

GAZETA MÉDICA DEL NOROCCIDENTE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXII

Bilbao Septiembre—1916

Núm. 261

SUMARIO

- Nota sobre un caso de lepra comprobada bacteriológicamente*, por don Angel López Pérez.
- Historia clínica de un error judicial*. Conferencia dada en el Ateneo de Madrid por el doctor A. Piga (conclusión).
- El pulso en las puérperas* (conclusión).
- Los primeros signos de la gestación*, por el Dr. Pedro Nubiola y Espinosa.
- Esclerosis inicial en el meato urinario. Importancia de la reacción Wasserman para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento*, por el Dr. Mochales.

Nota sobre un caso de lepra comprobada bacteriológicamente

POR ANGEL LÓPEZ PÉREZ

Doctor en Medicina y Jefe del Laboratorio Clínico del Hospital Civil de Bilbao.

La rareza en este país, de tal afección, la dificultad que por tanto entraña su diagnóstico clínico y la facilidad de establecer éste bacteriológicamente, permitiendo instituir las medidas profilácticas de rigor, para el aislamiento de estos enfermos contagiosos, han sido los móviles de la publicación de esta nota, sin pretensión alguna de novedad.

El caso presente es el de una joven de 26 años, que acudió á la consulta del Dr. Gáldiz, por algunas molestias nasales y auditivas; sorprendió á tan ilustrado compañero más que dichas lesiones, la existencia de nodulos tuberosos de variable tamaño, prominentes y oscuros, no ulcerados y extendidos por la cara, pudiendo á la vez comprobar otras lesiones dérmicas en las piernas; ante tal cuadro pensó en la posibilidad de la lepra y practicando varios frotis de la mucosa nasal, pus auricular y raspado de algunos nodulos dérmicos, los envió á mi laboratorio.

Las láminas sometidas á los procederes técnicos adecuados, permitieron obtener unas espléndidas preparaciones, con abundancia de bacilos ácidosresistentes, agrupados en montones, los lla-

mados paquetes de cigarros), incluídos frecuentemente en células y glóbulos y coloreados por el método Dr. Zihel y diferenciados por el Dr. Ramgarten; los caracteres todos en suma, del bacilo leproso Dr. Hansen.

Sin embargo, era prudente investigar de nuevo la existencia del bacilo, ya que otros ácidosresistentes, del moco nasal ó cera auricular pudieran ser causa de error, y unos nuevos frotis independientes, auriculares, nasales y del raspado dérmico, fueron de nuevo examinados, con idéntico resultado; el diagnóstico de lepra estaba categóricamente establecido.

La rareza de los casos de lepra en esta región hace que puedan no diagnosticarse de tales algunos positivos, si se tiene en cuenta que muchos de ellos ofrecen analogías clínicas con los tuberculosos y sifilíticos; con estos puede ser aún mayor la confusión, por dar reacción de Wassermann positiva, la forma tuberoso-cutánea.

Por lo tanto, el examen bacteriológico directo, sumamente sencillo, permitirá en los casos sospechosos establecer el diagnóstico fácilmente, como ha sucedido con los dos casos de esta enfermedad observados por mí en Bilbao (1), en mis años de práctica de laboratorio, siendo hasta hoy dicho proceder directo el único capaz de dar el exacto diagnóstico de la afección.

Caracteres diferenciales del bacilo de Hansen

Baston de extremos redondeados, granuloso, rameolado, reunido en grupos de dos elementos, paralelos generalmente, de 56 micras de largo por 0,5 de ancho, tingible fácilmente por los colores de anilina y coloreable por el método de Gram; ácidosresistente, que resiste por una hora la solución de alcohol nítrico (2).

El carácter de la ácidoexistencia es propio de los bacilos jóvenes vivaces, pues en los antiguos de los lepromas en regresión, llamados bacilos muertos, dicha propiedad se disminuye grandemente por suponerse que han sido provistos de su envoltura cerosa; la coloración por el azul Victoria y safranina (3) los tiñe en amarillo, en tanto que los más se destacan claramente en azul, carác-

(1) El anterior fué el de un hombre de 60 años, J. M. B., núm. 50 de la clínica de cirugía del Dr. Zarza, practicando el examen de sus lesiones en 27 de Enero de 1911 (Núm. 6252)

(2) A este título el bacilo de Koch se decolora.

(3) Método empleado por Unna.

ter muy de tener en cuenta al practicar tales exámenes en los distintos órganos afectados.

Se colorea por el método de Zihel-Nelsen, como el bacilo de Koch, decolorando por alcohol nítrico, igualmente toma los colores de anilina y como se ha dicho ya es Gramm positivo.

Su diferenciación se logra por el método de Ramsgarten: coloración 5 minutos en frío con solución de violeta anilizada y diferenciación por alcohol nítrico; el bacilo leproso es el solo, que queda en violeta.

Los ensayos de germinación y cultivos no han dado resultados de verdadero valor diagnóstico práctico; asimismo los intentos de inoculación animal han carecido de éxito; hoy se estima que el bacilo de Hansen no es patógeno para los animales de laboratorio.

Diagnóstico diferencial en los frotis y cortes del bacilo de Hansen, de otros acidoresistentes

La principal duda diagnóstica la dará el bacilo de Koch en las lesiones cutáneas y mucosas, el del smegma en los genitales en el moco nasal los de Karlinsky, Marchaux y Halphen y el de Goltstein en el oído.

El bacilo de Karlinsky acidoresistente no da lugar á síntoma morboso alguno; se cultiva fácilmente en los medios generales y es patógeno para el conejo en inyección peritoneal; los otros no son alcoholico-resistentes, existen solamente en órganos determinados y no se extienden al resto de la economía, como acontece con el leproso.

Las mayores analogías las tiene con el bacilo tuberculoso y sus caracteres diferenciales son las más importantes de determinar; el método de Jamamoto distingue bien los dos bacilos, empleando la técnica siguiente:

1.º Fijación por calor.—2.º Coloración en caliente á 55º por solución de nitrato argéntico al 5 por 100, diez minutos.—3.º Baño reductor de ácido pirogálico y tanino.—4.º Lavado y montage. El bacilo de Koch se colorea en negro y el de Hansen queda incoloro pudiendo recolorarse con la safranina.

Las principales diferencias entre uno y otro, son:

- 1.º El bacilo leproso es muy abundante en las lesiones que produce y siempre es intracelular; el tuberculoso es escaso.
- 2.º El leproso se colorea más fácilmente que el tuberculoso por los métodos generales.
- 3.º Ambos son acidoresistentes, pero resiste más el de Hansen la acción de los decolorantes.

4.º Son los dos Gramm positivos, pero el de Koch necesita un método más prolongado.

5.º Se tiñe en violeta el bacilo leproso por el método de Baumgarten y el tuberculoso no.

6.º Queda en negro por el método de Jamamoto el bacilo de Koch é incoloro el de Hansen.

7.º Los cultivos no dan resultado práctico en las lesiones leprosas, ni son patógenos dichos bacilos para los animales, en tanto que el bacilo tuberculoso se cultiva en los medios generales y la inoculación de un producto con bacilos de Koch, produce en los animales la tuberculosis experimental.

8.º La reacción de Wasserman es positiva frecuentemente en los leprosos y en los tuberculosos no.

9.º El suero de un leproso desvía el complemento con extracto de leproso y el de tuberculoso lo hace con su antígeno.

10. La oftalmo-reacción y la inyección de tuberculina dan resultados positivos en las lesiones tuberculosas, no produciendo ningún fenómeno la primera en los leprosos y siendo mínimas las reacciones causadas en ellos por la segunda.

Localización del bacilo y sitios de elección para la práctica de frotis y cortes

El bacilo de Hansen existe en abundancia y de preferencia en el moco nasal, hasta creer algunos autores que allí empieza la afección, desde donde luego se generaliza; hállase también en los esputos, heces fecales, médula ósea, bazo, sangre y en la piel y tubérculos leprosos.

La aparición del bacilo en el exudado de los vegetarios, en casos de lesiones trofoneuróticas, es muy incierta y necesita ulteriores comprobaciones, no estando tampoco demostrada su existencia en el líquido cefalo-raquídeo.

En el dermis de los leprosos existen los bacilos en abundancia, en grandes grupos, los llamados globi-leprosos ó de Neisser, formando conglomerados de aspecto espinoso, ovino ó paquete de cigarros, reunidos por una masa refringente, que se tiñe como ellos y les da este aspecto globuloso. El número de los bacilos en los frotis es considerable y en los lepromas ulcerados se obtiene una verdadera emulsión de bacilos.

Los puntos de elección para tomar los frotis son el tubérculo ulcerado ó raspado del mismo y el moco nasal; en esta región conviene limpiar el primer exudado existente y raspar luego en el tabique; en los casos de escasa exudación se dará una dosis de

yoduro potásico, con lo que se favorecerá ésta y al cabo de dos ó tres días será más fácil su hallazgo.

También la biopsia es sencilla y poco dolorosa, permitiendo la obtención de frotis y cortes en la que el bacilo es también abundante.

La importancia del exacto diagnóstico bacteriológico no es sólo por su mejor conocimiento, pronóstico y tratamiento sino como base para establecer la profilaxia más conveniente.

