

MURCIA MÉDICA

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

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

AÑO IV

MURCIA-FEBRERO-1918

Núm. 35

DIRECTORES-FUNDADORES

D. Antonio Guillamón Conesa ✧ D. José Sánchez Pozuelos

D. Juan A. Martínez Ladrón de Guevara

Académicos Corresponsales de la Real Academia 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. SÁNCHEZ POZUELOS, *Aparato circulatorio*.—J. VINADER, *Medicina general*.

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

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

Suscripción por un año { España 5 ptas. } Número suelto, 1'50
{ Extranjero 10 " }

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Lesión traumática pura de la hipófisis*, por el Dr. Gregorio Marañón.—*La diazo-reacción de Ehrlich y la reacción de Moritz-Weisz*, por el Dr. Juan G. Aguilar.—SECCIÓN OFICIAL: *Divagaciones sobre un caso de quiste hidatídico de bíceps braquial*, por el Dr. Ramón Sánchez Parra.—*Sesión inaugural del curso de 1918. Memoria reglamentaria*, por el Dr. Laureano Albaladejo.—*La Química y la Medicina*, por el Dr. Enrique Gelabert Aroca.—PRENSA PROFESIONAL: *Curación del cáncer*, por D. Eduardo Martín.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Sociedad Oftalmológica de Madrid. Sesión del día 15 de Marzo de 1917.*—SECCIÓN VARIA: *Concursos de MURCIA MÉDICA.*—*Conferencias de MURCIA MÉDICA.*—*El I Congreso Nacional de Medicina.*—*Asamblea Médica Regional Valenciana.*—*Estadística.*—*De nuestro Catálogo.*—*Bibliografía.*

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

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

Jarabe Antiferino Moreno

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

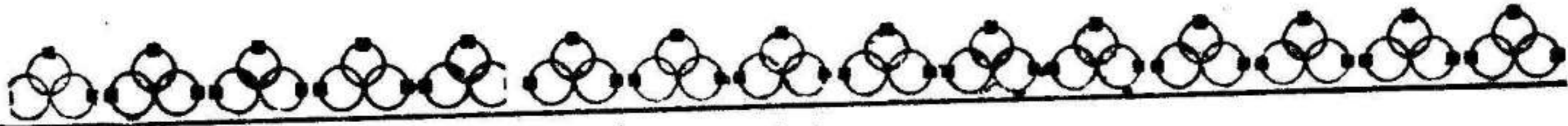
DENTICINA MORENO

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

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

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

Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



FARMACIA
CATALANA
M. REBOROS
(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



FARMACIA

— Y —
Droguería

Viuda de Ruiz Seiquer

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos _____

_____ Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones



Plaza de San Bartolomé

MURCIA



NUESTROS
COLABORADORES

Dr. Gregorio Ma-
rañón Posadillo::
Del Hospital gene-
ral de Madrid :::



MURCIA MÉDICA

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

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

Año IV .. Febrero 1918 .. Núm. 35

TRABAJOS ORIGINALES

LESIÓN TRAUMÁTICA PURA DE LA HIPÓFISIS

Síndrome adiposo-genital y diabetes insípida

POR EL

DR. GREGORIO MARAÑÓN Y POSADILLO

Médico del Hospital General de Madrid

LA patología de la hipófisis tiene todavía muchos puntos oscuros, al lado de otros bien conocidos, a causa de la dificultad de llevar al terreno experimental las lesiones de la glándula. Por este motivo, el caso de traumatismo puro de la hipófisis que vamos a exponer tiene un interés excepcional, puede decirse que único en la patología hipofisaria (1).

Historia clínica.—Un muchacho de 13 años, de Martos (Jaén), en el cual no se había notado nada anormal, se encontraba sentado en una silla baja, y, detrás de él, a unos tres metros, jugaba un pariente suyo con una pistola. En el momento en que el muchacho volvía la cabeza para responder a una pregunta que su pariente le había hecho, la pistola que éste tenía, se disparó y la bala (de 5 mm.) penetró en dirección casi sagital, por la línea media de la región frontal superior. *No sintió el menor dolor, no perdió el conocimiento* y apenas tuvo hemorragia y continuó jugando. Pocas horas después, sintió un ligero dolor en el ojo derecho, dolor que desapareció

espontáneamente. Un mes próximamente después del traumatismo, *la familia advirtió que el niño orinaba mucho y que tenía mucha sed*; estos síntomas se acentuaron progresivamente. Pocos meses después *vieron que su vientre aumentaba de tamaño*. Ninguna perturbación nerviosa ni psíquica.

Estado actual (diecisiete meses después del traumatismo); talla 1 m. 36; el peso no es excesivo (36 kilos), pero se aprecia bien (fig. 1 y 2) la *infiltración adiposa* que da al sujeto un aspecto diferente del de un niño normal, sobre todo a nivel del tejido subcutáneo de la región epigástrica que está fuertemente engrasada (fig. 1). También es muy marcado el rodete de grasa suprapúbico (fig. 3).

El aparato sexual muestra una evidente inhibición en su desarrollo (fig. 3). No se puede precisar por el momento si hay también regresión atrófica, pero es probable que sí porque el padre recuerda que antes del accidente los testículos estaban bien desarrollados, y hoy corresponden a los de un niño de 8 o 9 años; el pene es muy pequeño; los testículos criptorquídicos; se llega haciendo algún esfuerzo a hacer descender el derecho a las bolsas, que son rudimentarias; el izquierdo permanece en el conducto inguinal. *No existe el menor indicio de la aparición de los caracteres sexuales secundarios*, que dados la edad y el clima, deberían comenzar a mostrarse.

El síntoma culminante que se aprecia es la *poliuria*. El enfermo orina con frecuencia, casi cada tres cuartos de hora, lo mismo durante el día que durante la noche; muy amenudo, si está dormido, se orina en la cama; tiene una *sed enorme*, bebiendo con frecuencia dos o tres vasos cada vez.

He aquí el análisis de la orina.

| | <u>Orina del enfermo</u> | <u>Orina normal</u> |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Cantidad en 24 horas. | 6.600 cent. cúbicos. | 1.800 c. c. |
| Color. | incolora. | amarillo |
| Densidad. | 1.001. | 1015 |
| Reacción. | neutra | neutra |
| Urea | 1.28 por 1000. | 18 a 22 por 1000 |
| Acído úrico | 0.003. | 0,30 a 0,40 |
| Fosfatos | 0.216. | 2 a 3 |
| Cloruros. | 1.45. | 5 a 7 |
| Albúmina y glucosa | negativas. | negativas |

No se puede obtener ningún sedimento.

El enfermo no presenta la menor alteración del sistema nervioso: reflejos tendinosos y cutáneos normales; sensibilidad normal. La *marcha* es normal.



Fig. 1

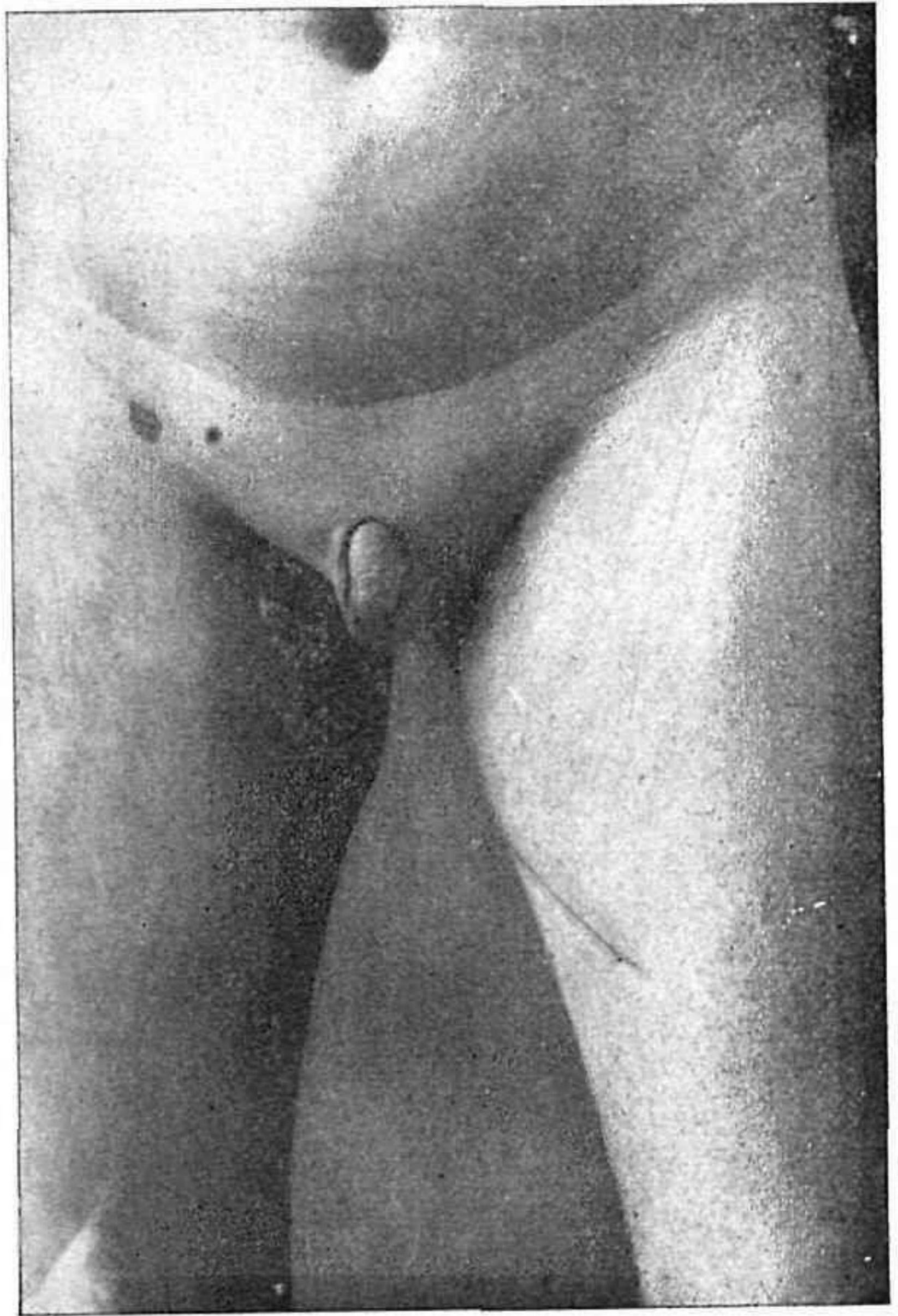


Fig. 5

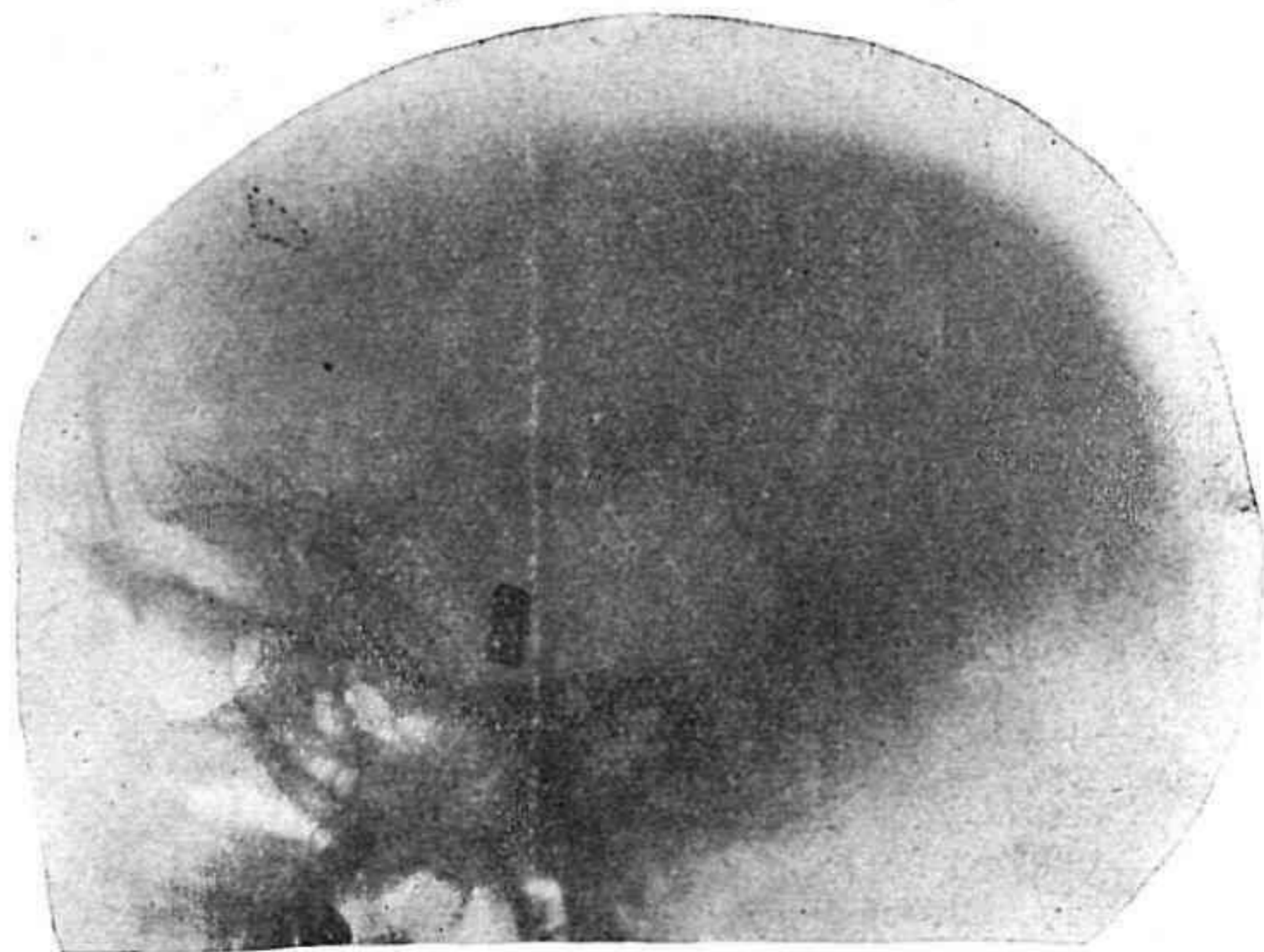


Fig. 4

Lesión traumática pura de la hipófisis. Síndrome adiposo-genital y diabetes insípida.
(DR. G. MARAÑÓN)



Se queja del frío más que antes; y algunas veces por aproximarse demasiado al fuego sufre quemaduras en las piernas.

Reflejos pupilares, normales. Pupilas, iguales. No tiene hemianopsia bitemporal. Examen del fondo del ojo, normal (Prof. Márquez).

Desde *el punto de vista psíquico*, muestra un retraso que se puede evaluar en 3 o 4 años (Prof. Achucarro). El padre, sin embargo, no considera esto como patológico sino como consecuencia de la vida aislada del campo (apenas ha ido a la escuela).

Ligera *taquicardia* (90 pulsaciones) e *hipotensión* (máxima 8, mínima 4, Pachon).

Desde poco tiempo después de sufrido el accidente, aparecen *algunas manchas de pigmento oscuro* (melanodermia) difusas, poco intensas, visibles especialmente en el cuello y la cara.

Análisis de la sangre:

| | |
|--|-------|
| Glóbulos blancos. | 5.700 |
| Polinucleares neutrófilos. | 56 % |
| Polinucleares basiofilos. | 00 |
| Polinucleares eosinófilos. | 1 % |
| Linfocitos pequeños y grandes. | 39 |
| Grandes mononucleares. | 4 |

Con esta historia clínica, diagnosticamos con toda seguridad *una lesión traumática de la región hipofisaria*, diagnóstico que fué rápidamente comprobado por el *examen radiográfico del cráneo*, el cual, como se puede observar en las magnificas radiografías de los Dres. Ratera (fig. 4 y 5) demostró el proyectil, alojado en la región de la silla turca, casi en el plano medio, sin invadir la región hipofisaria propiamente dicha, probablemente detenido en el fondo del ventrículo medio, sobre el mismo tallo pituitario.

El enfermo fué sometido *durante tres meses*, a la medicación hipofisaria por la vía bucal (30 gotas de extracto glicerinado de hipófisis, por día); al cabo de este tiempo se encuentra en el mismo estado: la cantidad de orina tiende a aumentar (8-9 litros en 24 horas). Decidimos entonces hacer la opoterapia hipofisaria por vía parentérica.

La inyección de 1 centímetro cúbico de extracto de hipófisis *hace descender la cantidad de orina, desde los 9 litros diarios, hasta 1 litro en 24 horas* (fig. 6). Lentamente aumenta de nuevo la cantidad de orina, en las 48 horas siguientes, aunque sin alcanzar ya nunca los 9 litros, *repitiéndose el descenso cuantas veces se*

repite la inyección. La densidad aumenta lo mismo que la cantidad de cloruros, en el litro, aunque no hasta el límite normal.

| Fechas | Cantidad | Densidad | Cloruros |
|------------------|----------------|----------------|----------|
| 8. | 8.500. | 1.002. | 1.30 |
| 10. | 9.000. | 1.003. | 1.50 |
| 12 (inyección) . | 1.300. | 1.010. | 3.40 |
| 14. | 7.650. | 1.003. | 1.70 |
| 16. | 7.900. | 1.004. | 1.75 |
| 18 (inyección) . | 900. | 1.010. | 3.50 |
| 20. | 6.650. | 1.001. | 1.10 |
| 22. | 7.200. | | |
| 24. | 7.800. | | |

A instancias del padre y en vista de que la opoterapia sólo proporciona un alivio temporal de la poliuria se decidió la intervención quirúrgica que fué realizada por el Dr. Goyanes. Craniectomía frontal, por la cual se penetra hasta la región de la silla turca, que aparece normal. A través del quiasma óptico se siente, al tacto, el proyectil en el fondo del ventrículo medio, de tal forma adherido a los tejidos vecinos que teniendo en cuenta el mal estado del pulso se suspende la operación. Muerte a las 24 horas, con persistencia post-operatoria de la poliuria.

Autopsia. En el punto de entrada del proyectil, a un centímetro a la izquierda de la línea media, se aprecia una cresta ósea de 1 centímetro y medio de longitud que se introduce entre los dos hemisferios cerebrales que están adheridos a su nivel (véase, señalada con puntos, en la radiografía lateral, fig. 4).

No se descubre el menor signo del paso del proyectil a través de los centros nerviosos, que están absolutamente intactos, hasta llegar al fondo del ventrículo medio, en el que se encuentra el cuerpo extraño, en la dirección indicada en la radiografía y enclavado en el mismo sentido que el tallo hipofisario, como si hubiese intentado penetrar en su interior (fig. 7) una fuerte cápsula fibrosa, cicatricial, rodeaba al proyectil, englobando este tejido fibroso al tallo, hasta el mismo lóbulo posterior de la hipófisis que salió adherido al proyectil, al extraer a éste. *La hipófisis no estaba directamente lesionada, ni siquiera comprimida; pero su comunicación con el ventrículo estaba interrumpida,* merced a la cicatriz que seccionaba el tejido del tallo.

La autopsia de los demás órganos y aparatos no ofreció interés salvo la comprobación de la pequeñez de los testículos y su dureza fibrosa.

