



**FARMACIA
CATALANA**

DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



Farmacia *~ ~ ~*

~ ~ **y Droguería**

DE

A. Ruiz Seiquer

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos *=====*

===== Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones



Plaza de San Bartolomé

MURCIA

1917
10

MURCIA MÉDICA

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

AÑO III

MURCIA-ENERO-1917

Núm. 22

DIRECTORES-FUNDADORES

D. Antonio Guillamón Conesa ↔ **D. José Sánchez Pozuelos**

D. Juan A. Martínez Ladrón de Guevara

Académicos Corresponsales de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO

REDACCIÓN.—F. ALEMÁN, *Oftalmología*.—E. AMORÓS, *Enfermedades de la nutrición*.—F. CANO, *Medicina general*.—M. S. CARRASCOSA, *Ginecología*.—J. EGEA, *Urología*.—J. GALLEGU, *Pediatría*.—F. GINER, *Aparato digestivo*.—A. GUILLAMÓN, *Biología*.—J. A. MARTÍNEZ L. DE GUEVARA, *Aparato respiratorio*.—J. A. MOLINA NIÑIROLA, *Electrología*.—E. PALAZÓN, *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.—ARCA, Murcia.—AYUSO, Murcia.—AZÚA, Madrid.—BARAJAS, Madrid.—CAMPOS FILLOL, Valencia.—CAÑIZO, Salamanca.—CODINA CASTELLVÍ, Madrid.—CUBELLS, Albacete.—DECREP, Madrid.—DEL RÍO, Zaragoza.—FERNÁNDEZ, Granada.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GARCÍA TRIVIÑO, Madrid.—GÓMEZ OCAÑA, Madrid.—GÓMEZ, Murcia.—GONZÁLEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAEZ, Salamanca.—HERNÁNDEZ-ROS, Murcia.—LECHA-MARZO, Granada.—LIZCANO, Madrid.—LÓPEZ SANCHO, Valencia.—LOZANO, Zaragoza.—MAESTRE, Madrid.—MANERO, Alicante.—MARAÑÓN, Madrid.—MARQUEZ, Madrid.—MATEO MILANO, Madrid.—MEDINA (Alfonso), Madrid.—MEDINA (Francisco), Murcia.—NÚÑEZ, Salamanca.—PARDO, San Javier (Murcia).—PASCUAL, Madrid.—PASTOR, Valencia.—PESET (Juan), Valencia.—PESET (Tomás), Valencia.—PIGA, Madrid.—PIQUER, Murcia.—PITTALUGA, Madrid.—RAMÓN Y CAJAL (Santiago), Madrid.—RECASENS, Madrid.—RODRÍGUEZ FORNOS, Valencia.—ROYO GONZÁLEZ, Salamanca.—SÁNCHEZ DE RIVERA, Madrid.—SÁNCHEZ GARCÍA, Murcia.—TOLOSA LATOUR, Madrid.—VERDES MONTENEGRO, Madrid.

COLABORACIÓN AMERICANA.—DOCTORES: MIGUEL ÁNGEL.—KRAUS.—RAGUSIN.

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

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

SUMARIO ●●●●●

TRABAJOS ORIGINALES: *Hemofilia y tuberculosis*, por el Dr. García Triviño.—*Cirrosis atrófica de Laënnec tratada por hígado crudo de cerdo*, por el Dr. Alfredo de Martínez Serón.—*Para qué sirve y para qué no vale el neumotórax: Estudio crítico* por el Dr. Eduardo Buisan Pellícer.—**PRENSA PROFESIONAL**: *Sobre la estructura sincitial del corazón*, por los doctores L. Calandre y A. Navarro.—**ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS**: *Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. La herencia en la locura y psicosis: Profilaxis*, por el Dr. D. Luis Gómez García.—**SECCIÓN VARIA**: *Nuestro Concurso*.—*Estadística*.—*Publicaciones recibidas*.—*Concurso de MURCIA MÉDICA para 1917*.—*Noticias*.—*Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores*.

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

Jarabe Antiferino Moreno

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

DENTICINA MORENO

SOBERANO REMEDIO PARA COMBATIR TODAS LAS AFECIONES 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 Farmacia,
y en la de su autor

Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



✱
✱
✱
✱
✱

MURCIA MÉDICA
::: ENERO 1917 :::

Dr. F. García Triviño
PROFESOR
DEL
INSTITUTO RUBIO

::: NUESTROS :::
COLABORADORES

✱
✱
✱
✱
✱



MURCIA MÉDICA

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

Año III .. Enero 1917 .. Núm. 22

TRABAJOS ORIGINALES

HEMOFILIA Y TUBERCULOSIS

Por el DR. F. GARCÍA TRIVIÑO

Profesor del Instituto Rubio

Si me permito molestar vuestra atención durante breves momentos para decir algunas palabras acerca de la hemofilia y de la tuberculosis, no es ciertamente buscando una asociación caprichosa entre estas dos enfermedades, cosa que nada de particular tendría dado lo frecuente que por desgracia la tuberculosis es, y lo fácil que resulta encontrarla asociada a otros procesos morbosos, bien como enfermedad derivada, bien como causa ocasional, o bien como infección dormida y latente que se agudiza y exalta ante todo aquello que aumenta el agente infectante o que debilita los resortes orgánicos de defensa que el organismo opone en su lucha con la infección sea la que sea y llámese o no se llame infección tuberculosa.

Si yo hablo, pues, aquí de la asociación de hemofilia y de tuberculosis, es por tratar de un asunto acerca del cual no se ha hecho ni escrito nada, al menos que yo sepa, y acerca del cual puedo aportar una modesta experiencia clínica, poco numerosa, es verdad, pero suficiente en mi concepto para llamar vuestra atención y poner de relieve algunos comentarios clínicos a que su estudio se presta.

Hace tres años próximamente tuve ocasión de ver a un enfermo que a juzgar por los datos que la familia me suministraba, me pareció un claro y evidente enfermo tuberculoso. Se trataba de un muchacho de 14 años que refería haber padecido una congestión pulmonar, según dijo el médico de su pueblo, hacía tres años y que

a raíz de curada dicha congestión, «salsa de un catarro para entrar en otro» como con expresión muy gráfica y pintoresca nos indicaba la madre del enfermito. Como dato interesante, y al ocuparnos de los antecedentes hereditarios, la madre nos manifestó que su madre, o sea la abuela del enfermo, padeció de grandes hemorragias nasales, rectales y uterinas que pusieron en grave riesgo su vida repetidas veces y que determinaron su muerte en un parto por hemorragia copiosa e incoercible.

El enfermito en cuestión y después de la congestión pulmonar ya citada, con-
signa también en sus antecedentes patológicos profusas y abundantes epístasis que obligaron algunas veces al médico del pueblo a practicar el taponamiento anterior y posterior de fosas nasales.

Cuando este enfermo acudió a mi consulta del Real Dispensario de María Cristina acusaba como síntomas funcionales los siguientes: mucha tos, expectoración escasa y de color amarillento, muchas y abundantes hemoptisis, ligero adelgazamiento, no disnea, no fiebre, no sudor nocturno, algunos mareos, palpitaciones, buen apetito y alternativas de diarrea y estreñimiento.

Talla, 1'27. Peso, 33 k.

Pulsaciones, 118.