Es cosa indudable la contagiosidad de esta enfermedad, pues aunque se citan casos de matrimonios en que uno de los cónyuges no estaba atacado y el otro sí (Rubner) la lentitud de evolución del proceso puede hacer creer semejante hecho. De curso muy largo, el contagio se establece directamente por la convivencia con el leproso ó por los objetos de su uso personal y limpieza, por lo que se cuidará mucho de la desinfección de los productos escresmenticios del enfermo, más ricos en gérmenes y por ende mayores focos de contagio, como el moco nasal, esputos, sangre (que en los casos graves a avanzados es siempre bacilémica), y apósitos de cura de los nódulos y ulceraciones cutáneas, llegando hasta el aislamiento en una leprosería, siempre que sea posible, con lo que se logrará no sólo un gran beneficio para estos pobres enfermos, que allí se hallarán bien atendidos y sin el aislamiento hostil de que son objeto fuera de ella, sino que se evitará la propagación y contagio á las demás gentes, de una dolencia de curso tan largo, pronóstico tan sombrío y tratamiento tan poco eficaz,

Junio 1916.

HISTORIA CLÍNICA DE UN ERROR JUDICIAL

Conferencia dada en el Ateneo de Madrid el día 12 de Mayo de 1916, por el Doctor A. Piga, Médico de la Real Casa y Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

(CONCLUSIÓN)

Hay que protestar contra esto; nosotros vamos dignamente á todas partes. Podrá haber cuestiones que nos separen y podrá haber errores, pero que se me diga quién los comete. Además, aquí, donde por desgracia no se ha concedido á esta prueba la atención que merece, ¿qué de particular tiene que la Justicia, que exige á todos conocimientos fundamentales en esta clase de materias,

pueda hallarse en un momento determinado ante un perito que no esté á la altura de su misión?

Voy á tratar ahora de la falta de ecuanimidad del Jurado. Recuerdo que una mañana de un mes de un día en que estudiaba la asignatura de operaciones estaba en unión de otros compañeros aguardando á que llegase nuestro Profesor; nos hallábamos en San Carlos; pasó la hora acostumbrada y el Profesor no llegaba, y empezó á correr un rumor desagradable; se dijo que aquel Profesor, yendo camino de su cátedra, yendo hacia el aula donde explicaba su lección, tal vez elaborando por el camino las ideas que iba á desenvolver, había sido muerto. Y los alumnos, sus alumnos, corrimos en tropel adonde se decía, y desgraciadamente era verdad: allí yacía el pobre Catedrático de San Carlos con el cerebro destrozado por varios proyectiles.

Pues bien; el Jurado, entendiendo que en aquel caso concreto la mano armada de un revólver no era la mano de un homicida, puesto que había herido porque en su casa había hambre y miseria, y le debían una cantidad que era necesario recuperar para dar de comer á sus pequeñuelos, absolvió.

Pasan los años, nos encontramos ante el caso del Médico de El Pobo: ahora el Jurado entiende que la mano armada de un revólver que ha herido, pero que no ha matado, según informe médico, cuando había hambre en casa y los pequeñuelos demandaban pan, es una mano culpable. En un lado absuelve y en el otro condena.

Esta falta de ecuanimidad pone el ánimo en confusión, nos coloca en condiciones de dudar y no sabemos nosotros hasta qué punto, hasta qué límite se puede tener fe en la conciencia y la sabiduría de esta clase de tribunales.

Lo principal, señores, es el tratamiento, y voy á terminar, que no quiero fatigaros. Debemos estudiar un tratamiento sintomático, un tratamiento patogénico y, sobre todo, una profilaxis.

Tratamiento sintomático

¡Líbreme Dios de tratar de enmendar la plana en este punto al ilustre Doval! Pues él, honra de los criminalistas españoles, conoedor como pocos de las técnicas que, en cada caso, se deben seguir para la consecución del éxito, ha hecho pública una fórmula precisa, como resultante de un detenido estudio del veredicto. Y ya que no otra cosa, yo pido para él, á modo de recompensa, el aplauso de la clase médica española. Debe hacerse y se hará lo que Doval indica.

En buenas manos se halla el necesario socorro á esos pobrecitos niños que padecen, por causa de culpas ajenas; seres inocentes que demandan amparo, mientras sus corazones tremulan emocionados por el terror y la pena en solicitud del abrigo propio del cariño paternal, interceptado por los muros de una prisión, y de los besos de una madre que murió de pena, no de enfermedad, al contemplar el horrible cuadro de su hogar desehecho, de su honra perdida, de la pequeña parcela de dicha á la que aspiraba, desvanecida para siempre entre las brumas negruzcas de un proceso, y teniendo en sus oídos los rumores de amenaza de un pueblo vengativo, sí, vengativo aunque fuese con justicia.

Y esas manos, que son las de todos, acostumbrados por herencia al bien, á la caridad, á prodigar por doquier consuelo; despreocupados de la ingratitud, acogerán á los desamparados, viendo en ellos á pedazos de nuestra alma colectiva carente por lo general de mandatos afectivos para nosotros mismos, sin perjuicio de verterlos á raudales en beneficio del prójimo, pero no tan muerta ni tan miserable que no reaccione ante el dolor que afecta tanto á nuestros nervios sensitivos como á nuestra dignidad.

Profilaxis

Pero la profilaxis es lo más importante, y tal vez la base de esta conferencia, que va á finalizar exponiéndoos ideas y no palabras: es necesario que á los Médicos se les pague; no hay más remedio. Porque, señores, autonomía municipal no quiere decir insolvencia; si son términos sinónimos, que se diga, que vayan al Diccionario, pero mientras no sea así, el que trabaja debe cobrar.

Ya se yo que los Ayuntamientos han de protestar como están protestando de que pague á los Maestros el Estado, como están protestando de todo lo que sea mermar sus atribuciones; pero, á mi juicio, los Médicos, que es una clase profesional sufrida y resignada, con tal de que se les pague, puede que se quedaran satisfechos si hubiera una fórmula para ello. Yo entiendo que podía resolverse esto de una manera sencilla, y esto es una propuesta mía que ni siquiera he consultado con ninguno de mis compañeros; no vengo á decirla en nombre de mis compañeros; es un Médico que se lo dice á los demás, y allá ellos y el Gobierno si lo puede resolver. Pues bien; yo decía, mientras los Ayuntamientos paguen á los Médicos, perfectamente; pero en el momento que no lo hagan, sin expedientes, que pague la Hacienda, y ésta se encargue de cobrar á los Ayuntamientos. Es una solución que podría servir

de puente á otras más definitivas. Sin perjuicio, señores, de llegar al ideal del pago de los titulares por el Estado, que es lo que todos deseamos.

En cuanto á la prueba médica, en cuanto á las deficiencias de la prueba médica, no aspiro á que volvamos á los tiempos del *Constitutio criminalis carolina*, promulgado por el emperador Carlos V en 1532, en el cual se concedía al Médico tal preponderancia, que era obligatorio acomodarse á su dictamen; ni á las Capitulares de Carlo Magno, ni á la Pragmática de Felipe IV, ni á que el voto del Médico sea imperativo. Somos más modestos; quiero, sí, que se modifique la Ley de Enjuiciamiento criminal, que está haciendo falta porque no está de moda, y cuando no están de moda las cosas, resultan ridículas. Es necesario modificar esta Ley por esta razón. Como será lógico que se modifique la organización profesional. Entre las igualas rurales de seis pesetas anuales, ó la fanega de trigo ó cebada, que también se dan casos (*Risas*), entre estas igualas y la organización socialista del cantón de Zurich, las Comunes de los Vosgos, las Sociedades médicas inglesas, que son una maravilla, ó la organización sanitaria del pueblo alemán, por mucho que sea nuestro patriotismo, por mucho que sea nuestro respeto al pueblo donde hemos nacido, hay que reconocer que estamos distanciados medio siglo, y que es preciso marchar á la ligera, que es preciso adelantarnos y correr en muy poco tiempo todo lo que llevamos retrasado.

Pues bien; la prueba médica hay que modificarla, porque no es suficiente, y tanto así, que si Achúcarro informa en una cuestión de neuropatología ante unos jurados, ó el maestro por antonomasia Cajal sobre una cuestión de histología, ó Pittaluga sobre hematología, ó Calatayud sobre electroterapia, ó Lecha-Marzo sobre cristalografía, ó cualquiera de nuestros sabios, de nuestras autoridades en materias científicas, y el Jurado dice que *no*, no hay redención posible, no hay posibilidad de deshacer lo hecho. Yo me maravillo y pregunto: ¿Es que el regulador de la sentencia tiene que ser una consciencia y una conciencia que no estén fundadas en el derecho y en la realidad? Imaginad lo que ocurriría si en lugar de ser Médicos fueran Ingenieros los que hablaran respecto de las condiciones que debía tener un puente desde el punto de vista de resistencia de los materiales, que el Jurado desoyese su opinión y que á los cuatro días se hundiera. Sería necesario que el resultado de nuestros informes fuera tangible, que hubiera una hecatombe, que no fueran cosas que afectan á la esfera moral, y en este caso se vería á diario la enormidad que supone un Tribu-

nal compuesto de personas carentes de cultura, diga que sí ó diga que no, ante una prueba médica.

Yo me atrevo á pedir, puesto que en patriotismo todos estamos igual, todos deseamos llegar adonde se debe llegar, á cuanto se pueda llegar en esta ciencia (y tengo la seguridad de que nuestros Senadores y Diputados Médicos, de acuerdo con el Gobierno, de acuerdo con las altas mentalidades de la nación, resolverán estas cuestiones), se lleve á cabo esta revisión, para ponernos al nivel de los tiempos que corren.

Y voy á terminar, señores, recordando un bello poema de Víctor Hugo. Dice que ante la asamblea de los dioses se presentó en una ocasión una forma negruzca, hirsuta y despreciable, y que los dioses la acogieron con carcajadas; pero que, convencida de que defendía una causa justa, á las carcajadas respondió con cantos de reto, y hubo un momento en que los dioses se quedaron perplejos, y hubo otro momento en que se entusiasmaron, y, por ejemplo, Mercurio le da su flauta y Apolo le tiende su lira; y aquella forma negra é hirsuta se va desvaneciendo, se va extendiendo poco á poco, va llegando hasta el azul de la bóveda celeste; y aquellas peticiones tuyas, aquel clamor de la causa santa que él defiende, se consustancializa con el universo y llega un instante en que se derroca el trono de los dioses.