* * *

El caso que hemos expuesto sugiere muchos problemas a la meditación. En pri-

mer lugar, confirma una vez más, con el valor de las demostraciones experimentales, que la lesión de la hipófisis determina el *síndrome adiposo-genital* descrito por Frölich, Launois, etc. Todas las objeciones que algunos autores sostienen todavía, poniendo en duda el origen hipopituitario de este síndrome, se desvanecen con este

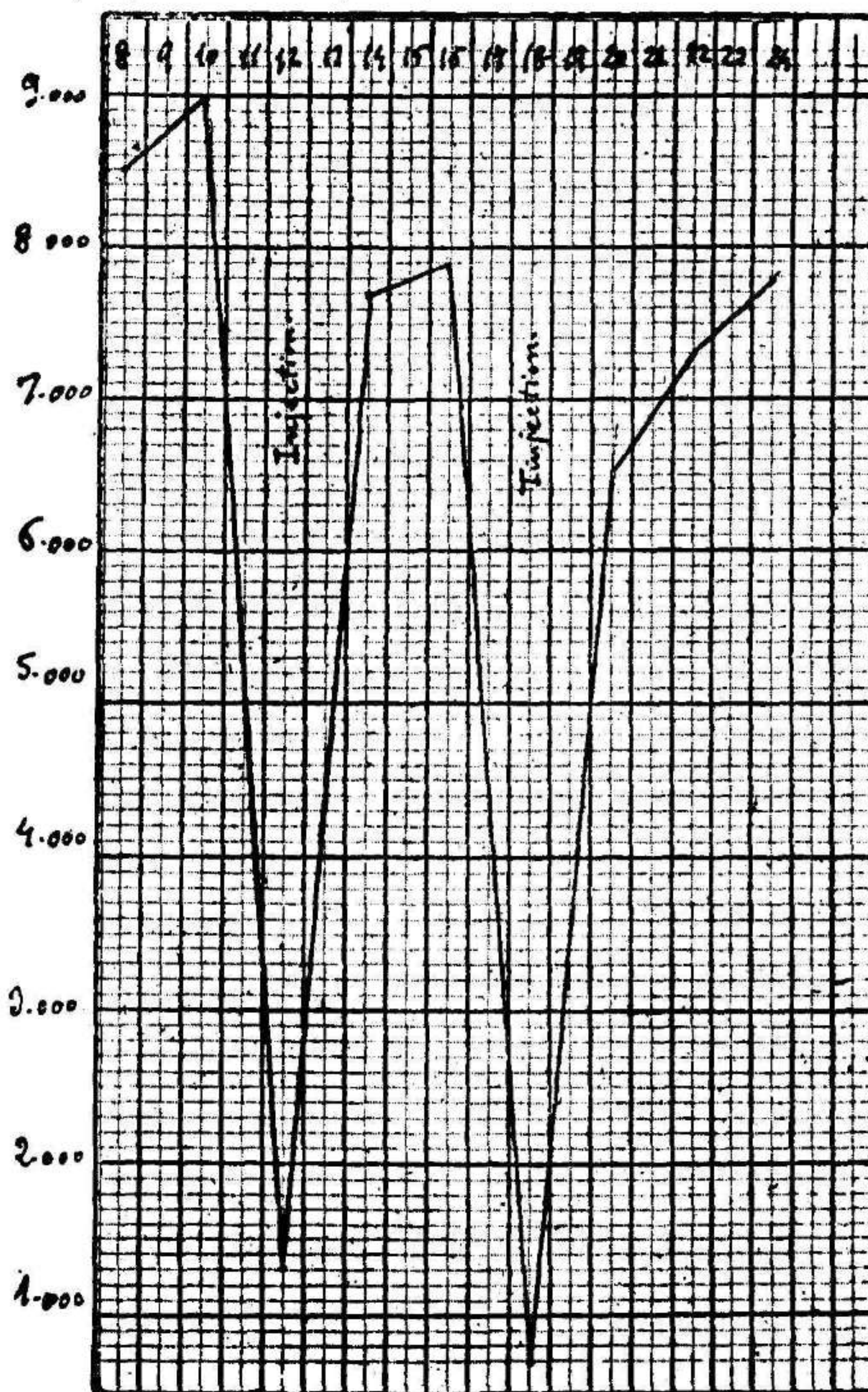


Fig. 6

caso, comparable, en cierto sentido, a los de Madelung (2) y Frank (3), en los cuales igualmente después de un disparo de fusil en la cabeza, con penetración del proyectil en la silla turca, sobrevino el síndrome adiposo-genital. Pero nuestro caso es mucho más demostrativo que estos, pues en el de Madelung se trataba de una niña de 9 años, en la cual por su sexo y por su edad no se podían apreciar los trastornos hipogenitales tan bien como en nuestro muchacho; y en el de Frank, se trataba de un

adulto de 39 años, en el cual los trastornos sexuales podían ser solamente del tipo funcional, no anatómico. Además, en ningún caso la lesión estaba tan puramente limitada a la región hipofisaria como en el nuestro ni se pudo hacer un estudio tan completo de la historia clínica y necrópsica.

En nuestro caso pudo seguirse poco a poco la detención del desarrollo sexual y el aumento de la grasa. Este engrasamiento parece ser en nuestro caso, posterior al estacionamiento sexual; lo cual confirma nuestra opinión (sostenida también por Tandler y Gross y otros) de que el aumento de grasa en el síndrome adiposo-genital es consecuencia de la perturbación genital más que de la lesión hipofisaria directamente. Los caracteres de esta obesidad hipofisaria son, por otra parte, los mismos que los de la obesidad hipogenital, lo que confirma que muchos casos de obesidad prepuberal, en el niño, con insuficiente desarrollo sexual, son en realidad, ocasionados por insuficiencia hipofisaria, simplemente funcional o por alteración post-infecciosa de esta glándula, como suponen Massalongo, Piazza, Babonneix y Paisseau, Neurath, etc (4). Hace mucho tiempo que fundándonos en estas ideas, asociamos la opoterapia hipofisaria a los otros remedios dietéticos y opoterápicos en el tratamiento de estas obesidades prepuberales, con excelentes resultados.

La *talla* era un poco menos elevada de la media normal en esta edad (1,43) pero dentro de las oscilaciones normales; en realidad no hubo tiempo desde que se produjo el accidente hasta que murió el enfermo, para que se observasen claros efectos de la inhibición del desarrollo del esqueleto, que es una de las consecuencias de la lesión de la hipófisis; aparte de que esta función reguladora del crecimiento del esqueleto, parece residar en el lóbulo anterior de la glándula, que era precisamente el respetado en nuestro caso. De todos modos, en la radiografía de la mano (fig. 8) se observa un cierto retraso en el desarrollo de la osificación, con relación a un testigo de la misma edad (mano de la sortija); retraso probablemente debido, más que a la lesión de la hipófisis a la de las glándulas genitales: todos los días vemos retrasos semejantes de la osificación en los niños con insuficiencia genital primitiva que con tanta frecuencia observamos.

Otras observaciones interesantes:

1.º La *sensación de frío* que experimentaba el enfermo y que ha sido señalada en caso de insuficiencia hipofisaria espontánea por algunos autores, pero nunca con la intensidad que en nuestro caso.

2.º La *pigmentación melanodérmica de la cara*, hecho no citado y que hemos visto en otros casos de insuficiencia hipofisaria, singularmente en un muchacho con un gran tumor hipofisario, recientemente observado por nosotros y que publicaremos en breve. Es curiosa esta influencia de la alteración de la hipófisis sobre la función suprarrenal, que en este caso se evidenciaba, además, por la marcada *hipotensión*

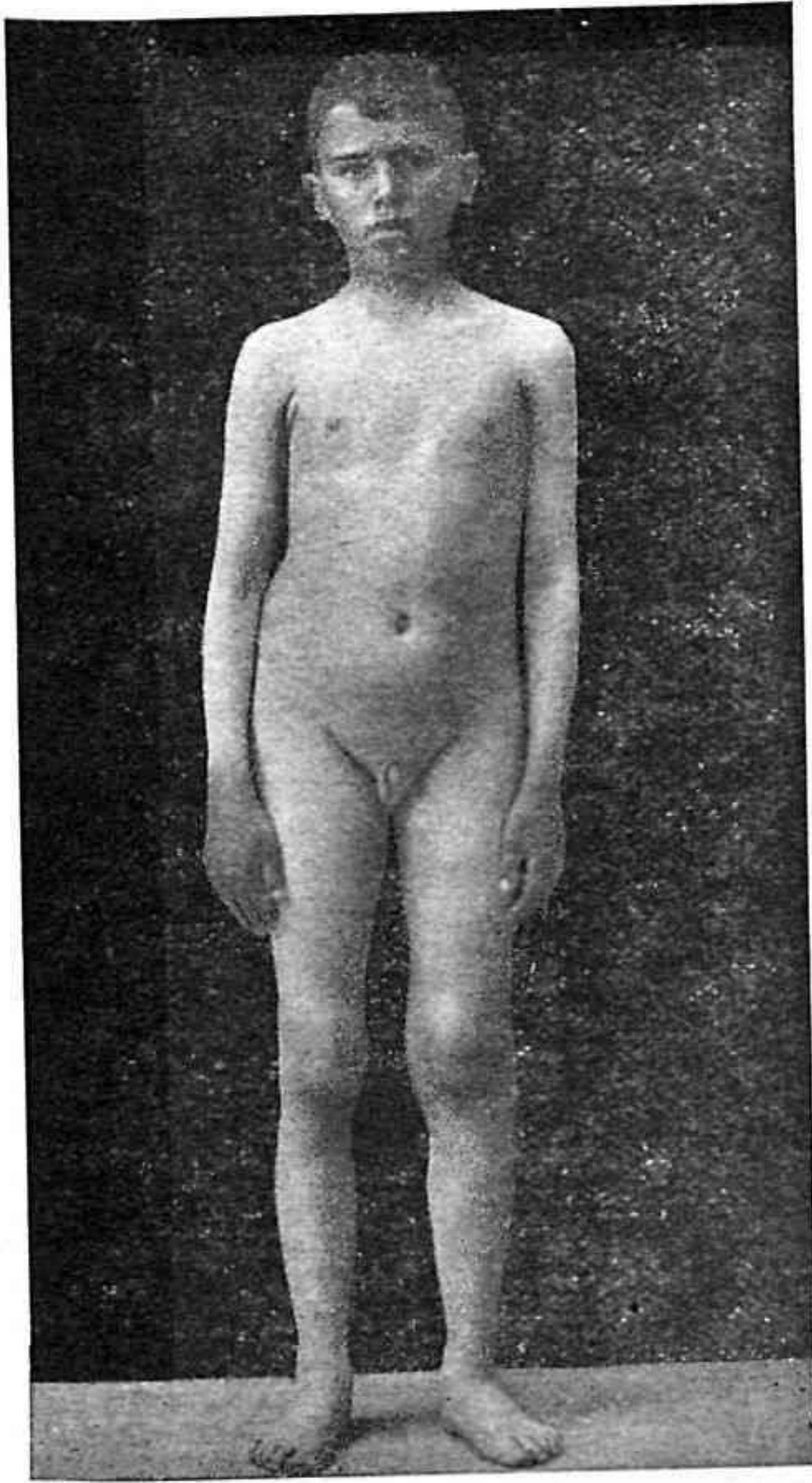


Fig. 2

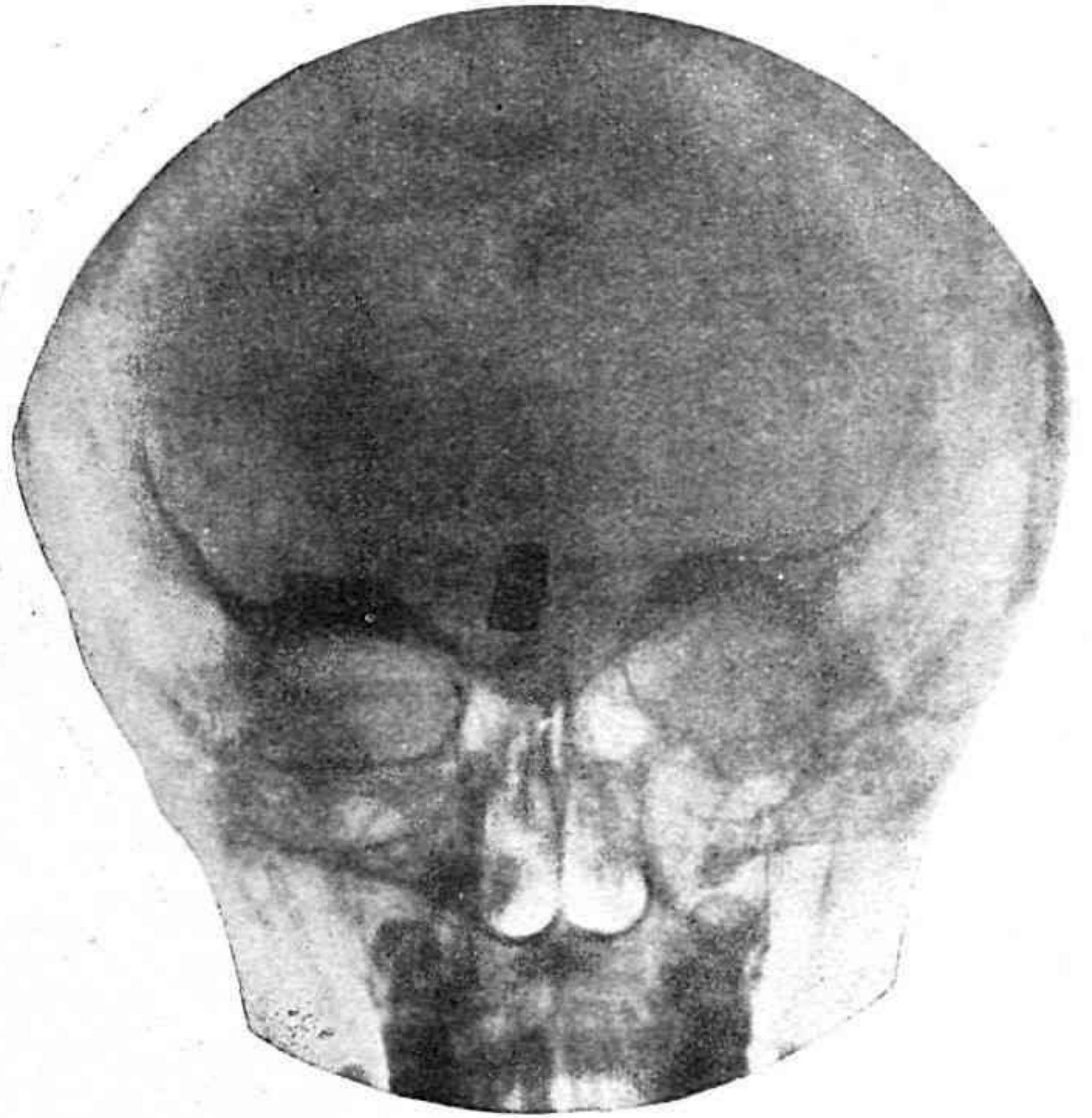


Fig. 5

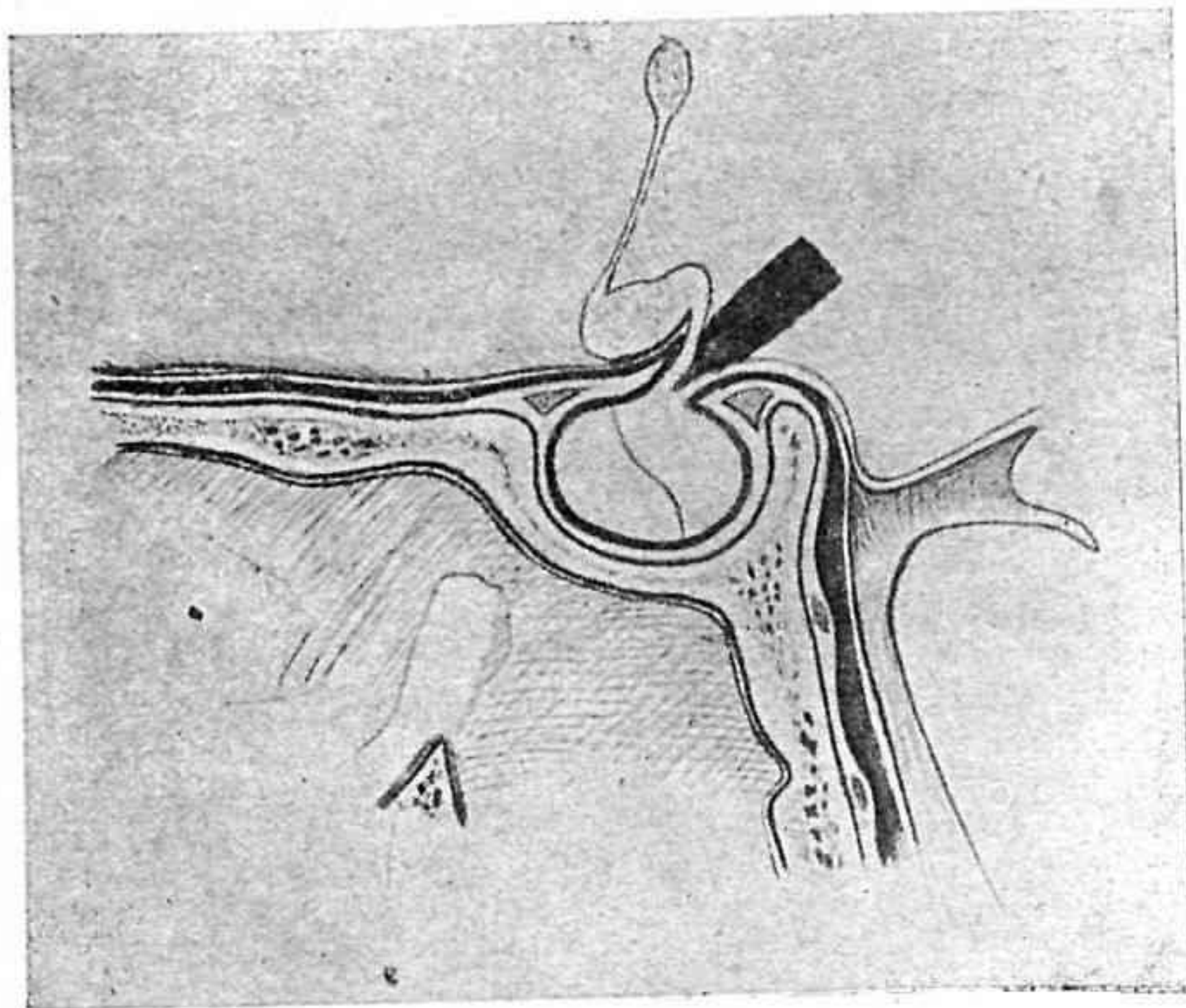


Fig. 7

Lesión traumática pura de la hipófisis. Síndrome adiposo-genital y diabetes insípida.
(DR. G. MARAÑÓN)

arterial. Recordamos también a este propósito, un caso de traumatismo de cráneo, en un adulto, que observamos hace algunos años, en el que se presentó (aparte de una epilepsia jaksoniana) una intensa melanodermia de la cara. No hicimos entonces la investigación de una probable repercusión del traumatismo en la hipófisis, pero ahora, en vista de la frecuencia con que hemos observado hemorragias hipofisarias en los traumatismos del cráneo y en vista de estos casos de pigmentación, por lesión comprobada de la hipófisis, nos es lícito suponer que entonces también debió ocurrir una perturbación hipofisaria, que, en virtud de la correlación funcional que enlaza la actividad de las diversas glándulas endocrinas entre sí (y singularmente la hipófisis y los suprarrenales: Sajous), determinó una perturbación suprarrenal secundaria.

3.° La *mononucleosis* que presentaba este muchacho (43 por 100, total de mononucleares), confirma los resultados obtenidos por Falta y por nosotros en la insuficiencia hipofisaria espontánea, en la cual es un constante hallazgo dicha mononucleosis como en todas las afecciones endocrinas, según demostramos hace ya años (5).

Pero es sobre todo trascendental la consideración de este caso en lo que se refiere a las *relaciones de la diabetes insípida con la hipófisis*. Es sabido que en los últimos años ha sido muy discutida la patogenia hipofisaria de la diabetes insípida, hipótesis que cada día aparece con mayores pruebas de certeza. Las razones en que se funda esta hipótesis son las siguientes:

1.° *Acción diurética del extracto de hipófisis*: gran número de experimentadores, desde Magnus y Schäfer, han observado que los extractos de los lóbulos medio y posterior de la hipófisis poseen propiedades diuréticas, administrados en inyección intra-venosa (Schäfer) o intra-peritoneal (Rénon y Delille). La trasplatación de la glándula hipofisaria produciría el mismo efecto diurético; poliuria que dura hasta que la glándula ingertada se reabsorbe. (Grove, Cushing y Homanns) (6).

2.° *La frecuencia de la poliuria en la acromegalia (hiperpituitarismo)*: de 118 casos anotados por Creutzfeld, en 10 había verdadera diabetes insípida (7).

3.° *Frecuencia de la poliuria en el síndrome adiposo-genital (hipopituitarismo)* (8).

4.° *Coincidencia de la diabetes insípida con otros síntomas clínicos que hacen suponer una alteración directa o indirecta de la hipófisis*: tales son los casos de diabetes insípida que coinciden con el enanismo (Sprinzel, Pechkram, Chauvet), con el infantilismo sexual y la adiposidad (eunucoidismo de tipo femenino: Strauss, Jourdel), el infantilismo regresivo (Lereboullet), la alopecia, las perturbaciones sexuales, (Schmidt, 2 casos), la hemianopsia traumática (Redslobs), la hemianopsia sifilítica (Spanhock), los diversos síntomas de tumores hipofisarios, (Mayer, Lewet, Umber, etc.) (9).

5.º *Descubrimiento de lesiones de la hipófisis en los casos de diabetes insípida:* tubérculos (Haushalter), adenoma (Creutfeld), goma (Goldzieher), glioma (Behlinger), tumores metastásicos (Rosenhaupt, Simmond), diversas clases de tumores (Zueb, Burnier, Römer, etc.) (10).

6.º *Producción de poliuria por lesión experimental de la región hipofisaria, especialmente de la región del lóbulo posterior,* (Cushing) (11) o por la lesión traumática de la hipófisis en el hombre (caso de Franck, (3) y el descrito por nosotros).

7.º *Acción del extracto hipofisario en la poliuria de la diabetes insípida:* gran número de autores han demostrado, en efecto, que la opoterapia hipofisaria obra de una manera *que se puede calificar de específica*, sobre la diabetes insípida, disminuyendo la poliuria y haciendo aumentar la densidad hasta los límites normales, durante más o menos tiempo. (Van der Velden, Farini, Römer, Lereboullet y Faure-Beaulieu, Bergé y Pagniez, Seyler, Umber, Lichtwitz y Stromoyer, Motzfeldt, Marañón, Hernando, Arredondo, S. Covisa, Lafora, Germani, Christie y Stewart) (12).