Exploración.—Por inspección se advierte un tórax de individuo delgado en extremo con fosas supraclaviculares hundidas, ángulos condro-costales muy acentuados, espacios intercostales y costillas perfectamente visibles y apófisis espinosas de vértebras que se pueden contar y delimitar perfectamente sólo por inspección.

Palpación.—Punta de corazón latiendo en quinto espacio intercostal dos centímetros por fuera de línea mamilar. Aumento de vibraciones vocales en lado derecho lo mismo por detrás que por delante hasta cuarto espacio intercostal.

Percusión.—Sonido mate absoluto en fosa supraclavicular y primer espacio intercostal derecho, submatidez hasta cuarto espacio intercostal del mismo lado. Matidez completa, también en lado derecho, en la región supraespinosa. Sonido claro pulmonar en todo el lado izquierdo.

Auscultación.—Lado derecho: estertores crepitantes finos hasta segundo espacio intercostal, inspiración muy áspera y soplo hasta cuarto espacio. Lado izquierdo: inspiración entrecortada y ligero soplo en fosa supraclavicular; en resto de pulmón izquierdo murmullo vesicular normal.

Tonos de corazón, normales.

En este enfermo lo que más llamaba la atención y lo que más alarma producía en su familia y en los médicos que habían tenido ocasión de verle, eran las repetidas y copiosas hemoptisis que desde la citada congestión venía padeciendo y por una de las cuales atravesaba cuando yo le ví en el Dispensario.

El enfermo cada vez que tosía expectoraba sangre pura, roja y aireada que nos

obligaba a excluir ningún otro origen que no fuera el pulmonar, y así llevaba, según la familia nos manifestó, 28 días sin que dieran resultado los numerosos medicamentos que el médico del pueblo había puesto en práctica para cohibir tan rebelde hemoptisis.

Yo, naturalmente, con todo el conjunto de signos físicos y de síntomas funcionales que presentaba el enfermo, hice desde luego un diagnóstico de tuberculosis pulmonar indudable, pero teniendo presente sus antecedentes hereditarios, su historial de epístasis frecuentes y repetidas y sobre todo su pasado y su presente de hemoptisis casi constante, pensé en una hemofilia o al menos en una diátesis hemorrágica, asuntos acerca de los cuales desgraciadamente todavía sabemos tan poco.

Indiqué a la familia del enfermo que guardaran un esputo a ser posible sin sangre cosa que se consiguió al cabo de tres días de absoluto reposo del enfermo, y lo mismo el esputo que la sangre previamente extraída del enfermo, fueron analizados.

El análisis del esputo fué positivo, encontrándole en abundancia bacilos de Koch. El análisis de la sangre dió una fórmula hemoleucocitaria completamente normal a excepción de un ligero aumento en los mononucleares, signo señalado por Weil en las diátesis hemorrágicas pero al que el mismo investigador asigna un valor muy relativo.

En fin, y para no cansar vuestra atención con demasiados detalles, visto que el síntoma predominante y amenazador en este caso era la hemoptisis, y partiendo de la base de un diagnóstico firme cuál era el de la tuberculosis, yo intenté todo lo intentable para calmar y cohibir hemorragia tan rebelde. Prescribí los opiáceos para calmar la tos, ordené un absoluto reposo en cama, recurrí al cloruro de calcio, a la trinitrina, a la adrenalina, a la ergotina, en la que nunca creo para las hemorragias pulmonares pero que a la desesperada la impuse, y nada, absolutamente nada llegué a conseguir, pues si bien es verdad que la tos con las grandes dosis de extracto tebaico y de codeína casi llegó a desaparecer, el enfermo con sólo un ligero *carraspeo* laríngeo, si me permitís esta palabra poco científica, seguía expectorando sangre en todos o casi todos los esputos.

Este enfermo se fué a su pueblo y por un pariente suyo supe que falleció a los cuatro meses de yo haberle visto a consecuencia de un vómito de sangre que a juzgar por los datos incompletos que el citado pariente me suministró más parecía tratarse de una hemoptisis que de una hematemesis.

El segundo caso, bastante parecido al anterior, es el de una señorita que este verano he tenido ocasión de ver en una capital de provincia del Norte y en cuyos antecedentes familiares también se consigna la diátesis hemorrágica en una tía carnal, hermana de su madre, y en cuyos antecedentes patológicos figuran grandes he-

morragias nasales y rectales y menstruaciones terribles por su intensidad y duración.

Esta enferma padeció un paludismo típico hace seis años y desde entonces, si bien siempre fué anémica, según manifiesta su familia, fué cuando empezó a desenvolverse su enfermedad.

Actualmente también su aspecto es de una anemia acentuada.

Se trata de una tuberculosa clara y evidente con una amplia condensación de pulmón izquierdo y ligera infiltración de vértice derecho.

En esta enferma, como en el caso anterior, la hemoptisis incoercible y de relativa larga fecha, es el síntoma predominante, y aleccionado por mi pasada experiencia se hace análisis de esputos y análisis de sangre los cuales son hechos por el Dr. Gil Villarés.

El análisis de esputos resulta positivo, la fórmula hemática normal y el retardo en la coagulación de la sangre, evidente (siete horas).

Para no incurrir en enojosas repeticiones diré que en esta enferma se intentó, como en el enfermo anterior, todo lo que la clínica y la terapéutica aconsejan, incluso la emetina que en el caso anterior no empleé por no ser todavía conocida, y el fracaso, si no tan completo como en el caso anterior, ha sido evidente puesto que la enferma sigue expectorando alguna vez sangre, si bien hemos conseguido limitar la hemorragia hasta cierto punto.

Yo no puedo abusar de vuestra paciencia haciendo largos comentarios acerca de este asunto y acerca de las grandes enseñanzas clínicas que estos casos me sugieren; creo que dada la rareza de la hemofilia o diátesis hemorrágicas, rareza en parte debida a lo escasas que en sí son, pero en parte también imputable a lo mal conocidas y estudiadas que todavía están en la actualidad muchas enfermedades de la sangre, bien merece la pena de que estos asuntos vayan a la Sociedad de Especialistas de Pecho para así demostrar lo que nos ocupan y preocupan estas difíciles cuestiones y problemas de diagnóstico y tratamiento con nuestra especialidad relacionados.

En mis dos casos citados se trata de una evidente tuberculosis pulmonar; en esto el diagnóstico es categórico, rotundo. ¿Podemos con la misma seguridad afirmar la existencia de una hemofilia? Si hemos de atenernos a los datos poco concretos que los autores nos dicen, desde luego que sí. Hay antecedentes hereditarios, hay una exagerada tendencia a las hemorragias, hay en el caso primero aumento de mononucleares y en el segundo retardo de la coagulabilidad sanguínea, hay, en fin, por lo que hasta ahora conocemos, datos para afirmar la hemofilia y desde luego negar la existencia de la púrpura aguda y el escorbuto puesto que tal diagnóstico carecería de fundamento.

Y lo interesante, lo verdaderamente difícil de resolver, es la conducta terapéutica a seguir. ¿Qué recursos emplearemos ante el notorio fracaso de los ya conocidos? ¿el suero antidiftérico, o el suero de caballo preconizado por Weill? ¿la peptona de Witte preconizada por Nolf y Herry? ¿el hierro, la quinina y el arsénico recomendados por Clere como preveedores de la desglobulización? ¿el sulfato sódico a dosis de 10 centigramos cada dos horas como indica Loache y otros autores alemanes? ¿el cloruro de calcio tan eficaz en un gran número de hemoptisis tuberculosas puras pero tan inútil en estas hemoptisis hemofilicas?

