

# MURCIA MÉDICA

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

AÑO II

MURCIA-NOVIEMBRE-1916

NÚM. 20

## DIRECTORES-FUNDADORES

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

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

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO

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

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

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

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

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



## SUMARIO ◉ ◉ ◉ ◉ ◉

TRABAJOS ORIGINALES: *Terapéutica de la prostatitis aguda blenorragica*, por el Dr. Sánchez de Rivera.—*Sobre tuberculoterapia*, por el Dr. Martínez Ladrón de Guevara.—*Fundamentos teóricos y prácticos del empleo del Sol en Medicina*, por el Dr. Luis Calandre.—*La amnesia funcional (El olvido)*, por el Dr. Rufo Sainz Iriondo (conclusión).—PRENSA PROFESIONAL: *Sobre vacunoterapia en la bronquitis crónica*, por el Dr. Rafael Golvée.—*Encamamiento sistemático de los coréicos*, por el Dr. César Juarros.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Instituto Rubio: Estado actual del tratamiento de la tuberculosis pulmonar*, por el Dr. Verdes Montenegro.—*Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña: Sesiones de los días 26 de Enero; 9, 16 y 23 de Febrero, y 1.º de Marzo de 1916.* SECCIÓN VARIA: *Asociación de la Prensa Médica.—Monumento al doctor Moliner.—Curso en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.—De nuestro catálogo.—Premio Llorente.—Nuestro Concurso.—De nuestro catálogo.—Mañana de Mayo*, por V. Juaristi.—*Estadística.—Noticias.—Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores.*

---

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

---

## Jarabe Antiferino Moreno

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

---

## DENTICINA MORENO

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

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

---

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

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





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

(MURCIA)  
LA MEJOR  
SURTIDA  
Y MAS  
ECONOMICA





Farmacia *~ ~ ~*

---

*~ ~* y Droguería

---

DE


A. Ruiz Seiquer

---

*Especialidades nacionales y extranjeras*

*Sueros y Vacunas*

*Medicamentos modernos* 

 *Aguas minero-medicinales*

*Oxígeno puro para inhalaciones*



**Plaza de San Bartolomé**

**MURCIA**





---

---

MURCIA MÉDICA  
: : NOVIEMBRE 1916 : :

---

---

**Dr. Sánchez de Rivera**

DE LA FACULTAD  
DE  
MEDICINA DE MADRID

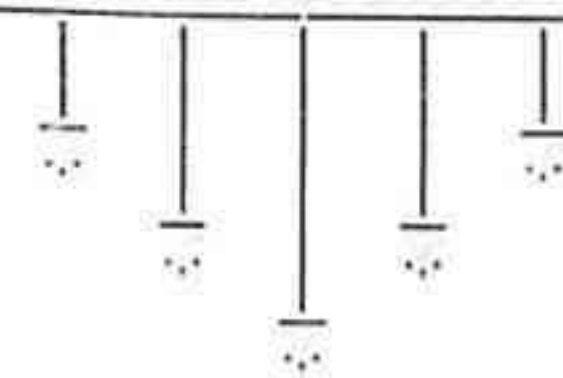
---

---

: : : NUESTROS : : :  
COLABORADORES

---

---









# MURCIA MÉDICA

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

Año II .. Noviembre 1916 .. Núm. 20

## TRABAJOS ORIGINALES

### Terapéutica de la prostatitis aguda blenorragica

POR EL

**DR. SÁNCHEZ DE RIVERA Y MOSET**

*De la Facultad de Medicina de Madrid, Académico C. de la Real de Medicina,  
Profesor del Real Dispensario Victoria Eugenia.*

**D**E todas las complicaciones de la gonococia, la más frecuente, la más molesta y de peores consecuencias para el porvenir sexual del enfermo, es la prostatitis. Aun podríamos añadir que la más difícil de tratar, por ser la que más fácilmente pasa desconocida, si no temieramos herir susceptibilidades. ¿Pero verdad, lector, médico general, que por el hecho de pedirte consejo para un flujo uretral que persiste (acaso ni siquiera te lo piden en tu despacho, sino en el paseo, en el casino) no procedes—ni aun piensas quizá—en hacer el tacto rectal, único medio de diagnosticar pronto, con seguridad y sin peligro para el enfermo, la prostatitis?

Por esto, nosotros, cuando tratamos de asuntos de la especialidad, pero pensando en los compañeros que se dedican a medicina general (a ellos van estas líneas), procuramos hacerlo de temas que lleven alguna orientación diagnóstica o algún modesto recurso terapéutico.

Este asunto de que nos ocupamos hoy no necesita encarecer su importancia. Los blenorragicos que dan el 80 100 en las consultas de los especialistas, dan



un porcentaje muy elevado, en las de los médicos generales. Y la prostatitis—como también indicábamos antes—es de las complicaciones más frecuentes.

El mecanismo de producción? o por *dejar correr* la blenorragia, o por las inyecciones que se propina el enfermo con la clásica jeringuilla.

Hubo una época en la Medicina—no bien lejana por cierto—en que asociando dos términos, patológico el uno—fiebre—y terapéutico el otro—quinina—los médicos salían del paso, resolvían tranquila, *concienzudamente*, la mayoría de los problemas clínicos.

En la gonococia, y a pesar de los modernos estudios y las nuevas orientaciones que trajeron a la Medicina esos hombres que se llamaron Pasteur, Leyden, Virchow y tantos más, aún sigue planteándose el problema clínico con un criterio de asociación análoga; Flujo uretral? balsámicos, jeringuilla. Que en vez de ser el sándalo o la cubeba, sea el Gonosan o el Arheol? balsámicos son todos y como tales ineficaces y perjudiciales, como hemos demostrado en un trabajo presentado no hace mucho tiempo a la Academia Médico-Quirúrgica (1).

Y en cuanto a la jeringuilla, sigue proyectando en las uretras de los enfermos, si no el inofensivo vino blanco, o las mezclas de leche y miel de nuestros afamados urólogos del siglo XV, el sublimado o el protargol (todo depende de la *cultura urológica* del amigo complaciente y *experimentado* a quien consultó el enfermo en los primeros momentos) que además de acrecentar la inflamación uretral inútilmente, envía los gonococos a la uretra posterior, para ahorrarlos tiempo y dificultades en la producción de complicaciones.

El dejar correr la blenorragia? Es criterio todavía arraigado, aún entre muchos médicos y no merece la pena de detenernos a reseñar los inconvenientes que acarrea a los pobres enfermos que tienen la desgracia de tropezar con tales consejeros.

Y por último y aunque en menor proporción, también son tributarias algunas prostatitis a las irrigaciones uretrales practicadas inexpertamente, ya por los mismos enfermos o por algún médico que no tuvo la precaución o el adiestramiento suficiente en la técnica, para lavar primero la uretra anterior y enviar el pus a la uretra prostática dando lugar a la aparición de la complicación que nos ocupa.

Y así queda instalada la prostatitis en la mayoría de los casos.

Y ya el enfermo que comienza a dar importancia al flujo que persiste, y al escalofrío, y malestar general y peso en el periné y sensación de pinchazos en el ano, etcétera, se decide a consultar con el médico.

Dedil de goma, lubricante, posición de plegaria mahometana, tacto rectal y el hallazgo; una próstata dura, dolorosa en extremo y tan voluminosa a veces, que no puede contornearla el dedo que explora.

(1) Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española. Tomo I, pág. 354.



El plan, el régimen terapéutico (salvo, claro es, las modificaciones que imprime cada caso) que aconsejamos a nuestros enfermos y que abrevia considerablemente la fase aguda y dolorosa, facilitando además la evolución franca de la inflamación y del absceso cuando existe, es el siguiente:

Reposo absoluto, en cama.

Régimen lácteo y urotropina al interior.

Baños locales de vapor, al comienzo, e irrigaciones prostáticas, después.

Tratemos de razonar estas indicaciones.

El reposo absoluto es indispensable; con la evitación del ejercicio se suprime una causa de nuevas y continuadas irritaciones en la glándula enferma.

Se cumple, pues, con él la primera indicación en buena terapéutica.

El régimen lácteo evita las congestiones que produciría la alimentación ordinaria—en el último tramo intestinal—y el acrecentamiento de los dolores y molestias en la glándula, en el momento de la defecación. Sin contar que en estos estados, hay siempre algo de fiebre, saburra gástrica, y alteraciones de quimismo que confirman aún más este régimen, muchas veces después de la administración de un purgante suave como el aceite de ricino, por ejemplo.

Para corregir la tendencia al estreñimiento, aconsejamos al enfermo ponga en cada toma de leche una cucharada pequeña de bicarbonato, o tomar en ayunas una dosis de magnesia calcinada.

Los baños locales de vapor, los recomendamos dos veces al día, de 15 a 20 minutos de duración, entrándose en seguida bien abrigados en cama para conseguir dure el mayor tiempo posible la acción hiperémica que con ellos provocamos y que es el único factor curativo en esta fase.

A falta de estufa *ad hoc*, pueden improvisarse como lo hacemos a diario en hoteles y casas de estudiantes que no pueden o no quieren hacer estos dispendios, en un bidet o en una bañera de asiento de zinc, aguantando primero el vapor y sumergiendo después el periné cuando el agua esté *menos fría* (pero muy caliente siempre) terminando en la cama la sudación en la forma indicada.

La urotropina, además de ser un verdadero antiséptico urinario (por su desdoblamiento en el riñón, dando lugar a la formación de formaldehído) uretro-vexical y aún renal en canalículos excretores, es diurética, y a la acción antiséptica coadyuva este efecto sedante en el canal urinario, muy beneficioso hasta que los enfermos están en condiciones de soportar sin inconvenientes el tratamiento local adecuado.

Y cuando comprobamos que la inflamación ha cedido (lo que hemos observado en la mayoría de nuestros enfermos, que ocurre a los dos o tres días) y el tacto rectal demuestra que la glándula desaguó por la uretra el pus y está más blanda y me-



nos dolorosa, entonces prescribimos las irrigaciones prostáticas con la cánula de Albarrán, de doble corriente.

¿Que la cánula es un poco gruesa y molesta al introducirse? Nos lo dicen todos los enfermos que tienen que sufrir estas auto-irrigaciones; pero estamos en España y con guerra europea. Decimos esto, porque modestos reformadores—no inventores—ideamos un aparatejo que análogo al del maestro cubano, sería menos molesto para los enfermos, pero que no hemos tenido la fortuna de encontrar quien realice la modificación—no el invento—a pretexto de la falta de materiales por la guerra.

Antes de terminar, una aclaración: no hemos citado las vacunas ni otros recursos terapéuticos antes en boga, porque con ninguna de las empleadas vimos el menor éxito y con los otros medios no hemos obtenido tan buenos y rápidos resultados como con el tratamiento expuesto, sencillo, racional y sobre todo tan a la mano, que cualquiera puede comprobarlo en el primer caso que se le presente.

Y además, que la mayoría de los casos que nos sirvieron para sacar esta conducta terapéutica (bastantes en número y cuidadosamente estudiados por tratarse de enfermos de la consulta particular, en que pueden seguirse estas observaciones, que publicaremos algún día por las enseñanzas particulares que cada caso encierra) fueron, como decíamos, casos de prostatitis parenquimatosa, con periprostatitis, algunos con abscesos, de aquellos en suma que Oraison y con él muchos urólogos hicieron judiciables del bisturí, en la Asociación francesa de Urología.





# SOBRE TUBERCULINOTERAPIA

Por el DR. MARTINEZ LADRÓN DE GUEVARA

*Del Dispensario Antituberculoso de Murcia; de la Sociedad Española de Especialistas de pecho,  
y Correspondiente de las Reales de Medicina y Cirugía de Murcia y Zaragoza.*

---

«La tuberculosis es la más curable de las enfermedades crónicas», decía Gran-cher. Hoy pudieramos ampliar dicho aforismo diciendo: «La tuberculosis es la más curable de las enfermedades crónicas, cuando es tratada por la tuberculina».

La tuberculina, agente terapéutico que ha promovido en el mundo médico las más numerosas y encontradas discusiones, es en la actualidad, sin disputa alguna, el único medio más seguro y enérgico para combatir la tuberculosis; al hacer esta afirmación la basamos en las estadísticas valiosas de eminentes fisiólogos españoles y extranjeros y en las modestísimas observaciones personales que hemos recogido en nuestra clínica particular y en este Hospital Provincial.

Cuando R. Koch presentó en 1890 al 10.º Congreso Internacional reunido en Berlín, su comunicación anunciando el descubrimiento del tratamiento específico de la tuberculosis, produjo un entusiasmo tan enorme que nos atrevemos a afirmar que no hubo país en donde se ignorara este descubrimiento, ni fisiólogo que dejara de emplearlo. No era el remedio descubierto lo que sólo hacía falta para combatir y curar la tuberculosis: necesitaba, además, una minuciosa técnica que entonces no estaba lo suficientemente perfeccionada para obtener los éxitos que se esperaban y sucedió que los fracasos que se obtuvieron fueron todos achacados al agente terapéutico y ninguno a insuficiencia de técnica, viniendo con ello la desilusión de este tratamiento y las censuras al mismo, creándose la tuberculina numerosas y valiosas enemistades en el campo científico, de las cuales todavía conserva las que seguramente no tendría si su aparición hubiese coincidido con la perfección de su técnica.

Después de los fracasos que se obtuvieron, parecía que la tuberculina tendría que desaparecer de la terapéutica para dejarle hueco, quizás, a otro nuevo medicamento que fuese más perfecto que lo había sido este agente terapéutico. Por des-



gracia este nuevo remedio no llegó y por fortuna quedaron clínicos convencidos como Loewestain, Krasé, Erlich y Guttman, Petruschky, Turban, Shali y otros en el extranjero y Verdes Montenegro, Espina y Capo, Moliner, Mariani y otros en España, que en vez de desilusionarse con los fracasos, indagaron las causas a que podrían ser debidos y perfeccionaron la técnica de la tuberculina, obteniendo de esta manera una serie de éxitos que hicieron disminuir en gran cantidad el número de enemigos con que contaba la tuberculoterapia.

Muy bien que se discuta en el mundo entero, si las tuberculinas por sí, son lo suficiente para combatir de un modo radical la tuberculosis y si ésta es producida siempre por el bacilo ácido resistente de Koch, o por otros de su misma familia: ¡ojalá llegue pronto el nuevo descubrimiento que todos deseamos para extinguir esta terrible enfermedad!; pero mientras, no debemos privar al desgraciado enfermo tuberculoso del remedio hoy más enérgico y seguro para devolverle la salud o mejorarla grandemente, alejando de él esos horribles síntomas que tan inútil y peligroso lo convierten para él mismo, para su familia y para la sociedad.

¡No son tan numerosos los medicamentos útiles a los tuberculosos, para que rehusemos este que quizás sea con el que obtengamos mayores éxitos!

Contamos con un tratamiento que es discutidísimo por los patriarcas de la Tisiología: los unos, obtienen con su empleo éxitos envidiables; los otros, fracasos completos: la enfermedad, la misma, *tuberculosis*; el tratamiento seguido por todos, idéntico, *tuberculinas*. ¿Por qué tan contrarias opiniones? Lo lógico sería que empleando siempre tuberculinas en los casos de tuberculosis, se obtuvieran por todos los mismos resultados. Está demostrado que no ocurre así, ¿a qué puede ser debido? Nosotros creemos que esta diversidad de opiniones, es debida a las causas que vamos a indicar.

Prescindamos, desde luego, de la oposición que se le hace a este tratamiento por aquellos que jamás lo emplearon, y que lo refutan, unos, por antipatías personales a eminentes tisiólogos que lo emplean, y otros, por simpatías personales a distinguidos médicos que lo consideran como malo. Convengamos que existen estos enemigos de la tuberculoterapia y lamentemos por ello que las pasiones humanas se inmiscuen en la sagrada misión que estamos llamados a desempeñar.

También pudiera suceder, me diréis, que ocurriera con algunos partidarios de la tuberculina lo mismo que acontece con muchos de sus enemigos, es decir, que fuesen entusiastas del método por esas simpatías o antipatías personales de que antes hablábamos: afortunadamente no ocurre así, y lo demuestra un hecho que seguramente, todos habreis observado, igual que nosotros: se discute el tratamiento por la tuberculina, y todos, absolutamente todos los clínicos que abogan por él presentan sus estadísticas más o menos numerosas, que demuestran que lo emplearon



con éxito. ¿Sucede igual con todos los que se muestran contrarios a este procedimiento? No; podríamos distinguir desde este punto de vista, dos grupos de enemigos de la tuberculoterapia: uno, aquellos que la usaron con fracaso: otro, aquellos que jamás la emplearon; los primeros, cuando discuten las tuberculinas, tratan de demostrar también, con pruebas más o menos erróneas, la ineficacia del procedimiento; los segundos se limitan sólo a decir, que con la tuberculina no se obtienen más que fracasos y ningún éxito. Aún hay más: en muchas de las discusiones que se entablan en la actualidad acerca de si se deben o no emplear las tuberculinas en el tratamiento de la tuberculosis, hay enemigos de este procedimiento que no tardan en afirmar que las estadísticas de los éxitos de la tuberculina son falsas; otros creen o dicen, que en esas estadísticas hay un tanto por ciento bien elevado de individuos no tuberculosos, tratados por la tuberculina, con el sólo fin de aumentar los resultados favorables de la misma; claro está que estas consideraciones sólo pueden ser hijas de acalorada discusión y de la gran antipatía que sienten por la tuberculoterapia. Prescindamos de la oposición que a ella le hacen los que jamás la emplearon, y limitémonos a averiguar a qué pueden ser debidos los fracasos obtenidos por aquellos que la emplearon sin resultado favorable.