Todos estos hechos demuestran la relación que existe entre la diabetes insípida y la función hipofisaria, con tanta certeza que, a nuestro entender, *esta enfermedad debe ser estudiada en adelante entre las afecciones propiamente endocrinas, entre las enfermedades de la hipófisis y no con los procesos de la nutrición o con las enfermedades del sistema nervioso, como se ha hecho hasta el día.*

Pero es necesario, ante todo, esclarecer un punto que parece contradictorio en los hechos anteriormente enumerados. En efecto, algunos de los datos expuestos inducen a pensar que la secreción interna de la hipófisis está dotada de propiedades diuréticas, de modo que un exceso de dicha secreción daría lugar a la diabetes insípida, (teoría hiperpituitaria). En apoyo de esta *hipótesis hiperpituitaria de la diabetes insípida* habla, principalmente, la poliuria producida por la inyección de extracto de hipófisis. Cushing explica por este mismo mecanismo (descarga rápida de la secreción hipofisaria) la poliuria emocional. Otro argumento sería la frecuencia de la diabetes insípida en el síndrome hiperpituitario (acromegalia). Los casos de diabetes insípida con lesiones destructivas de la hipófisis (tubérculos, tumores metastásicos, traumatismos bien casuales—casos de Franck y nuestro—bien operatorios—caso de Cushing) se explicarían, según ese criterio, suponiendo que la lesión ocasionaba una irritación reaccional de los lóbulos medio y posterior, que elaborarían un exceso de secreción.

Pero las experiencias recientes de Motzfeldt (de Boston) (12) y las nuestras (13) ponen fuera de duda la falsedad de esta hipótesis hiperpituitaria. Es, en efecto, indudable que en los animales de experimentación, en los cuales se ha producido una diuresis por ingestión de 200 grs. de agua (Motzfeldt) o por la inyección de 200 grs. de suero fisiológico o simplemente en los conejos que, por estar some-

tidos a una alimentación rica en agua, orinan abundantemente (Marañón), la inyección o la ingestión del extracto hipofisario *determina una disminución neta y constante de la diuresis, con frecuencia hasta la mitad de la cantidad emitida en 24 horas*. Los efectos diuréticos obtenidos por Schäfer y sus discípulos son debidos, indudablemente, a defectos de experimentación, pues dicho autor trabaja con animales anestesiados y cateterizados, y estas circunstancias modifican las condiciones normales de la diuresis.

Por otra parte, las autopsias recientes de casos de diabetes insípida o de lesión hipofisaria con poliuria verificadas con gran cuidado, han demostrado que dichas lesiones de la hipófisis eran *más o menos destructivas y de ningún modo hiperfuncionales*. En cuanto a los casos de poliuria en la acromegalia, se explican porque el tumor del lóbulo anterior, que produce esta enfermedad, comprime los lóbulos medio y posterior, determinando su hipofunción; por la misma razón no es raro observar, en los acromegálicos, otros síntomas de insuficiencia de lóbulo posterior, sobre todo la obesidad, explicándose así bien la reunión en un mismo cuadro clínico de manifestaciones de hiper y de hipofunción del mismo órgano.

Y, por fin, demuestra de manera decisiva la existencia del *hipopituitarismo* como causa de la diabetes insípida, el hecho de que *la poliuria desaparece de una manera constante por la inyección del extracto hipofisario*, con la misma especificidad que el mixoedema desaparece por la opoterapia tiroidea. A los casos actualmente publicados (12) podemos agregar el que acabamos de describir y los recientemente aportados por Arredondo, Lafora, Hernando y Covisa, mas 5 nuevos nuestros en una reciente sesión de la Academia Médico-Quirúrgica Española.

Estos resultados son absolutamente demostrativos y *autorizan a clasificar la diabetes insípida entre los síndromes hipopituitarios; y, por otra parte, a emplear, desde luego, en todo caso de esta afección, la opoterapia hipofisaria como tratamiento patogénico específico*.

Admitida esta teoría hipopituitaria de la diabetes insípida, el caso que nosotros hemos descrito tiene gran interés patogénico, pues el proyectil se limitó, como hemos dicho, a interrumpir el tallo pituitario, sin lesionar sin comprimir la hipófisis; lo cual *demuestra de modo terminante que la sección de dicho tallo es seguida de las mismas consecuencias que la lesión de la glándula*. Bield y Cushing habían supuesto, basándose en datos experimentales y en argumentos indirectos, que la secreción interna de la hipófisis pasa, al menos en gran parte, a través del tallo pituitario para verterse en el líquido céfalo-raquídeo del ventrículo medio. Nuestro caso deja definitivamente demostrado este interesante punto de la fisio-patología hipofisaria. El estudio histológico de la región nos demostró la existencia de una hiperproducción de tejido fibroso en torno del proyectil, que *interrumpe bruscamente la es-*

estructura del tallo. En el lóbulo nervioso se ven multitud de fibras destruidas, especialmente en la región de las fibras finas (Tello), con signos de degeneración y una zona extensa de reblandecimiento, cargado de pigmento, que es extraordinariamente abundante, sobre todo teniendo en cuenta la corta edad del paciente; en suma, alteraciones que indican un estado anormal de la glándula, *bloqueada* por el proyectil. Sin embargo, estudiando atentamente las preparaciones se encuentran algunas fibras nerviosas intactas, que nos hacen suponer que la interrupción del tallo no es completa, lo que explicaría la lentitud con que se desarrollaron en este caso los signos de insuficiencia hipofisaria.

A primera vista la autopsia de este caso, mostrando la lesión de la región infundibular sin verdadera lesión de la hipófisis, parece apoyar la hipótesis sostenida por algunos clínicos y experimentadores, y especialmente por Camus y Roussy (14), según la cual la lesión responsable de la poliuria no reside en la hipófisis, sino en un centro nervioso situado en la base del encéfalo (región optopeduncular). Pero esta teoría, a pesar de los interesantes argumentos invocados en su favor, es insostenible desde el momento en que la opoterapia hipofisaria hace desaparecer la poliuria. En las experiencias de Camus y Roussy, este punto, hoy indiscutible, no ha sido confirmado, sin duda por defectos de técnica, muy de extrañar en tan hábiles investigadores; y a esta equivocación fundamental se debe el ardor con que defienden la teoría nerviosa y rechazan la teoría glandular de la diabetes insípida.

Es evidente que no se puede negar la existencia de centros nerviosos encargados de regular la diuresis, ya en el suelo del cuarto ventrículo, cerca del centro diabético de Claudio Bernard, bien en los centros de la base del encéfalo. Pero no son, en modo alguno, incompatibles con la existencia de reguladores endocrinos de la diuresis; y es admisible que unos y otros colaboren en la producción de una perturbación diurética determinada, lo mismo que la existencia de secreciones internas capaces de engendrar la glucosuria (adrenalina) no excluye la existencia de centros nerviosos glucosúricos (cuarto ventrículo); antes bien, ambos factores, nerviosos y endocrinos, sabemos hoy que obran a la vez, siendo uno de los más claros ejemplos de la armonía neuro-humoral que rige el funcionamiento del organismo.

Creemos, en conclusión, en vista de los datos expuestos y de otros experimentales que actualmente tenemos en estudio, que *se puede admitir una acción endocrina (hipofisaria) que actúa fisiológicamente sobre el riñón, regularizando la diuresis*, del mismo modo que otras secreciones internas (suprarrenal, pancreática) actúan sobre el riñón interviniendo el proceso de filtración de la glucosa y quizá de otras sustancias. (Meyer, Fuhr). No se puede prever la importancia que es-

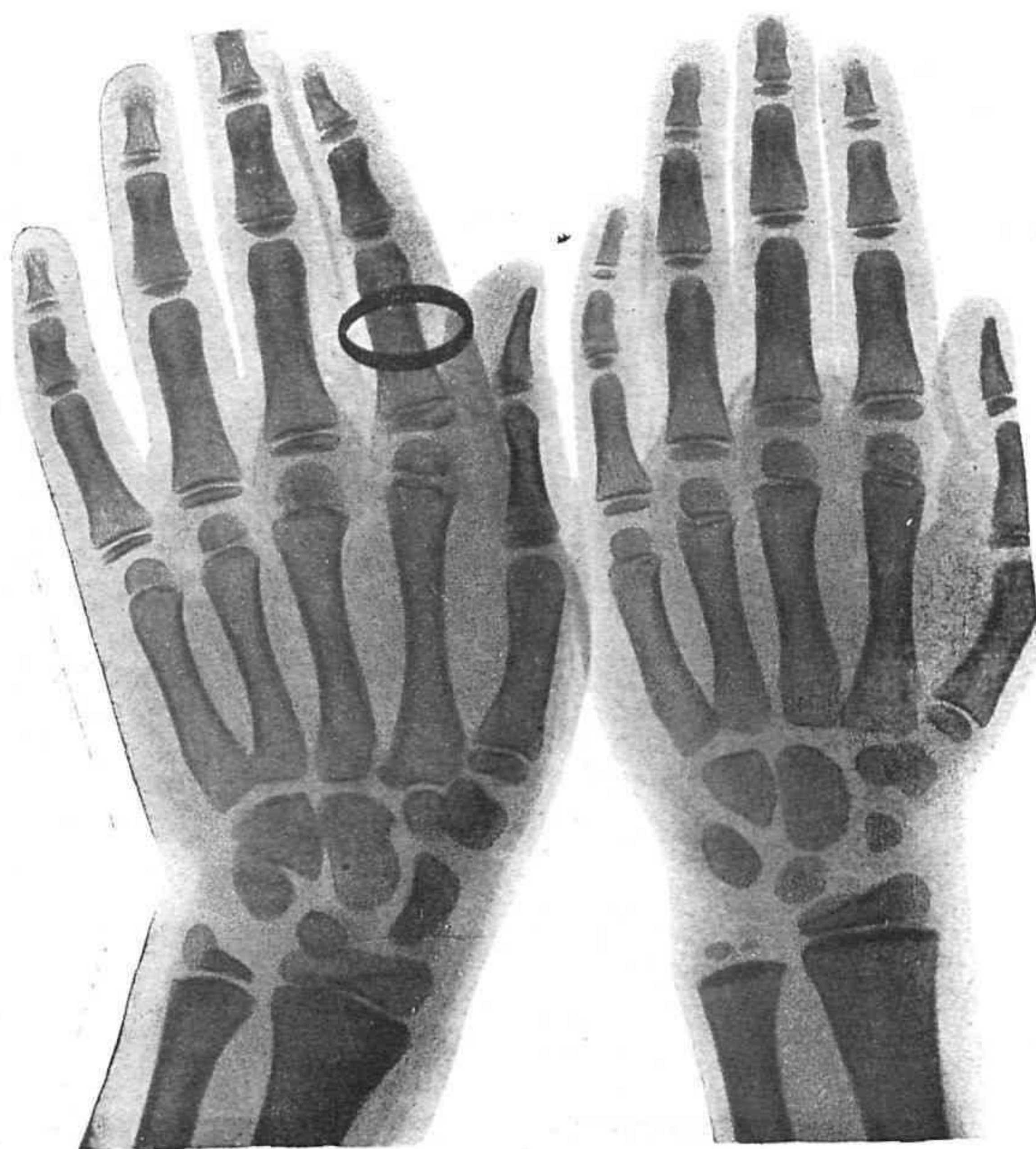


Fig. 8

Lesión traumática pura de la hipófisis. Síndrome adiposo-genital y diabetes insípida.
(DR. G. MARAÑÓN)

tas relaciones entre las secreciones internas y la filtración renal han de alcanzar en el proceso complicadísimo de la secreción urinaria, normal y patológica.

Sobre el mecanismo de esta acción de la hipófisis sobre la diuresis, nosotros no podemos aducir más que hipótesis. Probablemente se trata de una vaso-constricción renal, como supone Motzfeldt basándose en argumentos experimentales. Esta vaso-constricción, sería, según este autor, determinada por la excitación del simpático. Steiger (15) suponía que la excitación nerviosa era de origen váguico, fundándose en que en los enfermos de diabetes insípida no es raro encontrar síntomas de vagotonía. Pero esta hipótesis es insostenible, porque la sección de los neumogástricos no impide la acción antidiurética del extracto de hipófisis (Motzfeldt) ni tampoco la saturación del vago por la atropina (Marañón).

Debemos agregar que cuando hemos hablado de la *acción antidiurética de los extractos hipofisarios* nos referíamos a los lóbulos medio y posterior: actualmente todos los autores están conformes en admitir que solamente estos dos lóbulos poseen propiedades antidiuréticas, en tanto que el lóbulo anterior carece de ellas.

No es aventurado profetizar que este asunto de la teoría hipopituitaria de la diabetes insípida, ha de tener numerosas y próximas confirmaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Véase también *G. Marañón y G. Pintos*.—Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Mai 1916.
2. *Madelung*.—Arch. f. k. Chir. Bd. LXXIII 1904.
3. *Franck*.—Berl. k. Woch., 1912.
4. *Masslongo e Piazza*.—Riforma medica, 1914; *Babonneix et Paisseau*, Soc. medica des hôp., 1910; *Neurath*. Wien. k. Woch., 1911; *Marañón*, «Las enfermedades de la nutrición y las glándulas de secreción interua», 2º edic. Madrid, 1916.
5. *Marañón*.—Boletín de la Soc. Esp. de Biol. 1913.
6. *Magnus and Schaffer*.—Journ. of physiol., 1901-1902; *Rénon et Delille*. Soc. de thérap., 1907; *Crowe, Cushing and Homans*, Quat. Journ. of Experim. physiol., volumen II, 1909.
7. *Creutzfeld*.—Mitt. a. d. Hamburger stad. Krank., 1909.
8. *V. Falta*.—«Die Erkrankungen der Blutdrüsen.» Wien., 1913; *Cushing*, «The Pituitary Body and its Disorders», 1912 *Carnot et Dummont*. Soc. méd. des hôp., 8 nov. 1912; *Jourdel*, «Syndromes pluriglandulaires. Thèse de Paris, 1912 (obs. XXXVII) *Moriquand*, Congr. de pédiatrie, 1913.
- 9 y 10. Bibliographie in *Fleurot*, «Relations entre le diabète insipide et l'hypophyse, th. de Paris. 1914; *Jourdel*, «loc. cit.»; *Marañón*, «loc. cit.»; *Chauvet* «L'infantilisme hypophysaire». Paris, 1914.
11. *Cushing*.—Boston medical and Surgicat Journal, 1912.
12. *Van der Velden*.—Berl. k. Woch., 1913; *Farini*, Gazz. degli Ospedali, 1913; *Römer*, Deutch. m. Woch., 1914; *Lereboullet et Faure-Beaulieu*, Bull. et mém. de la

Soc. méd. des hop., 1914; *Hoppe-Seyler*, Münch. m. Woch., 1914; *Lewet*, Medical Record, 1914; *Motzfeldt*, Journ. of experim. medic., janvier 1914; *Marañón*, Bull. de la Soc. Exp. de biologia, 1915 y Acad. Médico-Quirúrgica, 1917-18.—*Lafora*: Archivos Españoles de Pediatría, 1918; *Arredondo*, Acad. Médico-Quirúrgica, 1917-18; *Covisa*, Acad. Médico-Quirúrgica, 1917-18; *Christie and Stewart*, The Arch. of inter. Med. 1917; *Germani*, Il Morgagni, 1917.

13. *Marañón*.—Soc. de Biología de Barcelona, 1917.

14. *Camus et Roussy*.—Presse méd., 1914.

15. *Steiger*.—Deutsch. med. Woch., 1912.



La diazo-reacción de Ehrlich y la reacción de Moritz-Weisz

POR EL DR. JUAN G. AGUILAR

Del Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. (Director: Prof. T. Maestre)

Tenemos desde hace más de un año la estadística que ha de servir de base para la disertación presente. Pensamos en un principio aprovechar las conclusiones que de ella sacamos para darlas a la publicidad; pero desistimos entonces de ello, dejándolo para otra ocasión, ocasión que nos ha parecido llegada, al ver que en distintas revistas profesionales se viene hablando, bien de la reacción de Moritz-Weisz, bien de alguna otra semejante.

Puede decirse que en cada una de estas reacciones, se trata de poner de manifiesto, por medio de reactivos apropiados, la presencia en la orina de ciertos productos de desintegración orgánica, que han llegado a suponérselos, por algunos, como específicos en determinadas enfermedades.

Hace 30 o 40 años que Ehrlich, dió el primer paso en este sentido, descubriendo la llamada «reacción diazónica». Para Ehrlich, el sulfodiazobenzol se combina con diferentes cuerpos desconocidos, (por lo general aromáticos) de la orina para formar colores. Empléanse para practicar esta reacción, dos soluciones diferentes, que se mezclan en las proporciones debidas cuando se va a operar. La solución primera está compuesta de ácido sulfoanílico 5 gramos, ácido clorhídrico 50 y agua 1000. La segunda es una solución de nitrito sódico al medio por ciento. Para preparar el reactivo se añaden a la solución primera, una o dos gotas de la segunda por cada centímetro cúbico. Se mezclan en un tubo de ensayo, a partes iguales, el reactivo preparado y la orina que se va a analizar (unos 3 c. c. de cada líquido), y se agita hasta que se forme espuma. Después se le añaden unas gotas de amoniaco. Cuando la reacción es positiva, el líquido y la espuma toman un color que oscila entre el rosa pálido y el rojo intenso. Hay diazo-reacciones en las cuales, tiñéndose el líquido de rojo, la espuma lo hace de un color ladrillo. Luego nos ocuparemos del valor de estas reacciones.

El mismo Ehrlich modificó posteriormente esta reacción, usando en lugar del

ácido sulfoanílico, el paradimetilamidobenzoaldéhidó y suprimiendo el nitrito de sosa. Llámase a esta reacción comunmente, la reacción del benzoaldehído.

Moritz-Weisz usa el permanganato potásico en solución acuosa al uno por ciento, dejando caer 3 o 4 gotas en un tubo de ensayo que contiene la orina, diluída de modo que apenas tenga color amarillo (1). Cuando la reacción es positiva, la orina toma en sus capas superiores, un color amarillo de oro. Aconsejamos nosotros no agitar nada la orina con el permanganato y observar la coloración amarillo de oro en una aureola que se forma alrededor de las volutas ocasionadas por las gotas de la solución de permanganato, dejadas caer desde una altura de cinco centímetros.

Últimamente y ya en el año actual, se ha propuesto una nueva reacción, llamada del iodo o iodo-reacción. Consiste en diluir la orina como en la de Moritz-Weisz y dejar caer unas gotas de tintura de iodo. Como en la anterior, se produce una coloración amarillo de oro. En esta conviene agitar ligeramente el tubo.

Encontró Ehrlich las primeras reacciones diazóicas positivas, en casos de fiebre tifoidea y posteriormente en la tuberculosis y otras infecciones graves. Desde luego no se le dió valor diagnóstico, encareciéndose en cambio su valor pronóstico. La gravedad de una infección estaría en relación directa de la intensidad de la reacción.

En realidad los señores que se han dedicado a observar la reacción de Moritz-Weisz, o la iodo-reacción, se han olvidado de la reacción diazóica, e impresionados favorablemente por la sencillez de aquellas, no han estudiado comparativamente todas ellas. Nosotros queriendo hacer una investigación sobre la reacción de Moritz-Weisz, en la cual no existía una extensa experiencia, no hemos dejado de practicar juntamente con ella la de Ehrlich.

Poseyendo la iodo-reacción las mismas ventajas y los mismos inconvenientes que la de Moritz-Weisz, cuanto en adelante digamos sobre ésta se puede aplicar a aquella.

Según Moritz-Weisz y otros autores, la reacción es debida, a la presencia en la orina de un urocromógeno (o urocroma poco oxidado) que el permanganato hace pasar a urocromo. Para Pierret y Baudon (2), la reacción es debida a la presencia de la alantoina, que provendría de la destrucción considerable de las albúminas de los tejidos (células y leucocitos) en los tuberculosos cavitarios. Es más admisible esta segunda hipótesis por cuanto está más en armonía con el pronóstico desfavorable que la generalidad de los autores asignan a la reacción.

Pierret y Baudon con una estadística de 111 casos, llegan a las conclusiones

(1) Puede prescindirse de diluir las orinas poco coloreadas y en ellas la reacción será más exacta y apreciable.

(2) *Journal des Practiciens.*

siguientes: La reacción no se encuentra más que en los bacilares (tuberculosos) de lesiones avanzadas. Falta al principio de la bacilosis y aún en el segundo grado. Su valor diagnóstico es mínimo. Al contrario, desde el punto de vista pronóstico, y sin querer exagerar la importancia, se puede asegurar que es constante en las formas serias de la tuberculosis, en donde ella es proporcional a la gravedad del pronóstico.

Vitry no la ha encontrado en 20 orinas normales. En cambio fué positiva en casos de fiebre tifoidea, de cáncer incipiente, de diabetes grave y de tuberculosis avanzada. Llega este autor a considerar más sensible esta reacción que la diazónica.