Pues estas peticiones de la clase médica rural, de seres humildes, de seres no negros, pero sí morenos por el sol; de seres que no han podido hacer llegar su voz hasta las alturas, quién sabe si se podrán ir uniendo de día en día y se llegará adonde deseamos. Sobre todo, señores, en vosotros, que representáis la cultura; en vosotros, que representáis la intelectualidad; en vosotros, que representáis cuanto en España puede ejercer influencia desde este punto de vista, confío, más que para resolver únicamente el asunto del Médico de El Pobo, que no es sino un jalón, un detalle de una obra más amplia, más general, para dar solución á muchas otras cuestiones que tienen una mayor transcendencia; porque yo en la sombra vivía, y á la sombra vuelvo; sois vosotros quienes tenéis que resolverlas, y para ello es preciso que se piense en este momento, desde este instante, que la clase médica lo que pide son condiciones para ejercer su profesión de cultura, para poder ejercer su misión humanitaria y la misión de amor que ha venido desempeñando por los siglos de los siglos.

He dicho. (*Muy bien. Grandes y prolongados aplausos.*)

EL PULSO EN LAS PUERPERAS

(CONCLUSIÓN)

Solamente el pulso es el único síntoma que puede revelarnos á veces la existencia de estas trombosis asépticas. Puede afirmarse que la ascensión *por escalones* (Stuffelförmig de Malher) de la curva de las pulsaciones, cuando la curva térmica permanece normal, constituyen toda la sintomatología de la trombosis aséptica; este aumento de pulsaciones se explica por el obstáculo que los trombus oponen á la impulsión cardíaca; el miocardio, incapaz de contracciones suficientemente enérgicas para vencer esta resistencia, trata de suplir este defecto de fuerza por un número de contracciones (Mahler); á cada nueva extensión de la trombosis, nuevo escalón ascendente en la curva del pulso, y, por lo tanto, la frecuencia máxima de las pulsaciones corresponderá á la extensión máxima de la trombosis.

En la metro-flebitis infecciosa simple ó adhesiva, hay fiebre intermitente (*intermittens puerperarum de Libow*), pero la aceleración del pulso se presenta, sin causa apreciable, muchos días antes que todo otro síntoma y algunos días antes de la primera elevación térmica; y no es pasajera. Este signo permitió á Ritche hacer el diagnóstico en un 60 por 100 de casos de metro-flebitis confirmadas por la autopsia. Sin embargo, dicho signo, puede faltar en los casos en que la trombosis esté limitada exclusivamente al útero.

Además la curva de las pulsaciones está siempre en desacuerdo con la de la temperatura, pudiendo presentarse cualquiera de las tres formas siguientes: la temperatura permanece normal ó casi normal ($37^{\circ}2'$) y sólo el número de pulsaciones está notablemente acelerado y de un modo constante; la temperatura presenta oscilaciones intermitentes separadas por periodos de apirexia, en tanto que el pulso se conserva *constantemente* acelerado con la máxima correspondiente á las ascensiones térmicas, pero sin descender á la normal durante las fases de apirexia, ó, por último, la temperatura permanece elevada, pero el pulso está en desacuerdo con ella, siendo constantemente superior la curva del pulso á la que corresponde una temperatura determinada: por ejemplo 100 pulsaciones con $38^{\circ} 120$ ó 130 pulsaciones para $38^{\circ}5$ ó 39 . (Jeannin).

Otra característica especial del pulso en las trombo-flebitis es la de hacerse la ascensión de las pulsaciones por escalones (pulso

primant, de los franceses; kletterpuls, de Mahler). He aquí cómo describe Jeannin la marcha de la curva del pulso en estos casos: «El pulso, que era lento durante los dos ó tres primeros días del puerperio, *comienza á subir moderadamente* de día en día; de una vez á otra, de la mañana á la tarde, por ejemplo, y de la tarde á la mañana siguiente, habrá once ó doce pulsaciones más por término medio. Después de dos ó tres días de esta lisis ascendente, la curva de las pulsaciones permanece estacionada durante 36 á 48 horas, para elevarse enseguida de nuevo durante otro lapso de tiempo de tres ó cuatro días; este fenómeno puede repetirse del mismo modo durante muchas semanas. En fin, último carácter, puede verse elevar el pulso bruscamente 20 ó más pulsaciones, manteniéndose uno ó dos días á este nivel, para retornar en seguida al punto en que se encontraba antes de esta ascensión: fenómeno que acompaña á las embolias. Richter observó un caso en que pudo predecir por dos veces, y con dos días de anticipación, la aparición de una embolia al ver, fuera de otro síntoma, pasar bruscamente al pulso de 72 á 96 pulsaciones, sin que la temperatura se elevase».

Recuerdo el caso de una puérpera que, tras una metrorragia grave de alumbramiento, presentó una infección uterina benigna, en la que la máxima térmica no pasó de 38°6, cediendo en la segunda semana del puerperio. Nada anormal se observaba en ella fuera de frecuencia del pulso 94 á 100 pulsaciones por minuto. Como se encontraba completamente bien, me suplicaba diariamente le permitiese abandonar el lecho; pero esa frecuencia del pulso que escalonadamente aumentaba llegando á acusar hasta 110 pulsaciones por minuto, me hizo sospechar la existencia de una trombosis, sospecha que tuvo confirmación plena, pues á los 34 días del puerperio se presentó en ella una flegmasía alba dolens. ¿Qué hubiese sucedido si yo la autorizo á levantarse? Probablemente una embolia la hubiera determinado la muerte; pues, á pesar del reposo á que estuvo sometida, un pequeño esfuerzo hecho por ella al mudarse de ropa, determinó una pequeña embolia pulmonar, de la que afortunadamente curó.

No hace muchos meses, relataba yo este caso á otros dos compañeros con los que celebraba consulta para ver á otra puérpera que, después de un parto normal, había padecido una endometritis séptica de la que parecía ya curada. Yo la ví diez días después del parto y no aprecié en ella nada anormal, fuera de una frecuencia de pulso que alcanzaba 96 pulsaciones por minuto. Aconsejamos que la enferma guardase reposo absoluto hasta que la curva del

pulso fuese normal; pero siete días después, impacencias de la enferma y familia hicieron que el compañero que la visitaba tuviese la debilidad de autorizarla á abandonar la cama, y algunos momentos después de hacerlo, la enferma caía muerta repentinamente.

Estos casos, que se repiten con más frecuencia de la debida, me han inducido á escribir estos renglones acerca de la importancia del examen del pulso en las recién paridas.

Nada de lo por mí dicho es nuevo; todo ello no es sino repetir lo ya sabido por nuestros antepasados, pero que conviene recordar dada su importancia, sobre todo hoy día en que tanto se ha discutido las ventajas é inconvenientes del levantamiento precoz de las púerperas. Podremos permitir dejar prematuramente el lecho á una parida, si el parto y el alumbramiento se efectuaron sin incidentes, si su aparato genital está normal, si su estado general es satisfactorio; pero es preciso además que el pulso se sostenga alrededor de 80 pulsaciones. Siempre que el pulso sea más frecuente, no dejaremos levantar de la cama á una parida, sin adquirir antes la seguridad de que no existe en ella una trombosis.

DR. P. ZULOAGA MAÑUECO.

Los primeros signos de la gestación

POR EL
DR. PEDRO NUBIOLA Y ESPINÓS (1)

EXCMO. SEÑOR:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES:

De reconocimiento han de ser las primeras palabras que pronuncie en este histórico recinto por la dignación que conmigo habéis tenido de acogerme en esta ilustre Corporación. No me compete inquirir si ha sido acertada la designación vuestra, pero sí, muy complacido, manifestar que con ella me habéis altamente honrado y obligado, y en este momento solemne me complace expresar esta íntima satisfacción y profundo agradecimiento, diciéndoos á todos y á cada uno: gracias.

Mi antecesor en este lugar, en la Sección de Anatomía y Fisiología, fué el Excmo. Sr. D. Ramón Coll y Pujol. Al evocar su re-

(1) Discurso leído en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, en el acto de su recepción.—Junio, 1916.

cuerto, surge grandiosa la figura de dicho eminente maestro, que vivió, desde su mocedad hasta la senectud, para la ciencia y para la enseñanza.

En la ardorosa edad juvenil, gozando de envidiables dotes de fortuna y situación social, todo lo olvida para entregarse por completo al estudio, y después de brillantísima carrera, cifra sus afanes en la cátedra de fisiología de nuestra Universidad, que obtiene por voto unánime. Era esto en los años de 1876; no se enseñaba entonces histología en España, ni existían en la cátedra de Fisiología laboratorio ni aparatos; el nuevo profesor se procura de su personal peculio, instrumentos y material de investigación que lleva á la Facultad para emprender trabajos de vivisección y de histología, logrando con sus esfuerzos y tesón que no fuera un mito la asignatura cuya enseñanza tenía encomendada, que se intituló pomposamente Fisiología humana, teórica y experimental. En sus entusiasmos cada vez mayores, alejado de todo mundanal ruido, en aquellos primeros años de profesorado se pasaba el día entero en los míseros locales de que disponía en la Facultad de Medicina, entregado al estudio de la ciencia de la vida.

A su lado, atraído por el mismo amor á la ciencia, figura bien pronto un alumno que solicita ser su ayudante, que comparte sus tareas; ante ellas, hermanados en el trabajo, olvidan que son catedrático y escolar: se llamaba éste Miguel A. Fargas, el gran maestro que acabamos también de perder.