Todos estos son problemas que yo planteo sin resolver, pues dada la rareza de la hemofilia no es posible llegar a conclusiones precisas y evidentes a no ser con una práctica mayor que la mía.



Cirrosis atrófica de Laënnec

tratada por hígado crudo de cerdo (1)

Por el DR. ALFREDO DE MARTÍNEZ SERÓN

Académico C. de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia

SEÑORES ACADÉMICOS:

Un acierto terapéutico me acarició una idea. El meditar sobre ella, confortó mi ánimo. Hoy, el amor a nuestra ciencia mueve mi pluma y llego a tan ilustre Corporación para ofrendarle las primicias de mi labor clínica.

Siquier sea breve, un relato habré de haceros de mis enfermos para que os déis cuenta de su pasado y lo comparéis con lo conseguido en la actualidad, ya que es esto lo que me propongo reflejar; poner de manifiesto lo mucho que en poco tiempo, han avanzado por el camino del alivio, y que quién sabe, si anatómicamente no, clínicamente podrá llegar un día en que se les considere curados. Ejemplos varios, de diversos clínicos, me hacen soñar con época tan venturosa, mas aunque tan feliz momento no llegase, el hecho es que a la opoterapia debo mejoría real en casos *nada lisonjeros*. Mi enfermo F....., tiene 59 años de edad. De su pasado poco nos habla. De su buena salud nos refiere excelencias, y como *sobre ascuas* y a interrogantes mías dice, que hace treinta y algunos años, padeció una ulceración en su glándula a consecuencia de un coito que había realizado con tres días de anterioridad. Al oír lo de *úlceras*, un destello iluminó el problema del diagnóstico; mas al escuchar el poco tiempo transcurrido desde el contacto carnal a la aparición de su lesión, densa cerrazón envolvió el campo de la gnóstica.

Porque decidme: ¿Si su úlcera aparece a las tres fechas; si su lesión cicatrizó a los pocos días; si a mis preguntas dirigidas con el objeto de investigar una lues ignorada responde con negativas, no se os ocurriría pensar en una posible erosión ligeramente infectada, en un chancro blando, en una vesícula de herpes, etc. más que en una lesión inicial de la avariosis? Yo así pensé, pero a pesar de este

(1) Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia el día 1.º de Diciembre de 1916.

criterio como el transcurso del tiempo hasta las ideas patina, guardo mis reservas y en el momento que crea oportuno haré lo que proceda.

Hasta aquí lo que de su pasado remoto nos manifiesta; mas al referirnos la parte próxima ¡cuán explícito fué...! Desde hace tres años sus funciones digestivas están alteradas. Venciendo su inapetencia ingiere alimentos, mas éstos no se digieren con la normalidad de antes; sensaciones de peso y molestias, traducen su trabajo digestivo. Al levantarse son bastantes los días que vomita mucosidades biliosas. Las materias excrementicias, formes antes, son ahora en algunos períodos pastosas y líquidas presentando a veces *sospechoso color obscuro*.

Manifestaciones patológicas objetivas y subjetivas eran las referidas que le permitían realizar su cotidiano trabajo, pero hace un año que su padecimiento se agudizó en forma tal, que previo reconocimiento facultativo le fué conferida la baja.

Desde entonces a acá, ha sufrido un verdadero calvario. La desnutrición llegó a un grado muy acentuado, su abdomen creció desmesuradamente y su corazón debía dar pruebas de fatiga, fácil de explicar por los trastornos expresados y a más comprobado entre otros motivos por las fórmulas de mi predecesor, que entre otras figuran la digital, el estrofantus, la lactosa y la *hepatina*. Subrayo ésta porque más tarde me ocuparé de ella.

La enfermedad siguió su curso, y la colección líquida abdominal aumentó tanto, que fué preciso practicar una paracentesis. Operación realizada con éxito por el profesor que le asistía; el cual le extrajo más de veinte litros de líquido.

Próximamente a los dos meses del anterior suceso, fué requerido mi modesto concurso y entonces lo más interesante que aprecié es lo que sigue: de visu, parecía un hombre a un abdomen pegado, la colección líquida libre que su cavidad peritoneal albergaba, era enorme, tenía una ascitis gigantesca con la secuela lógica de ombligo prominente, extremidades abdominales muy edematosas, escroto infiltrado de serosidad, pene retraído, polaquiuria de origen mecánico, disnea que llegaba a la ortopnea, pulso pequeño y frecuente (110). Su radial tortuosa y dura me denotaba lo avejentado de su sistema arterial, ya que según frase feliz de clínico eminente, nuestro árbol circulatorio es expresión de la edad que bien pudieramos llamar clínica. Las paredes abdominales las surcaban gruesas venas indicando una muy dificultosa circulación portal. Depositiones amarillentas.

¿Qué impresiones saqué de mi visita y juicio que formulé? En seguida os lo voy a relatar. ¿Había diagnóstico concreto posible en aquellos momentos? Yo creo que no, al menos noblemente confieso que no lo hice. Mas no por eso creáis que salí en la forma que según refieren saltó el negro del sermón: eso no. ¿Podía explorarse a conciencia aquel abdomen, región que tantas sorpresas nos reserva?. En aquellas

condiciones no. ¿Entonces cómo formular juicio diagnóstico, si por exclusión en la región referida coloqué la causa?

El diagnóstico de cirrosis atrófica de Laënnec, era entonces para mí una presunción; lo coloqué entre interrogantes.

Hábilmente, vosotros mejor que yo sabéis la diplomacia que para inquirir algunas cosas hay que poner en juego, traté de averiguar su afición a la bebida y por el resultado pude colegir que él no era un vicioso, mas en las comidas la tomaba con largueza. Dato favorable a mi presentimiento.

Cardíaco primitivo no era, entre otros la marcha del edema nos lo probó. Su miocardio daba pruebas de cansancio, mas con tanto remanso natural era que terminase por flaquear; a nuestras preguntas encaminadas a averiguar el estado del riñón contestó con negativas. Luego en abdomen había que buscar la etiología.

El juicio pronóstico como supondréis por las superficiales referencias hechas, no fué muy favorable para el período próximo y francamente desfavorable para el remoto.

Mi conducta a seguir en aquella triste situación fué primero médica pensando en un muy posible porvenir quirúrgico, punción o más tarde practicar un Talma con la variación introducida en su técnica por el notable Dr. Pastor Reig de Valencia, muy querido maestro mío.

Le impuse que continuase con la dieta láctea y a más prescribí medicación purgante y diurética. De la primera escogí un drástico y de la segunda uno que a más de provocar la diuresis tiene acción tonicocárdica.

De mi enfermo supe por referencias que las numerosas deposiciones y la abundantísima excreción de orina que los medicamentos prescritos le produjeron, dieron ocasión a que su perímetro abdominal, que a nivel de la cicatriz umbilical, era de más de metro y medio, bajase algunos centímetros.

Transcurrieron unos días sin avisarme, cuando una noche fuí llamado urgentemente. Por el camino me informé de que tras la mejoría experimentada, había vuelto a recaer, y que con gran sorpresa, sin ningún esfuerzo previo, notó en la región umbilical bastante humedad y que despojado del vendaje contentivo, pudo apreciar con la emoción consiguiente, que por el ombligo y con gran presión salía un chorro filiforme de líquido.