Paul Courmont (1) en un bonito trabajo, después de enumerar las opiniones de Vitry, Mladenoff, Laignel, Lavastine, Cottin, Tecon, Aimarel, Merklen, Leroy y los trabajos de Pierret y Baudon, dice que la reacción de Moritz-Weisz es un dato de importancia en la práctica de los tisiólogos. Funda sus opiniones en los resultados obtenidos en una estadística de 107 casos, entre los cuales obtuvo 23 positivas, 72 negativas y 2 dudosas. Las conclusiones a que llega este profesor, son las de que no se presenta en los individuos sanos, que es extraordinariamente rara y hasta completamente ausente en los no tuberculosos enfermos y que sirve para hacer un pronóstico fatal a breve plazo en la tuberculosis pulmonar.

Y ahora vamos a ocuparnos ligeramente de nuestros trabajos, que comprenden una estadística de 80 casos (enfermos del Hospital Clínico) y de investigaciones propias hechas alrededor del asunto.

Ya dijimos que acostumbramos a practicar la diazo-reacción sistemáticamente, cuantas veces hemos buscado la reacción de Moritz-Weisz. La primera enseñanza que de ello hemos sacado es la de que es incomparablemente más beneficiosa la reacción de Ehrlich, que la de Moritz-Weisz o la iodo-reacción. Estriba primeramente esta ventaja, en que, aún después de una larga práctica (que nos ha llevado incluso a modificar la técnica de la reacción), en la Moritz-Weisz son muchos los casos en que esta es de muy dudosa interpretación. En casos de pronóstico clínico fatal y posteriormente comprobado, hemos obtenido reacciones de Moritz-Weisz, que únicamente podían ser calificables de positivas débiles, mientras la reacción de Ehrlich era claramente positiva. Por el contrario hemos encontrado reacciones de Moritz-Weisz, positivas, coincidiendo con diazo-reacciones negativas, en las cuales el pronóstico de la enfermedad estuvo de acuerdo con los resultados de las últimas. Diremos, también, que hemos encontrado reacciones de Moritz-Weisz en tres embarazadas de la clínica del Dr. Chacón (números 43, 44 y 45 de nuestra estadística), en las cuales la reacción de Ehrlich fué siempre negativa. Descontados los casos

(1) Soc. med. des hop. de Lyon. -- *Gacette Medicale de Paris*.

expuestos, las reacciones de Ehrlich y de Moritz-Weisz han coincidido la mayoría de las veces, llevando, como antes dijimos, las reacciones de Ehrlich, la ventaja sobre la de Moritz-Weisz, de la mayor sencillez de interpretación. A propósito de esto, conviene recordar que para practicar la reacción de Moritz-Weisz en orinas de un color normal hay que diluirlas a la mitad y que cuando las orinas son de un color subido, esta dilución es insuficiente, de donde resulta que únicamente operando con orinas muy decoloradas podemos prescindir de la dilución, obteniendo con ellas los resultados más precisos, por encontrarse en estas orinas una cantidad máxima de las sustancias que producen la reacción. En la diazónica, como siempre se opera con orinas sin diluir, siempre los datos son más claros.

La albúmina, la glucosa y los pigmentos biliares, no enmascaran ninguna de las reacciones. Esto ha sido perfectamente comprobado por nosotros. En la hemoglobinuria y en la hematuria, resulta imposible practicar la reacción de Moritz-Weisz, siendo en cambio posible la de Ehrlich.

Existen una gran cantidad de medicamentos que son causa de reacciones positivas. Citaremos los que hemos observado nosotros. Son estos la heroína, la aspirina, la creosota, el guayacol, el fenol y el naftol. Es indiscutible que muchos más estarán en el mismo caso y claro es que hay que tener esto muy en cuenta cuando se investigue en orinas de enfermos sometidos a determinado tratamiento.

En otros casos experimentales hemos encontrado casos de reacciones positivas. Se trataba de orinas preparadas artificialmente con albumosas y amino-ácidos. La diazo-reacción en estos casos se mostraba por una coloración roja del líquido y ladrillo de la espuma. De este mismo modo se manifestaban las diazo-reacciones en dos casos de cáncer avanzado que hemos anotado en nuestra estadística. La reacción de Moritz-Weisz fué también positiva. Se prestan estos casos a hacer algunas disquisiciones, sobre la manera de producirse la sustancia productora de las reacciones positivas. Supónese que esta sustancia es un producto de destrucción orgánica: la alantoina y derivados albuminoideos, procedentes de la destrucción de células y leucocitos. Indudablemente tiene esta hipótesis mucha verosimilitud, pero no creemos que pueda quedar reducido a los productos de destrucción de células o leucocitos, las sustancias productoras de las reacciones positivas. Estas sustancias bien pueden ser también procedentes de la destrucción de bacterias o ser las mismas exotoxinas. Las reacciones que se obtienen en las infecciones se manifiestan siempre por el color rosa o rojo intenso de la espuma. De esta misma forma se manifiestan las que hemos obtenido experimentalmente con algunos productos químicos. Nosotros admitimos que por dos mecanismos se producen las reacciones positivas. Estos dos mecanismos son: 1.º destrucción de tejidos y 2.º eliminación de endotoxinas (destrucción de bacterias) y eliminación de exotoxinas. Ahora bien, en las

·bacilosis, se comprende fácilmente que estos dos mecanismos se combinen, mientras que sólo se eliminan productos de destrucción orgánica en los casos de neoplasias malignas.

Y vamos a ocuparnos de la parte más interesante de este asunto, que es lo referente al valor diagnóstico y pronóstico de las reacciones.

No se le ha dado valor pronóstico a la diazo-reacción y únicamente en las infecciones agudas graves y en la tuberculosis pulmonar se le ha concedido un valor pronóstico real. En cambio se ha pretendido que la reacción de Moritz-Weisz es segura en la tuberculosis pulmonar algo avanzada y que faltaba en otras enfermedades, llegando Courmont a suponer que serían tuberculosos latentes los enfermos de otra naturaleza en cuyas orinas se haya encontrado la reacción de Moritz-Weisz positiva. Nosotros hemos encontrado la reacción en infecciones no tuberculosas, en algunas embarazadas y después de la ingestión de determinados medicamentos. No la consideramos, pues, como medio diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

El valor pronóstico de momento es relativo. (Observamos que aún cuando ahora nos referimos a las dos reacciones, seguimos considerando preferible la de Ehrlich). En la tuberculosis pulmonar es lo corriente que una vez presentada la reacción, no desaparezca hasta la muerte, pero esta en unos casos se presenta pronto y en otros se retarda bastante más de los tres o cuatro meses que los autores consideran como plazo máximo. Nosotros tenemos cuatro casos en los cuales la reacción fué positiva hace un año y actualmente se encuentran en condiciones de seguir viviendo. En estos, a que nos referimos, unas veces dan reacción positiva y otras la dan dudosa. Por lo general no ocurre así, pero puede ser positiva durante mucho tiempo.

En los casos más interesantes, en aquellos que la reacción es fuertemente positiva, en los cuales basta una sola gota de amoniaco para que la orina y su espuma adquieran un intensísimo color rojo, hemos visto sobrevenir la muerte en un plazo que nunca excedió de quince días.

En las infecciones graves agudas, la reacción se presenta en seguida y no desaparece durante la convalecencia. Nosotros hemos observado dos casos de pulmonía y tres de fiebre tifoidea, en los cuales no desapareció la reacción hasta pasado bastante tiempo y cuando los enfermos estaban en disposición de hacer su vida habitual.

¿Qué datos interesantes puede adquirir el clínico practicando estas reacciones? En realidad son muy escasos. El pronóstico fatal en un caso de tuberculosis pulmonar avanzado, se hace por el menos entendido, sin necesidad de examinar la orina. La fecha de la muerte no la fija una reacción positiva fuerte, y reacciones positivas se hallan en tuberculosos con bastante vitalidad.

En las infecciones agudas, la reacción se presenta cuando se presentan otros síntomas escandalosos, que mejor que ella nos hablan de diagnóstico y de pronóstico.

Reacciones positivas sin otros fenómenos patológicos, no han tenido nunca valor de ninguna clase.

En el Laboratorio de la Dirección de Sanidad del Estado de Nueva York, se ha desistido de practicar la diazo-reacción, después de practicarla en 1700 orinas, por considerarla poco interesante. (1)

Como conclusión diremos que el valor pronóstico es real, pero que el examen clínico del enfermo, suministra una cantidad de datos para enjuiciar que, permiten prescindir de las reacciones de que nos venimos ocupando y que en caso de querer practicar alguna de ellas, daremos la preferencia a la reacción diazónica de Ehrlich.

(1) *Journat of the American Medical Association.*



SECCIÓN OFICIAL

Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Divagaciones sobre un caso de quiste hidatídico de bíceps braquial

Comunicación presentada a esta Real Academia de Medicina y Cirugía por el DR. D. RAMÓN SÁNCHEZ PARRA, Académico Corresponsal de la misma y ex-alumno interno, por oposición, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

ILTMO. SR.:

SRES. ACADÉMICOS:

Perdonad os distraiga de vuestras diarias ocupaciones, para llevar vuestra atención sobre un asunto, que si bien científicamente tiene una grandísima importancia, al ser tratado por mí, ha de perder gran parte de su interés.

Por eso, os ruego olvidéis la humildad de mi personalidad científica, y hagáis generosa ostentación de benevolencia, ejercitando vuestra paciencia y atención, ya que poco personalmente mío os puedo ofrecer, pues aunque mi voluntad fué grande, escaso ha sido el tiempo trascurrido desde que abandoné las tareas académicas del doctorado, y pocos los recursos de que dispuse.

De aquí, que haya de recurrir como fuente principal de conocimiento, al que me brindaron los trabajos clínicos realizados al lado de mi eminente maestro el Dr. Royo, ofreciéndooos breves consideraciones acerca de un caso de quiste hidatídico del músculo bíceps braquial izquierdo, que si no es nuevo en la patología, suele ser poco frecuente en la clínica, y hasta dar motivo a errores de diagnóstico.

En efecto, la equinocosis es frecuente en el hombre; pero a decir verdad su asiento principal es en las vísceras y de estas el hígado es la más comunmente acometida, mas no deja de presentarse aunque en proporción bastante menor en los huesos y músculos, siendo según la estadística de Madelung de un 1'5 por 100.

Podría citar infinidad de casos de quistes hidatídicos de pulmón, de la retina, y sobre todo del hígado, cada cual implantado en diferentes sitios, unos supurados y otros no; también podría referir uno operado por mí, con resultado feliz, pero como estos casos son citados casi diariamente por los clásicos, me abstengo de ello, circunscribiéndome sólo al que menciono como epígrafe, por creerlo de más importancia.

Un día, se presentó en la clínica de la cual yo era interno, un enfermo de treinta y seis años y oficio hortelano; era de estatura regular, de tez morena y de buena complexión. No había padecido enfermedades anteriores dignas de especial mención. Sus padres y hermanos viven y están sanos. Tiene tres hijos que se crían fuertes y robustos.

Se nos queja de que hace cinco meses, un día al quitarse una camisa, notó un abultamiento en el brazo izquierdo, que le llamaba más la atención por no haber sentido dolor ni molestia que delatara su presencia; a los pocos días de haberlo descubierto, como si lo hubiese estado esperando, le comenzó a molestar con pequeños dolores pungitivos y ligera reacción general.

Pasamos a la exploración del tumor y observamos que este era bastante voluminoso (del tamaño de un puño); al contraer el músculo se pudo apreciar la inmovilidad de un tumor liso y regular casi indoloro, con una consistencia elástica y renitente. Se notaba una ligera fluctuación. Cuando el músculo estaba relajado tenía los mismos caracteres, excepto que era movable.

Respecto de su naturaleza se sustentaron varias opiniones. Hubo quien lo diagnosticó de un lipoma intramuscular, por ser un tumor indoloro a la presión, circunscrito, blando, sin adherencias: pensaron otros en un absceso frío, fundamentando el diagnóstico en los dolores pungitivos que acusaba y la reacción febril que presentó. Algunos, aunque tímidamente, indicaron la posibilidad de un quiste hidatídico. Hizo el resumen nuestro querido profesor y con esa seguridad que en él impera para el diagnóstico afirmó la existencia de un quiste hidatídico supurado del músculo bíceps braquial izquierdo, coincidiendo con nuestra particular creencia.

Preparado todo se procedió a la operación, practicando una incisión de unos cinco centímetros, en la parte más prominente del tumor que permitiendo la separación de la piel y tejido celular, puso al descubierto la masa muscular del bíceps, la que incindida a su vez dejó ver un quiste lleno de un líquido amarillento de olor nauseabundo, en el cual flotaban unas bolsas blancas elásticas del volumen de un guisante y dotadas de un temblor especial, comparable al de la gelatina. Eran vesículas secundarias, verdaderas hidátides. Hízose la extirpación total de aquel quiste, que, formaba parte del músculo, quedando perfectamente limpio el foco de implantación. Unos puntos de sutura y el drenaje correspondientes finalizó la intervención.

La herida tardó en cicatrizar completamente 20 días, sin ningún contratiempo en la convalecencia, saliendo el enfermo completamente restablecido.

Si reflexionamos sobre la rápida exposición que de este caso acabamos de hacer, dos puntos se ofrecen en primer término a nuestra consideración: 1.º ¿Cómo ha podido llegar el germen quístico al bíceps? 2.º ¿Por qué vía pudo llegar y en qué grado de evolución lo hallamos?

Dos son las vías que pueden servir de trayectoria al embrión hexacanto: la venosa y la linfática; pero habida cuenta de la disposición anatómica de ambos sistemas de redes, parece lógico admitir que la primera, o sea la venosa, le ofreciera camino más fácil y menos peligroso para verificar su recorrido. Fijémonos un momento en su evolución y sigámosle en su marcha, desde el organismo del can al músculo bíceps de nuestro hortelano.

Por la ingestión de restos de carnero, un pobre can llegó a albergar en su intestino una hidátide y allí consiguió alcanzar su completa madurez, llegando hasta su procreación. Lanzados sus huevos con su bolo fecal y destinado con otros restos orgánicos a servir de abono en distintos cultivos de los que se verifican en la huerta, pasa así, al interior del vegetal que más tarde ha de servir de alimento al hombre.

Y he aquí la rotación admirable que, desde el carnero al hombre pasando por el perro y después por el vegetal, verifica la tenia.

El hombre que busca para la satisfacción de sus necesidades, para el conjuro de su debilidad, para el aumento de sus energías el alimento que con apariencias de lozana hermosura le brinda el vegetal ¡cuán lejos se halla de pensar ni por un momento que tras aquella fresca apetitosa y envuelta en ellas conduce al interior de su organismo el germen inquieto de un cestodo, que más tarde perturbará su salud!

Con ellos penetra, llega al amplio recinto del estómago, es acometido por el jugo gástrico que rompe su cubierta que pone al descubierto sus seis ganchos que le dan nombre y a beneficio de los que camina por el duodeno y como compañero de los elementos elaborados por la función digestiva pasa al torrente circulatorio por el sistema de la vena porta.

Y ya en el torrente circulatorio pudiéramos abandonarle a la corriente que rápidamente lo ha de conducir, si cabe a todo el organismo. Pero no, quiero que como espectadores le sigamos en su excursión para darnos cabal cuenta de cómo pudo escapar de los obstáculos que diversas vísceras le ofrecieron pretendiendo hacer presa en él. Por la vena porta ha llegado al hígado.

En muchos casos una causa venida de fuera y que modifica la circulación de esta víscera la obliga a fijarse en uno de esos conductos que a manera de interminables corredores se dividen y subdividen formando una malla extensísima: son los interlobulillares.

En otros casos, la función hepática no sufre cambio, los vasos conservan su elasticidad y la ola sanguínea empuja al embrión, sin darle tiempo a producir irritación en el tejido conjuntivo, continúa su peregrinación penetrando en las venas suprahepáticas y flotando siempre en el tejido circulante, arrastrado por hematíes y leucocitos y sin poder retroceder jamás por impedirlo las válvulas que de trecho en trecho forman poderosos repliegues destinados a impedir su retorno, sigue nuestra célula pasando después a la cava, desde la cava a la aurícula derecha y desde la aurícula se precipita por el orificio aurículo-ventricular al ventrículo derecho. Repliegues que a modo de pilares nacen de las válvulas parece ofrecerle seguro asilo, pero la construcción de las paredes musculosas y potentes de este recinto no le consienten reposo, y no pudiendo retroceder por donde penetró por impedirlo el repliegue tricúspide, sale por el único orificio que le deja franco el paso, y gana la arteria pulmonar, que de corto trayecto y grueso calibre, va disminuyendo, por divisiones y subdivisiones sucesivas hasta formar una red capilar que tapiza unos alveolos de tal delicada finura, que permite a las células circulantes de la sangre, verificar el cambio de gases necesario, para fijar el oxígeno engendrador de combustiones y hálito de la vida.

En este aparato pulmonar, no hay contracciones violentas que actúen sobre nuestro parásito, como ocurría en el corazón. Aquí pudo tener estación de parada y ocasiones hay en que llega a conseguir su residencia y evolucionar en su estroma conjuntivo; pero tampoco se detuvo: ¿por qué? ¿son tantos los misterios que encierra la vida intraorgánica!... En la sangre circulante vuelve de nuevo por las venas pulmonares al corazón, donde nueva contracción le hará salir precipitadamente por el ventrículo izquierdo, lanzándolo al vaso de mayor calibre que existe, a la aorta, desde donde va a la subclavia, que le despide a su vez hacia la axilar que le ofrece paso a la humeral, y así, alejándose cada vez más del centro circulatorio y recorriendo conductos cada vez de menor calibre penetra en el músculo bíceps, donde acaso la desigualdad de sus contracciones, tal vez motivos de excitación procedentes de fuera le detienen, allí se invagina, pierde sus ganchos, y forma su envoltura quística que encierra.

Ya instalado en el punto de su residencia definitiva hemos de preguntar ¿cuál es su evolución en relación con el proceso que determina?

Enquistada ya, la bolsa hidatídica se compone de una capa interna, que no es más que la transformación del embrión,—membrana germinativa o prolígera—y de una capa externa que es un producto de secreción—membrana cuticular—.

La externa está formada por varias capas estratificadas, superpuestas a manera de las hojas de un libro, es opalina pero sin perder totalmente su transparencia e impermeable según Chauffard y Widal, a los microbios, lo cual explica la asepsia ordi-

naria del contenido quístico, ofreciendo en cambio facilidades de dialisis a las sustancias tóxicas (Toxialbúminas, toxinas); de aquí la frecuencia de la urticaria.

La interna germinal de Giraldeés, fértil de Robin, produce vesículas que nacen, bajo la forma de granulaciones, blanquecinas y crecen sostenidas por un pedículo que al fin se rompe, dejándolas caer libres y flotando en el líquido hidatídico que la llena, dándole un aspecto semejante a una masa granulada llamada por Devé arena equinocócica.

En el interior de estas vesículas, pueden aparecer unos cuerpos ovoides algo más oscuros que el continente y provistos de una cabeza con cuatro ventosas y una doble corona de ganchos dirigidos hacia dentro, y un cuerpo con una prolongación axil que le une a la vesícula germinativa: son los scolex o equinococos. Estos son los que ingeridos por el perro, y metamorfoseándose en su intestino darán lugar a la tenia equinococus.

Si la vesícula germinativa no da lugar a la formación de equinococus, la hidátide es llamada acefalocisto, nombre dado por Laennec en 1804, y por el contrario fértil o cefalocisto, cuando, como nuestro caso se producen en abundancia.

Estas vesículas pueden a su vez engendrar otras llamadas secundarias e hijas, con todos los caracteres de aquella de que proceden. Estas fueron las que nos encontramos al incidir el quiste a que hago referencia en esta reseña.

Pero ¿de dónde proceden estas nuevas vesículas?. Varias son las teorías que pretenden explicarlo, pero las más comunmente aceptadas son la de Naunyn y la de Huhn y Davaine.—Según las ideas clásicas, la condición necesaria para el desarrollo del quiste hidatídico, es la presencia en un punto del embrión hexacanto. Las vesículas hijas nacen en la misma cutícula de la vesícula madre; en el intersticio de dos láminas de dicha cutícula que pueden desgarrar por su cara interna viniendo a caer en el interior del quiste (vesículas hijas o secundarias endógenas), o desarrollarse rompiendo la cara externa, fuera del quiste (vesículas hijas o secundarias exógenas).

Pero recientes investigaciones, muy demostrativas han venido a dar la razón a Naunyn, Devé y Alesinski, los cuales han puesto o pretendido poner fuera de duda que los quistes hidatídicos pueden nacer por transformación vesicular de las cápsulas prolíferas o de los scolex. En el primer caso, las vesículas prolíferas se cuticularizan y el parénquima da origen a la membrana germinal. En el segundo caso, el aumento de volumen de los scolex, y la formación en su interior de una red que va transformándose y formando varias capas que son la cutícula, y la desaparición de los ganchos da por terminada la evolución del quiste.