Después otro y otros; la tarea estaba emprendida para no cesar ya. Más tarde acude á aportar sus entusiasmos, á la par que sus dotes de investigador y de químico, el ya Doctor en Farmacia Valentín Carulla, nuestro Presidente; con él se introdujo en el Laboratorio de Fisiología la química biológica. Con placer vivísimo recuerdo yo las lecciones prácticas que de él recibí siendo estudiante. Sucédele después Augusto Pí y Suñer, mi doctísimo y dilecto amigo, y con su actividad incansable y sus grandes dotes, convierte el Laboratorio en escuela y foco de la moderna biología; últimamente Jesús M.^a Bellido, asceta de la ciencia, á ella entregado en cuerpo y alma, amigo cariñoso que añoramos, que salió del Laboratorio de Fisiología de nuestra Facultad para ir á enseñar la misma disciplina desde la cátedra de Zaragoza.

Esta ligera reseña que esmaltan estas figuras que crecieron en los brazos del maestro, dicen mejor que todos los elogios que pudiera yo prodigarle el valor intrínseco de quien los cobijó, transmitiéndoles ó avivando el fuego sacro de su entusiasmo por la ciencia que adoraba.

Tan bien secundado, podía descansar el Maestro, y parodiando al hidalgo cervantino, su descanso era estudiar, leer, y entre sus libros, maltrecho y doliente, pasaba los últimos años, noches y días; entre sus libros fué la muerte á buscarle.

Los primeros signos de la gestación

El organismo femenino está de tal manera dispuesto para las funciones de reproducción, que durante todo el período de vida genital, ésto es, desde la pubertad hasta la menopausia, viene supeditado á un hecho, nuevo en él, que espera, que aguarda, para el que se prepara; este hecho es la concepción, y durante estos treinta años de su vida pudiera decirse que oscila el organismo de la mujer entre la esperanza y la ansiedad, y el desengaño y la decepción, manifestándose ésta á las cuatro semanas por un hecho tangible, la pérdida sanguínea catamenial.

Obsérvase en la mujer un verdadero proceso cíclico sexual, al que corresponden notables modificaciones de su funcionalismo orgánico, las que describen una onda que va en aumento después de la menstruación hasta el período premenstrual; más tarde, no habiendo tenido lugar la fecundación, la onda desciende, alcanzando su depresión mayor durante las reglas. Como bien dice mi ilustre amigo el maestro Mangiagalli, «á la evolución progresiva del ovísaco, corresponde el aumento, también progresivo, de las actividades orgánicas, para crear las reservas de energía destinadas al nuevo ser que debiera desarrollarse, y á la vez se producen las modificaciones de la mucosa uterina que le permiten estar dispuesta á la nidación del óvulo fecundado. Si la fecundación no ocurre, la onda de energías orgánicas no desciende y sobreviene la hemorragia menstrual, que representa así la parte reguladora: vuelve á comenzar entonces en la mujer un nuevo ciclo sexual.»

Las relaciones entre la menstruación y la ovulación, así como entre la ovulación y la fecundación, son muy difíciles de fijar; por ello se han sustentado por muchos autores opiniones contrapuestas.

La teoría antigua, clásica, establecía la siguiente sucesión de hechos: ovulación, menstruación, fecundación, supresión menstrual; mientras que la teoría que podríamos apellidar moderna las ordena de esta forma: menstruación, ovulación, fecundación y supresión del menstuo.

Sin]prejuzar ahora el momento de la ovulación, aceptamos que ocurre después de las reglas, así como el hecho de la nueva

menstruación supone que durante el período intercalar la fecundación no se ha realizado, pudiendo por tanto repetirse con Simpson que las reglas representan la pérdida de un óvulo no fecundado. La menstruación, cuyas causas y verdadera naturaleza no han podido aún ponerse en claro, no tiene importancia en el ciclo sexual si no es como un hecho, además de regresivo, negativo: decir menstruación, supone que el ciclo sexual ha terminado. Posteriormente á las reglas, en el período llamado postmenstrual, se regenera la mucosa uterina; el epitelio glandular y las células conjuntivas se reproducen activamente; sigue después el verdadero período intercalar de reposo, y á continuación se inicia el período premenstrual que corresponde á la semana anterior á las reglas, durante el que experimenta muchas veces la mujer las molestias comprendidas con la denominación de molimen menstrual. La mucosa uterina aumenta de grosor; se hipertrofian las glándulas, cuyo epitelio entra en actividad secretoria; se acrecienta el protoplasma de las células conjuntivas, y se abulta también el núcleo, recordando las modificaciones deciduales. Una vez ocurrida la menstruación, tales transformaciones desaparecen; la mucosa queda, por decirlo así, en descanso.

Tan interesantes modificaciones son regidas, según recientes y concienzudos estudios, por el cuerpo amarillo que se constituye en el folículo de Graaf cuando ha tenido lugar la dehiscencia del mismo. Una vez establecido, el cuerpo amarillo se desarrolla, y cinco ó seis días después entra en regresión. El cuerpo amarillo ó lúteo está compuesto de elementos celulares rodeados por trabéculas conjuntivas y abundante red capilar, que llega á veces á formar verdaderas lagunas; es la misma disposición que se observa en la hipófisis, las paratiroides, la zona cortical de la suprarrenal; es la estructura general de las glándulas endocrinas. Las células del cuerpo amarillo tienen uniformemente repartido en su protoplasma un pigmento que se considera de origen hemático: la luteína; estas células tendrán un producto de secreción que aparece en forma de abundantes granulaciones grasosas en el protoplasma, y corresponde por sus caracteres microquímicos á las lecitinas.

En mis investigaciones en diversas especies animales, he observado muy patente esta secreción, tanto más abundante cuanto más activo es el cuerpo amarillo, habiendo reconocido, además, las mismas gotitas graseosas acumuladas en los espacios linfáticos inmediatos; la regresión del cuerpo lúteo se aprecia por la menor actividad celular y también por el gran número de haces colágenos que van interponiéndose entre las células luteínicas, dando lugar á

que se constituyan los llamados *corpus fibrosum* y *corpus albicans*.

La significación del cuerpo amarillo se debe en gran parte á los tan conocidos trabajos de Fraenklen, quien, como resultado de sus investigaciones llegó á establecer que el cuerpo amarillo es una pequeña glándula ovárica que periódicamente se regenera, y periódicamente determina la hiperemia del útero, hiperemia que alcanza hasta producir la menstruación.

Villemain, de las observaciones recogidas de los ovarios de 39 mujeres operadas por diversas afecciones ginecológicas en plena vida sexual, deduce que el folículo de Graaf se rompe de los doce á los catorce días antes del flujo catemenial. De sus trabajos, detalladamente consignados en la magnífica síntesis publicada acerca del asunto por Chirié en *L'Obstétrique* (4.º año, núm, 5), resulta que el cuerpo amarillo aparece en pos de la rotura del ovisaco, desarrollándose hasta alcanzar el período de estado diez días después de la puesta ovular y por tanto, de dos á cuatro días antes de que se inicie la menstruación. Durando las reglas de cinco á seis días, puede considerarse que el cuerpo lúteo entra en regresión del tercero al segundo día de fluir la sangre menstrual. Cuando se verifica la regresión del cuerpo amarillo, comienza ya á diferenciarse en el ovario un nuevo folículo, y á medida de la regresión de aquél, aumenta el desarrollo del nuevo elemento folicular. Existiría, pues, siempre en el ovario un cuerpo lúteo, ya en regresión, ya en período de estado, sino en camino de constituirse.

Fraenkel, en recientes publicaciones (*Arch. f. Gynäk.*, 1910), basándose en 85 casos de intervenciones abdominales, establece que aproximadamente diez y nueve días después de haberse iniciado la menstruación anterior tiene lugar la rotura de un folículo, y ocho días más tarde, el cuerpo amarillo ha adquirido su máximo desarrollo; al comenzar la nueva menstruación involuciona, hasta quedar destruído.

Interesantísimos son, acerca del mismo asunto, los trabajos también recientes de Ancel y Bouin, comunicados á la Sociedad de Biología de París y publicados en el *Journal de Physiologie et de Patologie générale*, que con referencia á la ovulación les han llevado á establecer una división de los mamíferos, unos (mujer, perra, vaca, etc.), de ovulación espontánea, y otros (coneja, cobaya, roedores), de ovulación no espontánea, sino provocada por la aproximación sexual; tienen los primeros dos variedades de cuerpo lúteo: el cuerpo amarillo periódico, y el cuerpo amarillo de la gestación; en los segundo existe sólo el último; pero dichos ani-

males poseen, en cambio, en el ovario la glándula intersticial de que los otros carecen, aun cuando por la época de su aparición, en la pubertad, su desarrollo histogenético y sus productos de secreción pueden considerarse homólogos dicha glándula intersticial y los cuerpos amarillos periódicos.

Fraenkel, confirmando investigaciones de Wallart, viene á aceptar las proposiciones de Ancel y Boin, que son:

La glándula intersticial del ovario de los mamíferos de ovulación no espontánea, y los cuerpos amarillos periódicos de los mamíferos de ovulación espontánea, son formaciones homólogas; se trata de glándulas de secreción interna que condicionan los caracteres sexuales femeninos, y corresponden en el sexo masculino á la glándula intersticial del testículo.

El cuerpo amarillo de la gestación es una glándula que existe en todos los mamíferos; está dispuesta para el estado grávido, y no puede, por tanto, tener representación en el sexo masculino.