En presencia del enfermo aprecié las noticias de referencia, le tranquilicé, recomendé decúbito adecuado, practiqué la antisepsia que me fué posible, traté de evitar los cambios bruscos de presión y dejando salir líquido esperé hasta extraer unos treinta litros, momento en que cesé, no porque quedase poco, sino por temor a los peligros consiguientes (edema de pulmón, dilatación cardíaca, hemorragias exvacuo, etcétera) previne a la familia de los posibles peligros de infección, que más tarde

desaparecieron, y la herida espontánea cicatrizó por primera intención, bajo la cura oclusiva con colodión que se le puso.

Tonificar el corazón, activar la derivación intestinal y estimular el filtro renal, fueron las indicaciones que cumplí. A más, el accidente acaecido dejando asequible el abdomen, me permitió ratificar mi diagnóstico de aproximación.

Sabiendo con la enfermedad que me las había, empecé a luchar con empeño para mejorar las horas de aquel pobre enfermo y para conseguir mi propósito a la inmensidad de la terapéutica dirigí mi esfuerzo.

Me resistía a concretarme en el tratamiento a llenar una medicación sintomática, aspiraba a realizar una labor más científica aunque se me alcanzaba la posibilidad de que el éxito no coronase mi obra. Con tal de no faltar al consejo que siempre debemos tener presente *primun non nocere* me importaba poco cosechar por todo fruto un desengaño. Son estos tan fecundos en enseñanzas..... que a la postre resultaría labor útil.

Pensé en un recurso del que se hacía uso en época que se esfuma en la lejanía de los tiempos, allá en la oscuridad de los siglos, que posteriormente en el siglo XIX, entró en su verdadero período científico con los trabajos de dos grandes figuras médicas. Claudio Bernard, el eximio fisiólogo, distingue entre las secreciones, las internas y las externas. Brown Sequard forma un cuerpo de doctrina y se constituye la opoterapia. Este la instituyó sobre bases muy sencillas, con pocas variantes las mismas que utilizaron nuestros predecesores remotos.

Recientemente, el conocimiento de las reacciones defensivas del organismo y su posible educación terapéutica, el estudio de las estimulinas homólogas, las hormonas, las quinasas, de los anticuerpos y anacuerpos, ha abierto dilatados horizontes a la resolución de los problemas médicos y ha proyectado potente rayo de luz en este apartado. Su detenido estudio, muy interesante, daría demasiada amplitud a este modesto trabajo y le haría perder el carácter de *nota clínica* que deseo imprimirle.

También resultaría asaz interesante algunas observaciones de cómo se empleaban las sustancias que la opoterapia nos da, en la época en que empezó a esbozarse, estableciendo un estudio comparativo con la forma y usos que el vulgo les da en la actualidad, para venir a deducir los motivos de algunos repugnantes crímenes, como el que se efectuó en la provincia de Almería durante mi estancia en dicha capital; cuyas fisonomías de los principales actores de aquella tragedia vive en mi memoria con los detalles de reciente; tal era mi estado emotivo.

Volviendo a mis enfermos, a la opoterapia se había recurrido en este caso; pero recordando lo que Plinio el Viejo decía, que la superioridad de los remedios animales consiste en que son todavía algo vivos, no quise que sus virtudes sufrieran

detrimento y pensando en la posibilidad de que la industria con sus toscos procedimientos podía introducir modificaciones en lo afiligranado de su arquitectura molecular, opté por propinar el hígado crudo y a más de cerdo según se recomienda por ser este animal omnívoro.

El resultado me dió la razón. Pasados por fortuna unos días de desasosiego por inquietantes síntomas de hiposistolia dominados con la medicación corriente, he conseguido que trastornos muy acusados de insuficiencia hepática hayan desaparecido. Deficiente la primer frontera que los cuerpos absorbidos encuentran a su ingreso en la economía, traté de enviar agentes que los requisasen con anticipación. ¿No se atenúan diversas sustancias tóxicas al ser reducidas a pulpa en mezcla con tejido hepático? Pues síntomas de toxemia desaparecieron.

El enfermo que desde que empezó su dolencia estaba sometido a régimen lácteo, está hoy sujeto a una alimentación mixta que tolera perfectamente sin acusar ningún trastorno. Su perímetro abdominal se ha reducido notablemente. La mejoría es evidente.

La otra observación es la de una enferma que tuve ocasión de ver, honrándome por ello, con un muy distinguido compañero de esta localidad y con el cual cambié impresiones para intervenir. De este caso, que es muy interesante por varios motivos, sólo os diré, que su circunferencia abdominal es casi normal, que desde hace algún tiempo postrada en el lecho, ha podido en la actualidad, cumplir con sus deberes de cristiana asistiendo a misa y a su familia y deudos ha podido devolver las visitas que le hicieron, y que su alimentación es variada, la cual digiere con toda normalidad.

He aquí lo que os ofrezco con íntima satisfacción, y ésta se verá colmada si vosotros, que como maestros os considero, tomáis en cuenta mi humilde concurso para desenmarañar el inextricable trabajo de nuestra diaria labor clínica.



PARA QUÉ SIRVE, Y PARA QUÉ NO VALE EL NEUMOTÓRAX (*)

ESTUDIO CRÍTICO

POR EL

DR. EDUARDO BUISAN PELLICER

MÉDICO TITULAR DE ARRÓNIZ (NAVARRA)

Lema: AL SABER, LE LLAMAN SUERTE

Mi temor, al emprender este camino, está en equivocarse la dirección que me tracé, y como la sobra de excusas, pregonero suelo ser, en ocasiones, de escaseces de valor, allá me lanzo sin más dineros que mi buen ánimo, dejando al que me siga la tarea de averiguar si alguna vez toqué en el clavo, o reboté, las más, en la herradura.

El neumotórax, aplicado como tratamiento en algunas enfermedades, y en particular en la tuberculosis pulmonar, ha sido aceptado con simpatía por el mundo médico, y a juzgar por lo que se ha escrito y hablado de semejante procedimiento, cualquiera diría se trataba de una panacea, poco menos que infalible. Su buena suerte científica no ha sido tanta al entrar en relación con los enfermos, pues aunque éstos, en muchas ocasiones, salgan bien librados de sus caricias y lleguen a disfrutar de sus virtudes, el neumotórax es tan avaro en concedernos las primeras, y son tantos los requisitos que hacen falta para disfrutar de las segundas, que son muchos los pacientes que tienen que renunciar a poseerlo, y entre los elegidos, no pocos los que se hastían de su larga convivencia.

Teniendo esto en cuenta, es muy sensible tener que renunciar en tantas ocasiones al empleo de esta terapéutica, y muy triste el lamentar, a consecuencia de la misma, algún desgraciado accidente; pero, sí es verdad que toda innovación cuesta al principio algunas víctimas, y que las lágrimas vertidas en recuerdo de estos seres es incienso que se quema en holocausto de risas y beneficios futuros, no habrá más re-

(*) Premiado por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia en el Concurso de 1916.

medio que perdonar al neumotórax sus malos efectos, en gracia a sus actuales y venideras utilidades.

En nada escatimo la hermosa labor de los apóstoles de esta idea; muy al contrario, admiro la tenacidad y la fe con que pregonan un medio de curación que creen muy seguro, su obsesión por perfeccionarlo y hacerlo extensivo a nuevas y mayores aplicaciones y el interés que muestran en convencernos de que con él podremos rescatar alguna vida.