Sin desconocer que estas nuevas nociones tienen una importancia científica considerable, es lo cierto que para muchos no pasa de un valor y un interés relativo.

Además de estas producciones, en el interior del quiste existe un líquido claro, transparente, o ligeramente turbio, amicrobiano rico en sales principalmente cloruro de sodio, que no contiene albúmina, pero muy abundante en toxinas. En nuestro caso había perdido la transparencia, su color era amarillento debido a la presencia de glóbulos purulentos.

¿Pero de donde procede este pus, si antes hemos dicho que esta membrana es impermeable para los microbios?. Este «agua de roca» completamente aséptica, sin ser bactericida, es no obstante un buen medio de vida de los microorganismos; de aquí, que cuando bien por vía linfática o sanguínea llegan los microbios piógenos cerca del quiste, aprovechando resquebrajaduras de su pared provocan una periquisititis que permite su penetración. (Dupré).

Así era en efecto, esta membrana estaba engrosada, inyectada, inflamada en una palabra.

Y aprovecho este momento para llamar la atención sobre la mayor frecuencia de la supuración de los quistes musculares y óseos, que en los viscerales. Así como las observaciones de que los que hemos visto (pues esta afección es muy frecuente en Salamanca) han sido supurados en una proporción que no baja de un 80 por 100.

La presencia del hexacanto determina siempre trastornos funcionales en el órgano que vulnera; de aquí esa variedad tan infinita de sintomatología con que se nos ofrece la equinococosis, y que oscurece el diagnóstico tanto, tanto, que en ocasiones, y yo he sido factor de ello, más bien un acto intuitivo que una deducción ordenada y lógica nos dan la llave del diagnóstico.

La circulación a través de los vasos, del hexacanto, pasando por vísceras, recorriendo órganos, etc. nos da la razón eficiente de la diversa frecuencia con que se presenta en las vísceras y en los demás órganos, explicándonos el por qué son más raros en los huesos y en los músculos.

El quiste evoluciona por punto general, sin producir otra clase de fenómenos que los de presencia anatómica y fisiológicamente considerado, con relación al órgano que ataca; pero por sus toxinas puede dar origen a trastornos complicatorios de tal importancia que lleguen a amenazar la vida.

Como consecuencia de la patogenia de estos quistes, quirúrgicamente se impone un solo y único tratamiento: la extirpación. Establecido el diagnóstico, cuanto más pronto mejor, sin recurrir a la punción, porque es sabido que la rotura quística da origen a la siembra de las hidátides, que pueden ingertarse y producir reinfecciones, septicemias, intoxicaciones, etc.

Y aquí termino lo que con justicia apellidaba yo de «Divagaciones» cuando intentaba relatar este hecho clínico, tan importante por la poca frecuencia con que se presenta, que de seguro será muy tenido en cuenta por la estadística.

HE DICHO.

Sesión inaugural del curso de 1918

Memoria reglamentaria de los trabajos de esta Real Academia de Medicina en el año anterior

ILTRMO. SR.:

SEÑORES:

Al presentarme ante vosotros, para dar cuenta fiel y sucinta de los trabajos realizados por esta Real Academia de Medicina, en el año que ha finado, podía muy bien haber copiado la primera parte de la memoria que tuve el honor de leer, hace doce meses en este mismo sitio; pero desgraciadamente para todos, las circunstancias por que atraviesa el mundo civilizado, y gran parte del semicivilizado, son las mismas o tal vez más graves que entonces. Sí, Señores Académicos, más graves y más tristes que el año anterior, porque este desastre mundial se hace interminable y no se vislumbra el fin a tanta desdicha. Un consuelo podemos tener los médicos, muy relativo en verdad, pero consuelo al fin, y es que nuestra humanitaria profesión, como ciencia experimental que es, está recogiendo sin descanso en ese mismo campo de desolación, vidas que se escapan, sangre que se filtra y cerebros que se remiendan y que antes de esta guerra, no habíamos tenido ocasión de recoger, ni sabíamos apañar, y si estas vidas, suponen muy poco, en relación con la magnitud del desastre, y con las miles que se sacrifican a diario, supone muchísimo para el porvenir, porque esos cientos que ahora se recogen, serán muchos millones en el transcurso de los años, y entonces tendrá eco la voz de Jules Simón cuando dijo: «Bendita la ciencia que ha sabido sacar vidas del campo de la muerte».

Aun cuando las circunstancias por que atravesamos sean las mismas, la labor desarrollada por nuestra Corporación, ha sido más intensa que en los años anteriores, ha habido una verdadera exuberancia de trabajos académicos, como si hubiera querido decir al mundo científico nuestra Real Academia de Medicina: no sólo vivo, sino que esta vida ha de ser cada día más ostensible y más provechosa para la humanidad y para el progreso; y es que, Señores, sucede a las Corporaciones lo mismo que a los individuos; cuando ven amenazada su existencia, por una circunstancia cualquiera, luchan desesperadamente, éstos cuerpo a cuerpo, aquellas, con todas las energías y labor científica de que son capaces y que viene a demostrar la necesidad de su existencia y la conveniencia de haber sido creadas.

Entre todas las sesiones que ha celebrado nuestra Corporación en el año últi-

mo, merecen especial mención tres. La sesión inaugural del curso académico, la celebrada para dar posesión de su plaza de Académico numerario al Sr. D. Enrique Gelabert Aroca y la extraordinaria de 18 de Mayo en que el ilustre Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid Dr. Gómez Ocaña, disertó sobre el tema «Del ejercicio y del reposo, del ayuno y del régimen alimenticio como agentes terapéuticos».

La primera de estas sesiones, o sea la inaugural del curso de 1917, tuvo lugar el día 28 de Enero, y en ella, después de leída la reseña reglamentaria de Secretaría, se expuso por el Sr. Gómez García, como trabajo doctrinal, un bien escrito discurso, que versó sobre «La herencia en la locura y Psicosis Profilaxia» y en el que se admiró, a la vez que la corrección de estilo, una gran profundidad de conocimientos en la especialidad y el dominio absoluto del tema que tan oportunamente se había propuesto desarrollar.

Empezó con un prólogo modesto, en el que excusa su atrevimiento en preceptos reglamentarios, que no puede ni debe declinar. Expone después con claridad y abundante copia de datos, las causas de las psicosis, su transmisibilidad por la herencia y los desastres que producen en la sociedad y en la familia. Da cuenta, a continuación, de los medios que están a nuestro alcance, para evitar estas terribles degeneraciones, y termina con un hermoso párrafo en que pide, para que la profilaxis de estas enfermedades sea un hecho, y se practique con éxito, la creación de un Ministerio de Salud pública, con sus delegados provinciales y municipales, con sus guardas para vigilar y un verdadero ejército, para hacer cumplir las leyes y disposiciones sanitarias. Si cuesta muchos millones, dice, defender nuestras costas para el caso problemático que pudieran ser atacadas, ¿por qué no gastar unos cuantos, en defender nuestras vidas y las de nuestros semejantes, constantemente atacadas por los agentes que nos rodean? El Sr. Gómez García fué muy felicitado al terminar su discurso por todos los concurrentes al acto.

Después se dió lectura a los informes de la comisión encargada de estudiar las memorias presentadas al concurso de premios, considerándose desierto el de Medalla de oro y concediendo un accésit a cada uno de los trabajos que llevan por lema «Reparad en los medios para llegar al fin» y «Al saber le llaman suerte», cuyos autores resultaron ser D. Manuel Barragán Bonet y D. Eduardo Buissan Pellicer. Terminando tan solemne acto con un discurso resumen del ilustrado Presidente de esta Real Academia de Medicina D. Francisco Medina Romero.

La segunda sesión extraordinaria del curso pasado tuvo lugar el día 22 de Abril y tenía por objeto dar posesión de su plaza de Académico numerario al electo D. Enrique Gelabert y Aroca, ilustrado farmacéutico de esta capital y Secretario del Colegio de esta provincia, el que presentó para su ingreso, un trabajo muy bien

meditado, sobre «Relaciones entre la composición química y la función terapéutica de algunos cuerpos», el cual fué escuchado con beneplácito y efusivamente felicitado el Sr. Gelabert a la terminación de su lectura. Le contestó en nombre de la Academia el Sr. Piquer Hernando, disertando sobre «El carbono y sus propiedades» después de hacer un estudio acabado de las condiciones académicas y títulos literarios del recipiendario y ofrecerle el diploma y la medalla correspondiente.

La tercera sesión extraordinaria y primera de la serie, que por acuerdo de la Academia han de organizar los académicos corresponsales y directores de MURCIA MÉDICA Sres. Guillamón, Sánchez Pozuelos y Martínez Ladrón de Guevara, tuvo efecto el 18 de Mayo y en ella explanó su conferencia el Dr. Gómez Ocaña, sabio fisiólogo de la Facultad de Medicina de Madrid y Maestro querido y respetado de varias generaciones de Médicos. El tema fué «Del ejercicio y del reposo, del ayuno y del régimen alimenticio, como agentes terapéuticos».

Después de un exordio poético, en que nos habló de las bellezas de esta tierra y de sus hijas, dedica un recuerdo a su compañero y amigo el Dr. Maestre y entra en materia hablándonos del ejercicio y de los músculos que son sus agentes, del consumo y del trabajo que pueden rendir, hasta llegar a la fatiga, a la cual la considera como el freno puesto por el propio tejido contractil, a los abusos de la acción. El reposo, dice, es necesario siempre, como medio de reparación y economía, y las felices combinaciones del reposo y el ejercicio, permiten al médico favorecer el desarrollo corporal de los individuos. Estudia los alimentos como medio de proporcionar al organismo los elementos gastados o inservibles, dividiéndolos en minerales, como el oxígeno, el hierro, etc., etc., que son cuerpos constitutivos de todo ser organizado; y orgánicos, como los hidratos de carbono, las grasas y los protéicos, son los combustibles que alimentan constantemente el incendio fisiológico de nuestra vida, y constituyen a veces las reservas, para los trabajos extraordinarios y para las enfermedades. Terminando tan científica y amena disertación el Sr. Gómez Ocaña con estas palabras: «Tales son, Señores, los fundamentos fisiológicos de los cuatro puntales de la terapéutica higiénica; si os son de alguna utilidad el día mañana, quedaré satisfecho del éxito de esta conferencia».

Fué felicítadísimo. A la terminación de su discurso el Sr. Presidente le entregó el título de Académico de esta Corporación, única y pequeñísima distinción que podía hacer la Academia a tan ilustre maestro.

En las restantes sesiones, tanto de Gobierno como literarias, se han ocupado los Señores Académicos de las enfermedades reinantes en cada estación, señalando la existencia de un gran foco de paludismo, en la parte Norte de nuestra huerta, cuyo saneamiento se impone, y para lo cual es necesario dejar a un lado rutinarias preocupaciones y mezquinos intereses, y seguir en un todo los desinteresados con-

sejos de la ciencia, dados clara y terminantemente, en más de una ocasión, por este cuerpo consultivo. Se han resuelto varios expedientes de accidentes del trabajo, para los que la ley designa a las Reales Academias de Medicina como tribunal superior e inapelable. Y por último se han expuesto distintos casos notables, por los señores Sánchez García, Hernández-Ros y Pérez Mateos.

Han entrado a formar parte de esta Corporación en calidad de Corresponsales, además del Excmo. Sr. D. José Gómez Ocaña, ya mencionado, los Sres. Sánchez Parra (D. Ramón y D. Emilio), muy jóvenes los dos y con grandes alientos profesionales; su labor ha de ser útil y provechosa para la ciencia y para ellos. El Doctor Piga, primer ayudante del Laboratorio de Medicina Legal y Forense de uno de los distritos de Madrid y los Sres. García (D. Pablo) y Más Gilabert (D. Manuel), que vienen de la ciudad vecina a compartir las tareas académicas en el año 1918.

* * *

Al Concurso de premios de este año sólo ha concurrido un trabajo cuyo lema es: «Encumbrar la ciencia es hacer patria»; a continuación será leído el fallo del Jurado calificador.

Con respecto al Concurso que había de anunciarse en el día de hoy, para el año 1918, la Corporación ha acordado el suprimirlo, como también el que no se impriman los discursos, memorias y trabajos científicos, que era costumbre enviar a las demás Academias y a todos los centros de cultura y del saber, como medio de extender y propagar los conocimientos médicos. Estos acuerdos, Señores Académicos, son obligados y obedecen a que ha habido un Ministro de Instrucción pública, de cuyo nombre no quiero acordarme, que deseando hacer economías en su departamento, creyó que lo más cómodo e inofensivo para su poltrona era suprimir las exiguas subvenciones que venían disfrutando las Reales Academias de Distrito, porque estas era seguro que no podían defenderse; en cuanto a la de Madrid, como no la consideraba inofensiva, por la cantidad y calidad de los Académicos que la componen, unos diputados y otros senadores, no sólo se guardó muy bien de intentar tal supresión, sino que la aumentó hasta 25.000 pesetas. Tampoco se atrevió a meterse con los catalanes, temiendo sin duda que por su unión y carácter regional le pudieran ocasionar algún disgusto, y sólo han sido sacrificadas en su arranque ministerial y económico, las nueve Academias de provincia, de las cuales nada tenía que temer su acreditado valor cívico. Se ha protestado entonces y ahora, separada y colectivamente, y parece que el actual Ministro, que dedica toda su energía a cortar abusos de gran importancia en su departamento, percatado de la justicia de nuestra pretensión, se propone restablecer esas pequeñas subvenciones en los nue-

vos presupuestos, y que las Reales Academias de Medicina de España, puedan cumplir los fines para que han sido creadas.

Esta es la situación, Señores Académicos, de nuestra Real Academia de Medicina en el día de hoy; veremos la suerte que le está reservada en el porvenir; de todos modos, nuestra decisión es firme, nosotros estamos dispuestos a vivir y a que vivan estos centros de cultura y del saber. Y como los que piensan vivir y continuar frecuentando los salones de esta Academia por largo tiempo no deben despedirse, yo solo puedo deciros hasta luego.

LAUREANO ALBALADEJO

Académico Secretario-perpetuo

LA QUÍMICA Y LA MEDICINA

POR EL

Dr. Enrique Gelabert Broca

ACADÉMICO DE NÚMERO

Apenas mi espíritu repuesto de la natural zozobra ante la necesidad ineludible de tener que hacer el discurso de mi reciente ingreso en esta docta Casa, de nuevo se encuentra en análogo difícil trance y preso de las mismas dudas y los mismos temores, porque ahora como entonces, el hecho de escribir un discurso doctrinal propio de esta ocasión y de este lugar es empresa muy superior a mis pobres fuerzas. Por eso he venido dilatando, os lo juro solemnemente, el momento de abordar el para mí difícil y para todos siempre delicado encargo, y a fuer de sincero que bien me pesa haber dado albergue a aquellos recelos y desconfianzas, por muy legítimos tratándose de mí, pues forzado me he visto a pensar y a escribir con una premura incompatible con mi intelectualidad y mi cultura. Pediros benevolencia de nuevo es la consecuencia más lógica que de lo transcrito se deduce, y porque estoy seguro de que vuestra bondad me la otorga, voy a tratar de un tema, que abordado por otro compañero sería siempre empresa delicada por su importancia transcendentalísima y de una extensión sin límites; tratado por mí, reconozco es un atrevimiento que raya en la osadía y sin embargo lo he preferido a cualquier otro asunto quizá más propio de esta ocasión, porque el estudio de las relaciones entre la química y la medicina, está ligado íntimamente con el modesto trabajo que tuve el honor de leer el pasado Abril, el día para mí inolvidable de mi recepción.

De antiguo es conocida la importancia de la química en la vida. Una gloria de

la farmacia dijo «que en donde quiera que actúen las fuerzas químicas nos hallamos obligados a presuponer la vida», frase que tiene el mérito de haber brotado de la pluma de quien frente a Pasteur, representó en la ciencia la teoría mecánica y química para la explicación de las fermentaciones.

A partir de la famosa experiencia de Wœhler obteniendo artificialmente la urea en 1828, la química entró de lleno y francamente en el estudio y aplicación de los fenómenos vitales y tal ha sido su progreso y tal es su importancia que hoy brilla con propia personalidad, digámoslo así, y constituye una rama que con el adjetivo de biológica cada día gana en interés y extensión.

Al Laboratorio acudimos hoy para conocer unas veces el origen del estado morbozo, para ilustrarnos otras en su proceso y desarrollo y del laboratorio demandamos el remedio para su curación o alivio.

Tan de todo tiempo las ciencias de curar tuvieron necesidad del laboratorio que el gran Dumas dijo que los de farmacia habían dado nacimiento a la verdadera química.

Las químicas farmacéuticas por esta especial modalidad que ha de presidir el objetivo de sus estudios hacen con mayor o menor extensión aplicación de los mismos a la patología y la terapéutica. A este objeto, resulta muy curioso el capítulo que con el epígrafe de venenos, miasmas y contagios figura en la ya indicada obra del inmortal Liebig. En él se da comienzo por esta afirmación. «La química animal y la vegetal dan origen a un número considerable de combinaciones que tienen la propiedad de producir en la economía animal ciertos cambios particulares, ciertas enfermedades que alteran las funciones vitales de un órgano y causan la muerte después de un período más o menos largo».

Presa de eterna obsesión, Liebig suponía al movimiento molecular como el generador de todos los fenómenos químicos y abrazado al principio que Laplace y Berthollet formularon, afirma y sostiene «que una molécula puesta en movimiento por una fuerza cualquiera puede comunicar este movimiento a otra molécula que se halla en contacto con ella» de esta forma se explicaban los fenómenos de fermentación, putrefacción y eremacausia; el fermento era sencillamente un cuerpo en descomposición que trasmite o comunica el movimiento molecular a otras sustancias, y con esta teoría explicaban sus partidarios los accidentes morbosos por la ingestión de alimentos alterados, y el contagio de la viruela, la peste y la sífilis, «considerando a los elementos de la sangre como el principal asiento de todas las atracciones y en continua metamorfosis».

Después de todo, el sabio químico alemán, en este capítulo de su obra, no hizo otra cosa que precisar y en cierto modo dar una explicación más científica a creencias antiguas que comparaban las enfermedades infecciosas a los envenenamientos

y a las fermentaciones y en pleno período yatro-químico, como de índole fermentativas eran consideradas.

Fracasados los alquimistas en su quimérico empeño de hacer oro, concibieron la idea y halagaron la esperanza de que del seno mismo de alguna de las cada vez más misteriosas y más sorprendentes reacciones químicas, que lo mismo reducían a vapor los cuerpos más duros que condensaban los gases en cristales, se produjese el milagro de crearse la medicina universal. En los arcanos de la química experimental creyeron los hombres del siglo XVI que se ocultaba la panacea que podía asegurarles la inmortalidad, opinión que tuvo su definitiva consagración con Paracelso el audaz reformista que proclamó a la química desde su cátedra de Basilea y sobre las cenizas de los libros de Hipócrates, Galeno y Avicena, como la única solución de los problemas de la medicina.

A pesar de que con su fallecimiento acaecido a los 48 años de su azarosa vida vino a dar aparentemente el primer mentís a su doctrina, y que el exclusivismo con que fué seguido por algunos de sus partidarios dieron muchas veces en el error y el abuso (obligando al Parlamento y a la Facultad de Medicina de París a la adopción de medidas coercitivas), sus ideas vinieron a imperar en definitiva y la química ha sido desde entonces auxiliar poderoso de la medicina.

Por eso la Química y la Farmacia fueron por mucho tiempo consideradas como una sola ciencia. Becher mostrando sus íntimas relaciones con gran número de fenómenos de la naturaleza la sacó de aquel círculo a un campo de horizontes amplísimos, pero a pesar de aquella generalización y lo múltiple de sus aplicaciones, resaltarán con brillo propio las que tiene a la medicina confirmándose el juicio del químico Chaptal cuando dice textualmente en su obra escrita en el siglo XVII: «Ella sola puede enseñarnos el arte tan difícil y necesario de combinar los remedios como también a manejarlos con prudencia y seguridad; sin su auxilio el práctico tímido usa con mucho temor los remedios más heróicos, de los que un Médico-químico sabe sacar gran provecho. La Química solamente puede proporcionar los medios de destruir las epidemias, las que casi siempre reconocen por causa una alteración en el aire, en el agua o los alimentos. Por la análisis solamente se podrá encontrar el verdadero medio contra estas concreciones térreas, que son causa de la gota, del cálculo, del reumatismo, etc., y los grandes conocimientos que hoy tenemos sobre la respiración y naturaleza de los principales humores del cuerpo humano, son un don de la Química».