Para obtener resultados favorables con el uso de este tratamiento, se precisa tener siempre presentes una serie de preceptos, digámoslo así, que no se pueden omitir sin correr el grave riesgo de exponerse al fracaso; enumeraremos aquellas reglas que consideramos más importantes no olvidar.

*No deben someterse a la tuberculina, más que enfermos cuyo organismo sea capaz de un esfuerzo reaccional suficiente:* si empleamos la tuberculina en un sujeto demasiado débil, en un enfermo que presente síntomas tóxicos graves, en un tuberculoso atacado de complicaciones, el fracaso es seguro, la tuberculina le será perjudicial; si estamos en presencia de un tuberculoso con lesiones poco extensas, pero con un estado general malo, una nutrición lánguida, un pulso agitado y variable, entonces se impone someterlo primero al tratamiento higiénico-dietético-físico, y si transcurridas algunas semanas este tratamiento ha dado buen resultado, apliquemos enseguida la tuberculina con muchísimas probabilidades de éxito: si no dió resultado no intentemos siquiera el tratamiento tuberculínico; si el tuberculoso que estamos viendo es apirético, no tiene complicaciones, el pulso no es variable ni agitado, sometámosle a la tuberculina en la seguridad de que obtendremos el resultado deseado.

*El tratamiento por la tuberculina debe continuarse durante un largo período de tiempo:* la gran sensibilidad de los tuberculosos pulmonares frente a la tuberculina y los peligros de reacciones, hacen necesario progresar de un modo lento invirtiendo el tiempo que haga falta; además, la tuberculina modifica favorablemente



las lesiones fibrocaseosas, pero las modifica muy lentamente. En algunos casos los fenómenos físicos pulmonares permanecen casi estacionarios después de algunos meses de tratamiento, aunque el estado general del enfermo haga presumir que marcha hacia la curación; la tuberculina no es un medio de mejora rápida, sí un medio de mejora lenta, pero completa y duradera.

*Es necesario llevar el tratamiento de un modo suave, procurando evitar toda reacción fuerte y duradera:* empezaremos por dosis inofensivas e inyectaremos la tuberculina a intervalos lo suficientemente espaciados, continuando en progresión ascendente e interrumpiéndolo a cada amenaza de intolerancia.

*Precisa para obtener resultados favorables, seguir con todo rigor los preceptos de una buena técnica:* varios métodos han sido descritos por eminentes clínicos en los cuales han creído ver sus autores más ventajas que con aquellos otros no empleados por ellos; nosotros si hemos de dar preferencia a aquel con el que más resultados favorables hemos obtenido aconsejaremos el descrito por el Dr. Verdes Montenegro, aunque con ligeras modificaciones introducidas al mismo por nosotros y que lo mejoran, a nuestro juicio, grandemente, por cuanto hemos obtenido de esta manera con él, más éxitos que con ningún otro empleado. Estas modificaciones las presentamos en el pasado mes de Enero, a la Sociedad Española de Especialistas en las enfermedades del pecho, en nuestra comunicación titulada *El arsénico, la tuberculina y los tuberculosos* y merecieron el honor de ser discutidas por los eminentes clínicos de Madrid, Dres. Verdes Montenegro, Calandre, Gracia, Sousa, Albasanz y otros a los que siempre quedaremos reconocidísimos por la inmerecida distinción que nos dispensaron.

La técnica del procedimiento empleado por nosotros es la siguiente:

(La reproducimos de la comunicación a que hacíamos referencia).

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

»El procedimiento seguido es casi idéntico al aconsejado por el Dr. Verdes Montenegro; tan sólo varía del suyo este procedimiento, más que en la elección del líquido empleado para hacer las disoluciones: él emplea siempre para ello el agua destilada, fenicada al 4 por 1.000 y hervida; yo la empleo también al hacer la primera dilución, sustituyéndola después por una *solución de cacodilato de sosa al 5 por 100*; una vez hecha esta variante procedo de la siguiente manera:

»Un vial de un centímetro cúbico de tuberculina contiene 1000 miligramos, to-



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

»Una vez hecha esta primera dilución empleo para las demás la placa de porcelana de seis huecos, descrita por el Dr. Verdes Montenegro, y procedo de la siguiente forma: el primer hueco de la izquierda lo lleno de una solución de cacodilato de sosa al 5 por 100, previamente esterilizada; tomo del frasquito que contiene la primera dilución de tuberculina, una décima de la jeringa y llenando el resto de ella de la solución del primer hueco (solución cacodilato), lo vierto en el segundo hueco y en éste la décima de jeringuilla tendrá un milígramo de tuberculina; tomando una décima de éste y nueve del primer hueco lo vierto en el tercero y en éste la décima de jeringa tendrá un diezmilígramo; de la misma manera la décima de jeringuilla del cuarto hueco tendrá un cienmilígramo, la del quinto una décima de cienmilígramo y la del sexto una centésima de cienmilígramo.

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

»De manera que considerando a los números romanos como indicadores de los huecos de la porcelana y a los no romanos como indicadores de la cantidad de décimas inyectadas de cada platillo, estableceremos la siguiente pauta:

VI—1, 2, 3, 4, 5.

V—1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

IV—1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

III—1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

II—1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

»La dosis máxima que he llegado a inyectar con este procedimiento, ha sido 10 miligramos.

»La jeringuilla usada es la de Lieberg, pues además de sus buenísimas condiciones de esterilización, reúne la gran ventaja de su perfectísima graduación.



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

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

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

.....

No pretendemos afirmar que sea este el único procedimiento que deba seguirse en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, pero sí hemos de hacer constar que los resultados que se obtienen con él son más duraderos y completos que empleando la tuberculina en dilución con el agua fenicada solamente, y la mejoría del enfermo es indiscutible que se observa mucho antes que con los demás procedimientos que podamos emplear.

El uso de la tuberculina tiene sus *indicaciones y contraindicaciones* que debemos tener presentes en todo momento, pues no cabe duda que en la tuberculosis, más que en ninguna otra enfermedad, el éxito del tratamiento será tanto mayor cuanto mejor se precisen y estudien aquellas; citaremos las más importantes de unas y otras.

Está indicada la tuberculina en los casos de tuberculosis recientes poco extensas, con estado general satisfactorio y temperatura normal; en las tuberculosis latentes o larvadas, que se revelan por brotes efímeros y por afectarse el estado general o que son disimuladas por la máscara de la anemia, de la neurastenia, de la dispepsia, etc. etc.; en las formas extensas bilaterales de tuberculosis lentamente evolutiva no complicada y que ha mejorado por el tratamiento higiénico; en las tuberculosis fibrocáscosas crónicamente inmovilizadas, que repercuten poco sobre el estado general, pero que son acompañadas de signos físicos de una fijeza desesperante.

Está contraindicada la tuberculina, en los casos de tuberculosis extensas con mal estado general; en las formas de tuberculosis agudas; en las tuberculosis de localizaciones viscerales múltiples (excepto en los casos de asociación de tuberculosis laríngea y pulmonar que nuestra observación nos ha manifestado, en la mayor parte de los casos, que es muy beneficiosa la tuberculinoterapia); en aquellos sujetos con taquicardia considerable, pues más de 120 pulsaciones contraindica terminantemente el tratamiento tuberculínico; en las tuberculosis muy cavitarias; en los



casos acompañados de infecciones mixtas o asociadas graves que producen una fiebre intensa; en los casos que existan lesiones cardíacas con peligro de que pueda alterarse la compensación o que puedan sobrevenir colapsos, consecutivos a reacciones febriles altas e intoxicaciones por la tuberculina.

Por lo tanto deducimos que es casi seguro que un buen número de fracasos achacados a la tuberculina, seguramente no se deben a ella y sí a no haber observado con rigor todas las reglas expuestas, y que son imprescindibles para lograr el éxito alcanzado por aquellos que se muestran y con razón partidarios del tratamiento tuberculínico. No de otra manera puede explicarse el por qué no hayan obtenido todos los clínicos que han empleado la tuberculina los mismos resultados, máxime siendo innegable que con el tratamiento tuberculínico, bien administrado, se obtienen *curaciones* no conseguidas con ningún otro tratamiento.

Es evidente que la palabra *curación*, empleada en el sentido de desaparición de todas las lesiones y supresión de todo foco de infección, casi nunca es aplicable a la tuberculosis pulmonar. Pero teniendo en cuenta la definición de *curación* dada por Littré «la curación es la recuperación de la salud», y si hemos de emplear palabras cuya significación responda a estados pulmonares debidamente caracterizados, podemos entonces clasificar los resultados obtenidos, en *curación aparente*, *curación real*, *curación relativa* y *mejoría considerable*.

La *curación aparente* existe cuando el estado general, el examen del pulmón y el funcionamiento del corazón y de los pulmones conducen a la impresión de que el tuberculoso está curado, es decir, consideraremos a un tuberculoso aparentemente curado, cuando el enfermo no tenga bacilos en el esputo, su temperatura sea estable después de la marcha, su pulso esté en calma, y cuando después de varias y espaciadas auscultaciones no se encuentren ni estertores ni cruídos después de la tos, persistiendo solamente signos de esclerosis.

Cuando la *curación aparente* persiste íntegramente durante un mínimum de dos años, haciendo el sujeto su vida ordinaria y estando privado de todo tratamiento, entonces podríamos calificar su estado de *curación real*.

La *curación relativa* ha sido bien caracterizada por Dettweiler, «por la persistencia de algunos cruídos apenas perceptibles, de estertores aislados en las partes que han estado enfermas, por una pequeña expectoración purulenta y por una cierta duda respecto al mantenimiento de los buenos efectos obtenidos»; a estos síntomas deberán añadirse, la ausencia de bacilos en la expectoración y la estabilidad térmica y circulatoria.

Por último, en muchos casos la mejoría del enfermo es muy notable; la evolución morbosa y el estado lesional se han modificado profundamente y sin embargo la auscultación aún revela signos lesionales medianamente extensos, estertores y cru-

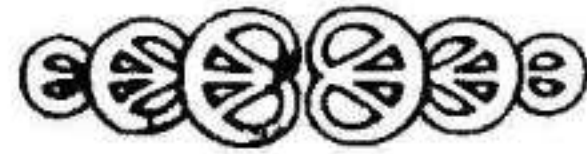




jididos en bastante gran número. En estos casos es muy apropiada la frase de *mejoría considerable*.

Abrigamos la esperanza, que ha de llegar el día en que terminada de perfeccionar la tuberculoterapia constituya ella por sí misma, el tratamiento verdaderamente específico, el tratamiento único y radical que combata en absoluto la terrible enfermedad de la tuberculosis; con ello desaparecerán las actuales discusiones, y veremos convertido en realidad el ideal que hoy soñamos todos los que ostentamos como galardón de gloria, el ejercicio de nuestra noble y santa profesión.

Murcia, Marzo, 1916





# Fundamentos teóricos y prácticos

## del empleo del Sol en Medicina

Por el DR. LUIS CALANDRE

(Madrid)

**Propiedades fisico-químicas de la luz solar.**—Los rayos luminosos enviados por el Sol aparecen a nuestra vista como constituídos por una luz blanca. Newton fué el que demostró por vez primera que la luz blanca está realmente constituída por una multitud de rayos de colores diferentes. Colocando un prisma en el trayecto de un rayo luminoso, éste se dispersa y se ven aparecer los colores elementales que forman el espectro, extendidos en abanico, siempre en el mismo orden, a saber: rojo, anaranjado, amarillo, verde, azul, índigo y violeta: siendo siempre el rojo el más próximo a la arista del prisma, esto es, siendo el menos refrangible.

Pero nuestra vista no nos revela toda la extensión del espectro, pues aun hay otras radiaciones invisibles. Si se coloca un termómetro muy sensible más allá del rojo, marca una cierta elevación de temperatura; si se pone una pantalla fluorescente más allá del violeta, la veremos iluminarse por fluorescencia. Ocurre con la vista lo que con los demás sentidos, que no es capaz de percibir vibraciones que estén por encima o por debajo de ciertos límites.

El espectro infrarrojo, puramente calorífico, está formado por vibraciones menos refrangibles que el rojo; su extensión aumenta si se utiliza un prisma construido con sal gemma, que absorbe poco los rayos oscuros. Las radiaciones ultravioletas, dotadas de enérgicas propiedades químicas, son por el contrario las más refrangibles. Cada radiación monocromática del espectro solar tiene las propiedades de una luz simple, caracterizadas por un número determinado de vibraciones, y por lo tanto con una longitud de onda peculiar y constante.

Las radiaciones luminosas forman los grados intermedios de toda una gama de vibraciones que van desde los rayos X, a las ondas hertzianas, de este modo:



Rayos X . . . . .	} Long. de onda —0, $\mu$ 01
R. ultravioletas . . . . .	}    »    »    » —0, $\mu$ 10
	}    »    »    » —0, $\mu$ 40
Espectro visible. . . . .	}    »    »    » —0, $\mu$ 40
	}    »    »    » —0, $\mu$ 70
Espectro infrarrojo . . . . .	}    »    »    » —0, $\mu$ 70
	}    »    »    » —0, m. 3
Oscilaciones hertzianas . . . . .	}    »    »    » —0, m. 003 y hasta muchos metros y kilómetros.

No todas las radiaciones de la luz solar tienen idénticas propiedades. En las menos refringentes predominan los efectos caloríficos, en las más refringentes, las propiedades químicas.

Más allá de los rayos rojos, aunque la región sea oscura, si seguimos llevando un termómetro muy sensible, se observa, como ya hemos apuntado, una elevación de temperatura; esta región, llamada espectro infrarrojo, fué descubierta por Hershell en 1801. Es muy curioso que las regiones más luminosas no son en realidad las más calientes. Hay una experiencia de Tyndall que lo demuestra muy bien: Si sobre un balón o matraz de vidrio lleno de agua, se hace llegar un haz de luz solar, los rayos, refractados como por una lente, se reúnen en un foco muy luminoso; este punto es como se sabe un foco de calor. Si se reemplaza el agua pura por un líquido opaco para la luz pero que deje pasar bien los rayos infrarrojos, como lo es una solución concentrada de iodo en sulfuro de carbono, se formará también un foco, invisible, pero de gran poder calorífico, y será capaz de inflamar un trozo de yesca o unos granos de pólvora, sin que el ojo alcance a percibir la menor claridad. Por el contrario si se llena el balón de una solución concentrada e incolora de alumbre, que absorbe los rayos caloríficos se obtiene un foco de gran luminosidad pero de escaso poder térmico. La extensión del espectro calorífico varía según la naturaleza del prisma empleado; la sal gemma y la sylvina son las que menos los absorben. En la luz solar el espectro infrarrojo no es muy extenso a causa de la absorción que la atmósfera ejerce.

De igual modo, más allá de las radiaciones violetas hay aun otras radiaciones invisibles, los rayos ultravioletas, dotados de intensas propiedades químicas. Para mejor hacer su estudio se utilizan como fuentes luminosas, el arco voltaico, o la lámpara de mercurio, que los producen en gran cantidad y empleando prismas de cuarzo o de fluorina que los absorben poco.

No todos los rayos ultravioletas tienen iguales propiedades. Según su amplitud de onda se clasifican en ordinarios (los más próximos al violeta) medios y extremos.



El espectro solar sólo contiene ultravioletas ordinarios y trazas de ultravioletas medios. Los ultravioletas extremos y medios tienen un poder necrótico grande (rayos abióticos de Dastre): en cambio los ultravioletas solares ejercen una acción beneficiosa sobre la vida (rayos bióticos) y constituyen un factor importantísimo en el tratamiento por los baños de Sol: He aquí las propiedades más importantes de estos rayos:

#### ULTRAVIOLETAS ORDINARIOS

Propiedades físicas .	Fluorescencia del sulfato de quinina, del platinocianuro de bario, de los vidrios de urano.
	Fosforescencia de los sulfuros de zinc y de calcio.
	Descarga de los cuerpos electrizados.
Propiedades químicas .	Descomposición de las sales de oro y de plata.
	Decoloración de los colores vegetales.
Propiedades biológicas .	Función clorofilana.
	Pigmentación cutánea.
	Acción bactericida débil.