Si bien algún tiempo fueron considerados como diferentes el cuerpo amarillo periódico, que se denominaba menstrual, y el cuerpo lúteo gravídico, hoy no se admite diferencia alguna entre ellos; proceden del ovisaco; se constituyen y desarrollan de la misma manera; pero una vez que han llegado al período de estado, si no ha habido fecundación el cuerpo amarillo periódico sigue la evolución antes descrita; en cambio, si existe gestación, el cuerpo amarillo subsiste un tiempo variable y no llega á la regresión completa hasta la terminación del embarazo. En la coneja, según las investigaciones de la Srta. Niskoubina, dura el período de desarrollo cinco días, y el período de estado, de nueve á diez; por tanto hasta la mitad de la gestación. Los trabajos de Delostre en las vacas, demuestran que el cuerpo amarillo llega á madurez completa á los cinco meses de gestación. De los trabajos de Pottet y otros autores se deduce que en la mujer el cuerpo amarillo conserva sus actividades secretorias hasta poco antes de la mitad del embarazo: entonces comienza á regresar; se ha observado, con todo, algún cuerpo amarillo activo hasta en el noveno mes de la preñez. El cuerpo amarillo gravídico es, repetimos, el mismo cuerpo amarillo periódico de los mamíferos de ovulación espontánea, pero de mayor duración, de actividad secretoria mucho más prolongada.

Para sentar mejor los puntos que había establecido, y rebatir objeciones de diversos autores, Fraenkel publicó recientemente una nueva Memoria con el resultado de 277 investigaciones en conejas, por él practicadas desde 1903, de las que, refiriéndose sólo á «las operaciones aisladas sobre el cuerpo amarillo, han dado co-

mo resultado 53 destrucciones parciales con 31 gestaciones y 112 destrucciones completas sin ningún embarazo»; de aquí que se ratifique en sus conclusiones diciendo: «El cuerpo amarillo permite la fijación y el desarrollo de los huevos. La duración de su acción alcanza hasta el vigésimo día; por haber la señorita Niskoubina reconocido sólo quince días, acepta que existan variaciones individuales. Puede decirse que un cuerpo amarillo protege un número triple de huevos.»

León Loeb ha estudiado la influencia que ejerce el cuerpo amarillo en la formación de la decidua y demás modificaciones uterinas pregrávidicas; de sus trabajos publicados en el *Journal American Medical Association* resulta que aun cuando se impida al óvulo fecundado llegar á la cavidad del útero, la mucosa uterina se convierte también en caduca; que sin ovarios y, por tanto, sin cuerpo amarillo la caduca no se establece, y que, en cambio, trasplantando en cobayas fecundadas fragmentos de útero al tejido celular, se han visto constituir modificaciones deciduales características. De sus trabajos, repetidos después en conejas, deduce que el cuerpo amarillo rige por su secreción interna las modificaciones de la mucosa uterina y las primeras formaciones de la placenta materna. Loeb considera que todo ello tiene lugar por efecto de una sensibilizadora procedente del cuerpo lúteo y también de la acción mecánica del huevo sobre el útero, que en muchas experiencias substituía por picaduras ó incisiones del órgano.

Ancel y Boin, de sus observaciones en conejas, logrando la rotura del folículo sin gran traumatismo: coito no fecundante, rotura artificial de los folículos maduros y por la destrucción de cuerpos amarillos con el termocauterio, establecen conclusiones análogas á las de Loeb en lo referente á la sensibilizadora procedente del cuerpo lúteo, pero sin necesidad del huevo ó de la actuación de factor mecánico alguno sobre el útero.

Ancel y Boin afirman la acción del cuerpo amarillo grávidico manifestada por los fenómenos de hiperemia, de hipertrofia, de multiplicaciones celulares que dan por resultado preparar el útero para la implantación del óvulo fecundado.

De los trabajos de Fraenk len ya resultó bien claro el hecho de que el embarazo está bajo la dependencia del cuerpo amarillo; sin éste no hay nidación del huevo posible; si ya está el huevo implantado y desaparece el cuerpo lúteo, aquél se reabsorbe, la preñez no puede continuar; pero cuando la gestación de la coneja se encuentra en el último tercio, evoluciona hasta el fin con cuerpo amarillo y sin el cuerpo amarillo y sin ovarios.

Estas categóricas afirmaciones que han despertado tantas controversias, han sido cada vez más confirmadas por el mismo autor y otros investigadores con hechos precisos, excluyendo todas las causas de posible error. Las observaciones de la señorita Niskoubina demuestran asimismo que con destrucción previa de los cuerpos lúteos no hay gestación posible; que si el cuerpo amarillo se anula después de la implantación del huevo, éste se reabsorbe, y que la acción de los cuerpos amarillos deja de tener efecto pasada la primera mitad de la gestación, después de los quince primeros días, en vez de los veinte que señalaba Fraenkel; y también que la gestación puede continuar si se destruye incompletamente el cuerpo amarillo en actividad.

Acompañan á estos hechos tales requisitos de observación que es indudable pueden aceptarse como definitivos; quedan con todo entre ellos grandes huecos para llenar y muchos puntos que poner en claro. Sea como fuere, podemos dar por sentado que la menstruación, entendiéndola por tal el flujo sanguíneo con su triple condición de periodicidad, duración y cantidad, excluye la idea de embarazo y debe por nosotros ser siempre considerada como anterior á la gestación. El momento único y fijo de la ovulación, mejor dicho, la ovulación siempre periódica, en fecha determinada respecto de la menstruación anterior, no podemos aceptarla como un hecho absoluto, pero sí como el más frecuente. Sentado esto, resulta bien clara la cronología de los fenómenos de la fecundación, como establece el Dr. Ardévol en un trabajo acerca del ciclo catamenial, publicado en *Therapia* (1914), ocurriendo en la siguiente forma: «El óvulo llega á la cita, en el tercio externo de la trompa, del décimoquinto al décimo-octavo día, encontrando allí los espermatozoos que habían acudido previamente; aceptando que la fecundación tiene lugar poco después de la dehiscencia, del décimo-sexto al vigésimo día, y suponiendo, como es verosímil que el óvulo fecundado tarde, como en los mamíferos que se han estudiado bien, unos siete ú ocho días, poco más ó menos, en llegar al útero, resultará, como era de prever, que el óvulo ingresará en la cavidad uterina en el período premenstrual, es decir, en el momento más oportuno para su implantación.»

Recordando lo que hemos anteriormente puntualizado, la sucesión de hechos es fisiológicamente muy lógica.

Transcurrida la menstruación, se desarrolla el folículo de un nuevo ciclo sexual que va madurando hasta llegar á la dehiscencia; mientras el óvulo libre camina por la trompa donde va á ser fecundado, el cuerpo amarillo en constitución influye por su secre-

ción interna, cada vez en mayor grado, determinando en el útero las modificaciones que serán pregravidicas ó premenstruales, según haya ó no ocurrido la fecundación. En caso afirmativo, la mucosa uterina, dos ó tres veces más gruesa que en estado de reposo, cambiada en verdadera caduca, está pronta á recibir el huevo que desde el hostium tubárico se desliza hasta prenderse en ella por virtud de su acción corrosiva. Ahora bien; las cosas hasta este punto son, como decíamos, perfectamente lógicas, se suceden además en la misma forma por parte del ovario y por lo que atañe al útero; pero la terminación de lo que hemos aceptado como ciclo sexual no es la misma si ha ocurrido la concepción que en el caso de no haberse la fecundación realizado; en el primero falta la explicación de dos hechos que constantemente se observan, la falta de menstruación y la determinación del cuerpo lúteo gravídico; en el segundo falta también comprender el motivo, la justificación de la pérdida sanguínea menstrual.

Si el huevo fijado en el útero obrase como cuerpo extraño, provocaría en vez de amenorrea, hemorragia; la implantación del mismo en el órgano uterino, siendo por efracción ó corrosión, daría el mismo resultado. ¿Por qué, pues, dejan de ocurrir en la mucosa uterina modificada la congestión de los capilares, el edema, los pequeños hematomas subepiteliales precursores de la pérdida sanguínea menstrual? Esta consideración no resuelve el problema; pensemos, ya que no podemos afirmar, que uno y otro fenómenos, la falta menstrual y la persistencia del cuerpo amarillo corren parejas influidos por el mismo factor; y aun cuando en medicina debemos huir como de un grave riesgo de la teorización y de aventurar hipótesis, yo no dudo en señalar al mismo huevo como causa de la constitución del cuerpo amarillo de la gestación, así como éste debe serlo de la determinación de las modificaciones gravídicas genitales.

El huevo vivo puede actuar en tal sentido, como influye quizás desde el primer momento en la totalidad del organismo, ya que, además de las indispensables relaciones [metabólicas desde los más tempranos tiempos de su desarrollo, de él mismo, del organismo materno, ó de las simbiosis de ambos, resulta un fermento que Abderalden ha incluido entre sus fermentos defensivos. Este es un concepto; el hecho es, como veremos, que el fermento existe y puede reconocerse desde los primeros días de la gestación, y, existiendo, puede actuar.

De ser ello así, el vacío no existiría, la encadenación sería completa; un factor del huevo se agregaría, elemento nuevo, ó los

anteriores; justificando la sucesión de fenómenos que vienen sucedidos á la existencia de la gestación.