Frente a la de Liebig enarbola Pasteur la bandera de su célebre teoría vitalista a la que empezaron por dar cuerpo observaciones anteriores de otros sabios que arrancan de las hechas por Leuwenhoeck en la levadura de cerveza a la que atribuyó naturaleza vegetal. Patentizado ya el papel de los seres organizados en las

fermentaciones y hecho extensivo a la medicina el concepto vitalista por el adelanto en primer término de la óptica física, vuelven a relacionarse dentro del concepto vital, como antes lo estuvieran en la esfera de lo puramente químico, las fermentaciones y las enfermedades infecciosas; pero los partidarios y muy especialmente los compatriotas de Liebig, obsesionados con las ideas del maestro, prosiguieron con nuevos bríos la experimentación y al fin de prolijos trabajos, ora aceptados, ora puestos en duda, se vino en consecuencia con el descubrimiento de las zimasas primero y de los llamados fermentos inorgánicos después, supuestos vectores de energía, verdaderos excitadores del movimiento, que nuevamente revivía el concepto químico así en los fenómenos de la fermentación como en el estudio etiológico de las enfermedades al demostrarse que el modo de actuar de los microorganismos es por sus productos genéricamente denominados toxinas y para que mayor sea el paralelismo hasta en su modo de obrar, toxinas y zimasas se relacionan, porque producen efectos en nada comparables por su intensidad a las respectivas cantidades de las masas. No es pues, extraño que en todo tiempo se haya establecido cierto paralelismo entre fermentaciones y enfermedades infecciosas ya que una misma causa química las relacionaba.

El desarrollo del tema exige que mostremos más o menos detenidamente, según su importancia, esos casos que son ejemplo palpable de lo íntimamente que se relacionan química y medicina ampliando el concepto de esta palabra para no tener que desenvolvernos dentro de lo exclusivamente patológico. Forzados a empezar, quizá sea un acierto y un deber ocuparnos en primer término de la teoría microbiana por su importancia en la medicina y por lo frecuentemente que la microbiología necesita del auxilio de la química, pero con una cooperación generosa, que rebasando los límites de lo teórico, se traduce en venero de beneficios de aplicación inmediata a los problemas de la patología y de la terapéutica.

Entre las hipótesis ideadas para explicar la inmunidad natural, la llamada de las defensas pasivas, supone precisamente que por causas físico-químicas no resulta el terreno adecuado a la vida del microorganismo y entre las clasificadas como de defensas activas, recordemos la teoría humoral y aún la misma teoría celular, en la que la destrucción de los microbios por los fagocitos es un fenómeno puramente químico efectuándose por medio de fermentos llamados citasas, y a esta actividad fagocitaria achaca Jak la peptonuria que sobreviene en las grandes supuraciones.

De la vacunación por inyección de los cultivos microbianos, se pasa a conferirle por la de un producto químico separado de los cultivos por filtración, la llamada vacuna química y hoy está en vías de ensayo la inoculación con aquel fin de una sustancia química no microbiana.

La fijación de una toxina por la antitoxina correspondiente, es un fenómeno

análogo al de la verdadera neutralización química y su mecanismo parece sujetarse a muchas de las condiciones que presiden las combinaciones, concentración, temperatura, duración del contacto, etc. Por eso se ha comparado por unos a la neutralización que tiene lugar entre ácidos y bases fuertes y por otro, entre ácido y bases débiles. Takaki, Wassermann y Danysz corroboraron patentemente esta supuesta combinación machacando substancia cerebral del cobayo con toxina tetánica, el compuesto resultante resistía bastante bien la hidrolisis. Estas experiencias de neutralización de toxinas se han confirmado también con venenos vegetales, tal sucede con los obtenidos del ricino y del jequiriqui.

Dado el concepto químico con que venimos considerando estas cuestiones, es curioso el caso de la inmunización contra la fiebre de heno; el polen de ciertas compuestas contiene toxinas que en algunas personas ocasionan fenómenos morbosos, y estas toxinas se neutralizan precisamente con el polen de ciertas gramineas, de tal modo que el suero se obtiene inmunizando animales con este polen.

En la complejísima composición del veneno de las serpientes predomina una substancia llamada neurotoxina, extremadamente tóxica para el sistema nervioso central, y el suero antitóxico se obtiene con la inmunización en animales del veneno de la *cobra capello*, el más rico precisamente en aquella substancia.

En la célebre hipótesis de las cadenas laterales, que Ehrlich ideó para explicar los fenómenos de inmunidad puede observarse que hay en muchas de sus partes una gran semejanza con lo químico, semejanza que ya empieza manifestándose en el concepto que sirve de base a la ingeniosa concepción del sabio alemán, que parte del supuesto de la existencia de una molécula protoplasmática o viviente, dotada de función propia y que es parte integrante de la célula, elemento dotado de cadenas laterales y que recuerda por su constitución a la molécula química de núcleo cíclico, también con sus cadenas laterales y sobre las cuales lo mismo en la orgánica que en la organizada, actúan de preferencia los agentes reaccionantes, luego la hipótesis de Ehrlich se complica algún tanto con los supuestos grupos toxóforos y aptóforos, con el mecanismo de unión de la toxina o del microbio a la célula por el intermedio de una cadena lateral receptora, la necesidad de reponer estos elementos con una hiperproducción consecuencia o mejor, conforme con la ley biológica que admite que en los fenómenos vitales la reacción sobrepasa a la excitación, y con la supuesta existencia de otra substancia termolabil, normal de todos los sueros llamada Alexina, para volver a encontrarnos con otro fenómeno puramente químico, cuando esta alexina especie de diastasa o fermento lísico, destruye al microbio al cual se fija por el intermedio de un amboceptor o cadena lateral, de aquellas que como consecuencia de la hiperproducción celular desprendidas de la célula y libres en los humores, por razón de su misión constituyen las antitoxinas de Ehrlich, pero

supuestos cuerpos todos ellos, como dice el sabio farmacéutico Dr. Rodríguez Carracido, «de composición desconocida y sin más base de existencia que la necesidad lógica de atribuir a causa material efectos fisiológicos registrados por la observación y confirmados por la experiencia».

Notabilísimos resultan, sin que podamos detenernos en su reseña, los trabajos de físico-química para el estudio de la permeabilidad de la membrana celular tan íntimamente relacionada con la existencia de los lipoides, grupo establecido por Overton en 1900 y que integra las lecitinas, cerebrosidos, colesteridos y colessterina. Pues bien, parece hoy demostrado que la semipermeabilidad de la membrana es consecuencia de actos físico-químicos, sencillamente de la solubilidad en los lipoides de los cuerpos en contacto con ella, de modo es, que la aparente selección de la célula para unas u otras sustancias, incluso en el caso curioso, por más de un concepto de la teñidura por los colorantes de la técnica microscópica, es dependiente y hasta en su intensidad subordinada, al grado de disolución de las mismas en los lipoides que de modo principalísimo entran en la composición de la membrana. Pero todavía ha podido ahondarse más en estas cuestiones, desde que Fourneau intentó con éxito reproducir en el laboratorio, en una parte al menos, la obra de la vida, fabricando una membrana de colodión trilipoidea y sus interesantes experimentos permiten hoy explicar el mecanismo químico, atribuyéndolo en síntesis, a una esterificación realizada en el seno de la molécula albuminoidea entre el grupo alcohólico funcional secundario de la colessterina y el oxidrilo libre del ácido fosfórico de la lecitina, pero esterificación tan pronto destruida como generada en una interminable sucesión de equilibrios químicos por la acción de causas de orden físico-químico, las catalizadoras seguramente las más importantes, con la particularidad de que al llegar la fase de disociación del proceso reaccionante, la hidrofilia, que es una propiedad de la colessterina libre, se manifiesta entonces intensamente favoreciendo la diósmosis.

(Continuará)



PRENSA PROFESIONAL



La Clínica Moderna

(Enero 1918.-N.º 310)

Curación del cáncer

Por D. EDUARDO MARTÍN

DE PAMPLONA

Muchos años hace que mis estudios se han dirigido con preferencia a la curación del cáncer.

Todos los procedimientos hasta hoy empleados nada han servido ni han realizado una sola curación; ni los medios tópicos ni los procedimientos quirúrgicos.

El por qué de todos los fracasos está en que se consideró como lesión local, y en este sentido se dirigieron todos los tratamientos que tuvieron por fuerza que resultar inútiles cuando no perjudiciales.

Habiendo tenido en cuenta que del cáncer lo único bien estudiado es su estructura, por este principio es por donde he seguido mis trabajos y creo me han conducido a buen término.

Estando todas las variedades de cáncer constituidas por tejidos embrionarios, es consecuencia lógica considerar la enfermedad como una regresión del organismo debida a una profunda modificación de la nutrición general, la cual es necesario corregir para poder curar la manifestación local.

Ni los medios tópicos ni las operaciones quirúrgicas, pueden combatir el estado general, y por tanto no son procedimientos curativos. Los tratamientos modernos de rayos X y radium, tampoco es posible consigan ninguna curación, por ser empleados solamente para atacar el mal en lo que tiene de local.

Medios farmacológicos ninguno sirve usado exclusivamente, y como creí indis-

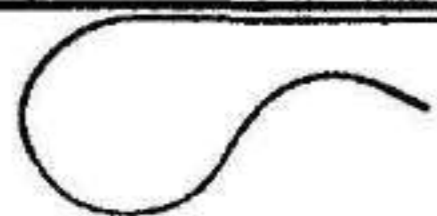
pensable un tónico excitante, lo creí encontrar en la luz, y en ésta encontré el agente curativo. Utilicé en primer término la luz solar y la eléctrica, que no me dieron resultado alguno, y seguí con la luz verde, que después de los estudios hechos en la clínica, considero haber descubierto la definitiva curación del cáncer.

Los primeros efectos que observé de la luz verde fueron el aumento de apetito y peso en los enfermos. Después los tumores se reblandecían y empezaba su disminución de volumen y por fin la desaparición total se verificaba. En los cánceres ulcerados y epitelomas, los efectos fueron sorprendentes: si había ganglios infartados, éstos desaparecían rápidamente y las superficies ulceradas mejoraban de un modo visible caminando hacia la curación.

La técnica para el empleo de la luz verde es muy sencilla, pero hay que aprenderla de visu, por cuanto que hay que emplearla interpolada con la blanca y con alguna precaución, pues no deja de tener algunos peligros que consisten en la agudización del mal.



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS



Sociedad Oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL DÍA 15 DE MARZO DE 1917

VALOR TERAPÉUTICO DE LA ETILHIDROCUPREINA EN OFTALMOLOGÍA

DRES. BASTERRA Y SANTA CRUZ.—Aun no hace mucho que un nuevo medicamento ha venido a aumentar nuestro arsenal terapéutico. Es el Optochin o Etilhidrocupreina, alcaloide derivado de la quinina. Se lo debemos al Profesor berlinés Morgenroth que en 1911 demostró el poder específico bactericida, antineumocócico de la etilhidrocupreina. Sus investigaciones *in vitro* y en los animales han sido confirmadas por distintos autores. Citaré los principales: Ginsberg; Kaufmann; Neufeld; Wrigt; Gebb; Tungendreich; Russo; Elschnig, etc.

A este descubrimiento del laboratorio debemos los oculistas que contemos hoy día con un elemento más para combatir las afecciones oculares de origen neumocócico, cuya gravedad varía desde la simple conjuntivitis neumocócica hasta la llamada, según la escuela alemana, *ulcus serpes*, úlcera serpigínea, de (Saemisch) según la escuela francesa, *Queratitis superativa hipopiónica* (Roser).

Parece ser que la acción terapéutica de la Etilhidrocupreina se ha extendido a otras afecciones oculares distintas de las neumocócicas, y con buenos resultados según sus defensores. La Doctora Elena Fuscarini en la conjuntivitis gonocócica obtiene buenos resultados, *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*.—Septiembre 1914.

El Dr. Wyler dice haber obtenido buenos resultados en la conjuntivitis primaveral, gonocócica, granulosa, en estado cicatricial y en la *queratitis* eczematosa. De la misma opinión son los Doctores, Howar; Hansell; Maitland y Ramsey.

El Doctor Dabney en un trabajo publicado en la Revista norteamericana «The Ophthalmic Record» Enero 1917, sobre el tratamiento de las úlceras de la córnea,

confirma los buenos resultados obtenidos por el Dr. Wyler con la Etilhidrocupreina en la conjuntivitis primaveral.

Hechos son estos que los anoto tan solo, sin osar dar opinión sobre ellos, por falta de experiencia. Únicamente puedo decir que he obtenido en tres casos de Querato-conjuntivitis eczematosa excelente resultado con el *optochin*, y así lo indico al final de las conclusiones de mi comunicación presentada sobre este asunto a la Academia Médico-Quirúrgica Española el 13 de Noviembre de 1916.

Hace ocho días tengo una niña de 10 años con conjuntivitis primaveral en tratamiento con el *optochin*. Estoy curioso por ver los resultados que pueda obtener. Hasta ahora no he encontrado ninguna mejoría. Está exactamente igual que al comenzar el tratamiento.

Tan solo de las afecciones oculares de origen neumocócico deseo ocuparme, porque lo lógico es, que si la etilhidrocupreina es específica contra el neumococo, en las afecciones causadas por ésta haga valer su poder bactericida, y por consiguiente, curativo como lo hace el sulfato de zinc, por ser específico del diplobacilo de Morax y Axenteld en las conjuntivitis diplobacilares.

De la patología corneal neumocócica es la úlcera serpiginosa la más temible por la gravedad que encierra, por la cantidad de ojos que por su causa se pierden, por lo impotentes que nos encontramos para combatirlas como lo indican la multitud de tratamientos que se emplean, que sin ser ninguno malo, ninguno es bueno.

Para no lastimar la cultura de los lectores, dos palabras sólo diré de la patogenia de la úlcera serpiginosa.

Bien sabéis que excepción del gonococo y del bacilo de Logfler los demás agentes microbianos, si quieren ejercer su acción nociva, tiene que encontrar abierta la barrera epitelial o penetrar en ella al mismo tiempo que la abre el agente traumático portador del germen. Una vez abierta, fácil es la contaminación de la herida, generalmente por el neumococo que en estado normal suele hallarse en la conjuntiva y más comunmente en las vías lagrimales. Las úlceras serpiginosas, bajo el punto de vista etiológico, están en íntima relación con la patología del aparato excretor lagrimal. En los cuatro casos que presento, en los cuatro existe dacriocistitis. Es curioso, que con ser tan variada la flora microbiana en la dacriocistitis, sin embargo, en casos de úlcera serpiginosa complicada con dacriocistitis (que como he dicho es muy frecuente) no encontramos en aquellas más que el neumococo en un porcentaje muy elevado, como lo tienen demostrado Axenfold y Uhtoff. Parece ser, pues, que el neumococo tiene cierta predilección por la córnea. Esto no quiere decir que toda úlcera serpiginosa sea producida por el neumococo; puede serlo también por el diplobacilo solo o asociado al neumococo, u otros agentes como estreptococos o estafilococos. De esto se deduce la importancia que tiene el hacer siempre un aná-

lisis microscópico de la secreción, *porque según el agente microbiano varía el tratamiento*. Conviene además hacer siembras para averiguar, de existir neumococos sus variedades, morfológicas y rapidez en multiplicarse; pues según Kraupa, en un trabajo titulado «Afecciones neumocócicas del ojo» estos hechos guardan relación con la gravedad de la infección, pudiéndonos servir de norma para pronóstico y tratamiento.

Para hacer un análisis microscópico debemos recoger los exudados de la úlcera misma del borde progresivo, y sino del fondo del saco conjuntival inferior, y nunca, a poder ser, de la secreción que se deposita en el ángulo interno del ojo, por la sencilla razón de que esta secreción muy fácilmente se puede contaminar con agentes extraños a los en realidad causantes de la enfermedad y que nosotros pretendemos hallar.

Si el neumococo juega el papel principal patogénico en la úlcera serpigiosa, y Morgeuroth nos proporciona un medio que es específico contra él, no es de extrañar que la oftalmología se haya apropiado también de este alcaloide para combatir uno de sus mayores enemigos.

Preocupación grande de los oculistas ha sido siempre el *ulcus serpens*, por ende también sus mayores anhelos para encontrar un alma para combatirlo.

Comprensible es, por tanto, el gran recibimiento dispensado a la Etilhidrocupreina al conocer sus propiedades. Fé de ello dan el considerable número de trabajos publicados en todas partes, principalmente en Alemania en 1914 y 1915. Obras de la especialidad, de publicación reciente, ya se ocupan de la etilhidrocupreina.—Curt Adam Taschenbuch der Augenne il Kunde, 3.º edición 1914.—Axenfelde Lehbuch der Augene.—4.º edición 1915.—Werner Disfases of the eye.—11.º edición 1915.

Los primeros trabajos oftalmológicos dando a conocer los efectos del Optochin en las úlceras serpigiosas de la córnea son debidas a Coldechmidt y Max Schur la revista alemana, Klinische Monatsblater fur Augene il Kunde: a Leber en la asamblea, que se celebra anualmente en la célebre Universidad Alemana de Heidelberg, en 1913.

En el mismo año, en el mes de Agosto, el Profesor Sattler, en el Congreso Internacional de Londres, habló sobre los trabajos del Dr. Goldechmidt.

A partir de estas fechas es cuando se extendió por todas las clínicas el empleo de la Etilhidrocupreina

En España son muy escasos los trabajos publicados; citaré los que conozco; el del Dr. Wieden de Valencia en los Archivos de Optalmológica Hispano Americanos.—Agosto de 1916, y por cierto bien documentados; el del Dr. Carreras del Hospital provincial de Girona, en el Boletín del Colegio de Médicos de Girona, Febrero de

1917 (este trabajo está aún sin terminar) y el modesto mío que presenté a la Academia Médico-Quirúrgica Española el 13 de Noviembre de 1916.

Todos los trabajos coinciden en los buenos resultados que se obtienen con la Etilhidrocupreina.

Historias clínicas de cuatro casos tratados por la etilhidrocupreina.—Estos cuatro casos fueron el motivo de mi comunicación a la Médico-Quirúrgica Española. Dos de los enfermos fueron presentados a la Academia.

Quizás llame la atención las distintas fechas de observación del primer caso con relación a los otros casos. Ello es debido a que en 1914 me hallaba en Alemania y cuando estalló la guerra actual vime obligado a regresar a España, por causas bien ajenas a mi voluntad, permanecí, un mes, próximamente, en España, regresando de nuevo a Alemania.

Durante este tiempo ví algunos enfermos en Orduña (Vizcaya) en donde estaba con mi familia. Entre los enfermos que ví, uno de ellos fué el primer caso de los cuatro que cito.

Primer caso.—V. B., de 29 años, casada, labradora, de Orduña (Vizcaya).

Se presentó en mi casa el 22 de Agosto de 1914, teniendo como antecedentes, en el O I dacriocistitis de seis años de fecha. Refiere que el día anterior, estando trillando, se le metió una paja en el O I y que a partir de este momento comenzó a sentirse peor, habiendo pasado la noche molestanda por fuertes dolores.

Al examen del enfermo podía observarse la presencia de una úlcera del tamaño de la cabeza de un alfiler, situada hacia la mitad del cuadrante inferior interno de la córnea; su fondo era de color grisáceo; bordes infiltrados; infiltración más manifiesta hacia la parte superior de la úlcera (borde progresivo). Presentaba además inyección ciliar y conjuntival no muy intensa. Cámara anterior algo profunda, iris de colorado, pupila más contraída que en el O D y perezosa para reaccionar a la luz. No había hipopión. Como síntomas subjetivos tenía fotofobia, lagrimeo y dolores supraorbitarios. No pude hacer análisis de secrección. Se trataba clínicamente del cuadro típico de una úlcera serpiginosa de la córnea. Pedí a Bilbao, por no haber en el pueblo. Etilhidrocupreina y se la sometió al siguiente tratamiento.

Día 23.—Extirpación del saco lagrimal de la que quedó curada a los seis días. Instilación de atropina al 1 por 100 asociada a la cocaína cada tres horas e instilaciones cada dos horas de Optochin al 2 por 100 y toque diarios en la úlcera con una solución de Etilhidrocupreina al 5 por 100 y vendaje exclusivo.

Día 24.—Se me presentó la enferma muy contenta diciéndome que la habían desaparecido los dolores. El iris estaba más dilatado, la inyección ciliar menos extensa. La úlcera casi igual, no había progresado.

Día 25.—La infiltración de la úlcera comenzaba a desaparecer. Aspecto general del ojo mejor.

Día 27.—Se presenta un cambio completo en el ojo. La úlcera se halla completamente bien. El iris dilatado al máximo y desaparecido la inyección ciliar. En este día se suprimieron los toques con el Oftochin continuando el resto del tratamiento.

Día 29.—Comienza a vascularizarse la úlcera. Se suprime la Etilhidrocupreina por completo y se disminuyen las instilaciones de atropina; sometiéndola a un tratamiento para activar la cicatrización.

Día 4 de Septiembre.—Alta por curación. Queda una cicatriz, apenas perceptible que en nada afecta a la visión.

Duración del tratamiento con la Etilhidrocupreina, 7 días; hasta la completa curación 13.

Segundo caso.—F. G., de 26 años, casado, carpintero, de Madrid.

Se presentó a mi clínica de la calle de la Cebada el 22 de Noviembre de 1915.

Antecedentes: Dacriocistitis en el O D de 10 años de fecha, en cuyo espacio de tiempo tuvo tres ataques agudos y dacriocistitis con fístula de 12 años de fecha en el O I.

