de J. Espasa, Barcelona.

---



---

## Correspondencia administrativa

### con nuestros suscriptores :: ::

Hemos recibido el importe de la suscripción por el año 1918 de los señores siguientes:

Dr. Eduardo Buisan, Caspe.—Dr. Mariano Rodríguez, Elche de la Sierra.—Dr. Antonio Alfonso, Valencia.—Dr. Antonio Pavía, Aspe.—Dr. Francisco Puerta, Bullas, y Dr. J. Coma, Rosas.





# Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1883



Tubos y cristales de linfa-vacuna fresca y  
garantizada a 1'25 y 1'50 ptas.

Vacunas directas de dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales

DIRECTOR:

*Dr. Martínez Ladrón de Guevara*

CALLE DE ZOCO

MURCIA

Análisis clínicos de orinas,  
esputos, sangre, jugo  
gástrico, heces, pus,  
exudados, líquido  
céfalo-raquídeo,  
etc., etc.



**Laboratorio Guillamón**



Reacciones  
de Wassermann,  
Widal, etc.



Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

**MURCIA**