#### ULTRAVIOLETAS MEDIOS

Presentan las mismas propiedades pero exageradas; tienen además una acción bactericida intensa.

#### ULTRAVIOLETAS EXTREMOS

Poseen propiedades muy enérgicas pero son rápidamente absorbidos, hasta por el aire.

Los cuerpos transparentes no lo son en iguales proporciones para todas las clases de rayos; en general los rayos caloríficos atraviesan los cuerpos más fácilmente que los rayos químicos. Los rayos ultravioletas en particular, son absorbidos de un modo extraordinario; la atmósfera absorbe y detiene una gran cantidad de rayos ultravioletas; parece ser que estos rayos transforman al oxígeno en ozono el cual a su vez es muy opaco a los mismos ultravioletas. El agua es entre todos los líquidos uno de los más transparentes para los ultravioletas, pero si no está limpia o está muy cargada de sales disminuye esta transparencia muy notablemente. El vapor de agua es muy absorbente e igualmente lo es el vidrio.

La extensión del espectro ultravioleta solar aumenta con la altitud, pero no en muy gran proporción. Es probable que sea en las capas altas de la atmósfera, donde se produce el ozono. En estas elevadas regiones el espectro solar alcanza rápida-



mente su límite siendo después poco modificado. La pureza del aire y la humedad tienen para ello más importancia que la altitud.

La intensidad de la luz solar varía bastante según muchas circunstancias; según la hora, el estado del cielo, la estación, la altitud y hasta según condiciones de localidad. Entre estas últimas hemos de tener en cuenta, dos, en las que se aumenta tanto el poder actínico de la luz, que merecen ser detalladas: nos referimos a la insolación en el mar y sobre la nieve. En el mar el poder actínico de la luz es muy intenso a causa de la gran cantidad de rayos azules y violetas que la vasta extensión del mar refleja. Pero para utilizar esta acción es preciso estar junto al agua, es preciso *que el mar le vea a uno*; estando algo tierra adentro, aunque sea poco distante del mar, el efecto no es análogo. Es de observación corriente que las gentes que viven en ciudades con puertos, tienen todo el año el rostro de color ordinario y sólo cuando van unos días a la playa o se dedican a deportes náuticos, se pigmentan intensamente.

La nieve aumenta también poderosamente el poder actínico de la luz por la gran cantidad de ella que refleja.

**Papel biológico de la luz solar.**—Las radiaciones luminosas que penetran en el organismo constituyen un cierto quantum de energía que sin duda ejercen acciones importantes sobre sus funciones. Los estudios experimentales y científicos sobre el mecanismo de esta influencia no son hoy muy completos.

Teniendo en cuenta la acción que ejerce la luz sobre las sales metálicas, se ha tratado de averiguar si no actuaría activando en cierta medida los cambios nutritivos, de igual modo que activa la precipitación de los compuestos de plata. Esta acción catalítica de la luz no está demostrada pero es una hipótesis sugestiva.

Quinque (1894) estudiando la propiedad que tiene el pus de reducir la oxihemoglobina y el subnitrito de bismuto, notó que esta reducción se produce más rápidamente bajo la influencia de las radiaciones solares que en la obscuridad, y que son los rayos más refrangibles los que activan al máximo esta reducción. Schlapfer (1905) ha mostrado que la sangre del conejo, posee una cierta fosforescencia capaz de velar la placa fotográfica, y que esta propiedad se aumenta por la exposición previa de la sangre al sol. Para hacer esta experiencia, se puede igualmente exponer al animal vivo a la luz y hacer así su sangre más activa sobre la placa fotográfica. Este resultado se obtiene mejor con los albinos, que con los animales de piel oscura, quizás porque en éstos el pigmento sería un obstáculo a la penetración de la luz en su interior.

Hay ciertas substancias, llamadas substancias fotodinámicas, que acentúan, a modo de sensibilizadores, la acción de la luz sobre el organismo. Tenemos entre ellas, la hematoporfirina. Si se inyecta a ratones hematoporfirina y se les expone a la luz,



estos animales mueren, lo cual no ocurre si se les mantiene en la obscuridad. Otras sustancias como la eosina, el rojo de toluileno, etc., gozan también de un cierto poder sensibilizador para la luz. Lo que parece averiguado es que las reacciones físico-químicas producidas por la luz sobre los seres vivos dependen particularmente de la acción de los rayos más refrangibles.

Uno de los efectos mejor comprobados, es la acción nociva de la luz sobre los microbios y sus toxinas. El bacilo de Koch que vive largo tiempo en la obscuridad, muere en 5 o 6 días a la luz difusa, y en 48 horas al sol. El bacilo de Eberth muere en 2 horas de sol. Igual poder esterilizante se ha comprobado con el vibrión colérico, el bacilo diftérico, etc. El papel bactericida corresponde principalmente a los rayos químicos, azules, violetas y ultravioletas. Es sabido cómo hoy se hace frecuentemente uso de los rayos ultravioletas para la esterilización de las aguas, con excelente resultado. También actúa la luz sobre las toxinas bacterianas destruyéndolas; esto se ha comprobado en la toxina diftérica, en la tetánica y en las tuberculinas. Desde el punto de vista práctico, hemos de considerar a la luz como un excelente desinfectante de las aguas, de las ropas de las habitaciones, etc., y no olvidar la verdad que encierra el conocido refrán, de que *donde entra el sol no entra el médico*.

**Acción de la luz sobre el hombre.**—Las radiaciones solares ejercen sobre el organismo humano efectos estimulantes evidentes y locales, como de acción general. Dos propiedades de la luz actúan sobre los tegumentos: las propiedades químicas debidas a los rayos azules, violetas y ultravioletas, las cuales tienen poco poder de penetración que son detenidos y absorbidos con facilidad por los tejidos; y las propiedades caloríficas que corresponden principalmente a los rojos e infrarrojos que por el contrario, tienen gran poder penetrante.

Los efectos de la luz sobre el organismo son numerosos; una de las manifestaciones más aparentes de esta acción son los efectos que ejerce sobre la piel. Cuando una región descubierta es sometida a insolaciones repetidas aparecen fenómenos variables, según la duración de la exposición, y que se caracterizan esencialmente por el *eritema* y la *pigmentación*.

El eritema solar se produce a consecuencia de las fuertes insolaciones, de preferencia en la vecindad del mar o de la nieve. Raro en las manos, se observa sobre todo en la cara, brazos, y otras regiones habitualmente cubiertas, cuando son expuestas desnudas al sol; se produce un primer estadio con enrojecimiento de la piel acompañado de sudación que aparece a los 15 o 20 minutos de exposición y desaparece prontamente; sólo se produce si la temperatura pasa de 30° o 35°: es un eritema de calor. Después, entre la 2.ª y la 4.ª hora siguientes aparece otro enrojecimiento secundario (eritema fotoquímico) que alcanza su máximo a las 12 horas y



se caracteriza por un tinte rojo y un dolorimiento espontáneo y a la presión; 24 horas más tarde el tinte se hace más oscuro; al cabo de 2 o 3 días el eritema se atenúa y se produce una fina descamación. Si la insolación es muy intensa pueden producirse flictenas y edema.

Según Mallet, el eritema podría considerarse como un primer medio de defensa contra la acción demasiado intensa de las radiaciones solares, ya que la presencia de un tal eczema rojo, absorbería todas las radiaciones químicas y las impediría penetrar a alguna profundidad.

Bajo la acción continuada del sol, la piel se torna morena, *se pigmenta*, principalmente en las regiones donde la piel es más fina, y los sujetos pigmentados ofrecen ya mayor resistencia a las insolaciones, como ocurre a los marinos, por ejemplo. Los negros están inmunes para los efectos violentos del sol; según una frase ingeniosa dicese que *los negros viven a la sombra de su piel*.

En otro tiempo se atribuía la pigmentación sólo a los rayos térmicos; desde Charcot y Bouchard, y sobre todo desde los trabajos de Finsen (1900), se la atribuye a los rayos químicos. He aquí algunos hechos que lo prueban:

1.º El eritema solar se produce más frecuentemente cuando se está cerca de una extensión de agua o de un glaciar, que reflejan gran cantidad de rayos químicos.

2.º El eritema solar asienta únicamente sobre las partes descubiertas, en tanto que los rayos caloríficos pueden por su poder de penetración actuar a través de los vestidos.

3.º El eritema se desarrolla algunas horas después de la exposición y no inmediatamente, como ocurre con el eritema calorífico, que es inmediato.

4.º El eritema solar se puede producir sobre una parte del cuerpo sumergida en el agua.

5.º Rollier (1908) aplicó sobre el abdomen de uno de sus pacientes sometidos a la helioterapia, un vidrio de urano, que como es sabido detiene todos los rayos de corta longitud de onda; la piel no se pigmenta en el sitio protegido por el vidrio de urano.

(Continuará)





# LA AMNESIA FUNCIONAL

## (EL OLVIDO)

POR EL DR. RUFO SAINZ IRIONDO

(CONCLUSIÓN)

En esta experiencia la histérica sufre un acentuado cambio de actitud, más acentuado acaso que el que hay en un normal en los estados de sueño y vigilia. Sin duda la conversación subconsciente ha llamado tan poderosamente su atención que ha encontrado el medio de cambiar la postura de su organismo de tal modo que en la nueva perspectiva cerebral somato-cósmica lo subconsciente de la vigilia se encuentra en el plano consciente de la actitud hipnótica, actitud acaso anómala y parcializada pero llena de vivas imágenes en la estrechez de sus primeros términos. En cambio cuando al despertarse recobra con la perspectiva cerebral vigil la disposición habitual de sus planos de conciencia, con su amplitud y variabilidad normales, toda esa conciencia, dependiente de una atención patológicamente parcializada, se hunde en una zona subconsciente tanto más inevitabile cuanto más raras e infrecuentes sean, dentro de lo normal, las actitudes parecidas a la adoptada en estado de hipnosis, ya que sólo en una de estas actitudes análogas o con el retorno de la actitud hipnótica se harán evocables y voluntariamente reproducibles esos recuerdos, porque entonces a partir de un idéntico estado del organismo tenderán las correspondientes huellas cerebrales somáticas a reconstituir los residuos de las huellas cósmicas que inertemente persistían en la corteza cerebral, conservando, claro está, la evocabilidad (memoria consciente) de todo lo que en la actitud vigil guarda relación o analogía con lo experimentado en estado hipnótico.

4.º Las histéricas del tipo Félida de Azam, son enfermas que viven alternativamente en dos *estados*: primero o vigil (normal) y segundo o sonambúlico (anormal). La transición de un estado a otro es lo suficientemente brusca para hacerse notar somáticamente por una especie de coma, sueño o vértigo. Durante el estado normal nada recuerdan de lo ocurrido en estado sonambúlico y durante su sonambulismo no sólo recuerdan normalmente lo ocurrido en precedentes y análogos estados, que suelen durar meses, sino que también recuerdan implícita o expresamente algo de su estado normal.



En estos casos tipo Félida, el cambio de actitud mental es tan intenso, profundo y duradero que unánimemente son considerados como cambios de la *personalidad*. Las actitudes alternas con sus correspondientes perspectivas cerebrales persisten durante meses y retornan y se reproducen idénticas.

Como en los casos antes citados, la histérica durante su personalidad normal se olvida en absoluto de todo lo ocurrido a su personalidad patológica, mientras que en actitud anormal (estado segundo) con el recuerdo de todo lo ocurrido a su personalidad patológica conserva reminiscencias de su personalidad normal. Si pensamos que la conciencia normal se distingue por su amplitud y la patológica por su profundidad se comprende que al volver a la normal, al perder en profundidad lo que gana en extensión, el campo de la conciencia excluya de su ámbito a lo subconsciente que se hace ineficaz, mientras que en el estado segundo la intensidad patológica de la conciencia ahonda en algo que tiene su raíz normal, esto, sin contar los numerosos factores poco habituales, extraños e involuntarios precisos para la reproducción de este segundo estado y que se encuentran todos ellos fuera del alcance de la voluntad consciente cuando la paciente recobra su normalidad.

5.º Entre estas Félidas, es conveniente distinguir a Marcelina, calificada por Pierre Janet (1) de *artificial* sin duda a causa de haber sido las primeras alternativas de su personalidad provocadas por hipnosis.

Merece mención especial Marcelina porque en ella el estado sonambúlico se hace notar por una acentuada excitación y el estado primero por una depresión tan intensa que hacen pensar más que en una personalidad vigil y otra sonambúlica, representantes de una actitud normal y otra patológica, en dos personalidades enfermizas expresivas de las dos fases anómalas de un carácter ciclotímico o de una psicosis maniaco-depresiva.

Marcelina, durante el período de excitación, no sólo recuerda lo ocurrido en análogos períodos sino también parte de lo ocurrido durante las fases de depresión. En cambio durante sus períodos de tristeza, los más parecidos al estado primo o normal de otras histéricas, no sólo olvida en absoluto lo ocurrido durante su excitación sino también mucho de lo ocurrido en sus épocas de depresión hasta el punto de que en uno de sus retornos a la fase de depresión su amnesia abarca la totalidad de lo ocurrido durante diez años consecutivos, incluso las fases de depresión habidas durante ellos.

6.º Un oficial de Caballería, de 27 años, en unos ejercicios de equitación cae de cabeza contra el suelo. Se levanta inmediatamente sin haber perdido el conocimiento y vuelve a montar en su caballo diciendo: «¡Qué mal ha saltado este co-

---

(1) Pierre Janet. «Une Félide Artificielle». Revue Philosophique. 1910.



chino caballo!». No cesa de preguntar al compañero que cabalga a su lado: «¿Pero qué me ha pasado? ¿Cómo me caí?». Después de dejar el caballo en la cuadra, atraviesa a pie una gran plaza. Entra en una casa de baños, se baña, se muda de ropa y marcha a casa de otro compañero quien asediado por las preguntas del paciente y no haciéndose comprender le escribe al margen de un papel las circunstancias en que le ocurrió el accidente y le lleva a su casa aconsejándole que se acueste. Sigue el consejo, manda al asistente por la comida, come y hacia las siete de la tarde se queda dormido. A las doce y media de la noche sus compañeros le llaman desde la calle, no se asoma porque al intentar levantarse se encuentra muy quebrantado. Reanuda su sueño.

Al día siguiente se despierta fatigado y con las ideas algo embrolladas sin que presente síntoma alguno aparente de lesión orgánica. Cuando lee el papel escrito por su amigo acerca del accidente del día anterior, advierte que no recuerda nada de todo aquello. Lo cree porque se lo dicen, pero si tal hecho ha ocurrido es ya la segunda vez que le pasa, creencia infundada que es imposible hacerle desechar (1).

Bénon (2) resume este caso, personalmente observado, del siguiente modo: «Caída de caballo»; traumatismo craneano sin pérdida del conocimiento; *amnesia retro-anterógrada con predominio de la anterógrada*.

El lenguaje técnico de estos accidentes traumáticos es tan diferente del usado por Binet (3) en los accidentes neuróticos antes citados que merece un comentario.

Cuando el factor etiológico preponderante de una amnesia es un traumatismo, S. M. la causa por el solo hecho de su brutalidad mecánica adquiere tal importancia que marca el principio de una nueva era para conceptuar el estado de la memoria, que entonces se califica por su relación temporal con el trauma diciéndose de quien olvida lo ocurrido *antes del trauma* que tiene una *amnesia retrógrada* y de quien olvida lo ocurrido *después del trauma* que padece una *amnesia anterógrada*. Dado el sentido materialista de estas expresiones parece que se concede al traumatismo el milagroso poder de destruir recuerdos que todavía no existen, pues aun haciendo la salvedad de que en lo anterógrado se trate de una amnesia de fijación mal puede haber olvido donde una impresión no alcanza la categoría de recuerdo, contribuyendo de todos modos este lenguaje, con tantas relatividades y distingos, no poco, a dificultar la comprensión de los hechos.

Es mucho más claro y sencillo seguir usando en estos casos el lenguaje emplea-

---

(1) Es este un hecho curioso de un recuerdo en el que la paramnesia condicional es la manifestación de su última resistencia a caer en el olvido absoluto.

(2) R. Bénon. *Traité Clinique et Médico-légal des Troubles Psychiques et Neurosiques*.—G. Steinheil. Editeur. París, 1913. Obs. 198, p. 272.

(3) A. Binet. *Les Altérations de la Personalité*. F. Alcán. Troisième edit. París, 1912.





do en lo neurósico y en los olvidos normales. Este oficial de Caballería al caerse ha sufrido un choque que sin llegar a producir las lesiones precisas para acarrear una conmoción cerebral con pérdida del conocimiento y acaso precisamente por esto (1) ha modificado de tal modo la conciencia posible de las actividades cerebrales que por modificación de la base orgánica de los planos de conciencia ha variado de tal modo la perspectiva cerebral que este sujeto, hasta el día siguiente en que se restablece la perspectiva habitual, vive en un estado anómalo de su personalidad perfectamente comparable en cuanto a su naturaleza y efectos al estado sonambúlico, segundo o patológico de las histéricas antes mencionadas. Lo prueba el estado de su memoria atenta a la subconsciencia de la anormalidad de su estado, mientras éste persiste; lo corrobora el que, al normalizarse su estado, lo mismo que las histéricas al retornar del estado sonambúlico al vigil, ha olvidado por completo lo que le ha ocurrido en estado patológico.