Cuenta que hacía diez días estando trabajando en su oficio le saltó una astilla al O D. Presenta en el momento del examen una úlcera situada casi en el centro de la córnea, de fondo color amarillo grisáceo, rodeado de una zona color amarillo más marcado hacia la parte superior. Iris contraído y decolorado. Hipopión de unos cuatro milímetros de altura. Intensa inyección y quemosis conjuntival. Enrojecimiento y tumefacción del párpado superior; dolores intensísimos supraorbitarios que se extendían por la región temporal del lado derecho. Confiesa el enfermo haber estado en tratamiento a base de atropina y azul de metileno, con otro colega. Análisis de la secreción neumococos y algunos estafilococos.

El tratamiento de este caso comenzó el mismo día que vino a la consulta. Consistiendo como en el caso anterior con atropina al 1 por 100 cada tres horas. Etilhidrocupreina al 2 por 100 cada dos horas; toques diarios con el mismo medicamento y vendaje. Al día siguiente, o sea el 23 de Noviembre, extirpé el saco lagrimal del lado afecto quedando curado de la dacriocistitis a los cinco días.

Día 24.—Se consigue que se dilate algo el iris. Disminuyen los dolores, así como también el hipopión que tiene unos dos milímetros de altura. La úlcera presenta sus bordes más limpios, excepto hacia abajo y afuera que continuaban infiltrados, pero menos que el primer día.

Día 26 aproximadamente igual. Iris algo más dilatado, haciéndolo irregularmente por la existencia de sinequias. El quemosis conjuntival y la tumefacción del párpado superior desaparece.

Día 30.—Desaparecido el hipopión. La úlcera permanece estacionada. La inyección ciliar y conjuntival disminuye de intensidad.

Día 10 de Diciembre.—La infiltración en el borde de la úlcera comienza a disminuir.

Día 20.—Fondo de la úlcera completamente limpio. Se consigue se dilate el iris más, sin llegar a pasar del número 5.º del pupilómetro.

Día 27.—Entra la úlcera en el período de cicatrización. Se suprime la Etilhidrocupreína.

Día 29 de Enero.—Se da de alta al enfermo. Le queda un leucoma situado casi en el centro de la córnea, dejandole libre un tercio del campo pupilar. Visión 1/8 difícil. Se le propuso una iridectomía, que quedamos en hacerla en la primavera pasada y operarle la dacriocistitis del O I para que no tuviera un contratiempo al que parecía había ocurrido, pero en esto se marchó el enfermo a Portugal, quedando yo también impedido de presentarlo a la Médico-Quirúrgica, como hice con los dos casos restantes.

El tratamiento con la etilhidrocupreína duró 55 días, hasta la completa curación 67 días.

Tercer caso.—A. M., de 50 años, casada, natural de un pueblo de la provincia de Burgos.

Viene a mi consulta de ojos de la Real Policlínica de Socorro el día 24 de Mayo de 1916 diciendo, que desde hace cuatro años tiene epifera en el O I y que desde hace dos años le rozan el ojo las pestañas, pero desde hace tres días le rozan más, habiéndole puesto el ojo encarnado y sintiendo fuertes dolores en él. Se comprueba la existencia de una úlcera situada inmediatamente por debajo del diámetro horizontal de la córnea, de unos tres milímetros de diámetro, bordes infiltrados, color amarillo grisáceo.

Intensa reacción ciliar e inyección conjuntival con algo de secreción. Ligero blefaro.—Fimosis entropión y distiquiasis del párpado interior e imperabilidad de las vías lagrimales. Hipopión de 2 milímetros de altura. Iris contraído y decolorado.

Análisis de la secreción. Coloración de Gram.—Neumococos.

El día 25 comenzó el tratamiento igual que en los casos anteriores. Además en este día se la operó del entropión por el método de Hotz y el distiquiasis por depilación y lavado de las vías lagrimales con oxicianuro de mercurio.

Día 27.—No ha avanzado la úlcera en extensión, pero sí algo en profundidad. Aumenta el hipopión alcanzando una altura de 3 milímetros. Los síntomas de reacción local se hacen más intensos.

Día 30 de Mayo.—Úlcera estacionaria. Hipopión disminuído casi por completo, apenas perceptible. El iris se dilata alcanzando el número 5 del pupilómetro.

Día 10 de Junio.—Los días anteriores a la fecha no ha habido variación, pero en el día de hoy aparece de nuevo el hipopión. La úlcera aumenta en profundidad, mas no en extensión.

Día 15 de Junio.—Tras unos días de calma, se inicia de nuevo una mejoría.

Día 30 de Junio.—Continúa aunque lentamente, prosperando la úlcera en profundidad. Aumenta también el hipopión, sin pasar de los tres milímetros de altura.

Día 10 de Julio.—La córnea corre peligro de perforarse. Al hacer el lavado de vías lagrimales, observo que sale algo de pus por el punto lagrimal superior, confirmando esto mis sospechas de la existencia de una dacriocistitis. Puedo convencer a la enferma que conviene extirparla el lagrimal. La operación se efectuó el 12 de Junio, quedando curada de ella a los siete días.

El día 14 de Julio se perforó la córnea. En vista de esto se suprime la atropina.

Se continúa con el optochin y se pone un vendaje compresivo.

Día 17.—Se rehace la cámara anterior. La infiltración de la úlcera comienza a disminuir. Se ordena de nuevo la atropina, continuando con el vendaje compresivo.

Día 20.—Los fenómenos de reacción local disminuyen. Y úlcera corneal completamente limpia. Aparecen vasos que desde la periferia se dirigen hacia la pérdida de sustancias corneales. Se suprime el optochin.

Día 22.—Con la úlcera en vías de cicatrización, abandono temporalmente a la enferma por ausentarme temporalmente de Madrid, ordenándole que si le ocurre novedad acudiese a algún compañero.

A mi regreso a Madrid el día 7 de Septiembre veo a la enferma curada de su enfermedad. Le queda un leucoma adherente cuyo diámetro mayor mide, aproximadamente unos $2 \frac{1}{2}$ milímetros; situado inmediatamente o por debajo del diámetro horizontal de la córnea. Por encima del leucoma se ve algo del aria pupilar. El iris está contraído y proyectado hacia adelante en la mitad inferior por la adherencia anterior; además se ven exudados que mantienen adheridos el iris a la cápsula anterior del cristalino. La visión de este caso, verdaderamente gravísimo, es de bultos a 50 centímetros. Como ha quedado intacta toda la mitad superior de la córnea, se halla en excelentes condiciones para practicarla una iridectomía y darla así una visión más que suficiente para poderse manejar y evitarla con el tiempo un probable, por no decir seguro, glaucoma secundario.

Duración del tratamiento con la etilhidrocupreina 58 días; en total hasta su completa curación tres meses aproximadamente.

Cuarto caso.—Que fué presentado con el anterior a la Médico-Quirúrgica.

A. M., de 60 años, soltera, cocinera, natural de un pueblo de la provincia de Cuenca.

El 1.º de Julio de 1916 se presentó en mi consulta. Cuenta que siempre ha visto

mal de lejos y bien de cerca; y que además hace cuatro años le llora el ojo derecho. Tiene una úlcera serpigínea típica de unos tres milímetros de extensión, situada cerca del centro de la córnea en el cuadrante infero-interno del O D. Hay hipopión de dos milímetros de altura; iritis e inyección conjuntival intensa y dolores ciliares. A la compresión de la región del saco lagrimal sale pus por los puntos lagrimales. Análisis de la secreción, neumococos.

Tratamiento empleado el mismo que en los casos anteriores. A esta enferma también se la extirpó el saco lagrimal el 3 de Julio de 1916 quedando curada a los siete días.

Curso de la enfermedad.—Día 5 de Julio, úlcera menos infiltrada. No se ha extendido más. El hipopión apenas es perceptible. Pupila dilatada número 7 del pupilómetro. Reacción local del ojo algo mejor. Han desaparecido los dolores.

Día 8, aspecto de la úlcera igual. Desaparecido totalmente el hipopión. Iris dilatado como el día anterior. No es tan marcada la inyección conjuntival.

Día 15, la úlcera ha mejorado notablemente; la infiltración, lo mismo en el fondo que en sus bordes es muy escasa.

Día 19, continúa la mejoría. Úlcera completamente limpia.

Día 22, la úlcera entra en el periodo de cicatrización en este estado; lo mismo que en el caso anterior, dejó a la enferma.

El 10 de Septiembre volví a verla completamente curada, con un pequeño leucoma que deja libre gran parte del campo pupilar.

Visión con ambos ojos, sin corrección.

O D de dos a cinco metros.

O I de dos a cinco metros con alguna dificultad.

Visión con corrección $\left\{ \begin{array}{l} \text{O D} - 5 \frac{1}{3} \\ \text{O I} - 5,50 \frac{1}{3} \end{array} \right.$

Cerca con ambos el número 1; con el O D con mucha dificultad.

En estos cuatro casos, el resultado obtenido, no puede atribuirse más que a la Etilhidrocupreína, porque no se ha empleado otro tratamiento.

Se ha empleado también la atropina, pero como tratamiento sintomático.

Mi mayor satisfacción sería poder aportar en lugar de cuatro casos muchos más, pero esto no depende de uno. No he tenido ocasión de tratar más que estos casos. Por esta razón, posible es, que se me diga, que cuatro casos no son suficiente para formar un juicio, y si tan solo para añadirlos a la lista de los curados por el optochin. A esto debo responder que el resultado obtenido en estos cuatro casos, está muy de acuerdo con los que he visto obtener en unos treinta casos (quizás me quede corto) durante mi estancia en el extranjero, de Septiembre de 1913 a Agosto de 1915, es decir, en la época en que este tratamiento estaba en su apogeo;

en las clínicas de Haab, en Zurich (Suiza) Axonfold, Freiburg; Hess, Munich, Fuchs, Viena, Kruckana y Greff, en Berlín.

He tenido además el honor de oír la opinión que estos distinguidos oftalmólogos, algunos de ellos queridos maestros míos, tienen de la Etilhidrocupreina.

En consecuencia, creo poseer elementos de juicio suficientes para tener una opinión de la Etilhidrocupreina sin que sea nacida del entusiasmo proporcionada por el éxito mayor o menor de mis cuatro casos.

Modo de emplear la Etilhidrocupreina.—Se emplea en solución acuosa, oleosa, en pomada y pura, es decir, polvo. Así la emplea Werner. (Werner *Disfases of the eye*, pág. 126).

La concentración varía según los autores. Unos la emplean al 1-2 por ciento hasta el 5 por ciento.

El Dr. Gradle, de Chicago, la emplea en solución oleosa al 10 por ciento. Quizás a esta concentración deba atribuirse los fenómenos de intoxicación (sordera ambliopía) que ha observado él en algunos casos.

Yo la empleo al dos por ciento, instilación cada dos horas y toques diarios en la misma úlcera, durante unos segundos, previa anestesia de la córnea, con una solución al 5 por ciento.

Efectos que produce la Etilhidrocupreina.—Inmediatamente que se instila, produce una sensación de escozor, más o menos intensa, y de más o menos duración, según la concentración. Esta sensación dura de cinco minutos a cuarto de hora cuando está al 2 por ciento y hasta dos horas cuando está al 5 por ciento. Amortigua los dolores a las 24 o 48 horas de tratamiento. Cuando se toca la úlcera con una solución al 5 por ciento el color de la úlcera cambia, toma un color grisáceo, destacándose perfectamente la pérdida de substancia, y si las láminas corneales alrededor de la úlcera, no están muy infiltradas, se forma en torno de ella una zona de color gris, menos marcado que en la úlcera misma y que se extiende por un lado más que por el otro, parece como si la etilhidrocupreina se introdujese por entre el parénquima corneal.

La mejoría se inicia con gran rapidez.

Las cicatrices que quedan son más pequeñas y menos densas de lo que uno calcula.

Yo no he observado que (como citan algunos colegas) concentraciones superiores al 1 o 2 por ciento produzcan opacidades corneales. Tampoco he observado fenómeno de intoxicación ni propiedades destrutivas de la Etilhidrocupreina.

Algunas consideraciones clínicas.—Conviene excluir desde un principio el posible error de creer que toda úlcera serpigínosa ha de curar con la etilhidrocupreina.

Milagros no podemos pedir al optochin, ni a ningún medicamento. Poseemos

en Medicina medios terapéuticos eficacísimos que la humanidad agradece por haber conseguido restar muchas vidas al haber de la muerte.

Ahí tenemos el suero antidiftérico. Nadie vacilará hoy día en reconocer su gran valor, y sin embargo, ¿es que todo caso de angina diftérica tratada con el suero se salva? Desgraciadamente no. Unas veces porque el enfermo acude tarde, cuando sus energías orgánicas están a punto de agotarse; otras, porque el bacilo de Löffler está dotado de una extrema virulencia, por hallarse asociado al estreptococo, en suma el enfermo sucumbe. ¿Hemos de decir por esto que no tiene valor terapéutico el suero antidiftérico?

Lo mismo podríamos decir del suero antidiftérico y del tratamiento antirrábico.

Pues bien, si la etilhidrocupreina es específica contra el neumococo, y si la úlcera serpiginosa es causada por éste, científicamente hablando, debe curarla la Etilhidrocupreina, y así sucede. Casos hay que no es posible sean coronados por el éxito; por ejemplo: esos enfermos que acuden a nuestras clínicas con *úlcus serpens*, que sus córneas más que córneas son unos discos amarillentos, porque la úlcera está muy avanzada, casi toda la córnea infiltrada, las láminas corneales en su vitalidad comprometida o ya necrosadas. ¿Qué posible curación cabe en estos casos con resultado práctico para la visión? Sucederá lo que tiene que suceder y sucede en tales enfermos. El tejido corneal destruido, o gravemente averiado, forzosamente tiene que ser sustituido, como lo demuestra la anatomía patológica, por tejido conjuntivo cicatricial, que por ser cicatricial, será más o menos opaco, según su espesor, y por consiguiente, quedarán esos *laucomas* totales, o casi totales, con otros adjetivos, según los contratiempos ocurridos durante la evolución del proceso y de consiguiente fatales para la visión.

Inútil es decir que en los casos en que la úlcera serpiginosa es causada por el diplobacilo no emplearemos la Etilhidrocupreina. En este caso recurriremos al método de Epern, tratamiento que suele dar también buenos resultados en casos en que no responde el optochin por hallarse el neumococo asociado a otros agentes microbianos.

En términos generales se puede afirmar que toda úlcera serpiginosa neumocócica que no esté muy avanzada, cura y cura con gran rapidez con la etilhidrocupreina.

Que en todo caso de úlcera serpiginosa neumocócica sea cual fuera el estado de desarrollo en que la hallemos, la primera arma que debemos esgrimir para combatirla es la Etilhidrocupreina y si no responde en un espacio de tiempo prudencial habiendo hallado además del neumococo otros gérmenes, se debe acudir en auxilio de los otros tratamientos eligiendo aquel que se considere más ventajoso.

Para terminar, sintetizaré este trabajo con las mismas conclusiones que hice a mi comunicación presentada a la Médico-Quirúrgica.

Primera.—La Etilhidrocupreina es el mejor tratamiento que poseemos en la actualidad para combatir las úlceras serpiginosas *neumocócicas* de la córnea, debido quizás a que podemos atacar directamente al neumococo sin perturbar o comprometer la vitalidad de la córnea.

Segunda.—Con la Etilhidrocupreina se obtiene la curación de las úlceras serpiginosas con más rapidez que con los tratamientos empleados hasta la fecha; siendo la rapidez tanto mayor cuanto menos avanzada está la enfermedad y por consiguiente cuanto más pronto se someta al enfermo al tratamiento.

Tercera.—En casi todos los casos, aún los más graves, se consigue la curación, con un mínimun de consecuencias que puedan comprometer la visión.

Cuarta.—Las cicatrices de las úlceras serpiginosas tratadas con el optochin son más pequeñas, menos densas que las que resultan tratadas por otros métodos.

Quinta.—En las úlceras serpiginosas muy avanzadas los efectos de la Etilhidrocupreina son muy escasos o nulos.

Sexta.—La Etilhidrocupreina debe emplearse en colirio al 2 por 100 cada dos horas y toques diarios en la misma úlcera durante unos segundos previa anestesia de la córnea, con una solución al 5 por 100 hasta tanto no desaparecen la infiltración o entre la úlcera en el periodo de cicatrización.

Séptima.—Para facilitar la acción del medicamento, debe alejarse inmediatamente todo foco de contaminación, extirpando el saco lagrimal si existe dacriocistitis.

DR. CASTILLO.—Cita dos casos con úlceras serpiginosas en las cuales ha empleado el *optoquin* en solución oleosa al 2 por 100 obteniendo buenos resultados. Junto con el anterior tratamiento empleo la dionina y polvos de yodoformo.

DR. MÁRQUEZ.—Desde 1914 estoy empleando la optoquina o clorhidrato de etilhidrocupreina. He obtenido algunos resultados, pero estos distan de ser tan brillantes como quieren sus entusiastas. En casos de infecciones corneales graves y recientemente he tenido uno de ellos; la infección sigue su curso. He llegado a convencerme que en las úlceras de hipopión graves lo mejor es el termo cauterio junto con las inyecciones subconjuntivales de cianuro de Hg. (al 1 por 100 unas gotas) y las intravenosas del mismo (0,01 en 1 cen de agua).

DR. GARCÍA MANSILLA.—Felicitá al Dr. Basterra por el interesante trabajo que ha leído sobre la etilhidrocupreina y manifiesta que la opinión que ha formado de este nuevo producto de la química alemana, es sumamente favorable prometiendo usarle en su clínica del Hospital General tan pronto como sea posible proporcionarse en gran cantidad el mencionado medicamento.

Con una pequeña cantidad que ha conseguido encontrar de optoquina ha tratado un caso de queratitis supurada con hipopión. Se trataba de un zapatero de 82

años afecto de dacriocistitis crónica que habiendo sufrido con una lezna una pequeña rozadura en la córnea, sobrevino una queratitis supurada con hipopión. Las instilaciones de azul de metilo y atropina no producían alivio alguno de los dolores ni disminuía el hipopión. Las instilaciones de optoquina al 1 por 100, repetidas cada hora, produjeron alivio del dolor antes de las 24 horas, pudiendo dormir el enfermo que no podía verificarlo desde hacía varias noches; la ulceración corneana se detuvo, sus bordes empezaron a limpiarse, el hipopión desapareció al tercer día y en una palabra la lesión corneana adquirió una marcha favorable hacia la curación. Esta se verificó en treinta días, quedando un leucoma poco marcado.

En este enfermo no se practicó la extirpación del saco lagrimal que le propusimos por haberla rehusado ni pudo comprobarse si el causante de la dacriocistitis y de la queratitis sería el neumococus, como es lo más frecuente, u otro cualquier germen. Pero lo que no cabe duda alguna es la acción favorable de la optoquina, en un enfermo, cuya edad y marcha de la lesión corneana, hacía que le considerásemos como de suma gravedad.

Pregunta al Dr. Basterra si ha usado la optoquina en lavados del saco lagrimal y en inyecciones subconjuntivales y en fin si ha observado algún trastorno visual, por lesión del nervio óptico, ya que se han observado diversas ambliopías por los médicos que han usado dicho medicamento para el tratamiento de la pulmonía.

DR. FERNÁNDEZ DE LA CRUZ.—«Tratamiento del pterigión».

Que viendo lo difícil que resulta separar el pterigión de su adherencia corneal por el procedimiento corriente de la disección con cuchillete, desde hace dos años viene practicando esta operación por arrancamiento, después de hacer una minuciosa disección desde la base hasta el limbo esclero-corneal, arrancando después la cabeza que generalmente se desprende totalmente si se tiene el cuidado de hacer tracciones suaves y sucesivas en la misma dirección que crece el pterigión. Afirma que son tan excelentes sus resultados, que lo considera como método único, capaz, además de evitar la reproducción si se procura no dejar conjuntiva alguna invadida por fibras del pterigión.

DR. GARCÍA MANSILLA.—Agradece al Dr. Fernández de la Cruz en nombre de la Sociedad Oftalmológica, las primicias que ha dedicado del extenso trabajo que ha de publicar sobre el pterigión y le felicita por la manera brillante con que ha expuesto el método operatorio que practica en los muchos casos que ha operado de dicha enfermedad.

Manifiesta que ha empleado en su Clínica del Hospital general el método de arrancamiento del pterigión que recomienda el Dr. Fernández de la Cruz, y le ha dado buenos resultados, sobre todo en el membranoso, quedando la córnea completamente limpia. En los pterigionos de vértice fibroso y nacarado ha tenido precisión.

en algunos casos de utilizar el cuchillete para terminar la limpieza de la córnea. Practica siempre la sutura de la conjuntiva con dos o tres puntos. Para evitar la reproducción cauteriza el limbo esclero-corneano con el galvano-cauterio.

DR. MÁRQUEZ.—Me complazco en decir que es exacto lo afirmado por el doctor Fernández de la Cruz. En dos casos que yo he operado y en varios que yo le he visto operar a él, se han confirmado sus afirmaciones.

El pterigión es una afección *conjuntival*, es decir, *superficial* y por esto la córnea, tiene poca adherencia con el tejido que hay debajo, lo mismo que ocurre en la conjuntival escleral con respecto a la esclerótica.