Los tesoros de ciencia y observación por todos ellos aportados, son infinitamente grandes, si se comparan con la miserable ofrenda que me dispongo a entregar, y si nadie da lo que no tiene, nunca podré hacer otra cosa que colocar vergonzantemente mi granito de tierra en el sitio más bajo de ese gran monte de la ciencia, y en cuya cima, puesta por las divinas manos de los dioses del saber, resplandecerá brillante en algún día la imagen de la *Salud*.

I

El neumotórax, es una nueva medicina de la que mucho tiempo hace se sospechaba su utilidad, y si bien como hermosa síntesis de los desvelos y opiniones de numerosos hombres eminentes, antiguos y modernos, lucen los trabajos de Potain y de Forlanini, justo es dedicar el cariñoso homenaje de un recuerdo a los unos y a los otros.

Los primeros médicos que observaron los beneficiosos efectos del neumotórax espontáneo sobre la tuberculosis pulmonar, pueden considerarse como firmísimos puntos de apoyo, donde los dos citados autores asentaron los extremos del eje científico del neumotórax artificial, y del que, como si de rayos luminosos se tratara, arrancan los esfuerzos de cuantos posteriormente han intentado perfeccionar y enriquecer tan original y atrevido pensamiento.

El neumotórax espontáneo, como complicación frecuente de la tuberculosis pulmonar, fué considerado, durante mucho tiempo, como un accidente funesto para la vida del enfermo, siendo conocidos sus efectos desde la época de Laénce, y estando conformes todos los médicos en su apreciación desfavorable. Eco de las ideas de aquellos tiempos, son los trabajos de Bricheteau, Legendre, Barlow y Saussier.

En contra de esta opinión Bagliri, en el siglo xvii, (1669-1707), relató casos de curación en soldados atacados de consunción, después de sufrir heridas penetrantes de pecho. A pesar de su importancia, estos hechos se olvidaron, hasta que en 1838, W. Stokes, y en 1843, Bach, publican también algunas observaciones de neumotórax espontáneos seguidos de curación.

Estos resultados felices, hicieron cambiar poco el antiguo concepto que, respecto a la citada complicación, tan arraigado tenían los hombres de la Medicina. Por encima de este pesimismo, surgió la memoria de Woillez, sobre la curación de las perforaciones pulmonares de origen tuberculoso, en cuya obra, publicada en 1853, combate valientemente las ideas sostenidas por Saussier en su tesis de 1841, y demuestra, con pruebas, la curabilidad de la perforación pulmonar, diciendo que: «como consecuencia de la reparación anatómica de la perforación, sobreviene ordinariamente una mejoría notable y manifiesta».

Fundamentado en la compresión del pulmón, que es la idea que preside en la explicación de los buenos efectos del neumotórax, Richter relata, en 1856, un caso de tuberculosis pulmonar curado a continuación de un derrame de la pleura.

Dirigida la observación de este asunto en sentido favorable, los casos de neumotórax espontáneos, seguidos de curación, son muchos; Czernictri, en 1872, relatando dos casos, Viciér proporcionando en 1873 cuatro más y aportando Pernet, en 1878, otros tres casos por él observados, van engrandeciendo paulatinamente el ya rico caudal de hechos beneficiosos producidos por este accidente, siendo uno de sus florones más preciados, las 24 observaciones en las que el insigne Potain (1880), declara haberse producido mejoría en enfermos tísicos que padecieron neumotórax.

En este mismo año, Traube, inspira en parecidas tendencias la tesis de Tous-saint.

Después de este autor, Hérard (1881), en una comunicación al «10.º Congreso de la Asociación francesa para el progreso de las Ciencias», verificado en Argel, cita muchas observaciones de hidro-neumotórax que ejercieron beneficiosa influencia sobre lesiones tuberculosas, y sostiene, que cuando esta complicación sobreviene al principio de la tuberculosis pulmonar, *comprime el órgano* y ocasiona de esta manera una disminución de su actividad.

Esta concepción de Hérard había tenido un predecesor, y los efectos atribuidos por aquél al neumotórax sobre las lesiones bacilares fueron ya consignados por un fisiólogo de Liverpool llamado Carson, el cual en una memoria publicada en 1822 y titulada «*De las lesiones del pulmón*», demuestra ya el efecto perjudicial que la distensión elástica produce sobre la cicatrización de las heridas de este órgano. Dicha elasticidad, que tiende constantemente a alejar los bordes de las soluciones de continuidad, podría suprimirse produciendo el colapso pulmonar, por cuyo medio se favorecía la curación. Este autor había realizado el colapso en el conejo, incindiendo un espacio intercostal y produciendo un neumotórax perfectamente tolerado. De sus experimentos, dedujo que el remedio era seguro, sencillo y completo.

Otro médico inglés, Ramadge, pretendiendo establecer un drenaje en la caverna pulmonar de un tísico a quien operaba, produjo involuntariamente un neumotó-

rax sin consecuencias desagradables, y tanto este enfermo como otro, a quien con perfecto conocimiento de causa dejó que el aire penetrara en la pleura, gozaban de la mejor salud al cabo de dos años de operados.

Estos tímidos ensayos se olvidaron pronto, y únicamente merecen que, en 1856, Winderlich, y por el 1867, Krohler hagan de ellos breve mención.

Por esta época es cuando Piorry propuso provocar, por pesos o por un vendaje compresivo, la aproximación de las paredes pulmonares, con objeto de facilitar su cicatrización.

Más tarde, año 1887, Adárus y Spáth, comunican casos favorables a la acción del neumotórax espontáneo.

Los dos casos, con resultado feliz, comunicados por Spengler, el clásico término de *pleuresías providenciales*, inventado por Galliers en 1897, el apelativo de *salvatrices*, que puso Mosheim a determinadas pleuresías que pueden padecer los tuberculosos, y la conducta de Lecberc (de Lion), rechazando la toracentesis en el tratamiento de algunas pleuritis secundarias de estos enfermos, pregonan a grito pelado la fe que estos clínicos tenían en el aplastamiento del pulmón, llevado a cabo por un medio líquido o gaseoso, para curar los procesos fímicos que en sus lóbulos asentaran.

Por último, las afirmaciones de Steinbach, que practicó la autopsia en uno de los tres enfermos tuberculosos en quienes había observado una evolución favorable del neumotórax espontáneo, y en el que sobrevino la muerte por empiema, son un argumento más en favor del citado accidente, y un elemento de enseñanza en su mecanismo de curación, por la transformación fibrosa de las regiones comprimidas.

Aumentan progresivamente en estos últimos años las observaciones del neumotórax favorable, y los nombres de Jacoud, Lemtre, Kouzelman, Bianchi, Blandeau, Pie, Gauthier y Desplat, merecen consignarse por las informaciones que han aportado en este asunto.

Enlazando todos estos desperdigados eslabones del pasado a la cadena científica del presente, prestamos los elementos indispensables para que Potain intente, con fundada razón, curar sus pleuresías por las inyecciones gaseosas, y Forlanini y cuantos hoy comulgan en su credo, crean justificado probar la resurrección de un tísico, valiéndose de un neumotórax artificial.