Recapitulando lo expuesto podemos decir:

Que nuestras actitudes mentales, dentro de la vida psíquica normal, implican una determinada perspectiva cerebral somato-cósmica, fundamento orgánico de una correspondiente disposición de los planos de conciencia.

Que actitud, perspectiva y personalidad no son más que el aspecto somático, el cerebral y el subjetivo del conjunto de actividades, valoradas en grado de conciencia, que, en un momento dado, integran nuestra personalidad.

Que la reproductibilidad voluntaria de las imágenes (memoria en sentido estricto o memoria consciente) está en razón inversa del grado de conciencia que les corresponde en una actitud dada, siendo tanto más inevitables cuanto más hundidas se hallan en la zona de las actividades inconscientes, constituyendo todas ellas, de la más consciente a la más inconsciente, la gran masa psíquica en la que *lo olvidado* subconsciente e inconsciente aun no existiendo claramente para la conciencia y aun escapando a los alcances de su voluntad, es el influjo fundamental de ella.

Que en esta base amnésica más o menos variable y duradera aun los elementos más conscientes dependen inmediatamente de actividades que oscilan entre la rememoración y el olvido.

Que esta amnesia momentánea, fugaz y selectiva de lo más consciente es tan normal que como ya nos hizo saber Ribot (2) en 1883, es condición de la memoria, así como la amnesia duradera de lo inconsciente constituye su fundamento.

(1) Ya que en los estados de coma no pueden intervenir los elementos conscientes en este trastorno de la memoria evidentemente producido por un anómalo estado de la atención.

(2) Th. Ribot. *Las Enfermedades de la Memoria*. Traducción de R. Rubio. Madrid, 1899.



Lo olvidado hace tiempo o inconsciente es el fundamento de la memoria consciente porque es la parte activa de nosotros mismos y constituye la memoria orgánica con todas sus posibilidades de rememoración consciente y el olvido momentáneo de lo más consciente es condición porque sin el fugaz olvido de todos los recuerdos, menos un corto número, sería imposible rememorar ya que el recuerdo consciente lo elige voluntariamente nuestra atención rehaciéndolo a partir de sus residuos motores (1).

Que cuando las variaciones de la actitud mental son acentuadas el cambio de la personalidad se hace perceptible en el estado de la memoria, en el número y calidad de recuerdos disponibles.

Que dada la alternancia de dos actitudes durante la más habitual dentro de lo normal y durante la más próxima a la normal dentro de lo patológico se hacen invocables una gran parte o todos los recuerdos de lo ocurrido durante las actitudes menos habituales o más anormales, en general más intensas y menos extensas que aquellas.

Que así como en la actitud de sueño con sueños olvidamos estos al despertar para no volverlos a recordar más que cuando volvemos a soñar dormidos, así las histéricas se olvidan en estado vigíl de todo lo que les ocurrió en períodos de sonambulismo que sólo en una nueva actitud hipnótica es rememorado enteramente lo mismo que este oficial de Caballería que cuando se restablece su cerebro de los trastornos causados por su traumatismo en función de su conciencia, conservada en gran parte, nada recuerda de lo que ocurrió en estado de *traumatizado*.

Que los histéricos en estado anormal y los traumatizados que no pierden el conocimiento durante su estado anómalo, exactamente lo mismo que los que duermen y sueñan, no pierden de vista los intereses de su personalidad normal indicándonos con ello que conservan su recuerdo.

Que usando el lenguaje que se aplica a los traumatizados y calificando la amnesia con relación al momento del tránsito del estado normal (despierto, vigíl, normal) al menos normal o (estado dormido, segundo o de traumatizado) normales, histéricos y traumatizados, despiertos, en estado primo o restablecidos padecen una amnesia ántero-retrógrada con predominio de la amnesia anterógrada.

Que es mucho más sencillo y claro decir que en todos los casos en que un estado cerebral anómalo o enfermizo es capaz de normalizarse por completo hay

---

(1) Estos residuos motores son la base orgánica de los sentimientos genéricos que según Abramowsky sobreviven en la subconsciencia. Véase Abramowsky «La résistance de l'oublié et les sentiments génériques». Journ. de psychol. nor. et path. 1910 y especialmente «Nouvelle Théorie de la mémoire, fondée sur l'expérience». Loc. cit. 1913 cuya exposición crítica será objeto de otro trabajo.



mientras persiste el estado anómalo un olvido siempre relativo del estado normal y después del retorno a la normalidad un olvido casi absoluto de lo ocurrido en estado patológico unido a un olvido relativo (de lo más contiguo o íntimamente relacionado con lo anormal) del estado normal.

Tales eran los comentarios que queríamos hacer a ciertos hechos de olvido patológico para mostrar, una vez más, la íntima relación que hay entre lo psíquico y lo orgánico, relación tan íntima que permite que los efectos somáticos de un trauma sean muy parecidos a los de una emoción y a los del sueño, dando lugar con ello a las insuperables dificultades que se encuentran en la clínica para deslindar el efecto moral del físico en todos aquellos casos en que la mecánica de la emoción y la emoción de lo mecánico perturban la salud de un hombre ya que el influjo de lo funcional pudiera ser tan amplio en las amnesias orgánicas (traumáticas, et.) como el de lo orgánico pueda serlo en el olvido funcional (neurósico, etc.)





# PRENSA PROFESIONAL

**POLICLÍNICA**

(Núm. 43.-Julio 1916)

## Sobre vacunoterapia en la bronquitis crónica

Por el DR. RAFAEL GOLVÉE

*Director del Consultorio Municipal de enfermedades de los aparatos respiratorio y circulatorio.*

En Mayo de 1914 publicamos (1) un avance de los alentadores resultados obtenidos en nuestros intentos de vacunación autógena contra las bronquitis; experiencias que dieron y continúan dando éxitos que estábamos muy lejos de sospechar cuando las comenzamos.

No encontramos en los cultivos obtenidos de los esputos de nuestros catarrosos ninguna especie constante a la que, por su persistencia, virulencia, aglutinación, etc., pudieramos conceder el título de agente específico, sino que tan pronto una especie como otra nos sorprendía por su abundancia o por su constancia en las preparaciones del mismo enfermo, en tanto que sus asociadas variaban en número y clase. Otras veces, las más, nada nos decía el examen directo; teníamos sobre la platina una preparación que hubiéramos reputado de completamente anodina si alguna fibra clásica, algún cristal de Charcot y la seguridad de su procedencia no nos afirmaran lo contrario. Algunos bacilos, algunos tetrágenus, cocos, estafilococos y estreptococos, ni muy abundantes ni guardando proporción en exámenes sucesivos; tal es el cuadro más frecuente; dijérase una preparación de investigación del Koch sin bacilo rojo. Sólo un dato curioso hemos podido comprobar: la gran inconstancia del micrococcus catarralis, al que consideramos como el menos frecuente en los esputos de catarrosos.

(1) «Dos casos de bronquitis crónica tratados por vacunación autógena». *Policlínica*. Núm. 17. Mayo 1914.



No pudiendo hacer responsable a ningún microbio especial, hicimos nuestra vacuna autógena con todos los microbios del esputo de cada caso, eliminando únicamente aquellos que no eran aglutinados por el suero del paciente.

Hemos continuado nuestros trabajos y hemos ido modificando detalles e ideas a medida que la experiencia nos ha hecho abandonar un poco el laboratorio para llevarnos a la clínica, donde las cosas son como ocurren y no como debieran ocurrir.

Una de las prácticas que primeramente hemos tenido que abandonar ha sido la inquisición previa de la aglutinación, pues hemos observado, contra nuestro primitivo prejuicio, que microbios no aglutinables ni aun a soluciones al décimo provocaban aisladamente reacciones locales y focales más intensas y beneficiosas que el resto de sus compañeros, entre los que había algunos aglutinables al  $1 \times 200$ . Esta aparente anomalía tan sólo nos la explicamos aceptando la existencia en la flora bronquial de microbios de acción tóxica o específica; tal microbio ejercería un efecto túsígeno por excitación exclusiva de las terminaciones sensitivas del vago; tal otro actuaría paralizando las terminaciones motoras del mismo vago, contribuyendo por este especial mecanismo a la alteración primero y a la destrucción más tarde de la musculatura bronquial.

Sea acción muy localizada o general, el hecho de que la bronquitis crónica sea enfermedad poco intoxicante y en general bien soportada por el resto del organismo, nos hace comprender como puede no despertar la formación de aglutininas un microorganismo que sin embargo contribuye en grande o pequeña parte por uno u otro mecanismo al complejo proceso traducido en clínica por el cuadro de las bronquitis.

También nos ha movido a suprimir la prueba de aglutinación el hecho de que son más escasas de lo que puede sospecharse las variedades que ofrece la flora de un bronquítico; tres, cuatro, seis como máximo, es el número de especies que hemos encontrado en cada esputo, y siendo tan escasa esta cantidad, se hacía innecesaria la previa eliminación de las no aglutinables, pues de todos modos la vacuna no estaba por ello cargada.

No sólo el número de especies de cada esputo es reducido, sino que podemos afirmar, aunque nos falte un verdadero y detallado estudio bacteriológico, que el número de microbios distintos hallados en nuestras sucesivas experiencias es muy reducido, aunque, claro está, sus combinaciones posibles son múltiples. Un mismo microbio lo vemos asociado de mil maneras en muestras distintas, pero sólo de tarde en tarde nos aparece uno que no sea ya conocido nuestro.

Llevamos cuarenta y ocho casos terminados, a los que constantemente ha acompañado el éxito y cuyos pormenores no hemos de referir aquí, pues consideramos el método de la vacunación autógena como definitivamente introducido en la



práctica clínica y llenando indicaciones terapéuticas admirablemente señaladas por el eminente maestro Verdes Montenegro (1).

Sólo queremos citar lo más interesante o que nos ha llamado la atención por las derivaciones a que ha dado lugar.

En uno de los casos de bronquitis común alcanzamos pronto una pequeña mejoría, sin poder después avanzar a pesar de seguir el tratamiento con dosis crecientes que resultaban completamente ineficaces. Hecha nueva recolección de esputos y siembras, nos sorprendió ver su flora por completo cambiada; ya no existía un bacilo corto Graam—negativo con abundantes estreptococos y algún diplococo,—sino un verdadero diluvio de un coco pequeñísimo en cultivo casi puro. Hicimos nueva vacuna y el individuo mejoró rápidamente hasta la completa curación. ¿Nos había pasado desapercibido el micrococo en nuestro primer examen? Su gran abundancia ulterior impide suponerlo. ¿Le habríamos despertado de su letargo inmunizando contra sus asociados?... Es indudable que con la vacunación se modifica la flora bronquial y nada tiene de particular encontrar variaciones en sucesivos exámenes, por lo que es recomendable preparar nueva vacuna en cuanto el tratamiento es ineficaz o se estaciona la mejoría.

Otro caso que nos ha forzado a un completo cambio de procedimiento es el de un individuo de Onteniente, que, durante un año, todos los meses nos enviaba esputos, de los que le hacíamos nueva vacuna que le aliviaba al principio, pero que después fracasaba, volviendo la tos y la expectoración a su intensidad ordinaria, siendo curioso la completa semejanza de cada uno de los cultivos que nos obligaba a hacer caso tan raro y rebelde. Conservábamos cada uno de estos cultivos e hicimos una vacuna con todos ellos en vez de hacerla con los de cada muestra; es decir, hicimos, casi sin querer, obligados por las circunstancias, una vacuna que de hecho merece el nombre de *polivalente* y con la que conseguimos rápidamente el éxito completo.

Marchando por el nuevo camino trazado, hemos ensayado el añadir a cada vacuna autógena los cultivos correspondientes a otros individuos, procedimiento posible y fácil, porque, como ya hemos indicado, es muy reducido el número de microbios distintos, y hemos conseguido que las mejorías fueran más rápidas y el procedimiento en general más seguro. Con ello inaugurábamos un nuevo procedimiento que aun no podíamos calificar de vacunación polivalente, pues nos conservábamos al amparo de la auto-inmunidad.

Por tanteo hemos ido separando los cultivos *repetidos*, quedándonos con doce

---

(1) «Sobre el tratamiento de las bronquitis crónicas por las vacunas autógenas». *El Siglo Médico*. Núm. 3.195. 6 Marzo 1915.



de caracteres morfológicos, coloniales y tintóreos distintos y con los que hacemos una vacuna cuyos ensayos no pueden ser más satisfactorios.

El número de especies que contiene nuestra vacuna no es ni podemos darlo por definitivamente fijado. Comenzamos con cinco especies (las únicas de que disponíamos), siendo variable su efecto, fracasando en las más de las veces y consiguiendo en otras tan felices y rápidas curaciones como con la autógena; si *encajaba* su flora estéril con la viva del enfermo, todo marchaba bien; de lo contrario, era completamente inútil. A medida que nuevas especies han sido añadidas, su eficacia ha sido más frecuente, y si hoy experimentamos con doce especies es porque tan sólo este número hemos encontrado de distintas.

Preparamos la nueva vacuna polivalente haciendo una suspensión en suero de cada cultivo titulada a 1.000 millones por c. c. Esterilizamos por separado a 80 durante 12 horas y mezclamos a partes iguales, obteniendo una solución madre que sembramos para testificar su esterilidad y de cuya inocuidad nos aseguramos por inoculación en el peritoneo del conejo.

Las inyecciones las aplicamos de la misma forma que la vacuna autógena, observando también pequeñas reacciones locales y generales, siempre sin fiebre.

Observación I.—J. S., de 64 años. Arterioescleroso, con 42 gr. de glucosa en litro de orina. Desde hace años tose continuamente, con expectoración abundante y con tal persistencia, que apenas puede conciliar el sueño. Gran demacración y disnea de esfuerzo.

Se observan numerosos estertores medianos y gruesos en todo el ámbito pulmonar y condensación en el lóbulo medio derecho. Espujo purulento y sin Koch.

Comenzamos la vacunación con dosis de veinte millones que producen intensa reacción local, con gran enrojecimiento y tumefacción de la piel, que cede perfectamente a las aplicaciones de calor. Continuamos con dosis crecientes, no pudiendo evitar la facilidad con que provocan reacciones locales, notando el enfermo gran disminución en la tos. Descansa por la noche, sin que a la mañana siguiente despierte ahogado por la expectoración retenida, cosa que le ocurría antes cuando ansioso del reposo nocturno usaba de los opiados. La inyección de doscientos millones provoca o coincide con una gran hemoptisis que alarma al enfermo, pues es la primera que sufre. Ordenamos el más absoluto reposo, vencemos nuestro deseo de auscultar y todo pasa a los tres días sin más intervención. Aunque extremando la prudencia, continuamos el tratamiento, pues la tos se ha hecho fácil y escasa, los esputos son moco-purulentos y los signos estetoscópicos se han modificado hasta el punto que sólo algún roncus se percibe en las bases, quedando en el resto de los pulmones escasos estertores de bronquio grueso.

Cuando ya habíamos conseguido hacer desaparecer por completo la tos y lu-



chábamos con la condensación, único fenómeno perceptible por la exploración, otra hemoptisis se presenta a las diez horas de aplicarle una dosis de ochocientos millones, volviéndonos a preocupar de si hay relación, defecto o causa o simple coincidencia. Ambas hemoptisis han comenzado inopinadamente, sin malestar ni fiebre; la primera aparece tras de un violento acceso de tos; la segunda se inicia con un cosquilleo en la garganta, saliendo la sangre casi a bocanadas sin el menor esfuerzo ni golpe de tos, y una y otra han cedido al reposo absoluto.

El enfermo ha pasado el invierno bien, sin toser, a pesar de haber sufrido una bronquitis aguda que duró ocho días, de la que salió sin ninguna complicación. Tengo ocasión de verle con frecuencia por su diabetes y sus trastornos de esclerosis cerebral, y compruebo la desaparición de todo signo de bronquitis y la persistencia de la induración pulmonar.

Observación II.—C. N., de 58 años. Bronquítica antigua, gran disnea, tos intensa y continua, abundantísima expectoración moco-purulenta verdosa, vómicatas matinales fétidas, dilatación corazón derecho; no hay Koch.

Comenzamos la inmunización con veinte millones, siguiendo con dosis crecientes, sin que haya grandes reacciones locales, obteniendo ligera y progresiva mejoría que se traduce en la desaparición de la fetidez de los esputos y disminución en la copiosidad de las vómicatas. Llegamos hasta la dosis de seiscientos millones, habiendo desaparecido la tos y la expectoración y persistiendo, aunque muy mitigada, la disnea.