Como antes hemos visto, el cuerpo amarillo gravídico es indispensable aproximadamente hasta la mitad de la gestación para que ésta continúe; curioso es que en la mujer corresponda al tiempo de la consolidación de la caduca única, por fusión de la ovular con la refleja, con el momento en que el huevo deja de ser un saco recubierto de caduca (Bouquet) dentro de la cavidad del útero como en la época embrionaria, para quedar sólidamente fijado en toda su extensión á toda la pared del órgano. El desarrollo ulterior del huevo queda entonces mejor asegurado; su vínculo con la pared uterina no es parcial, sino completo; el útero, más que contentor, viene á ser envolvente; así como dió al huevo una túnica mucosa, se entrega al mismo en totalidad para formarle una cáscara ó cubierta muscular dilatada y contráctil. Cuando esto se ha conseguido, es ya inútil el cuerpo amarillo que allí en el ovario ha presidido tan magna labor y que ahora, innecesario, va extinguiéndose.

La fijación del huevo en el útero y la vascularización de las vellosidades, que luego constituirán la placenta, aseguran la nutrición de los elementos ovulares y la actividad nutritiva del producto de la concepción, que tan intenso desarrollo debe alcanzar en el breve tiempo de la preñez.

Bien establecido el intercambio materno fetal, el nuevo ser prolifera cada vez más intensamente, sumergido en el tanque amniótico, y este trabajo germinativo y de constitución tan extraordinario justifica la notable vascularización uterina y genital; así mismo el progresivo desarrollo del huevo va exigiendo el proporcional aumento del globo uterino y la ocupación cada vez mayor por éste de la cavidad pélvica y del ámbito abdominal, produciendo la inevitable compresión de los órganos inmediatos ó el desplazamiento de los mismos, causando también compresiones vasculares.

Se ha de percatar forzosamente el organismo materno de los nuevos hechos que en el seno del mismo ocurren; no me refiero ya al abultamiento del útero, sino al trabajo intensivo de crecimiento intraovular que puede llevarse á cabo merced á la madre y por la actividad vital del feto, mediante su anejo placentario; repercute dicha activa labor en la totalidad del organismo de la mujer, y desde el tegumento externo á su mismo esqueleto, desde las glándulas del tubo digestivo al tejido sanguíneo, desde el hígado y el riñón á las glándulas endocrinas, todo el cuerpo de la mujer es alentado por nueva actividad vivificadora, juvenil. Bar y Daunay observaron en perras grávidas una acentuada retención azoada por

parte de la madre en los primeros tiempos de la gestación, que vuelve á observarse aún más intensa á fines del mismo, con vistas indudablemente á la asimilación del feto.

Agunos de tales hechos de repercusión á distancia, por una parte, y por otra la influencia bien probada de todas las modificaciones uterinas y anexiales por acción refleja, justifican ciertos fenómenos, determinados trastornos que se suelen considerar como simpáticos en la preñez y de que deberemos luego tratar.

Siguiendo la gestacion su curso normal, cada vez mayor el desarrollo del feto, llega un momento, á últimos del cuarto mes y sino á mediados del quinto, á mitad de la gestación, en que el nuevo ser al contraer sus músculos se agita ya con tal energía que podemos apreciar sus *movimientos activos*, por auscultación, con nuestras manos, ó aun por inspección directa de la pared abdominal; que los *latidos* de su corazón podemos claramente percibirlos; que su misma *forma*, como su masa, que pelotea en el líquido amniótico, puede ser apreciada por nosotros. Ha llegado el momento, pues, en que la observación de uno de estos *signos fetales* nos permite asegurar el estado de gestación y que el feto vive, en que puede establecerse *con certeza* el diagnóstico de la preñez.

Permitidme ahora que dé una ojeada á los signos llamados de probabilidad, á que desde la iniciación del embarazo hasta transcurrido el primer cuatrimestre del mismo debemos fiar en clínica para el diagnóstico; los datos de fisiología genital anteriormente apuntados nos servirán para su consideración y esclarecimiento.

El primer signo del embarazo es la amenorrea, de que antes hemos tratado, signo constante á pesar de cuanto se diga, que hoy es admitido sin excepción, entendiendo el concepto de período cattermenial caracterizado por la triple condición á que he hecho ya referencia: *periodicidad* ó regularidad en la época de su aparición, y *duración* y *cantidad* análogas también á la de las otras menstruaciones. Por mi parte puedo afirmar que no he encontrado un solo caso de mujer que reglara durante el embarazo, aunque sí muchos con pérdidas sanguíneas, algunas cuantiosas, estando la mujer encinta, hemorragias debidas á múltiples hechos patológicos: amenazas de aborto, endometritis del cuello, pólipos cervicales, cáncer, etc. No pretendo negar que el útero recuerde la época de sus reglas traducida, aparte de algún malestar que la mujer experimente, por un aumento de flujo cervicovaginal blanco, rosado y alguna vez sanguíneo; tanto en tales casos como en los patológicos de que hemos hecho mención, sea poca, sea mucha la pérdi-

da sanguínea, no es periódica, no dura, ni es en la cantidad usual; se aparta, en una palabra, de la norma del tipo menstrual de la mujer de que se trate.

Es tan cierto esto que debe suscribirse el axioma que para las necesidades y conveniencias de la práctica médica propone en su hermoso *Tratado de Obstetricia* el maestro Racaséns: Toda mujer que en el período de la actividad genital no tiene la menstruación, debe ser considerada como embarazada hasta tanto que se demuestre lo contrario. Como bien dice el mismo ilustre profesor, ¡cuántos sinsabores se ahorrarían teniéndolo presente siempre en el ejercicio profesional!

No quiere ello decir que la falta de menstruación signifique gestación; sabido es que la amenorrea la producen muchos estados patológicos así como el fisiológico de la lactancia, y bueno es hacer constar, ya que al caso viene, que no siendo debida dicha amenorrea á causas de esterilidad absoluta, puede concebir la mujer á pesar de la misma. Así en la amenorrea fisiológica de la lactancia, no es raro observar gestaciones cuyo primer período puede pasar desapercibido; á hechos análogos corresponden las equivocaciones en la duración del estado grávido, los embarazos de doce y quince meses, por empalmar por decirlo así, una amenorrea de otra causa con la amenorrea gravídica.

Uno de los fenómenos más interesantes es la amenorrea dependiente de lo que desde Schmitt viene designándose con el nombre de embarazo nervioso: el falso embarazo ó embarazo fantasma, al que muchas veces mejor cuadraría el nombre de embarazo ilusión. Son más frecuentes de lo que puede parecer, y se observan no sólo en mujeres estériles próximas á la menopausia, en las recién casadas neurópatas ansiosas de maternidad y en las que la temen, sino también, aparte de estas condiciones ó circunstancias que podríamos llamar propicias, yo he visto algunos en mujeres de sistema nervioso en apariencia normal, casadas, con algún hijo, bien menstruadas anteriormente: son estos muchas, veces embarazos aditadas, recayendo en mujeres artríticas.

Empero, lo más interesante es que en muchos de estos embarazos nerviosos, además de la amenorrea, á veces completa, otras incompleta (pérdidas sanguíneas más ó menos atípicas) ocurren trastornos del apetito, saliveo, náuseas, vómitos, calostros á veces abundante, abultamiento y consiguiente veteado mamario y abdominal, pigmentaciones, etc., aparentando el curso de un embarazo efectivo y terminando en la época, digamos de término, con un falso parto.

Yo no dudo de la dependencia nerviosa de tal situación, y la prueba es que en todos los casos en que he intervenido, sea cual fuere el tiempo asignado á la supuesta gestación, en dos casos durante el falso parto, llevando el convencimiento del engaño sufrido á la misma paciente, ha seguido la inmediata ó rápida cesación de los fenómenos observados.

Pero aun siendo tal mi convencimiento, yo no he dejado de preguntarme si como factor inicial, sobre todo en casos de aparente normalidad anterior, pudiera figurar en causa alguna perturbación de la ovulación misma.

Los trastornos del apetito, el saliveo, las náuseas y los vómitos que, como acabo de indicar, se observan aún en el embarazo nervioso, suelen consignarse en todos los casos de Obstetricia como fenómenos propios de la gestación normal, como signos de probabilidad de la misma.

Y comienzo yo por hacerme la pregunta: ¿es exacto que ocurren en el embarazo normal?, para pasar después á otra consideración: ¿dependen tales hechos, en los casos que se observan, de la gestación, esto es, del trabajo ovular, de la actividad germinativa del nuevo ser?

Es indudable que el embarazo normal no ha de producir fuertemente perturbaciones del apetito, saliveo, náuseas ni vómitos, por cuanto son muchísimas las mujeres encintas que no los han observado ni una vez tan sólo; de manera que su ocurrencia, sobre no ser precisa, no es ni mucho menos constante; aunque frecuente, lo es menos de lo que se puede creer.

Sabido es también que los mismos fenómenos suelen observarse aparte del estado gravídico. Casos de sialorrea de igual intensidad que en el embarazo, vienen consignados en los tratados de patología del aparato digestivo; así el que citan Mathieu y Roux de un hombre que escupía á diario dos tercios de á litro, que bajo la influencia sugestiva del fármaco que se le recetó, y fué el taraxacón diente de león, á los pocos días se redujo la cantidad de saliva á 50 ó 60 gramos; suspendido el tratamiento, recayó en la sialorréa, y con el inocente sudorífico, con el diente de león, volvió á ceder.

Los especialistas del aparato digestivo conocen bien el vómito pituitoso esofágico de índole histérica ó nerviosa, como el vómito á tres fases; de saliva, esofágico, ácido ó alimenticio, del estómago y por último bilioso por pasar, con los esfuerzos, la bilis desde el duodeno; vómito que algunas embarazadas ofrecen al dejar la cama por las mañanas. Los caracteres del vómito histérico ó ner-

vioso: persistencia, regularidad, facilidad, rapidez, los observamos asimismo en las mujeres encinta, como también la conservación relativa del buen estado general, que en ambos casos ocurre, por ser el vómito incompleto y poder los pacientes volver á comer.