II

Recogidas y valoradas, como ideas precursoras, las observaciones relatadas en el capítulo anterior, y apreciados, como dignos de imitarse, los balbucientes ensayos de neumotórax que se intentaron en el primer tercio del siglo pasado, lógico parece

suponer que alguien había de encargarse de semejante herencia, y la idea de obtener un fin beneficioso de aquellas admiradas ventajas, anidó en la mente de Potain, impulsó su voluntad, y su mano se aprestó a llevar a cabo las primeras inyecciones curativas en la pleura.

Sus observaciones, que fueron comunicadas en 1888 a la Academia de Medicina francesa, se referían a tres enfermos atacados de empiema tuberculoso, en los que Potain había ensayado reemplazar el líquido pleurítico por el aire esterilizado a fin de evitar los inconvenientes de la brusca descomposición del pulmón.

Consiguió con este procedimiento, no sólo la desaparición del derrame, sino la mejoría de las lesiones tuberculosas, cambiando los signos físicos en dos de sus enfermos, de tal manera, que había motivo para suponer que una proliferación fibrosa ocupaba el sitio de los antiguos focos caseosos. La conclusión a que llega Potain en su memoria es la de que: *estas prácticas parecen favorecer la cicatrización y curación definitiva de las lesiones tuberculosas, dejando durante largo tiempo en reposo y en la inacción, el pulmón enfermo*.

Nacida en suerte esta idea, adquirió indiscutible importancia al pasar a manos de los discípulos de este médico, y si bien todos contribuyeron con sus esfuerzos a encumbrarla, a nadie corresponde como a Vázquez, el honor de haberla colocado como medio curativo dentro de la práctica diaria.

Aunque muy importantes, ningún mérito restan estos hechos a Forlanini, iniciador indiscutible del método de tratamiento de la tuberculosis del pulmón por el neumotórax artificial, primero que ha precisado la técnica de esta operación, apóstol convencido de una nueva idea y a quien por su innegable autoridad y dilatada experiencia, no se le puede escatimar el título de maestro.

Este italiano, que ya en 1882, habiéndose dado cuenta de que no siempre empeoraba una tuberculosis pulmonar por la entrada de aire en la pleura, proponía sistemáticamente comprimir el pulmón por un neumotórax, en tan sensible dolencia, espera modestamente algunos años, y cuando creyó que sus concepciones teóricas podían darse como realidades, publicó sus primeras observaciones en 1894.

Si de las ideas sustentadas por Hérard, ya citado en el capítulo anterior, puede admitirse como consecuencia natural que la tuberculosis del pulmón puede curarse comprimiendo este órgano por una almohadilla gaseosa, ¿qué hay de extraño en que Forlanini, saltando por encima de las agrias censuras que de sus impugnadores escuchó, llevase sencillamente a la práctica lo que en teoría parecía a algunos tan utópico?

La diferencia que existe entre Potain y Forlanini, está en que el primero, hacía inyecciones gaseosas en una pleura enferma, que contenía líquido, y guiado empíricamente por un buen deseo; y el segundo, se dirigía a una pleura seca, en me-

por estado, y fundamentando su opinión en hechos suficientemente comprobados.

La piedra angular en que descansa el método que lleva el nombre de Forlanini, consiste en producir el reposo del pulmón enfermo inyectando en la cavidad pleural un gas que lo rehace y aplaste: el pulmón, debido a la elasticidad de su tejido, se deja paulatinamente comprimir y acaba por ser inmovilizado completamente. Si en nuestro intento llegamos a conseguir una compresión suficiente, quizá obtengamos una detención en la marcha de las lesiones tuberculosas, y como consecuencia favorable, la curación completa de las mismas.

Para Forlanini y la mayoría de los experimentadores, el aire o gas inyectado es parte activa que vence la elasticidad pulmonar y mecánicamente, aplasta su trama; pero, en cambio, León Bernard opina que el parénquima pulmonar dotado de propiedad elástica, la pone en juego tan pronto como el vacío pleural desaparece, y retrayéndose hacia su hilio, se aplasta cuanto le permiten las condiciones de presión. Interpretese como quiera la patogenia de esta retracción pulmonar, este último autor está conforme, en que las lesiones de tal guisa colocadas, se encuentran en las mejores condiciones para su cicatrización.

El año 1891 fué cuando Forlanini, queriendo dar cuerpo a sus ideas, practicó deliberadamente, con un fin curativo, el primer neumotórax artificial. Siguió publicando en los años siguientes sus numerosas observaciones, y hoy pasan de 170 los enfermos tuberculosos por él operados.

Mirado con recelo este procedimiento por sus compatriotas, tardaron algún tiempo en practicarlo, y hasta 1908, no aparecen las primeras observaciones de Orlandi, Fontana, Antonini y Bresciani.

Después de Forlanini y antes que los médicos de su país, los de distintas naciones practicaron con profusión el neumotórax, y hoy es inmenso el número de casos registrados.

Murphy, en América, presenta cinco enfermos en el congreso de Denver, año 1898.

Lemk, de Chicago, trata sesenta y cinco enfermos en 1899, y hasta es aplicado este procedimiento por Kelly, de Filadelfia, como terapéutica de la hemoptisis.

En 1905, Brätter, de Marburg, empieza a practicar el neumotórax artificial en colaboración con Lucins Splenger, Director del Sanatorio Schatzalp (Davos), imitándoles en el mismo sitio Muralt, Jaquerod, Burmand y algunos otros.

En el Sanatorio S. Ch. Weizerhat, Davos-Platz, por el Dr. Haus Staul.

En Génova, por Bard.

En el Sanatorio austriaco de Wienerwald, por Baer y Kraus.

En el Sanatorio danés de Wejlebjerg, por Sanguran y Begtrup-Haus en.

En Dinamarca, por Thue, Mjoen y Holmloe.

En Francia, merecen citarse los nombres de Pic y Gautier, Dessirier y Dumarest, cuyo último autor, practicó por primera vez en este país un neumotórax artificial, con resultado favorable, en el Sanatorio de Hauteville.

Citemos también para ser justos, a J. y P. Courmont, Bernard, Lionet, Pierry, Leuret, Küss y Billon.

En España, me complazco en hacer muy especial mención de los valiosos experimentos y observaciones relatadas por el Dr. D. Luis Sayé, ayudante de la clínica y laboratorio de Patología General de la Facultad de Medicina de Barcelona, lamentando no haber presenciado los trabajos de tan distinguido compatriota. (1)

* * *

El entusiasmo exagerado que algunas veces se derrocha en defender determinadas concepciones humanas, más que beneficio para las mismas, suele proporcionarles elementos de fracaso, y si la serenidad y el razonamiento no se imponen, la desilusión y el olvido vienen a enterrar ideas, que aplicadas en sus límites precisos no hubieran llegado a extremos tan lamentables.

Fríos, escépticos y poco dispuestos a recibir en el camarín de sus convicciones al nuevo *leáder de la neumoterapia*, los médicos, en no pequeña parte, han cambiado de modo de pensar, y hoy todos se creen con derecho a escribir y hablar de las grandes virtudes de este su nuevo amigo, sin que algunos se les ocurra, ni por pienso, hacer mientes en sus no pequeños defectos.

Es una verdadera *graforra* la producida por el neumotórax artificial en el mundo médico, y no hay revista ni periódico donde no se lean algunos de sus más frescos milagros, ni sesión científica en la que no se pregonen sus utilidades.