Observación III.—A. Ch., de 25 años. Desde pequeño se constipa intensamente todos los inviernos. Escasa expectoración amarillenta, compacta y sin Koch, estertores sibilantes y roncus en todo el lóbulo inferior derecho y nada de particular en el resto. Cuti-reacción negativa.

Comienzo a inyectarle veinte millones, siguiendo el aumento sin notar modificación hasta 500 dosis, a la que comienzan a mejorar los signos estetoscópicos. Llegamos a la dosis de 1.000 millones sin expectoración, con la tos casi suprimida, pero persistiendo algún roncus que sólo cede a la cuarta repetición de la citada dosis de 1.000 millones.

Observación IV.—J. P., de 9 años. Hace un año se le dió el alta de una bronco-neumonía. Tose mucho desde entonces, siendo la expectoración especialmente abundante por la mañana. Escaso apetito, demacración y palidez de mucosas. Signos de bronquitis generalizada poco intensa; bronquiectasia más señalada en el derecho.

Comenzamos por cinco millones, sorprendiéndonos la maravillosa rapidez con que se va modificando nuestro enfermito. A la dosis de quinientos millones le damos de alta, habiendo mejorado el apetito y el aspecto general y desaparecido completamente la tos.



Observación V.—E. S., de 22 años. Excelente apetito y buen estado general. Conoce toda clase de medicaciones, habiendo sido tratada por infinidad de colegas, pues según ella dice, *tose desde que nació*. Presenta un hundimiento congénito del lado derecho de la jaula torácica que apenas sigue los movimientos respiratorios. La punta del corazón late en el sexto espacio intercostal *derecho*, a un centímetro del borde external. No hay hipertrofia cardíaca, y los tonos, aunque no corresponden a los focos clásicos, son completamente normales. La exploración nos señala abundantes estertores subcrepitantes, roncus y respiración débil con submatidez en todo el pulmón derecho y estado normal en el izquierdo.

Comenzamos la vacunación con veinte millones, llegando hasta mil millones, cuya dosis repetimos seis veces, deslizándose el tratamiento sin reacciones locales y sin la más insignificante mejoría; el estado de la enferma es exactamente el mismo que el primer día.

Como contraprueba preparamos una vacuna autógena, de la que llegamos a inyectar mil quinientos millones sin conseguir la más pequeña modificación. Consiguimos el fracaso sin hacer consideraciones respecto a si tal bronquitis será de origen mecánico, pues confesamos que aun con el examen radiológico no nos damos cabal cuenta de la ectopia cardíaca y de la dislocación que ella acarrea al origen de los grandes vasos. Sólo hacemos resaltar la coincidencia en los resultados negativos de las vacunas autógena y polivalente.

Hemos ensayado también la vacuna polivalente en nuestros enfermos de tuberculosis pulmonar. Sólo citamos cuatro casos de los que tenemos tratados por la polivalente de doce especies, haciendo caso omiso de los inciertos resultados obtenidos cuando trabajamos con menor número de especies.

Observación VI.—F. P., de 17 años. Todos los inviernos se constipa, hemoptóica. La temperatura vespertina oscila entre 38 y 39°. Dolores torácicos, sudores, flujo blanco, palpitations y taquicardia. Espustos moco-purulentos con abundantes bacilos de Koch. Numerosos estertores y soplo suave en vértice izquierdo, disminución del murmullo en la base del mismo lado, con respiración áspera y aumento de macidez.

Teníamos sometida esta enferma a un tratamiento lento por A. T. K., que al llegar a la solución III ( $1 \times 1.000$ ) había suprimido los sudores, el flujo y las palpitations, manteniendo la temperatura por bajo de 38°.

En este estado simultaneamos el uso de la vacuna y el de la tuberculina, consiguiendo una rápida modificación de la expectoración. Al terminar el tratamiento con ochocientos millones, los estertores han disminuído, la tos se ha hecho quinitosa, con espustos escasos y matinales, permaneciendo estacionarios los demás signos estetoscópicos. Dos meses más tarde, al finalizar con la solución II el empleo



de la tuberculina, la enferma se encuentra apirética, sin estertores, con la base más permeable y permanece sin modificar el soplo en vértice.

Observación VII.—C. E., de 22 años. Fiebre, inapetencia, gastralgia, dolores torácicos, tos con escasa expectoración bacilífera, respiración áspera con submucosidad en lóbulo superior derecho y escasos estertores en ambos vértices.

Terminamos la vacunación, llegando a inyectar mil millones sin conseguir resultado que le pueda ser atribuido. El uso posterior de la S. B. E., después de ensayada y fracasada la A. T. K., nos hizo dar el alta provisional, que se mantiene desde hace cinco meses.

Observación VIII.—E. L., de 38 años. Gran demacración, disnea, inapetencia, tos casi continua, expectoración bacilífera copiosísima, sudores profusos y fiebre alta. Signos de caverna en vértice derecho y todo el resto de ambos pulmones lleno de estertores de todas clases.

Comenzamos la vacunación sin ninguna esperanza, pero vemos con sorpresa disminuir rápidamente la expectoración y la disnea; la fiebre se mantiene alrededor de 39°, los estertores se reducen en número, localizándose en vértices y lóbulos superior y medio derechos. De tal modo se van limpiando de estertores los pulmones, que nos atrevemos a intervenir ya con la A. T. K., a cuyo tratamiento todavía está sometido el enfermo, que se encuentra hoy sin sudores, con un bloque de cicatrización en vértice derecho y sin estertores, tos ni fiebre.

Observación IX.—J. E., de 29 años. Se inicia el cuadro con una copiosa hemoptisis, transcurrida la cual encontramos: vértice derecho condensado, ligera reacción febril y excelente estado general. El enfermo marcha al campo, en donde se constipa, comenzando a tener tos y esputos ligeramente teñidos; aparece algún estertor inspiratorio en vértice y la induración invade todo el lóbulo superior; la tos se va haciendo molesta y al mismo tiempo la expectoración aumenta. No hay bacilo Koch. Cuti-reacción ligeramente positiva. Fiebre de 37°5.

Comenzamos la vacunación, que hemos de suspender a la cuarta inyección, pues sobreviene nueva hemoptisis con disnea, temperatura de 39 a 40°, tos quintosa muy molesta y todo el pulmón derecho convertido en un bloque. Pasado el incidente la tos se ablanda, reaparece la expectoración, que se ha hecho bacilífera, los estertores se perciben en todo el pulmón afecto y la fiebre desciende a 38°, a cuyo alrededor oscila.

Comenzamos de nuevo la vacunación y poco a poco se van haciendo menos numerosos los estertores, disminuyendo también la expectoración. Después de repetir tres veces la dosis de mil millones la expectoración ha desaparecido; sólo algún estertor se nota en la base, habiendo sido sustituidos en el resto del pulmón por respiración áspera y algo entrecortada. El enfermo vuelve al campo, donde aumenta



el apetito y el peso y desaparece por completo la fiebre. Este estado de latencia persiste transcurrido medio año.

Antes de que la polivalente, con que actualmente experimentamos, nos mereciera suficiente confianza por el número de especies contenidas, hemos hecho gran número de ensayos con la autógena que, aunque más difícil de preparar y sujeta siempre a rectificaciones en el curso del tratamiento, se ha mostrado siempre eficaz, siendo su efecto más notable la disminución de las reacciones bronquiales.

No pretendemos haber encontrado el maravilloso *remedio* de la tuberculosis pulmonar; pero creemos que en el estado actual de la tisiología, careciendo de todo agente verdaderamente específico, es un deber del clínico el procurarse todos aquellos medios que coadyuvan a despejar de enemigos al organismo ya invadido, sin que valga la reflexión de que a quien hay que atacar y vencer es al enemigo poderoso y terrible, despreciando a los que sólo son merodeadores que se disputan los despojos. Ya en otra ocasión señalábamos la atención que han prestado, entre otros, Czaplewski, Cornet, Boucherón y Royo Villanova a este interesante asunto, pudiendo hoy decirse que es criterio unánime de cuantos a estudios de tuberculosis se dedican el conceder cada día mayor importancia a las asociaciones microbianas que se ingertan sobre lesiones típicamente tuberculosas y que constituyen verdaderas simbiosis, no por mal conocidas poco interesantes desde el punto de vista clínico. Por nuestra parte nos ha llamado siempre la atención la lentitud y benignidad relativa de las tuberculosis llamadas quirúrgicas, y en general de todos aquellos focos cerrados que libres de contaminación que no sea hemática conservan el bacilo Koch libre de influjos extraños. Acaso sea ese santo temor a la asociación lo que ha llevado a los cirujanos al método de abstención intervencionista que tan buenos resultados está dando.

En los casos citados se ve el excelente resultado de la vacuna polivalente, excepción hecha de la observación V, cuya patogenia permanece oscura, y la observación VII, cuyo fracaso atribuimos a ser este un caso en el que podría aceptarse la exclusiva intervención del bacilo de Koch.

Repetimos que trabajamos con doce especies, a las que tal vez hayamos de suprimir o añadir alguna, y que de ninguna manera consideramos haber llegado a un resultado estable e inmovible, sino que, por el contrario, sabemos que no hemos hecho más que desflorar el asunto.

Nuestros cultivos envejecen habituándose a los medios artificiales de cultivo. ¿Perderán por ello eficacia? ¿Los éxitos obtenidos en nuestra región se repetirán en otras localidades de clima distinto, donde es posible que la flora bronquial ofrezca otros caracteres?

En tanto que podamos contestar estas y otras preguntas, hemos de dar la primacía a la vacuna autógena, tanto en la bronquitis crónica como en la tuberculosis.



## Encamamiento sistemático de los coréicos

Por el DR. CÉSAR JUARROS

---

Es un hecho tan exacto como incomprensible que en España los coréicos andan en plena libertad, haciendo su vida ordinaria sin grande oposición por parte de los médicos y *hasta*, en ocasiones, por consejo de estos.

Sin embargo, el corea, es una grave enfermedad que cada día se va alejando más del campo de las neurosis, para entrar en el grupo de las dolencias infecciosas. Además lleva siempre consigo la amenaza de una endocarditis y presenta, evidentemente, una considerable disminución del número de glóbulos rojos, motivos todos que justifican más que sobradamente el encamamiento del enfermo.

Yo, en mi limitada esfera de acción, meto a todo coréico en la cama, lo aislo y lo trato como enfermo y como enfermo de cuidado.

¿Cuáles son los resultados obtenidos?

Magníficos. Ni una sola ocasión he tenido que arrepentirme de este mi modo de proceder y en varias me ha sido dable obtener ventajas donde otros métodos habían fracasado.

Citaré tres casos de los más recientes.

En uno se trataba de una niña de diez años, francesa de nacionalidad, neurósica inveterada, de herencia neuropática, muy recargada, y que ya había sido vista por médicos de París. Vino aquí hace un año algo mejorada de su corea y un especialista en enfermedades de los niños le aconsejó que jugara todo el día, que estuviera muy distraída, rodeada de amiguitas; y en efecto, el corea se agravó, e hizo su aparición un estado de excitación nerviosa verdaderamente alarmador.

Cuanto peor estaba, más se multiplicaban los juguetes y el número de amiguitas, y todo iba creciendo tan por igual y tan rápidamente que la familia decidió consultar a otro médico, y acudieron a mí.

La hice traer de la quinta donde estaba a Madrid; la acosté en una habitación silenciosa, a media luz siempre; prohibí la entrada, salvo de la madre—el padre



estaba en la guerra—y la criada encargada de cuidarla, impuse un régimen alimenticio higiénico y receté unas gotas de licor de Fowler.

A los veinte días, la enfermita había mejorado de modo considerable, y a los dos meses podía levantarse de la cama con los movimientos coréicos muy amortiguados. La curación *total* se logró en noventa días.

El segundo caso es el de una niña de cuatro años, hija del conserje de un diario de Madrid. Como consecuencia del cargo de su padre le habían visto infinidad de compañeros; todos ellos con rara unanimidad habían diagnosticado corea de Sydenham; pero la agravación era continua, pues si bien la chiquilla se trajelaba estóicamente, todos los medicamentos, seguía haciendo su vida ordinaria, la mayor parte de la cual estaba dedicada a pasar de unos brazos a otros, besuqueada y mimada, y así corría la redacción, los talleres y la administración dos o tres veces en día, que tan solicitada era por su lindeza de muñeca, su media lengua graciosa y su simpatía toda.

El encamamiento fué bien aceptado; pero no así el aislamiento, que exigió una tremenda lucha, y no, ciertamente, con la niña, cansada ya de andar de un sitio para otro.

Hube de apelar a toda mi energía y a hacer presente mi firme propósito de despedirme y abandonar la asistencia si no se me obedecía al pie de la letra.

El argumento ariete que esgrimían contra mí era la falta de fiebre. Al fin fuí atendido, y al mes, el cuadro había cambiado totalmente; pero fué preciso apelar de nuevo a la cama después de un mes de hallarse levantada. En total seis meses de tratamiento.

La última observación es la de un niño de seis años, habitante en un pueblo de las cercanías de Madrid. Para tratarse un corea de Sydenham venía a diario en el tren y cada viaje se señalaba por una agravación.

Fué suficiente un mes de cama, con aislamiento y suspensión de los viajes para que el corea comenzara a decrecer rápidamente.

No se piense que se trata de tres casos escogidos cuidadosamente para conseguir un efecto de pirotecnia, sino que en la totalidad de los coréicos asistidos así, los efectos obtenidos por el encamamiento han sido claramente beneficiosos. Tanto, que según mi práctica no hay remedio comparable en sus resultados, ni higiénico ni terapéutico, con este del encamamiento sistemático, acompañado de un aislamiento severo.





# ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

## INSTITUTO RUBIO

### Estado actual del tratamiento de la tuberculosis pulmonar

Por el DR. VERDES MONTENEGRO

CONFERENCIA INAUGURAL DEL CURSO DE 1916

#### I

Señores:

Si fué un gran acierto del ilustre Director del Instituto Rubio organizar este curso de conferencias sobre tuberculosis, no lo fué sin duda designarme para inaugurarlas, pero quizás con ambas cosas ha puesto de relieve las más grandes cualidades de su espíritu: su intuición fina y su bondad inagotable. Reciba mi querido amigo el Dr. González Bravo mi parabién por el acierto y la expresión de mi gratitud por la distinción con que me honra; y dispensadme todos en esta ocasión la benevolencia de que me habéis dado muchas veces testimonio en tantos años de cariñosa convivencia.

#### II

A principios de este siglo, señores, la escuela tradicional había llegado á establecer dos grandes métodos de tratamiento de la tuberculosis pulmonar, los cuales podrían, muy justamente, ser designados con los nombres de método de *perder el tiempo* y método de *cubrir el expediente*. No era ninguno de ellos de abolengo genuinamente español, sino más bien derivación y trasunto de procedimientos extranjeros. Así, el método de *perder el tiempo* representaba el último grado de degeneración del procedimiento de tratar la tuberculosis por el aire libre, la alimentación y el reposo, preconizado por Brehmer y Dettweiler en Alemania; y el método de *cubrir*



*el expediente*, era la representación adecuada del farmacologismo francés de la última centuria.

Uno y otro método habían llegado a su expresión más simple y lapidaria, a fórmulas sencillas; y su indicación constituía un verdadero acto reflejo, un movimiento automático del espíritu, con gran ventaja para la pereza intelectual. El método de *cubrir el expediente* tenía por fórmula tratar a los tuberculosos en el primer período por los arsenicales; en el segundo, por los creosotados, y entregarlos piadosamente, una vez llegado el tercero, a los designios de la Divina Providencia. La fórmula del método de *perder el tiempo* era, sencillamente, enviar a los enfermos al campo, sin ocuparse en reglamentar escrupulosamente su vida. Si bien se considera, ninguno de estos métodos lo era de verdadero tratamiento de la tuberculosis. Con el primero no se hacía sino acompañar cariñosamente a los enfermos hasta el sepulcro, como acostumbra a hacerlo con los sentenciados a muerte los cofrades de la Paz y Caridad; lo segundo, no era enviar, era echar, era arrojar a los tuberculosos al campo, teniendo por todo principio terapéutico el adagio vulgar: «A quien Dios se la dé, San Pedro se la bendiga».

Se dirá que todavía en la práctica profesional uno y otro método perduran; nada más cierto, pero eso no empece para que los consideremos como perteneciendo a la Historia, faltos ya y desprovistos de todo interés actual y de toda razón de subsistencia. Lleva cada época el nombre de los grandes progresos que en ella se realizan, aun cuando persistan por la inercia prácticas rutinarias, heredadas de generaciones anteriores; así, el siglo XIX ha sido llamado el del vapor, a pesar de no haber desaparecido las diligencias, y se dice del siglo XX que es el de la electricidad, aun cuando algunos se alumbren con petróleo.