No quiero negar que la sialorrea, las náuseas y los vómitos sin motivo, tanto los considerados histéricos ó nerviosos, como los que se observan en las embarazadas, puedan primariamente resultar determinados por un pequeño trastorno orgánico digestivo: ocurren muchas veces en mujeres ya de funciones gástricas algo perturbadas, y después el sistema nervioso mantiene, exagerándolos, los síntomas, aun habiendo desaparecido la causa primitiva.

La misma menstruación, ó mejor dicho, el denominado molimen menstrual, da lugar en muchas mujeres á trastornos digestivos que Engelmann denominó histeroneurosis menstrual gástrica. La insuficiencia ovárica repercute igualmente en el funcionalismo de los órganos de la digestión, á los que trastorna á veces profundamente.

La retroflexión y otras desviaciones uterinas van la mayor parte de las veces acompañadas de un cortejo de síntomas de gastro ó enteropatía, llegando otras veces á determinar vómitos incesantes ó incoercibles, que cesan con la sola reposición del órgano en situación normal.

Muchísimas otras afecciones ginecológicas trastornan las funciones del aparato digestivo, justificando la frase de Stiller: «Después del cerebro, el útero con sus anejos es el órgano que más provoca, por vía refleja, perturbaciones gástricas.»

La hiperemesis gravídica, el cuadro nosológico de vómitos graves, denominados también incesantes ó incoercibles, que modernamente muchos autores atribuyen á una intoxicación, «no difieren en nada de los vómitos de tipo neuropático de las mujeres encinta cuya curación por sugestión directa ó indirecta certifica claramente su naturaleza», escribe Beloux en los *Archives des maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*. Abril, 1914.

En síntesis pues, el saliveo, las náuseas, vómitos y perturbaciones de apetito, no deben considerarse como resultado de una gestación fisiológica, no constituyen un verdadero signo de la misma, ya que pueden ocurrir con los mismos caracteres que durante el embarazo en todos los casos que hemos apuntado explicándose la relativa frecuencia con que los padecen las mujeres encintas por la facilidad con que repercuten en el aparato de la digestión los hechos del aparato generador, debiendo cotizarse en la producción de tales vómitos el factor nervioso.

Es corriente observar durante el embarazo, aumento de la pigmentación normal; así la llamada mascarilla del embarazo en la cara, la aréola y la subaréola del pezón, la línea media del abdomen, la región anogenital, etc. Este aumento de melanina es debido á la mayor intensidad secretoria de las células malpighianas, y pudiera ser influida por una mayor actividad del tejido medular de la cápsula suprarrenal. Esta actuación del pigmento en los puntos indicados, así como también el crecimiento mayor de pelos que á veces también se observa, no es ni constante, ni exclusivo de la gestación. Las mismas pigmentaciones se producen en diversos estados patológicos, pueden observarse en enfermedades uterinas, en quistes ováricos, etc., y en grado ligero se establecen algunas veces durante el período menstrual y en los casos de insuficiencia del ovario.

En otro concepto, las modificaciones gravídicas que ocurren en el aparato genital, especialmente en el órgano uterino, que ha de adaptarse al crecimiento del huevo que en su interior se alberga, son cada vez más apreciables. Estos cambios del útero en sí, á la vez que la influencia del órgano en desarrollo respecto de los órganos y tejidos inmediatos, constituyen también signos de probabilidad del embarazo.

Conocida la forma aplanada del útero y su figura más ó menos triangular, es posible reconocer, á veces desde el primer mes de la gestación y con más claridad en el segundo y tercero, que el órgano ha crecido y que la pared anterior y la posterior del mismo se encuentran separadas; que no tienen el relativo paralelismo que guardan en útero normal vacuo; que éste, en una palabra, se ofrece globuloso en vez de aplanado, abombando visiblemente si se explora á través de los fondos de saco vaginales. Por otra parte, la consistencia del útero ha cambiado, es muchísimo más elástico, de una blandura especial como de higo maduro; este reblandecimiento existe sobre todo en la región ístmica, entre cuerpo y cuello; por ello Hegar lo estableció como un signo del embarazo, fácil de reconocer haciendo el tacto combinado con la palpación. Dicho reblandecimiento se aprecia igualmente en la parte vaginal del cuello, en la zona próxima al orificio del hocico del tenca.

Siendo el útero más voluminoso, puede apreciarse una de sus características fisiológicas que es la contractilidad, tanto más acentuada cuanto más desarrollo alcance la túnica muscular, apreciándose alternativas de endurecimiento y de blandura de toda la masa uterina.

Tales cambios que en el útero se observan, dependen de las

modificaciones que imprime el embarazo á todo el aparato genital, y pueden resumirse en dos conceptos: hipertrofia y reblandecimiento por inhibición serosa.

La compresión de la vejiga da lugar á micción frecuente, mientras el útero ocupa mucha parte de la pelvis, precisamente en la primera época del embarazo y en las últimas semanas del mismo.

La compresión del recto acentúa el estreñimiento.

La compresión vascular se refleja en la mucosa vaginovulvar, que, congestionada y con red venosa mayor, adquiere la coloración amoratada rojovinosa de heces de vino; las venas de los extremos inferiores de la vulva, ano y aun del abdomen aparecen turgentes, constituyéndose con mucha frecuencia varices y también edemas en pies y tobillos.

Mas todos estos hechos, sin excepción, pueden igualmente observarse en diversos tumores genitales. Un mioma cavitario, intrauterino y un embarazo pueden tener exactamente el mismo aspecto, refiriéndose á las modificaciones apuntadas.

Modificaciones mamarias, producción de calostro completamente análogas á las que observamos en el primer trimestre de embarazo, y á veces aún mayores, las vemos con mucha frecuencia en casos de amenorrea y de embarazo fantasma ó nervioso.

Claro está que el clínico que se apoya en los antecedentes de la mujer, en su historia genital anterior, recoge el dato de la amenorrea; anota si existen los trastornos del aparato digestivo, y reconoce el abultamiento y diferente consistencia del útero; observa el signo de Hegar; aprecia la instauración de la actividad glandular mamaria, etc.; de todo ello deduce consecuencias, forma juicio, establece, en una palabra, un diagnóstico; pero prescindiendo de las necesidades de la práctica médica, ateniéndose al concepto de la gestación, puede decirse que de todos los datos que hemos ido acumulando, ninguno nos proporciona la seguridad fisiológica de la existencia de un nuevo ser en desarrollo en el seno materno.

Y desde los primeros tiempos de la preñez, el organismo de la madre es influido por el nuevo hecho; como antes hemos ya indicado, todo el organismo femenino es influido por la gestación. Si anatómicamente observamos los órganos y aun los tejidos de la mujer; podremos decir que en todos existen modificaciones, en todas las funciones observaremos cambios.

La digestión es más rápida; las secreciones digestivas están aumentadas; el hígado se encuentra en hiperfunción; la respiración es más frecuente; el corazón late mayor número de veces; aumenta la presión sanguínea; hay hiperleucocitosis. El metabolismo es-

tá cambiado, como lo demuestran múltiples observaciones. Hay hiperplasia de los elementos corticales del órgano suprarrenal; encontramos células nuevas en la hipófisis; este órgano se hace dos veces mayor; el tiroides se hipertrofia visiblemente. En el esqueleto aparecen osteofitos; las articulaciones se reblandecen y relajan. El tejido celular tiene mayor laxitud y blandura; la piel se pigmenta, y sus secreciones son más abundantes. Si durante la primera mitad del embarazo, y en virtud de las afirmaciones sustentadas respecto del cuerpo amarillo, nos atenemos á la influencia de este elemento glandular para explicarnos las mutaciones que van ocurriendo en el organismo femenino, será demasiado exigir al cuerpo lúteo; si quisiéramos atribuirlo á las relaciones entre madre y nuevo ser, no bastaría la actividad de éste en los primeros días y semanas de su desarrollo á justificar tan importantes efectos; debemos, pues, buscar la explicación ó el motivo en la parte extraembrionaria del huevo injertada en la pared del útero.

Sigue creyéndose, desde los trabajos de Duval, que el tejido corial tiene la propiedad de erosionar y destruir los tejidos maternos en que se apoya, que parece confirmar el concepto moderno de la nidación del huevo, basado en las observaciones de Kretz-Peters, v. Spee, Herzog y otros, poniéndose, por efecto de ello, el huevo por sus vellosidades ó raicillas, en contacto directo con la sangre materna; esta inmiscuición cada vez será mayor y cada vez más activa; es un tejido nuevo que actúa, no por intermediación de una red capilar, sino directamente incluído, por decirlo así, en la sangre de la madre; libres, flotantes en ella, se encuentran las vellosidades coriales y placentarias; la cubierta epitelial de Langhans y el sincicium representan, por parte del huevo y del feto, elementos de agresión y de defensa; la madre no posee medios de ataque ni de protección; viene á ser, en una palabra, elemento pasivo, obediente, y el nuevo ser con sus dependencias ovulares, el elemento activo é imperante.

El epitelio de las vellosidades coriales, según demuestran los trabajos de muchos investigadores, ejerce una función bioquímica selectiva; no es en modo alguno una membrana osmótica colocada entre madre y feto, sino un verdadero é importante órgano modificador; gracias al cual es posible el considerable trabajo de crecimiento y de diferenciación celular que en breve tiempo lleva á cabo el nuevo ser.

Conocido es el paso de células procedentes de las vellosidades á la sangre materna, la emigración de pequeñas masas sinciciales, á que tanta importancia se ha querido conceder desde Schmorl,

Lubarsch, etc. Se atribuyó al sincicio el carácter de antígeno que ocasionaría la formación de anticuerpos (citolisinas) en el organismo de la madre. Para Weichardt se trataría efectivamente de lisinas. Nuevas investigaciones, con el método de fijación del complemento (Frank) y de las precipinas, niegan la existencia en la sangre materna de anticuerpos placentarios y que se trate de citotoxinas. Se creyó que el plasma sincicial, al disolverse, dejaría libres los fermentos á él inherentes.