La prueba de las exageraciones apuntadas, la tenemos en lo sucedido en el *Congreso de la Tuberculosis* verificado en Roma en Abril de 1912, en una de cuyas sesiones se votó, que el método de Forlanini fuese profusamente aplicado, y

(1) Por tratarse de los elogios que se prodigan a este médico y por abundar en ideas conformes con las expuestas en este trabajo, es por lo que me permito copiar en este sitio un suelto del Dr. Chabás, inserto en la «Revista de Higiene y de Tuberculosis».—Valencia 31 de Octubre de 1915.

Terapéutica y Deontología.—*La cura de la T. P. por el neumotórax artificial.*—El profesor L. Ferrio (Tuberculosis, núm. 8, de 1915), en una notable conferencia en pro de este método tisioterápico, con excelentes observaciones y revelación de concienzuda práctica, aborda, aunque brevemente, el *aspecto profesional del problema*.

El mayor obstáculo—dice—para la difusión del método, está representado por la posibilidad de fallar la primera aplicación y por lo largo de la cura. Se puede seguir y

por si esto no fuera bastante, se pretendió la conveniencia de fundar una asociación internacional designada «*Pneumotórax artificiales*» con intervención para con los médicos que lo practicasen y conocimiento de los establecimientos de curación por este procedimiento, de tal manera, que fuese posible saber en todo tiempo el sitio a que podían mandarse los enfermos necesitados de esta terapéutica.

El número de publicaciones, escritas en todos los idiomas, sobre el neumotórax, es inmenso, y por lo que se refiere a las por nosotros conocidas y leídas, les atribuímos el achaque de sus escasas diferencias, no habiéndonos sido posible, en asunto tan hablado, discutido, desmenuzado y aplicado, vislumbrar gran cantidad de ideas originales.

¡Paz a la pluma!—¡Reposo a la lengua y a las manos!... y tratemos de ver si con lo que hasta hoy tenemos y sabemos, es posible orientarse en este enrevesado laberinto de opiniones, del cual, algunos autores, tan fácil nos presentan la salida.

III

Todos los hombres, desde los primeros tiempos, crearon para representar la salud, que es siempre lo que más ha valido, y para atribuirle la enfermedad, que en toda ocasión fué lo que por ellos más se temió, entes fantásticos, mitos y hasta seres reales, que llámeseles dioses u hombres, siempre tuvieron por patrimonio y oficio repartir el bien o el mal entre los mortales, según el humor de que estaban poseídos, o con arreglo al papel que se les había señalado.

Doy por seguro que la tuberculosis fué padecida desde que los hombres pisaron la tierra, y si en aquellos fabulosos tiempos lograron distinguirla como mala enfermedad, no escaparía seguramente algún mal genio sin hacerla responsable de los terribles daños que entonces produjera. Si Tifón, los Devas, Namtar o los siete Mastrin, dioses malos todos ellos, de los antiguos pueblos orientales, hubieran dis-

consentir una laparotomía, pero no puede asegurarse la prosecución de un pneumotórax, la herida operatoria de lo primero se nota como se desenvuelve, cosa que por no ocurrir en el pneumotórax se inclinan muchos enfermos a dejarlo estar. Médico superficial y cliente voluble se convienen fácilmente en ensayar una nueva especialidad pero raras veces se hallan dispuestos a una cura larga, paciente, meticulosa; la familia a la vez, no suele tener la paciencia necesaria. Y si a ello se agrega el pesimismo del público sobre la curación de la tisis, se comprende el obstáculo grande que existe a la difusión de este método, que implica varias sesiones, en un tiempo variable pero largo, de aplicación.

Otro obstáculo, que apenas indica el conferenciante, es el que para practicar esa cura se necesita «pasimonia severa, espíritu culto y diligente para no desacreditarla y servir al bien de los enfermos ante todo». Ese método como tantas otras novedades, específicos, panaceas, etc., que se presentan al tísico como tabla de su salvación, sue-

puesto a su sabor de semejante plaga, de fijo la eligen con preferencia para el castigo de sus muchos enemigos.

Lento y continuado el transcurso de los siglos, no han variado mucho las cosas desde entonces, y si las divinidades maléficas tenían gran predicamento en repartir entre los pobres vivientes esta y muchas más enfermedades, hoy somos menos poéticos en la personificación de los entes responsables a los cuales hemos hecho mucho más numerosos y bautizado con apelativos mucho más vulgares. *La herencia, el terreno, la predisposición, el alcoholismo, el microbio A, el bacilo X* y tantas y tantas cosas como podría citar, reconocidas como causas de trastornos y dolencias, son de un gran prosaísmo que no hace honor a nuestra inventiva.

Además si en los antiguos pueblos se defendían y trataban de librarse de sus lacras morales y materiales por los exorcismos, los sacrificios, los talismanes y las más extravagantes prácticas curativas, sin ocurrírseles discernir acerca de la verdad o mentira de tales intentos y con la ignorancia más tranquila respecto al valor intrínseco de semejante medicina, los que vivimos hoy, con procedimientos distintos, y en ocasiones algo parecidos a los de aquellas felices edades, aspiramos a curarnos de nuestras miserias, sin que, en ocasiones, consigamos mucho más con nuestros magníficos remedios, y sin que, tampoco muchas veces, podamos hablar claro de la manera de obrar de las mismas.

Estas consideraciones que por el mango de mi pluma se deslizan, y que me sugiere el pensar en el duelo entablado entre un enemigo tan formidable y potente como es la *tuberculosis*, y los infinitos campeones o remedios con quien ha luchado y lucha, y a quienes tan fácilmente vence cuando quiere, creo son de este lugar, si nos acordamos del flamante neumotórax atleta poderoso a quien hemos encargado nos represente en la lucha que seguimos sosteniendo con la terrible diosa.

Si aquél alcanzará victorias definitivas y duraderas, o será puesto fuera de

le servir como medio de escandalosos mercantilismos. No todos, además de realizar un estudio concienzudo del método como el publicado por la «*Revista de Higiene y de Tuberculosis*», números de Abril, Mayo, Agosto Octubre y Diciembre de 1913, y Mayo y Junio de 1914, del Dr. Sayé (que sigue siendo de lo mejor en la literatura mundial de esa especialidad), tienen, como este compatriota, esa «parsimonia severa» y... esa recta conciencia que limita la aplicación a los casos en que verdaderamente cabe esperar beneficio para el paciente. Contra esa rectitud profesional, revelada en la estadística de los 34 casos del Dr. Sayé, convencido partidario, y en la que se consignan, con ejemplar nobleza, 13 resultados nulos, habiendo dispuesto de centenares de tuberculosos en que practicarlo; al lado, repito, de este respeto a la ciencia y a la moral, están los «aprovechados» que pneumotoratorizan (permítase el verbo) a roso y velloso. En un par de meses hay quien ha practicado docenas de pneumotórax, motivo de exorbitantes cuentas que recuerdan los escándalos de las primeras aplicaciones del 606. Y... basta por hoy.—Chabas.

combate como uno de tantos muñecos terapéuticos, es lo que trataremos de demostrar en lo que queda de camino, pues es nuestro objeto hablar de las energías y aptitudes, de cada uno, para deducir de las relaciones de ambos, cuáles han de ser nuestras esperanzas de victoria, o cuántas nuestras certezas de derrota.