Tratándose aquí de procedimientos terapéuticos, es decir, de prácticas encaminadas a devolver a los enfermos la salud perdida, es necesario afirmar rotundamente, para evitar equívocos, que ninguno de los métodos mencionados modifica favorablemente el curso de la tuberculosis pulmonar, ni tiene eficacia alguna, ni merece, por lo tanto, estimación de ningún género. Todo médico de claro juicio y de alguna experiencia suscribirá sin reservas esta afirmación terminante.

No vale, pues, la pena de que nos ocupemos en su estudio, o más bien en su autopsia, puesto que se trata de métodos que han pasado a mejor vida. Por lo que hace a la farmacología, ningún medicamento tiene valor fundamental contra la enfermedad, y sólo alcanza a calmar algunos síntomas molestos; sólo es, pues, utilizable para acompañar a los enfermos, según hemos indicado, haciéndolos más llevaderos los dolorosos trances de su padecimiento, que tratado por esos medios queda realmente abandonado a su espontáneo curso. El farmacologismo francés sólo ha aprovechado a los fabricantes de específicos, a muchos de los cuales ha



enriquecido la credulidad de los desgraciados enfermos, prontos a confiar en anuncios redactados de una manera sugestiva, dejando pasar con ello el período en que su afección hubiera podido ser tratada científicamente con esperanzas de éxito.

En la práctica de enviar a los enfermos al campo había un fundamento científico, el del método higiénico; pero prescindiéndose de la escrupulosa y diaria reglamentación de la vida, que es lo que constituye el alma del procedimiento, con la vida de campo sólo, no se hacía en rigor nada útil. La vida de campo es el método higiénico; sin el método, una especie de guisado de ternera sin ternera, como vulgarmente se dice. Por eso he indicado que era el último grado de degeneración del invento de Dettweiler.

Pero, ¿cómo había caído tan bajo el método higiénico, el procedimiento de sanatorio, después de medio siglo de dominio? Dos causas habían contribuido a ese desprestigio, que le hace merecedor del despectivo título con que le he calificado. Era la primera un achaque natural que en sus largas peregrinaciones experimentan las ideas. No son las inteligencias humanas uniformes, igualmente diáfanas, igualmente transparentes y cristalinas, de una densidad igual, y por eso al pasar de una inteligencia a otra, experimentan las ideas un cierto grado de refracción, como el que experimenta la luz cuando atraviesa medios diferentes. Refracción, señores, en óptica, quiere decir desviación del camino primitivo que la luz seguía, y además, desintegración de ésta dando lugar a imágenes aberrantes. Al pasar de una inteligencia a otra, también las ideas cambian su primitiva dirección y también se deforman y oscurecen y pierden su originaria nitidez. De ahí resulta que al cabo de un cierto número de refracciones, de atravesar medios diferentes, la imagen luminosa está totalmente modificada, y no es posible discernir ni su situación ni sus caracteres. En su emigración a través de un cierto número de inteligencias, la imagen espiritual resulta también irremediabilmente falseada.

Por otra parte, el método higiénico, no había sido producto de deducciones científicas, sino más bien de intuiciones geniales, cosa frecuente en el progreso de las ciencias, y cuando esto ocurre, falta a los métodos lo que pudieramos llamar el esqueleto de su razón interna, que mantiene la cohesión entre las partes e impide que el organismo se desmorone, y los miembros, faltos de íntima trabazón, se desprendan. Así, por ejemplo, la doctrina de la transmisión de las infecciones por los contactos, constituye el esqueleto, la razón interna del método de la asepsia; y conocido y aceptado este principio, la práctica, lejos de desgastar el método, le enriquece cada día con nuevos y más cuidadosos detalles. Pero suponed desconocido el fundamento del método y que éste se hubiera establecido por la genialidad de un cirujano a quien se le hubiera ocurrido hervir todo cuanto se ha de poner en contacto





con las heridas. Aun reconocido por la experiencia que las cosas iban mejor obrando de esta suerte, como el método carecería del esqueleto vigoroso de una razón fundamental, la práctica lo hubiese desgastado, y al cabo de unos cuantos años, los instrumentos se enjuagarían en agua templada, se quitaría el polvo a las compresas con un cepillo, y los médicos mismos llegarían a pensar que era más razonable que lavarse las manos antes de la operación, hacerlo una vez la operación terminada. Inútil decir que con cualquiera de estas modificaciones la más pequeña, aun subsistiendo todo lo demás, el método habría perdido por completo su eficacia.

Pues esto había ocurrido, señores, con el tratamiento higiénico de la tuberculosis pulmonar. Era producto de una intuición genial y le había acreditado la experiencia. Faltábale el esqueleto de una razón fundamental, y era, por lo tanto, un organismo flácido, cuyas partes flotaban a merced de las hipótesis, aquí contundido, allí roto por los temporales de las más extrañas teorías. Cada nueva explicación que surgía acerca de los motivos de su eficacia, eliminaba muchas de sus prácticas y añadía otras en consonancia con la nueva doctrina. En el transcurso de los años se había convertido en esa práctica rutinaria e ineficaz de enviar a los enfermos al campo, tema sobre el cual la iniciativa individual bordaba variaciones infinitas.

### III

En esta situación, la generación presente ha tenido que empezar por reconstituir el método higiénico con arreglo a su principio fundamental, lo cual no ha sido difícil, esclarecido como se halla, a lo menos en sus líneas principales, el proceso, merced al cual, espontáneamente, nos defendemos de la tuberculosis.

Llegado del exterior al pulmón o procedente de la metástasis de otro órgano el germen de la tuberculosis, desde el momento en que en el pulmón se localiza y el tubérculo se inicia, queda constituida una lesión a la extensión de la cual opone el organismo una proliferación conjuntiva que la contiene, y, en el caso más favorable, la aísla; pero queda a su vez constituido un foco de absorción de productos extraños, que obliga al organismo a crear fermentos para destruirlos. Si esta absorción se realiza en condiciones tales que el organismo la domine fácilmente, el vigor orgánico poco afectado, puede acudir eficazmente a la defensa local, lo cual, al mismo tiempo contiene la lesión y disminuye la cantidad de productos bacilares que llegan al torrente circulatorio. Si esta absorción se verifica en otras condiciones, el organismo intoxicado, no puede reaccionar localmente sino con una producción rala, insuficiente, de tejido cicatricial: la lesión se extiende y la absorción se exacerba.

La lucha contra la lesión tuberculosa comienza en el foco mismo, y, según el vigor orgánico, esta defensa local es espléndida o deficiente. Este vigor depende de



que el organismo no resulte intoxicado por los productos absorbidos, sino que fácilmente los descomponga y destruya. La congestión inflamatoria, con la exudación de que se acompaña y el aumento de leucocitos, contribuyen ya a descomponer y neutralizar lo que pudieramos llamar el virus tuberculoso crudo, según experimentalmente ha podido comprobarse. Detrás de esta primera línea de defensa, y a excitación de los productos que más o menos modificados han podido salvarla, crea el organismo anticuerpos capaces, *cuando se forman en la cantidad suficiente*, de digerir estos productos y destruirlos por completo.

Basta lo dicho, porque claro es que no he de tratar aquí las cosas sino en sus líneas generales, para comprender que si disminuyéramos todo lo posible la absorción de los productos tuberculosos, el brote sería más fácilmente dominado; y si al mismo tiempo pudiésemos robustecer la defensa local y exaltar la producción de anticuerpos, estas facilidades de dominar el brote tuberculoso serían mayores todavía.

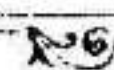
A estas exigencias responde, en parte, el método higiénico, con su clásica concepción de vida al aire libre, alimentación y reposo; y por ello es un método científico de eficacia indudable, *a condición de ser bien practicado*, en el tratamiento de la tuberculosis, unas veces, las menos, como exclusivo tratamiento; otras, las más, como procedimiento auxiliar.

El método higiénico, en efecto, nos ofrece el medio de disminuir con el reposo la absorción de productos bacilares, y con ello hace posible que los fermentos que el organismo crea para digerirlos, se encuentren respecto de esos productos en la relación de superioridad precisa, según nuestros conocimientos de estos fenómenos, han evidenciado, para que sean más fácilmente destruidos. Por otra parte, la producción de esos fermentos es una función vital comparable a la digestiva, y sabido es que todas las funciones reciben de la acción vivificadora del aire libre el saludable influjo que excita su actividad, dentro de aquellos términos fisiológicos en los cuales la vida se manifiesta triunfadora y lujurante. Con sujeción a estos principios, que constituyen la clave del método, los estudios de Tendeloo sobre la respiración, los de Hill sobre la acción fisiológica de la movilidad y temperatura del aire; los de Mac Intosh sobre los venenos volátiles, etc., etc., han determinado o explicado la complicada y rigurosa técnica, según la cual se ha de regular diariamente la vida del paciente conforme a su temperatura, su estado general, el de su apetito, la cantidad de expectoración y otro sinnúmero de circunstancias. Sin esta técnica minuciosa, la vida de campo no es nada, ni sirve sino para dar la engañosa apariencia de un tratamiento que en realidad no se practica (1).

---

(1) La técnica detallada y los fundamentos científicos de todos los tratamientos, en mi obra *Lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer con un tuberculoso*.





Ahora bien; para que un brote tuberculoso pueda ser dominado por el método higiénico, ha de ser extraordinariamente leve, pues la experiencia demuestra que la enfermedad comienza generalmente a desarrollarse bajo el influjo de contingencias anafilactizantes, bien una afección aguda que temporalmente inhibe la capacidad productora de defensas específicas; bien excesos, privaciones, fatigas, que, debilitando el organismo, rebajan el nivel de todas y cada una de sus funciones vitales. En tales circunstancias, estas funciones vitales, entre ellas la de producción de fermentos específicos, pueden ser exaltadas por la aplicación del método higiénico; pero lo serán siempre dentro de límites moderados. Por eso la indicación verdadera del método la constituyen los estados mal llamados *pretuberculosos*, los tuberculosos latentes, a quienes diversas causas de debilidad transitorias o permanentes han puesto al borde de la explosión de un brote tuberculoso.

Todavía en algunos casos leves de tuberculosis ya manifiesta (por ejemplo, un individuo en buen estado de nutrición y de pulso que tiene una inesperada hemoptisis) pueden obtenerse resultados a veces sorprendentes; pero el *modus vivendi* conseguido queda, prendido con alfileres, y el enfermo expuesto a brotes cada vez más graves. No extrañará el hecho si se considera que el reposo por el momento, dificultando la absorción de productos bacilares, impide la intoxicación, pero hace imposible, en cambio, una alta capacidad inmunizatoria, porque la capacidad de producir anticuerpos sólo se agranda bajo la influencia de absorciones repetidas a dosis cada vez mayores del antígeno. Queda, pues, el enfermo con lesiones naturalmente mayores que antes del ataque, y con una capacidad de inmunización muy limitada; expuesto, por lo tanto, a que cualquier contingencia determine un nuevo estado anafiláctico, y con él una nueva agudización del proceso tuberculoso.

Y es que no basta con exaltar el vigor orgánico para elevar en alto grado el nivel de una función vital cualquiera, sino que ésta ha de ser objeto para ello de una preparación, de un entrenamiento especial. El vigor orgánico da la posibilidad de que una función se exalte, pero por sí no exalta, sino en muy pequeño grado, la función. Un individuo vigoroso podrá levantar una pesa de 100 kilos si cultiva con una gimnasia bien dirigida sus músculos; pero si no lo hace, levantará solamente 40 o 50. Del mismo modo, el organismo puede llegar a exaltar su función productora de anticuerpos, supuesto el vigor necesario, pero no lo hace en gran escala sino por una gimnasia, que consiste en la excitación repetida de un antígeno a dosis espaciadas y progresivas.

#### IV

El conocimiento de estos hechos ha llevado a Paterson a reformar la técnica del método higiénico, substituyendo el reposo con el ejercicio graduado. Numero-



esos experimentos y hechos de observación demuestran que los movimientos provocan irrupciones de productos tuberculosos en la circulación general; y como puede suponerse que cuanto mayor sea el ejercicio mayor cantidad de productos invadirá ese río interior de la sangre, teatro de incesantes acciones bioquímicas, claro es que el ejercicio periódico y progresivo debe dar por resultado la inoculación del antígeno tuberculoso en las condiciones de intermitencia y de progresión en las dosis, las más favorables, según experimentalmente se sabe, para producir una alta inmunidad.

Los hechos han confirmado esta suposición, demostrando de paso que el mecanismo íntimo por el cual el método higiénico resultaba beneficioso debe ser el establecido y supuesto. La modificación de Paterson, que se ha generalizado rápidamente en la práctica, aplicada a los casos leves, previene las recidivas, como no lo hace el método primitivo, y en este sentido he dicho yo de él que tiene la ventaja de *preparar para la vida*.

El ejercicio graduado significa una tuberculinización reglamentada, sustraída a las contingencias del azar que, en el curso espontáneo de la enfermedad, unas veces, con absorciones ligeras de productos tuberculosos, determina una inmunidad precaria, y otras, con súbitas y violentas absorciones, causa peligrosa anafilaxia. La progresiva y periódica absorción que, teóricamente a lo menos, corresponde al ejercicio periódico y progresivo, va capacitando al organismo para neutralizar, descomponer y digerir cantidades cada vez mayores de antígeno; con ello el porvenir del enfermo mejora, pues para romper el *modus vivendi* establecido, precisa una irrupción accidental de productos tuberculosos superior a la capacidad defensiva conseguida, y a medida que esta es mayor, es más difícil la reunión de circunstancias necesarias para determinar un estado anafiláctico por insuficiencia de las defensas (enfermedades graves intercurrentes, ejercicios físicos exagerados e imprudentes, causas debilitantes de acción continuaba, etc.)

El individuo tratado por este método tiene, pues, al terminar el tratamiento extraordinariamente aumentadas sus defensas específicas para poder en el porvenir hacer frente a cualquier contingencia anafilactizante, como no sea excesiva, queda, pues, defendido de las condiciones medias que en otro cualquiera determinarían un nuevo brote. La recidiva es, por lo tanto, menos fácil, y la suspensión del proceso se afirma y asegura.

Tiene este método una indicación circunstancial en el tratamiento de la fiebre: antes de Paterson se ha venido tratando la fiebre tuberculosa por el reposo; pero las ideas de este fisiólogo distinguido han hecho más severa y precisa la técnica, ganando con ello la seguridad en los resultados. El reposo de los individuos febriles hoy se hace en lo humanamente posible absoluto, porque se supone en el enfermo un estado anafiláctico determinado por la desproporción entre los productos absor-



bidos y la cantidad de fermentos capaces de digerirlos, y disminuyendo con la quietud los primeros, se inclina la balanza en favor de los segundos. Pero, además, cuando se ha conseguido el descenso de la fiebre, si se realiza el ejercicio graduado con discreción exquisita, se consigue en muy poco tiempo que el enfermo realice una suma considerable de esfuerzo sin que la fiebre reaparezca, por aumentar rápidamente la cantidad de fermentos a excitación de absorciones repetidas y progresivas del antígeno. Cuando no se adopta este sistema o se realiza mal, la fiebre reaparece de nuevo. Realizar mal el ejercicio progresivo, quiere decir no graduarlo con la debida perspicacia. Con ello se hacen autoinoculaciones excesivas y extemporáneas, como en el curso natural de la enfermedad y, mejor todavía, como en un tratamiento por la tuberculina llevado a cabo por manos inexpertas; y en esas condiciones la exaltación de la función creadora de anticuerpos no se consigue, la anafilaxia se enseñorea de nuevo del organismo y la fiebre reaparece. El acuerdo entre la teoría y la práctica es, como se ve, en todos los casos, perfecto.

Tiene, sin embargo, este método en su misma esencia una limitación inesperada que hace imposible confiar en él—en el sentido de confiar en él solamente—en los casos de cierta gravedad. La inoculación del antígeno en dosis progresivas va mejorando el estado general y el local; pero a medida que esto último sucede la absorción del virus tuberculoso resulta dificultada. Según las proliferaciones conjuntivas van envolviendo el foco y le secuestran, la absorción va siendo menor, aun cuando aumentemos desmesuradamente el ejercicio; de modo que la mejoría local establece un límite a la acción terapéutica, alcanzado el cual, los beneficios del método se agotan. Resulta, pues, el método de Paterson como un tratamiento por la tuberculina suspendido prematuramente; y esto explica que yo, que he practicado mucho el método de Paterson y le he dado a conocer en España, alcanzado el límite de mejoría, haya continuado el tratamiento con el empleo de la tuberculina.