De ahí la facilidad de separar el pterigión del resto del tejido corneal.

DR. CASTILLO.—El proceder que tan bien ha descrito el Dr. Fernández es el mismo que con ligeras variantes emplea la escuela Gaditana desde hace muchísimos años. El Dr. Toro no emplea otro proceder.

DR. CORTÉS.—Desde hace 20 años vengo tratando las pterigiones comenzando la disección por su base y lo más lejos posible es decir cerca de la carriecula. En algunos casos dejo sin suturar que la herida cicatrice por segunda intención.



SECCIÓN VARIA

Concursos de "Murcia Médica,"

EL DE 1917.-FALLO DEL JURADO

Los trabajos sometidos al examen de este jurado por la Dirección del periódico profesional MURCIA MÉDICA son seis (1) y todos ellos de mérito suficiente para ser premiados; pero considerando que el que lleva por lema «Célula» supone un trabajo de investigación personal, metódico y constante hacia un fin determinado, el contenido científico está expuesto con claridad que revela la perfecta comprensión del asunto, el jurado acuerda por unanimidad adjudicarle el premio.

Pero teniendo en cuenta que cualquiera de los restantes son dignos de ser publicados, tiene a bien recomendarlos por el orden siguiente al de sus méritos y valor científico y literario:

Premio. Tema: «Investigaciones sobre la regeneración de las membranas profundas oculares».

Lema: «Célula».

Su autor, Dr. Fermín Muñoz Urra, de Talavera de la Reina (Toledo).

1.º Tema: «Contribución al estudio de la fisiología cerebral».

Lema: «Die psychologie zu letzt ist ein theil des menschlichen Dynamik».

Su autor Dr. Jesús Marín Agramunt, de Valencia.

2.º Tema: «La significación clínica de los sedimentos urinarios».

Lema: «No basta ver....»

Su autor, Dr. José A. Palanca, de Madrid.

3.º Tema: «La insuficiencia respiratoria y su tratamiento quinesiterápico».

(1) Aun cuando son más los recibidos, como ya se anunciaron, no reúnen las condiciones estipuladas en el concurso, quedando los que no se citan a disposición de quienes acrediten ser autores.

GALERÍA DE CARICATURAS



DR. EGEA LÓPEZ

Redactor de MURCIA MÉDICA





Lema: «La eficacia terapéutica de los agentes físicos supera en muchos casos a la de los medios farmacológicos».

Su autor, Dr. Emilio Bové Piqué, de Barcelona.

4.º «La electroanestesia en la práctica médica-odontológica».

Su autor, Dr. Teodoro A. Irigoyen Arruti, de San Sebastián.

5.º Tema: «Contribución al estudio de las lesiones oculares, auditivas y nasales producidas por los gases llamados asfixiantes. Resumen de un viaje al frente de la Champagne en Noviembre de 1916».

Lema: «Adelante con la destrucción de la humanidad».

Sus autores, Dres. Aniceto Gresa de Mirambell y Santiago Gresa de Camps, de Barcelona.

El jurado reitera su felicitación a MURCIA MÉDICA porque el concurso presente es continuación del anterior, en la brillantez de los artículos que serán leídos por todos los amantes al progreso médico con verdadera delectación.

Murcia 27 de Febrero de 1918.—*Dr. Francisco Medina*, Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.—*Dr. Claudio Hernández Ros*, Vicepresidente.—*Dr. Laureano Albaladejo*, Secretario-Perpetuo.

PARA 1918

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

- 1.º El tema es de libre elección.
- 2.º Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
- 3.º Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
- 4.º Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc., que el tema requiera.
- 5.º El trabajo premiado como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.
- 6.º El premio es uno, consistente en una **Medalla de oro, 100 pesetas, 100 ejemplares** del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en MURCIA MÉDICA
- 7.º El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Noviembre de 1918, debiendo dirigirse a esta Administración.

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.

Conferencias de MURCIA MÉDICA

LA DEL DR. SEGARRA

El día 16 del actual, a las cuatro de la tarde, en el Salón de actos de la Real Academia de Medicina, y ante un público numeroso en el que predominaban los médicos y farmacéuticos, dió el Dr. Segarra una notable conferencia sobre el tema «Algunas consideraciones sobre el estado actual de la Obstetricia», demostrando en ella grandes conocimientos en la especialidad y empleando un estilo sencillo, casi familiar.

Presentó al conferenciante en breves y elocuentes frases, el Dr. Guillamón, uno de los encargados de organizar la conferencia con los demás directores de MURCIA MÉDICA.

Empieza su discurso el Dr. Segarra, saludando a la clase médica murciana, conceptuándose muy honrado por la distinción que se le hace. Trata después de los adelantos en Obstetricia, considerando que en el embarazo hay una intoxicación producida por los productos oculares, y como nuestro organismo trata de defenderse de todo producto extraño, da lugar a fermentos proteolíticos que neutralizan esos venenos determinando el equilibrio cuando el embarazo es normal, siendo necesario cuando se rompa ese equilibrio, para evitar los numerosos trastornos que pueden venir, desde los vómitos incoercibles hasta la eclampsia, la administración de suero fisiológico de embarazada, con que se restablecerá fácilmente el equilibrio perdido.

Habla después de la inmunoterapia describiendo los tres procedimientos de vacunas antitóxicas, bactericidas y las que aumentan el índice opsonico, explicando porqué el suero anti-estreptocócico no puede dar resultados positivos en las septicemias puerperales.

Otro capítulo interesante para la Obstetricia, dice, es el de las secreciones internas. Hace una ligera reseña de los modernos estudios de Penger y Marañón sobre el sistema endocrino que como sabemos presiden todas las funciones por medio de las hormonas que son los correos químicos encargados de relacionar las células entre sí, con más perfección que el sistema nervioso, interviniendo en la terminación.

del embarazo a los 272 días, en el desarrollo y forma del organismo y hasta en la producción del sexo. Y termina con un saludo a todos y en especial a los directores de MURCIA MÉDICA, encomiando la unión para conseguir un fin tan loable cual es la mayor perfección y dominio de nuestra ciencia.

El Sr. Sánchez García que ocupaba la presidencia en frase correcta y elegante hizo el resumen del acto, ofreciendo al Dr. Segarra el título de Académico correspondiente, única y pequeña distinción que podía otorgarle en nombre de la Real Academia de Medicina.

Nuestra enhorabuena al Dr. Segarra, nuestro distinguido huésped por algunas horas, a los organizadores de esta conferencia y a la ilustre corporación que tanto procura por la difusión de los conocimientos médicos.

LAUREANO ALBALADEJO
Interno por oposición

El I Congreso Nacional de Medicina

Adelantan considerablemente los trabajos de preparación del Congreso de Ciencias médicas, que se reunirá en Madrid en Octubre próximo y cuya finalidad, aparte del carácter científico de sus sesiones, es la de constituir la «Asociación Médica Española», asociación de carácter permanente, que celebre periódicamente sus asambleas en distintos sitios de la Península.

Con extraordinaria espontaneidad ha respondido la clase médica a la primera invitación enviada, pasando ya de 800 las inscripciones recibidas y constituyendo los anuncios de comunicaciones un interesantísimo programa.

Se estima que pasarán de 2.000 los congresistas que de toda España vendrán a participar de los trabajos de las diez y siete secciones en que el Congreso se dividirá.

S. M. el Rey ha ofrecido dar una recepción en Palacio en honor de los congresistas, y el Ayuntamiento de Madrid también ha acordado celebrar una fiesta en la Casa Consistorial para obsequiar a los asistentes al Congreso.

Una de las características más interesantes que tendrá esta Asamblea, será la celebración de una Exposición de Medicina e Higiene que durará un mes. Las sesiones del Congreso se celebrarán en la Universidad Central en los días 13 al 18 de Octubre próximo.

Como se advierte en las circulares repartidas a todos los profesionales de las ciencias médicas (médicos, farmacéuticos, odontólogos y veterinarios), es conve-

niente que los que se propongan asistir al Congreso se inscriban cuanto antes, pues solo así podrá hacerse ordenadamente la preparación de locales, festejos, etc., cuya organización exige sea conocido con la mayor anticipación posible el número de congresistas.

* * *

Para que los Jefes y Oficiales de Sanidad Militar y Sanidad de la Armada puedan concurrir al Congreso Nacional de Medicina que se celebrará en Madrid en los días 13 al 18 de Octubre, se han dictado por los Ministerios de la Guerra y de Marina respectivamente las siguientes disposiciones:

Ministerio de la guerra.—«Excmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer se invite a los Inspectores, Jefes y Oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar, para que cooperen al I Congreso Nacional de Medicina, que ha de celebrarse en Madrid, y autorizar a los capitanes generales de las regiones de Baleares y de Canarias, y General en Jefe del Ejército de España en Africa, para que, en la época oportuna, concedan permiso a todos los médicos militares que deseen asistir a dicho Congreso, siempre que, a juicio de dichas autoridades, puedan hacerlo sin perjuicio del servicio; siendo el viaje de cuenta de los interesados.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 16 de Enero de 1918.—*Cierva*».

Ministerio de Marina.—«S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se invite a todos los Jefes y Oficiales del Cuerpo de Sanidad de la Armada para que cooperen a este I Congreso Nacional de Medicina, aportando con sus comunicaciones labor científica estimable que para la asistencia al Congreso en los días en que este se celebre, quedan autorizados los Comandantes Generales de los Apostaderos y Escuadra para pasaportar con este objeto a los que desearan asistir y a juicio de dichas autoridades pudieran hacerlo sin perjuicio del servicio, y finalmente, que por la Jefatura de Servicios Sanitarios se disponga lo conveniente para el nombramiento de una comisión que se ocupe en preparar la parte que el Cuerpo ha de tomar en la Exposición de Medicina e Higiene, y que una vez conocida por ella el local disponible, y por tanto la extensión que a su cometido pueda dar, dé cuenta de los auxilios que necesite, así como del Presupuesto necesario de la instalación, para la concesión del crédito correspondiente.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 7 de Diciembre de 1917.—*Gimeno*».



Asamblea Médica Regional Valenciana

La Junta organizadora de esta Asamblea, que, para tratar de asuntos exclusivamente profesionales y particularmente de la fundación de la *Unión Médica Regional Valenciana*, ha de celebrar sus sesiones en la ciudad de Valencia en los días 5 al 9 de Marzo de 1918, tiene el honor de invitar a todos los compañeros residentes en las provincias de Valencia, Alicante, Murcia, Castellón y Albacete a dichas reuniones.

Los temas de esta Asamblea están constituidos por el proyecto de Reglamento de la *Unión Médica Regional Valenciana* y por todas aquellas comunicaciones sobre asuntos de índole profesional, moral médica o mejoramiento de la clase, que se dignen enviar los compañeros de las citadas provincias.

Del primer tema, *Constitución del Reglamento de la Unión Médica Regional Valenciana*, son ponentes los señores que forman la siguiente comisión:

Dres. Juan Peset, de Valencia; F. Reig Pastor, de id.; J. Picazo, de id.; J. Mestre Medina, de id.; J. Gosálvez, de Quart; S. Cerveró, de Manises; M. Pérez, de Liria.

La discusión de este Reglamento en las sesiones será diaria, y la Asamblea no podrá clausurarse hasta su completa aprobación.

Para el turno de comunicaciones, además han sido anunciados hasta la fecha los trabajos siguientes:

Reformas en la enseñanza de la Medicina, Dr. Ramón Gómez Ferrer (de Valencia).—*Montepíos*, Dr. Vicente Carsi (de Valencia).—*Necesidad de la creación de un Ministerio de Sanidad o, en su defecto, que los asuntos del ramo dependan del Ministerio de Fomento*, Dr. José Gadea y Pró (de Alicante).—*La más rigurosa veracidad es necesaria en las certificaciones médicas*, Dr. Juan Torres Babí (de Valencia).—*Las reválidas y la clase médica*, Excmo. Sr. Dr. D. Rafael Pastor González (de Valencia).—*Deberes interprofesionales*, Dr. Juan Peset (de Valencia).—*Relación entre el médico y el especialista*, Dr. Tomás Blanco (de Valencia).—*Tribunales de honor*, Dr. Fernando R. Fornos (de Valencia).—*Clientes morosos*, Dr. Tomás Alcober (de Valencia).—*Intrusismo*, Dr. Antonio Cortés Pastor (de Valencia).—*Clasificación de partidos médicos con arreglo a las instrucciones generales de Sanidad*, Dr. Angel García Morro (de Segorbe).—*La casa de los médicos*, Dres. Alejandro G. Brustenga y Francisco Reig Pastor (de Valencia).—*Intercambio de títulos*, Dr. Jorge Comin (de Valencia).—*¿Uniones regionales o unión nacional?*, Dr. Joaquín Mestre Medina (de Valencia).—*Reglamentación de*

iguales, Dres. Francisco Orti Tronch (de Torrente) y Ezequiel Ballester (de Valencia).—*Colegiación obligatoria*, Dr. Francisco Brugada (de Valencia).—*Clínicas de rebotica*, Dr. Antonio Bartrina Olivera (de Valencia).—*Tributación de patentes*, Dr. Angel García Morro (de Segorbe).—*Sociedades benéficas de asistencia y clínicas gratuitas*, Dr. Manuel Portaceli Ortells (de Valencia).—*Pago de titulares por el Estado*, Dres. Joaquín Gosálvez (de Quart) y Salvador Cerveró (de Manises).—*Conveniencia del reconocimiento previo de los futuros cónyuges*, Dr. José Picazo (de Valencia).—*Tasación y honorarios médicos*, Dr. Práxedes Llisterri Ferrer (de Valencia).—*Necesidad y modo de evitar la inconsciencia médica*, Dr. Antonio Oliete Balader (de Valencia).—*Legitimidad y resultados de la práctica del veto en la clase médica*, Dr. Joaquín Mestre Medina (de Valencia).—*Moral médica*, Doctor Antonio Olmos (de Llosa de Ranes).—*Conveniencia de organizar los médicos, constituyendo cuerpos oficiales*, Dr. Manuel de Espinosa Ventura (de Valencia).—*Los excesos del amor propio profesional*, Dr. Francisco Ferrero (de Valencia).

Las entidades médicas adheridas a la Asamblea, hasta la fecha, y representadas en esta Junta son:

Sanidad Militar, Dr. Eusebio M. Romo.—Facultad de Medicina, Dr. Francisco Brugada.—Colegio Médico, Dr. Francisco Reig Pastor.—Academia de Medicina de Valencia, Dr. Antonio Casanova.—Asociación de Titulares, Dr. Joaquín Gosálvez.—Cuerpo de B. Provincial, Dr. Francisco Ferrero.—Cuerpo de B. Municipal, Doctor Vicente Carsí.—Cruz Roja, Dr. José Dómine.—Instituto Médico Valenciano; Dres. Juan Peset, Ramón Vila Barberá y José Baldoví.—Prensa profesional, Doctores Tomás Alcober, Antonio Villanova Is, Manuel Portaceli y Antonio Cortés Pastor.

Las consultas y comunicaciones que deseen enviarse, pueden hacerse a nombre del Sr. Secretario General, Dr. Joaquín Mestre Medina, Plaza del Príncipe Alfonso, 12, principal.

A su vez las adhesiones y cuota de asambleista, que importa pesetas 5, se enviarán a nombre del Sr. Tesorero, Dr. Ezequiel Ballester de los Reyes, Cirilo Amorós, 38, principal.

Hacemos un llamamiento en bien de nuestros propios intereses a todos los colegas de la región, esperando que desde luego coadyuven a esta magna empresa, que tanto entusiasmo ha despertado desde el primer momento en nuestra sufrida clase.

Por la Junta organizadora: *Dres. Juan Peset (presidente); Francisco Brugada, Vicente Carsí, Antonio Casanova, Joaquín Gosálvez, Francisco Reig Pastor, Luis Valls Mascarós, José Baldoví, Ramón Vila Barberá, Antonio Cortés Pastor, Eusebio M. Romo, Manuel Portaceli, Tomás Alcober, Francisco Orti Tronch,*

Antonio Villanova Is, Salvador Cerveró, José Picazo, Ezequiel Ballester, José Dómine, Francisco Ferrero, Alejandro García Brustenga, Joaquín Mestre Medina (secretario).

Estadística

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

Población calculada 133.012

Nacidos. { Vivos 355.—Var. 215.—Hem. 140.—Leg. 332.—Ileg. 8.—Exp. 15.
 Muertos 0.—Var. 0.—Hem. 0.—Leg. 0.—Ileg. 0.—Exp. 0.

Natalidad por 1000 habitantes, 2'67.—Matrimonios, 160.—Nupcialidad por 1000 habitantes, 1'20.—Mortalidad por 1000 habitantes, 1'83.

Defunciones

Varones, 130.—Hembras, 114.—Menores de cinco años, 61.—De cinco y más años, 183.—En hospitales y casas de salud, 17.—En otros establecimientos benéficos, 13.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 2.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 6.—Viruela, 0.—Sarampión, 0.—Escarlatina, 0.—Coqueluche, 0.—Difteria y crup, 0.—Gripe, 7.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 3.—Tuberculosis de los pulmones, 20.—Tuberculosis de las meninges, 1.—Otras tuberculosis, 2.—Cáncer y otros tumores malignos, 4.—Meningitis simple, 2.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 23.—Enfermedades orgánicas del corazón, 14.—Bronquitis aguda, 9.—Bronquitis crónica, 17.—Neumonía, 8.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 9.—Afecciones del estómago (menos cáncer), 2.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 12.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 1.—Cirrosis del hígado, 0.—Nefritis aguda y mal de Bright, 6.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 0.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 4.—Otros accidentes puerperales, 0.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 12.—Senilidad, 23.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 2.—Suicidios, 0.—Otras enfermedades, 50.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 5.—Total de defunciones, 244.

De nuestro catálogo

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

OPINIONES DE VARIOS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA : : : :

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

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

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

Valencia.—«Envío a usted mi más sincera felicitación por su elección al traducir la obra más completa y mejor documentada que se ha publicado de Patología médica, y por la forma de llevarla a cabo, pues la traducción es perfectísima; la presentación, inmejorable, y no dudo que la clase médica española, que ansiaba conocer la literatura médica alemana, corresponderá como debe a los sacrificios de esa Casa editorial.—*Dr. Rodríguez Fornos*».

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

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

* * *

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

OBRA NUEVA.—PUBLICACIÓN IMPORTANTE: Diecinueve 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 **Dr. Adolfo Strümpell**, Profesor y Director de la Clínica Médica de la Universidad de Leipzig; con numerosos grabados intercalados y láminas en negro y 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**.

Bibliografía

Luis y Yagüe, Lara Ruiz, Rodríguez Zúñiga, López de Vivigo, Alcón, Merino y Terol, Carro.—*Trabajos publicados por el Dispensario de Enfermedades del Aparato digestivo del Instituto Rubio. Curso del 1916 al 1917. Madrid, 1917.*—Este interesante librito da fé de la interesante labor que se realiza en el Instituto Rubio, de Madrid. Los señores que constituyen el personal técnico del Dispensario de Aparato digestivo, han publicado durante el año próximo pasado una porción de artículos, de trabajos, de conferencias, de «conversaciones» (especialidad de aquella Casa), que rivalizan en sabor práctico, en interés clínico y en importancia científica. Los más interesantes, de entre ellos, han sido agrupados en este folleto.

El maestro **LUIS Y YAGÜE** nos habla de los «Datos de orientación que pueden servir para determinar, en cada enfermo de estómago, las exploraciones más adecuadas para el diagnóstico de su dolencia»; de las «Bases clínicas para la formulación de tratamientos en los dispépticos de quimismo disociado»; de «La úlcera-cáncer y el úlcero-cáncer gástricos»; de «La perforación gástrica» y de «Higiene alimenticia».

El amigo **CARRO** se ocupa del «Diagnóstico de la perigastritis»; de la «Tuberculosis intestinal consecutiva a enteritis catarral» y de «Un caso de tumor benigno del páncreas» en colaboración con el doctor **RODRÍGUZ ZÚÑIGA**, el cual, por su parte, inserta una Conversación dedicada a «Algunas consideraciones sobre las afecciones pancreáticas».

El doctor LARA RUIZ habla de la «Estenosis del piloro; su diagnóstico; sus variedades» y de «Apendicitis».

El Dr. LÓPEZ DE VIVIGO publica «Un caso común».

El Dr. ALCÓN estudia extensamente el «Extreñimiento; sus causas; su diagnóstico».

Y el señor MERINO nos da «Algunas nociones de anatomía, fisiología y exploración del hígado, como base para el estudio de las afecciones hepáticas».

El conjunto resulta, como puede deducirse de este índice, un trabajo interesantísimo, por el que sinceramente felicitamos a todo el personal antes citado.

FIDEL F. MARTINEZ.

Granada, Febrero, 1918.





Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1883



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

Vacunas directas de dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales


DIRECTOR:

Dr. Martínez Ladrón de Guevara


CALLE DE ZOCO

MURCIA


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



Laboratorio Guillamón



Reacciones
de Wassermann,
Widal, etc.



Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

MURCIA