Abderhalden, siguiendo su concepto de fermentos defensivos, basado en que al llegar á la sangre sustancias extrañas al plasma, á pesar de ser de la misma especie, producen la movilización de fermentos de naturaleza especial, y partiendo del hecho de desprendimiento de vellosidades coriales que antes hemos señalado, creyó posible reconocer dichos fermentos si se tenía la suerte de que las investigaciones correspondieran á poco después de haber ocurrido el hecho inicial de desprenderse las células de las vellosidades.

Pero observó que los fermentos, que él denominaba defensivos, eran constantes en el suero de las embarazadas, no guardando, pues, relación directa con desprendimientos celulares del corión, de lo que dedujo que durante la gestación llegaban al plasma materno sustancias extrañas al mismo, procedentes de la placenta, que determinaban la presencia de fermentos en la sangre de la grávida. Las investigaciones de Abderhalden y otros autores han demostrado que «durante todo el tiempo del embarazo circulan por la sangre fermentos defensivos capaces de desintegrar la albúmina placentaria, demostrables ya á los ocho días de ocurrida la fecundación y hasta de catorce á veintiún días después de haberse desprendido del organismo materno la placenta.

Recordando que se considera que á los siete ú ocho días de la fecundación el huevo está ya en la cavidad del útero, sorprende, en realidad, la correlación de ambos hechos, y dada la constancia con que el fermento capaz de desintegrar la albúmina placentaria se reconoce desde aquella fecha hasta días después de haber terminado la gestación, viene en apoyo de la tesis sustentada de que del huevo parte el estímulo, sino el agente, al que tan exactamente responde el organismo de la madre.

(Se concluirá.)



ESCLEROSIS INICIAL EN EL MEATO URINARIO

IMPORTANCIA DE LA REACCION WASSERMAN PARA EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

J. C., 20 años, soltero, escribiente. Los antecedentes familiares sin relación ni importancia ninguna. Los personales no acusan más que sarampión á los siete años y pulmonía á los diez.

Historia de la enfermedad actual.— El día 10 de Diciembre próximo pasado tuvo una relación sexual y á los tres días de ella notó al orinar, una ligera sensación de escozor, localizada en la extremidad del meato y observó que fluía á la presión una gota que él llamó de pús, fué á ver á un practicante, que le dijo padecía una blenorragia y le mandó unas inyecciones de agua oxigenada y además le hizo unos lavados uretrales con permanganato potásico y á los cuatro días los suspendió tomando, en cambio, durante otros cuatro unas cápsulas de sándalo (6 al día) suspendiendo después todo tratamiento de la supuesta blenorragia. Así las cosas, el 14 de Enero tuvo otro contacto carnal con la misma mujer que el mes anterior; al día siguiente, notó la supuración del mes anterior y con este motivo volvió al practicante, quien le dijo que tenía un chancro venéreo y la blenorragia de la otra vez; el chancro lo trató con toques de ácido crómico y para la blenorragia cápsulas de gonosan; seis días de tratamiento y como no adelanta viene á la consulta.

En el examen del enfermo se notó un chancro que asomaba por el meato urinario é invadía la fosa navicular, chancro en plena floración, con induración grande, manifiesta, de constitución leñosa, que se apreciaba admirablemente por el tacto, linfagitis uretral, adenitis inguinal y axilar, y á la presión, por el meato salía una exudación mucosa de color ambarino y de poca consistencia (de ella no se hizo el examen microscópico), la prueba de los vasos de Guyot dió en el primero exudado mucoso y nada en el segundo. Fuera de lo señalado, no tenía ni local ni general nada anormal.

Después del examen se sospechó que se trataba de un chancro sifilítico, diagnóstico que clínicamente se podía hacer, pero claro es que teniendo un medio diagnóstico como la reacción Wasserman, á él se acudió; se le hizo por los procedimientos de Noguchi y de Cevaditi-Baüer y dió resultado francamente positivo, confirmó el diagnóstico clínico y se instituyó con arreglo á él el tratamiento siguiente.

Para el chancro agua oxigenada pura y polvos de subnitrito de bismuto. Y se le dispusieron inyecciones intravenosas de cianuro

de mercurio de un centigramo en un centímetro cúbico, y en días alternos, previo análisis de orina, que á la tercera inyección dió una cantidad pequeña de albúmina, se suspendió el mercurio y se le puso á dieta de leche, desapareciendo enseguida; con esto coincidió la aparición de dos placas mucosas en la garganta y se le pusieron otras tres inyecciones de cianuro; al terminarlas el chancro había desaparecido. Se le hizo nuevo análisis de orina, precursor de la medicación arsenical y dió otra vez albúmina, producto de una ligera nefritis de orden mercurial; pasado que fué, se le hizo exploración de fondo de ojo, de sistema nervioso, aparato circulatorio, respiratorio, riñón, hígado y como no presentaba ninguna contraindicación se le inyectaron 45 centigramos de novourunbenzol, en inyección endovenosa, dispositivo Robert Carrière; á las 2 horas de la inyección 38° 2', á las 6 horas 36° 8' y á las 24 temperatura normal, se quejaba de dolores en la garganta, tuvo durante cinco días ligera diarrea y como fenómenos de la reacción de Herpeheimer una ligera agudización de las placas mucosas de la garganta y la aparición á las 24 horas de la inyección, de dos plaquitas en la cara interna del labio superior. Placas que así como las de la garganta desaparecieron á los cinco días.

Se le ponen otras seis inyecciones endovenosas de cianuro y luego se le prescribe ioduro potásico por 10 días y se le suspende el tratamiento por 15 días.

El 27 de Abril se le hace reacción Wasserman con resultado positivo, pero más débil que la primera, 6 inyecciones de cianuro, análisis de orina el 14 de Mayo, indicios de albúmina, dieta láctea; el día 20 nuevo análisis, había desaparecido la albúmina.

El día 25 se le inyectó otra dosis de 45 centigramos de novourunbenzol, ningún trastorno ni reacción febril. Luego seis inyecciones de cianuro y ioduro potásico por diez días; el 10 de Julio se le empieza á poner otra vez cianuro, otras seis inyecciones, y el 25 de ese mismo mes se le hace la reacción, que da resultado negativo, y en vista de esto se le da de alta condicional, encontrando en el reconocimiento entonces practicado una disminución notable de los infartos ganglionares, ninguna lesión de piel, mucosas, huesos; ningún trastorno nervioso, ni tampoco muscular.

El enfermo, que pesaba al empezar el tratamiento 46'300 kg. pesó el 25 de Julio 51'200 kg., se encuentra fuerte y con energías para el trabajo. El 25 de Agosto vuelve á la consulta; reacción negativa y en el mes transcurrido no le ha aquejado ninguna molestia, todo lo que siente es favorable. Esto es, á la lijera, la historia de la que hemos de sacar alguna consideración.

El enfermo historiado, por su ignorancia, acude como hemos visto á un practicante, éste le instituye un tratamiento para una *blennorragia imaginaria* de la que aparentemente cura, pero pasado un mes se repiten los fenómenos que le llevar on al practicante: vuelta á el practicante y nuevo tratamiento, que por *fortuna* para el enfermo no le hace nada, pues si hubiese curado un chancro (ya sabemos que los chancros sifilíticos cicatrizan expon táneamente en un período que oscila entre seis semanas y ocho) este enfermo se hubiese considerado *curado*, luego tampoco hubiese dado importancia á sus placas mucosas, que hubiesen pasado como simples anginas, y el treponema, dueño y señor de su organismo, se hubiese manifestado al poco ó al mucho tiempo, con lesión de hueso, sistema nervioso, circulatorio, etc., etc., y entonces tal vez, seguramente, como ocurre con otros muchos casos y según la índole de la lesión, poco ó nada se hubiese podido hacer y hubiese acabado como tantos otros, en *atáxico, paralítico, general*, etc., pagando con su vida su ignorancia, y lo que es más triste, transmitiendo á sus hijos (si los tiene) su sífilis, de la que haría partícipe á su mujer.

En el caso actual, el enfermo acude con su chancro, se hace diagnóstico clínico, confirmado con el análisis de la sangre y por este medio precioso, sin género ninguno de duda, se instituye el tratamiento; el resultado de él está bien claro en la historia, el tratamiento se sigue hasta la reacción negativa, se suspende *temporalmente* por un mes; nueva reacción *negativa*, ningún trastorno y el enfermo, teniendo idea exacta de lo que ha tenido, volverá á insistir una y otra vez en la reacción Wasserman y conforme á su resultado, será la conducta á observar en lo futuro. Y de este modo se llegará á una inmunización segura, que le ponga al abrigo de complicaciones y lesiones ulteriores sifilíticas y lo que tiene más importancia social no transmitirá la enfermedad á su mujer y tampoco y casi con seguridad se puede afirmar que sus hijos *no serán heredo-sifilíticos*.

Por todas estas razones y consideraciones que hacemos de esta modesta historia clínica, no creemos nunca insistir bastante en la importancia de la reacción Wasserman y conforme á su resultado, instituir el tratamiento, insistiendo en él hasta tanto que diferentes reacciones negativas, así como ninguna modificación clínica nos manifieste claramente la curación que hoy por hoy, podemos aceptar. De este modo los enfermos notarán nuestra actuación benéfica, que se extenderá á su sucesión y tendremos la satisfacción del deber cumplido, haciendo el bien al prójimo. -Dr. Mochales