*(Continuará)*





# Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña

SESIÓN DEL 26 DE ENERO DE 1916

## Recidiva de retención de orina en un prostatectomizado.

DRES. PAGÉS Y SERRALLACH.—Empezó el Dr. Pagés refiriendo los antecedentes del enfermo que había sido intervenido anteriormente en Buenos Aires de prostatectomía transvesical, deduciéndose que se había utilizado el procedimiento de enucleación de la próstata, abriéndose paso con el dedo a través de la mucosa vesical, en el punto donde los adeno-miomas forman relieve. Este método, indudablemente está expuesto a producir rupturas por arrancamiento de la mucosa uretral y otros traumatismos capaces de destruir la región membranosa. Los procesos cicatriciales son los que motivan las estrecheces del cuello vesical y de la uretra posterior, que siempre mejoran y alivian sus consecuencias mediante el cateterismo dilatador, como ocurrió en el caso referido.

Hizo una crítica de los dos procedimientos de enucleación de la próstata, el pericervical y el endo-uretral, presentando el último como poseedor de indiscutibles ventajas.

A continuación el Dr. Serrallach expuso el resultado de la uretroscopia posterior que se practicó, del que pudo colegirse que el cuello de la vejiga y la porción de uretra yuxta cervical eran esclerosadas y por lo mismo sin vascularización visible, blancas, sin elasticidad y ni aquellos pliegues tan característico. Este proceso cicatricial llegaba desde el cuello hasta el veromontanun y este último aparecía vascularizado, movable y destacábase del suelo de la uretra con todo su aspecto normal, corroborando este hecho lo que han encontrado otros en las autopsias y la integridad funcional del aparato genésico después de la prostatectomía. Cree que la estenosis del cuello y de la uretra posterior que aqueja este enfermo proceden de los desgarros y pérdidas de sustancia que ocasionó la prostatectomía debido a alguna de las tres circunstancias siguientes: o a no haberse seguido un buen plano de clivaje durante la operación; a haber existido con anterioridad periprostatitis, o a haber operado antes de estar constituido el fibroadenoma y su cápsula.

Elogió asimismo la facilidad con que se desprende la próstata por la vía endo-uretral y en la que se respeta siempre el cuello de la vejiga. El curso post-opera-



torio en tales casos es ideal, sobre todo empleando la anestesia local (anestidermina).

El Dr. Perearnau manifestó su sorpresa ante un caso semejante y cree más verosímil que tras del arrancamiento de la uretra membranosa sucediese una incontinencia de orina en vez de retención por atresia.

Acabó indicando la posibilidad de que se tratase de una extirpación incompleta en vez de bridas cicatriciales.

El Dr. Parés después de considerar también como raro el caso, se inclina hacia la existencia de la esclerosis y no de un adenofibroma, olvidado por ser esto comprobable por el tacto, y en tal caso no se hallaba.

Hizo notar la ventaja de extraer la próstata fragmentada para disminuir el traumatismo vesical.

Rectificó el Dr. Pagés. Considera como suficiente la dificultad al paso de la sonda para creer en una estrechez.

Insistió en la imposibilidad de que se tratase de un lóbulo prostático por no hallarse con el tacto y en las ventajas de la endo sobre la peri-cervical como vía operatoria.

El Dr. Serrallach expuso además como razones en favor de la estrechez cicatricial el que la retracción cediese con el cateterismo delatador. Opina que la retención existía no por falta de contractilidad sino por razón de falta de relación entre la topografía del cuello y de la vejiga, debiendo encontrarse el cuello allí donde converjen las fuerzas todas de las paredes.

#### SESIÓN DEL DÍA 9 DE FEBRERO DE 1916

##### **Presentación de un caso de liquen psoriasiforme simulando una sífilis.**

DR. UMBERT.—La pitiriasis rosada de Gibert y el liquen psoriasiforme son frecuentemente confundidas con la sífilis. El enfermo presentado, con Wasserman positivo, ostenta aparentemente una sífilide máculo-papulosa en los brazos y tronco. Vesiculación palmar no sífilítica. Para el diagnóstico hay que tener presentes los siguientes caracteres propios respectivamente de la afección sífilítica y de la no sífilítica: A) tejido blando que sangra fácilmente; desprendimiento de escamas blancas nacaradas. B) infiltración; ausencia de infiltración. C) constancia relativa de forma y dimensiones de los elementos; polimorfismo.

El Dr. Vilanova dijo que el Wassermann positivo en los psoriásicos sólo se presenta cuando hay asociados antecedentes luéticos. La mayor importancia diagnóstica está en el fracaso del tratamiento.



El Dr. Umbert contestó que el enfermo en cuestión había sido tratado como sífilítico sin éxito, teniendo el W. + Insistió en la especificidad de la r. de W. e hizo llegar la importancia de estas consideraciones hasta el orden social.

**Radiografía instantánea aplicada principalmente al diagnóstico de las afecciones pleuro-bronco-pulmonares.**

El Dr. TORRES CARRERAS.—Hizo resaltar las ventajas del procedimiento instantáneo para la mayor exactitud de la imagen fundamentando las razones que han conducido a la adquisición del medio de lograrlo. De esta manera se ha suplido la inmovilidad absoluta del sujeto durante la exposición, muy difícil de lograr en ocasiones, como por ejemplo en la radiografía del corazón cuyo movimiento sistólico tiene lugar en  $\frac{1}{20}$  de segundo, por la obtención de la cantidad de rayos X necesaria para impresionar el cliché, instantáneamente o sea conduciendo por la ampolla una sola impulsión de una eficacia suficiente para impresionar una placa radiográfica. Estas condiciones dependen de la capacidad eléctrica del transformador y de la obtención en una sola vez de una capacidad grande de energía eléctrica para transformarla en corriente de alta tensión, etc.

La interrupción instantánea se obtiene por medio de la explosión que desarrolla el movimiento mecánico más rápido. Así se obtiene la iluminación del tubo en  $\frac{1}{100}$  de segundo. El tiempo exacto de la duración de la exposición se ha calculado a base de las medidas de la zona de rayos X que caen a través de una hendidura de 1 m/m de ancho que hay en una plancha de plomo interpuesta entre la ampolla y una película que gire a una velocidad conocida.

La radiografía instantánea permite observar lesiones inapercibidas por radioscopia.

A continuación presentó una serie de clarísimas radiografías de adherencias pleurales, bronquiectasias, infiltraciones pulmonares, de ganglios traqueo-bronquiales calcificados, etc., en las que hubiese sido imposible obtenerlas sin la condición de instantánea.

En alguna de ellas se parangoneó la instantánea con la ordinaria con marcada ventaja en favor de la primera para la orientación diagnóstica.

El Dr. Umbert hizo una aclaración sobre la mayor probabilidad de que las cavernas pulmonares sean de naturaleza sífilítica cuanto menor es la edad del enfermo.

El Dr. Balcells indicó la conveniencia de que las radiografías se obtengan a cierta distancia en favor de la exactitud de la imagen.



Rogó al Dr. Torres que presentara otras radiografías de otros aparatos para continuar así el estudio de tan interesante autopsia *in vivo* y solicitó la comparación con otras de tipo normal.

Contestó el Dr. Torres Carreras que la dificultad de la radiografía a distancia, estriba en la carencia de placas, películas y tubos recientes.

El tipo normal no puede fijarse por la ignorancia posible de lesiones desconocidas y latentes.

El diagnóstico radiográfico debe siempre estar acorde con el clínico para ser de utilidad.

#### SESIÓN DEL DÍA 16 DE FEBRERO DE 1916

##### **De las indicaciones y mejor técnica de laringuectomía total en el cáncer de la laringe.**

DR. FALGAR.—Sentó las indicaciones de la tirotomía, la hemilaringuectomía, laringostomía y laringuectomía total. A propósito de este último, precisa para que el caso sea operable, que la neoplasia no sobrepase el límite de la laringe, pues de otro modo están abocados a una reproducción rápida y penosa. La traqueotomía en tales casos, sin ser halagadores sus resultados no lleva a los tristes de la laringuectomía que además, lleva consigo el peligro inmediato de la hemorragia. En los cánceres desbordantes que la laringostomía puede estar indicada las aplicaciones de Radium serán siempre convenientes.

Es preciso insistir en los cuidados previos: limpieza de la boca y nasofarinx; tratar la bronquitis crónica si existe, y administrar tónicos cardíacos.

La anestesia es de una importancia capital siendo preferibles los procedimientos de anestesia local y entre estos la anestesia troncular del plexo cervical y nervios laríngeos con solución de novocaína al  $\frac{1}{2}$  por 100 o al 1 por 100 con adrenalina.

La técnica preferible es la última de Gluck.

De los cuidados post-operatorios puede depender el éxito de la intervención; conviene la alimentación pronta, sostener el tono cardíaco y la calefacción de la atmósfera respirada.

#### SESIÓN DEL DÍA 23 DE FEBRERO DE 1916

##### **Caso de sífilis hereditaria tardía.**

DR. UMBERT—La enferma considerada como tal, y que fué presentada a la Academia tuvo su primera menstruación a los 32 años. Padres desconocidos. Tres



reacciones de Wassermann con resultado negativo. Presenta queratitis intersticial, en un ojo, coroiditis atrófica en el otro ojo, úlcera en la pierna con infiltración circundante y otras induraciones inconstantes esparcidas por el cuerpo. Casada y sin hijos. Diagnóstico: sífilis, apoyado principalmente en las lesiones de fondo de ojo.

El Dr. Figueras recordó un caso en que no se había presentado la queratitis intersticial hasta los 45 años. La reacción de Wassermann era negativa.

El Dr. Vidal consideró raras las manifestaciones oculares tardías. Creyó que a la queratitis, en el caso presente había asociado alguna alteración del iris. El tratamiento específico da buenos resultados aun con Wassermann negativo.

### Diabetes y linfocitemia.

DR. BALCELLS.—Del resultado de la investigación analítica referente a la sangre y orina de 10 enfermos diabéticos, se desprende que en todos los casos había aumento en el número, mononucleares, siendo la cifra mínima de 46 %. ¿Obedece el hecho a un proceso de destrucción de los polinucleares que son substituídos por elementos más jóvenes de la serie linfocitaria? ¿Tiene relación con estados patológicos de los órganos linfoides? ¿Depende de trastornos de las glándulas de secreción interna sobre todo del tiroides?

El aumento de mononucleares no está en relación con la gravedad de la enfermedad ni con la cantidad de azúcar. Los enfermos con acetonemia, tampoco presentan un aumento extraordinario. Parece el hecho, mejor una modificación causal, global, que sistemática.

El 8 % de los enfermos observados presentaban tejido muscular indigerido en las deposiciones, lo que indica un trabajo deficiente del páncreas, en la diabetes aportando un dato más a las relaciones de dicha glándula con la enfermedad.

El Dr. Presta admitió que la gravedad depende sólo de la repercusión de la enfermedad sobre el estado general, y que los regímenes severos son más perjudiciales que útiles. Por tanto, hay que llegar al nivel nutritivo de cada individuo.

El Dr. Clotet creyó el hecho explicable amparándose en los principios de la teoría unionista de Papenheim; el leucocito quedaría salvado en su evolución.

El Dr. Serrallach insistió en la conveniencia de establecer en estos enfermos un detallado balance biológico y fijando la cantidad de hidratos de carbono con arreglo al azúcar expulsado, al amoníaco urinario y al poder glucolítico individual.

### SESIÓN DEL DÍA 1.º DE MARZO DE 1916

#### Autoplastias en los laringuectomizados y resultados de la laringuectomía total.

Las autoplastias pueden hacerse ya por haber tenido que sacrificar porciones



\*  
extensísimas de tejidos perilaríngeos después de extirpada la laringe, o por fistulas salivales consecutivas a la laringuectomía. Las últimas son el motivo del tema.

La plastia de Berger es desechable por la tirantez de los colgajos que mide a la superposición de las líneas de sutura en caso de fracaso por poco extensas que sean las pérdidas de substancia.

El procedimiento de doble colgajo submentoniano empleado en los casos de exéresis perilaríngea extensísima, lo ha probado el autor invirtiendo el trazado de aquellos colgajos en el cadáver y considera dicha técnica ventajosa para las fistulas extensas y altas.

La modificación del autor introducida en la primera técnica de Gluck, tiene por objeto corregir el defecto capital del excesivo estiramiento del colgajo superficial y fijar algunos detalles de técnica para asegurar o garantizar poco menos que por completo el resultado.

En dos casos en que se ha practicado se obtuvo buen resultado en ambos.

Cuando la pérdida de substancia es exagerada en extremo debe recurrirse al segundo procedimiento de Gluck según la modificación de Botey que suprime los defectos de aquél de bajar por extremada tracción del colgajo de deslizamiento, la comisura labial.

Respecto a los resultados que se obtienen con la laringuectomía en los cánceres, el éxito operatorio depende de los cuidados prodigados al enfermo y de la buena técnica seguida. Debe irse a la extirpación laríngea con la preparación debida, sirviéndose de la anestesia local y teniendo al operado en una cámara de buena temperatura (18 a 20°), posición medio sentada los primeros dos o tres días para levantarse del segundo al cuarto; algún tónico cardíaco las primeras 48 horas y alimentando en seguida de operado. En estas condiciones la laringuectomía resulta una operación leve.

En cuanto al éxito curativo está subordinado al estado de invasión y la naturaleza histológica de la neoplasia. En el cáncer laríngeo intrínseco que no ha desbordado el cascarón laríngeo no ha rebasado el vestíbulo, el éxito curativo es de gran seguridad aunque haya ganglios invadidos. En cambio en los intrínsecos las recidivas son fatales.

El sarcoma y el mioma son fatales. Recidivan frecuentemente el carcinoma, cilindroma y epitelomas estratificados con poca defensa conjuntiva. Dan garantía de curación definitiva los epitelomas estratificados cuyos nidos de células neoplásicas vienen limitados por abundante tejido conjuntivo y los perlados. Estos últimos tipos de epiteloma son los corrientes.

El *Dr. Soler y Juliá* dió también la preferencia a los colgajos por deslizamiento citando un caso de hipospadias en que obtuvo éxito por este procedimiento, cuando en otras ocasiones la plastia había fracasado tres veces.



# SECCIÓN VARIA

## Asociación de la Prensa Médica

En la tarde del 26 del pasado se reunió la Asociación de la Prensa médica, asistiendo a la sesión bastantes socios.

El Presidente, Dr. Ortega Morejón, dió cuenta de las gestiones realizadas para el envío a las redacciones de sacas destinadas a la remisión de periódicos y para el arreglo del franqueo del extranjero.

Leyó después cartas Herrera, de Méjico, y Tamayo, de Cuba, y otra de la Asociación de la Prensa Médica Cubana nombrando al Sr. Ortega Morejón socio honorario.

El Dr. Pérez Noguera leyó las conclusiones aprobadas en la última sesión.

Se acordó después, a propuesta del Sr. Eleicegui, pedir condiciones ventajosas a la Papelera para las diversas clases de papel destinado a los periódicos médicos. Con tal fin se nombró una Comisión, compuesta de los Sres. Ortega Morejón, Eleicegui y Blas y Manada, encargada de estas gestiones

Se acordó también rogar a los periódicos asociados den cumplimiento a los artículos 31, 32, 33, 34 y 35 del Reglamento de la Asociación.

Se hizo constar, además, que en la Asamblea celebrada por la Asociación en 1907 se tomó el siguiente acuerdo respecto a los periódicos gratuitos:

«12.ª Negar el cambio a los periódicos gratuitos de carácter mercantil y prohibirles la reproducción de cuantos artículos originales publiquen los periódicos asociados. Ni dichos periódicos gratuitos ni sus redactores podrán pertenecer a la Asociación nacional de la Prensa médica».







## Monumento al Dr. Moliner

El Comité del monumento al Dr. Moliner, que con tanto entusiasmo viene llevando su misión, ha hecho estudios definitivos sobre la cantidad y medios de lograr la que le falta para que una vez colocada la primera piedra, se prosigan las obras con rapidez ininterrumpida, y habiendo calculado que le faltan unas 20.000 pesetas, ha iniciado una nueva suscripción popular con regalos a los donantes.

**Donativos de una peseta** titula el Comité su iniciativa, y al efecto ha editado una tirada especial de **recibos** de una peseta, que llevarán su correspondiente numeración. En el caso de que coincida algún número de estos recibos con alguno de los tres primeros premios del sorteo de la Lotería Nacional que se celebrará en Madrid el día 22 de Diciembre próximo, el Comité entregará a sus respectivos poseedores UN AUTOMÓVIL «MAXWELL», torpedo, cinco plazas, de 25 caballos, con arranque, bocina y alumbrado eléctricos, completamente equipado, incluso una llanta desmontable de recambio; UNA MÁQUINA PARA COSER marca *Singer*, doméstica, bobina central, sobremesa con cubierta curvada, y UNA ESCOPETA MARCA «JABALÍ», calibre 12, cañones de acero, derecho *mediochoke*, izquierdo *chokebore*, triple cerrojo *Greener*, seguro automático, culata con puño de pistola, probada para uso de *pólvora sin humo* y un estuche de cuero.

Como es de presumir, esta nueva forma de suscripción tendrá gran éxito, y en breve, Valencia habrá rendido al Dr. Moliner el homenaje que tan merecido tiene.

Los donativos pueden remitirse por **Giro postal** a las **Oficinas del Comité, Calle del Mar, núm. 21, Valencia, Instituto Médico**, dirigiendo la correspondencia al SECRETARIO DEL COMITÉ.

---

## Curso en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad Central

Bajo la dirección del Dr. Decref, de la Real Academia Española de Medicina, Profesor encargado de los departamentos de Kinesiterapia y Electroterapia de dicho Hospital, Director del Instituto de Ortopedia física terapéutica y Radiografía, etcétera, se dará un curso libre para médicos, enfermeros y enfermeras, cuyo programa y condiciones son las siguientes.



## PROGRAMA

1.º Nociones teóricoprácticas de Kinesiterapia (amasamiento y gimnasia médica). Construcción de aparatos sencillos utilizables para este medio terapéutico.

2.º Nociones teóricoprácticas de Radiodiagnóstico, Electrodiagnóstico y Electroterapia.

Manera de proporcionarse instalaciones útiles y económicas con este objeto.

3.º Nociones teóricoprácticas de Hidroterapia, Termoterapia y Helioterapia.

4.º Clínica de las enfermedades del aparato locomotor (huesos, articulaciones, músculos y nervios).

a) Con objeto de que estas lecciones tengan el carácter esencialmente práctico para que han sido creadas, seguirán el orden que proporcionen la elección de casos clínicos más interesantes entre los que se presenten en la consulta pública.

b) Las lecciones tendrán lugar en los departamentos de Kinesiterapia y Electroterapia del Hospital Clínico de San Carlos (Facultad de Medicina y el Instituto del Dr. Decref, Fernando VI, 8, indistintamente), los lunes, miércoles y viernes de cada semana no festivos, de seis a siete y media de la tarde, sin perjuicio de utilizar otros días y otras horas, incluso de días festivos, si la utilidad de la enseñanza así lo exigiera.

c) Este curso empezará el 1.º de Febrero y terminará el 30 de Abril, y sólo serán admitidos como alumnos ocho señores Médicos como máximun, dándose la preferencia a los que ejerzan o hayan de ejercer fuera de Madrid.

d) Se admiten asimismo ocho enfermeros practicantes y ocho enfermeras practicantes o matronas como alumnos.

e) Cada uno de los señores Médicos alumnos tendrán a sus órdenes como auxiliares en las aplicaciones prácticas un enfermero y una enfermera de los matriculados.

f) El curso no tendrá lugar si no se reúnen como mínimun cinco señores alumnos Médicos.

g) Todo el curso será gratuito, sin más que sufragar a prorrateo entre los señores alumnos el gasto que originen los materiales de apósitos y vendajes que se utilicen para la enseñanza y que no puedan sufragar los enfermos más pobres de la consulta.

Tanto el material existente en los departamentos de la Facultad de Medicina mencionados como el del Instituto del Dr. Decref, están gratuitamente a la disposición de alumnos y enfermos pobres de la consulta pública, para la mayor utilidad de esta enseñanza.

Las inscripciones podrán hacerse hasta el 31 de Enero de 1917, o dirigiéndose por carta al Dr. Decref, Fernando VI, 8, Madrid, o personalmente los lunes, miércoles y viernes, de seis a siete de la tarde, en los departamentos de Kinesiterapia del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina.



## De nuestro catálogo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# Premio Llorente

*Cláusula por la que el Excmo. e Itmo. Dr. D. Vicente Llorente y Matos, fundador el año 1894 del primer Centro seroterápico creado en España, instituyó el Premio Llorente.*

«Los Sres. D. Jerónimo y D. Jacinto Megías y Fernández, propietarios del Instituto Llorente por mi voluntad, estarán obligados bienal y sólo personalmente a celebrar un concurso científico con un premio en metálico de *cinco mil pesetas*, que se denominará *Premio Llorente*.

La determinación del tema así como la de las bases del concurso quedará al arbitrio exclusivo de los Sres. Megías».

Queriendo interpretar los sentimientos de nuestro amado tío el Dr. Llorente (q. e. g. e.) hemos dado el tema y nombrado el Jurado que ha de juzgar los trabajos como sigue:

Tema para el año 1918: *Trabajo de investigación acerca del agente etiológico del sarampión.*

*Jurado que ha de juzgar estos trabajos:* Presidente, Excmo. Sr. D. Santiago Ramón y Cajal, Director del Instituto de Higiene de Alfonso XIII.—Vocales: Exce-  
lentísimo Sr. D. Manuel M. Salazar, Inspector general de Sanidad; Excmo. Sr. D. An-  
gel Pulido y Fernández, Académico, Ex director general de Sanidad; Excmo. Sr. Don  
José Grinda, Académico, Médico de Cámara de SS. MM.; Excmo. Sr. D. Tomás  
Maestre, Catedrático, Académico, Director del Instituto de Medicina Legal; D. Je-  
rónimo Megías y Fernández, del Instituto Llorente, y D. Jacinto Megías y Fernán-  
dez, del Instituto Llorente.

## BASES PARA EL PREMIO 1918

1.<sup>a</sup> Ser español, Doctor o Licenciado en Medicina o en su defecto alumno de Medicina de los últimos años.

2.<sup>a</sup> El premio se concederá en Junio o Julio del año 1918 (2.<sup>o</sup> aniversario de la muerte del Dr. Llorente) y los trabajos se presentarán hasta el 1.<sup>o</sup> de Mayo de 1918, escritos a máquina y en castellano.

3.<sup>a</sup> No podrá presentarse al concurso ningún miembro del Instituto Llorente.

4.<sup>a</sup> Los trabajos no premiados se devolverán a sus autores y el premiado quedará en propiedad del Instituto Llorente para su publicación, facilitando 200 ejemplares al autor.





5.<sup>a</sup> Se suprimirá la bibliografía, consignando solamente el trabajo personal y citando autores y sus trabajos en el texto cuando necesario sea.

6.<sup>a</sup> Consignarán el Hospital o Clínica y el Laboratorio donde hayan llevado a cabo el trabajo de investigación.

7.<sup>a</sup> Estarán los trabajos firmados por su autor, citando sus títulos, fechas y domicilios, entregándolos en el Instituto Llorente, Ferraz, 7, mediante recibo.

Madrid, Octubre 1916. *Jacinto Megías.—Jerónimo Megías.*

---

## Nuestro Concurso

---

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

1.<sup>a</sup> El tema es de libre elección.

2.<sup>a</sup> Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.

3.<sup>a</sup> Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.

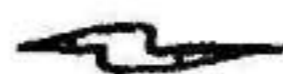
4.<sup>a</sup> Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc. que el tema requiera.

5.<sup>a</sup> Los trabajos premiados como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.

6.<sup>a</sup> Los premios son dos, consistentes cada uno de ellos en **100 pesetas**, 100 ejemplares del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en MURCIA MÉDICA.

7.<sup>a</sup> El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 15 de Diciembre de 1916, debiendo dirigirse a esta Administración.

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





## De nuestro catálogo

**Obra nueva.--Publicación importante.--**Diez y nueve ediciones en Alemania y numerosas traducciones en todos los idiomas.

**TRATADO DE PATOLOGÍA Y TERAPÉUTICA ESPECIALES DE LAS ENFERMEDADES INTERNAS** para estudiantes y médicos, por el *Doctor Adolfo Strümpell*, Profesor y Director de la Clínica Médica de la Universidad de Leipzig; con numerosos grabados intercalados y láminas en negro y en colores, traducido directamente de la última edición alemana por el *Dr. Pedro Farreras*.

Puede adquirirse por cuadernos a UNA peseta, o por tomos encuadernados a pagar a plazos, dirigiéndose a las principales librerías y centros de suscripción, o a la casa editorial **F. SEIX - San Agustín 1 a 7 (Gracia) BARCELONA**.

## CIRUGÍA Y TÉCNICA OPERATORIAS

Edición completamente modificada por el *Dr. Et. Cestan*.

Sexta edición española, revisada y anotada por el *Dr. Torres Casanovas*.

**HIJOS DE J. ESPASA, Editores.**

\* \* \*

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

## Mañana de Mayo

Era una madrugada de mayo; las flores de los manzanos habían sido arrasadas por el huracán unas horas antes y las ramas lloraban aún su desnudez. Enormes jirones de nubes se despeñaban por el Jaizquibel hasta el valle, lleno de tristes espejos, y el trueno retemblaba como la amenaza de un dios en furia. Subíamos la cuesta arcillosa, empinada, tortuosa, interminable, con el marido de la enferma, que me daba detalles del caso; vivían en Artelecu (un paupérrimo caserío de Guadalupe), desde hacía apenas meses: justamente el tiempo que llevaban de casados y los que llevaba ella de gestación. El lunes se quejó la mujer de frío, de mal de costado; los dos días siguientes fueron malos, pero esta noche pasada la enferma



se ahogaba; en cuanto se apaciguó la tormenta y clareó el día, vino el marido a buscarme, y, de paso, avisó a los frailes, alguno de los cuales estaría quizá al lado de la enferma. También había pedido ayuda a los vecinos de Beltzate, cuya mujer entiende de hierbas.

Una hora tardamos en llegar y en el portalón sentí esa hostilidad de todas las casas que advierten al médico que la muerte acecha. Chisporroteaba una vela de cera en algún sitio; alguien musitaba un rezo; algún perro aullaba a lo lejos y chillaba una ventana. Sobre estos ruidos oía el más trágico, el inconfundible estertor de la agonía. Empujé la puerta del cuarto; allí estaban de rodillas la de Beltzate; en pie un capuchino; tendida en el pobre lecho la mujer, cuya era la sombra que danzaba en el muro.

Se volvió a mí el fraile; era muy joven y exangüe como el de Asís. Me preguntó con los ojos y con los ojos dije que sí. El marido salió llorando con la de Beltzate, y el fraile preparó los óleos.

—Padre—dije yo después de auscultar aquel vientre. Acaso vive una criatura en el seno de la que agoniza. Cuando ella muera he de abrir su vientre.

—La cesárea, *post mortem*.

—La cesárea, y usted ha de ayudarme, pues no hay otro capaz.

—¡San Francisco me valga! Jamás he visto más que mis propias carnes; jamás he visto la sangre, y aun la muerte me era extraña. Es demasiado dura la prueba. Además no sé si los Santos Padres... Si la Iglesia...

—Levante su corazón sobre la miseria. Acaso bautizará usted un niño. Y de prisa, esto se va...

.....

—*Per instan... Santan... Uncionen...*

—Muerta.

—Muerta. Ahora empiezo yo.

De un rudo tirón quedó el enorme vientre de la infeliz al descubierto; el capuchino, lívido, cerraba los ojos y rezaba. Una línea amarilla corrió desde el ombligo al pubis y se maculó de sangre; otro golpe de bisturí dejó entrever la entraña de la maternidad.

—Sostenga estos ganchos, padre. Sea fuerte.

Obedeció el fraile, rezando siempre; de pronto venció el deseo de saber, la curiosidad; el hombre inquirió en los misterios de la vida y preguntó temblando:

—¿Es la matriz?

—La matriz, y éste el niño; recíballo en sus manos.

—¡Ángel de Dios, cómo has venido a la tierra! ¿Vive?



—No lo sé aún; pero bautice bajo condición mientras yo termino. Deje el niño en la cama. Ahí tiene agua.

—*In nómine Patris...*

Un trueno apagó las palabras del franciscano y rompió a granizar. La vela de cera se consumía, crepitando y haciendo danzar nuestras sombras en las paredes. El marido sollozaba en la cocina; un perro aullaba lejos, y ella, con el vientre vacío, como el de un pescado, miraba a la muerte...

En verdad os digo: Aquél que no ha llevado el vaso de Esculapio a las chozas, no es hijo suyo.

V. JUARISTI

(*Guipúzcoa Médica*)

---

## Estadística

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

### **Población calculada 130.206**

Nacimientos. { Vivos 258.—Var. 172.—Hem. 86.—Leg. 246.—Ileg. 12.—Exp. 0.  
 Muertos 0.—Var. 0.—Hem. 0.—Leg. 0.—Ileg. 0.—Exp. 0.

Natalidad por 1.000 habitantes, 1'98.—Matrimonios, 50.—Nupcialidad por 1.000 habitantes, 0'38.—Mortalidad por 1.000 habitantes, 1'65.

### **Defunciones**

Varones, 113.—Hembras, 102.—Menores de cinco años, 89.—De cinco y más años, 126.—En hospitales y casas de salud, 20.—En otros establecimientos benéficos, 7.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 3.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 3.—Viruela, 0.—Sarampión, 0.—Escarlatina, 4.—Coqueluche, 2.—Difteria y crup, 1.—Gripe, 0.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 8.—Tuberculosis de los pulmones, 13.—Tuberculosis de las meninges, 0.—Otras tuberculosis, 0.—Cáncer y otros tumores malignos, 4.—Meningitis simple, 9.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 13.





—Enfermedades orgánicas del corazón, 12.—Bronquitis aguda, 10.—Bronquitis crónica, 6.—Neumonía, 5.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 6.—Afecciones de estómago (menos cáncer), 0.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 26.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 0.—Cirrosis del hígado, 1.—Nefritis aguda y mal de Bright, 4.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 1.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 1.—Otros accidentes puerperales, 1.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 5.—Senilidad, 12.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 1.—Suicidios, 0.—Otras enfermedades, 58.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 8.—Total de defunciones, 215.

---

## Noticias

La distinguida señora de nuestro maestro y colaborador, el sabio catedrático de la Central Dr. Maestre, se encuentra gravemente enferma a consecuencia de una neumonía.

Nosotros, que estimamos al Dr. Maestre en cuanto vale, hacemos votos por que la mejoría iniciada, según las últimas noticias recibidas en esta Revista, continúe franca hacia el restablecimiento.



El infortunado médico de El Pobo Dr. Alegre, ha sido trasladado al penal de Valencia para cumplir la condena impuesta a su culpa.

Sírvale al ilustre compañero como lenitivo a su pesar, saber que MURCIA MÉDICA apoyará cuanto la clase inicie en favor suyo.



El muy ilustre catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid y distinguido colaborador nuestro Dr. Sebastián Recasens, ha sido nombrado Decano de dicha Facultad.

La toma de posesión revistió la solemnidad que el acto requería. Por nuestra parte enviámosle nuestra sincera felicitación por tan acertada distinción, que viene a aumentar el número de las que con tanto honor ostenta.



## Correspondencia administrativa

### con nuestros suscriptores :: :: ::

- D. Vicente Juan Blanes, Almería.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Vidal, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Francisco García, La Unión.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Carmelo Serrano, Elche.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Antonio Galiano, Santomera.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Agustín Martínez, Molina.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Antonio García, Almería.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Alfonso Caparrós, Caravaca.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Mariano Ruiz, Villena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Francisco Hernández, Aspe.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Francisco Jara, Librilla.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Miguel García, Mazarrón.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Joaquín Martínez, Ceutí.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Manuel García, Torrevieja.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Joaquín del Rey, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Nicolás Belmonte, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Aurelio Romero, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Manuel Marín, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Felipe Soto, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Antonio López Salazar, San Pedro del Pinatar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Alejandro Santamaría, Águilas.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Pedro Calero, Águilas.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.



- D. Francisco Camacho, Totana.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José María Carlos Alix, Totana.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Andrés Montes, Bañeros.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Facundo Soler, Alcoy.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Salvador García, Alcoy.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Lorenzo Llabres, Alcoy.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Cosme Bayona, Benidorm.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Miguel Vallés, Altea.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Fullana, Denia.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Rafael Armand, Calasparra.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Ruiz, Calasparra.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Martínez Perier, Lorca.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Vicente Giner, Busot.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Luis Bueno, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Tomás Bueno, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Clavarana, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Zerón, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Joaquín Carrió, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Manuel Gómez, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Amancio Meseguer, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Antonio García Mira, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- Sres. García Roger y Escolano, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

(Continuará)



CONSULTA

→ DE ←

**Enfermedades** ≡  
≡ **del PECHO**

A CARGO DEL

**Dr. Martínez Ladrón de Guevara**

DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE MURCIA

Y DE LA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN LAS  
ENFERMEDADES DEL PECHO

**Calle de Zoco**

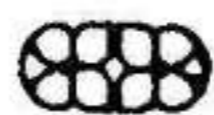
**MURCIA**





LABORATORIO  
GUILLAMÓN

ANÁLISIS CLÍNICOS DE  
ORINAS, ESPUTOS, SAN-  
GRE, JUGO GÁSTRICO,  
HECES, PUS, EXUDADOS,  
LÍQUIDO CEFALO-RAQUI-  
DEO, ETC. ETC. ❖ ❖ ❖ ❖



REACCIONES DE WAS-  
SERMANN, WIDAL, ETC.

PLAZA DE SAN AGUSTÍN  
(LONJA), NÚM. 2  
MURCIA