* * *

Actualmente, no basta el convencimiento de la curabilidad de la tuberculosis pulmonar; es preciso saber en qué condiciones y con qué frecuencia esta curabilidad se manifiesta. Dando de lado las disquisiciones de optimistas y pesimistas y las de aquellos que todo lo esperan del esfuerzo de la naturaleza, enfrente de los que únicamente confían en los efectos del remedio, creo pertinente a este capítulo apuntar algunas conclusiones de carácter práctico, pues ellas nos llevarán como por la mano, al lugar destinado como principal en el asunto que estamos desarrollando, al tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el neumotórax. Este procedimiento terapéutico, que puede aplicarse a ciegas en todos los enfermos declarados tísicos, es preciso diagnosticar cuidadosamente las formas que son tributarias de su empleo, pues si bien elegido el caso podemos esperanzarnos con el éxito, aplicado a quien no le convenga, seremos responsables del fracaso.

Excepcionales, aunque no imposibles, son los casos de curación en la tuberculosis grave, y seguramente habrá pocos médicos que, alguna vez en su vida, no hayan asistido a la resurrección de enfermos de esta índole. Aunque la tendencia del enfermo y de algunos prácticos, sea el abonar el milagro en la cuenta de la última receta que se haya formulado o del posterior procedimiento a que aquél se sometió, es lo cierto, que los períodos avanzados de la tisis, no son accesibles a los esfuerzos del médico.

Sin embargo, tísicos incurables, pero cuyo caudal de resistencias es muy grande, hasta el punto de soportar sin grandes molestias graves y extensas lesiones, pueden, colocándolos en circunstancias más favorables, vivir largos años en una semi-utilidad y disfrutar de un estado relativamente satisfactorio. Estos enfermos, dotados de buenas y eficaces defensas y cuyo organismo posee espontáneamente una fuerza reaccional bastante, son los que proporcionan algunos éxitos en su tratamiento.

Para juzgar de la gravedad de una tuberculosis y del tratamiento que en ella nos proponemos emplear, hemos de tener en cuenta una serie de elementos, cuyo exacto balance nos dará el juicio aproximado que necesitamos. Las condiciones de la enfermedad, las del enfermo, el medio climatológico en que vive, sus costumbres.

y la clase social a que pertenece, integran un conjunto importantísimo, guía seguro de pronóstico y tratamiento.

El médico entusiasta, que con perseverancia y paciencia, que más que en otra enfermedad, se necesitan para tratar a los tísicos, sigue una terapéutica que cree eficaz, verá sus desvelos sancionados por más éxitos que alcanzará el clínico sin fe, que juzgándose impotente ante el fantasma de la incurabilidad, no pone al servicio del enfermo sino la vacilación y la inconstancia. Si a los primeros se les puede encargar la dirección de toda clase de enfermedades, los segundos no pueden intervenir sino en algunos. En un tratamiento tan activo por parte del médico, como es el de la tuberculosis pulmonar por el neumotórax, desempeñan un gran papel tres condiciones que no todos poseen; la ciencia, el arte y la *paciencia*; pues grandes dosis de esta última se necesitan para no desmayar y abandonar un medio de cura, que durante meses y años algunas veces se prolonga.

FORMAS DE TUBERCULOSIS EN LAS QUE
: SE PUEDE APLICAR EL NEUMOTÓRAX :

Las formas agudas de la tuberculosis, llamadas *tisis caseosas*, son una de las indicaciones de elección en el tratamiento por el neumotórax. En la *pneumonía caseosa*, la *tisis galopante* y la *bronco-pneumonía tuberculosa*, ningún método da resultados comparables a los de esta terapéutica.

Pneumonía tuberculosa o caseosa.—*Sinonimia*: Infiltración tuberculosa (Laënc), pneumonía escrofulosa (Virchow), pneumonía descamativa (Bühl), tubérculo pneumónico (Grancher), nódulos tuberculosos peribrónquicos aglomerados (Charcot), tubérculo masivo o gigante (Hanot) y tisis aguda (Morfan).

Esta forma de tuberculosis aguda, está caracterizada, bajo el punto de vista anatómico por una infiltración tuberculosa del pulmón, forma masiva, lobar o pseudo-lobar, y clínicamente, por un complexus grave y agudo que se aproxima algo al de la pneumonía aguda.

Tisis galopante.—Esta enfermedad, llamada todavía *tisis aguda caseosa lobular ulcerosa*, corresponde a la forma diseminada ulcerosa de los alemanes. Algunos autores la llaman todavía, impropriamente, *Bronco-pneumonía tuberculosa*.

Presenta un comienzo más localizado que el de la pneumonía tuberculosa, radica casi siempre en el vértice e invade progresivamente nuevas zonas, con intervalos más o menos alejados, (forma caseosa extensiva).

Bronco-pneumonía tuberculosa.—Esta forma, llamada por Fraënkell *tuberculosis aguda peribrónquica o nodiforme*, es mucho menos frecuente y responde a

lesiones de *bronco-pneumovía lobular tuberculosa*, presentando las más grandes semejanzas clínicas y anatómicas con las formas de estas afecciones que dependen de otros virus patógenos. (Bard).

: FORMAS CRÓNICAS :
TUBERCULOSIS VULGAR

Forma fibro-caseosa extensiva.—Es la más corriente y que más especialmente responde a la descripción de tisis común por los autores. Está caracterizada por la sucesión de nuevos brotes que invaden, unos tras otros, distintas regiones del pulmón.

La forma fibro-caseosa congestiva, se caracteriza por la existencia de brotes tuberculosos activos, febriles y con frecuencia hemoptoicos y recidivantes sobre un mismo sitio.

Por último, las *formas caseosas cavitarias localizadas*, constituidas por la producción de cavernas resultantes de la fusión de un brote parenquimatoso circunscrito, comprenden dos categorías muy distintas, llamadas *forma cavitaria ulcerosa* y *forma cavitaria estacionaria*.

Estos son los casos en los que el clínico está autorizado para intentar el nuevo procedimiento curativo, contando con que la forma de tuberculosis no es más que el primer elemento indicativo y que por sí solo nada significa.

Desde luego se comprende que estos esquemas de formas tuberculosas, se dan en la práctica aislados y puros muy pocas veces, por cuya razón, es de recomendar un análisis clínico muy minucioso, que pueda, recurriendo a cuantos medios diagnósticos sean accesibles, llegar a deslindar con exactitud la relación existente entre las lesiones anatómicas interiores y los signos manifestados al exterior.

IV

El capítulo de las indicaciones y contraindicaciones del neumotórax artificial en la tuberculosis del pulmón, es uno de los más confusos y que más perjudican a este procedimiento. Las distintas y encontradas opiniones de los autores que lo han experimentado, sólo pueden ser fuente de indecisiones y temores para los que pretendan iniciarse en este medio curativo, y si a vuelta de remover las opiniones ajenas se deciden a emplearlo, harán bien en no fiarse sino en sus propias experiencias. Las dificultades de diagnóstico por un lado, la distinta apreciación de las lesiones por otro, el diferente criterio de aplicación de algunos y las sorpresas que los

enfermos proporcionan a los más, constituyen el punto más débil y vulnerable de aplicación tan encomiada.

Olvidan algunos experimentadores la vieja afirmación médica de que son enfermos lo que existe y no enfermedades lo que abunda; siendo indicación en el de aquí, y en el de allá todo lo contrario, viniendo a deducir de estas modestas consideraciones, que no es posible unificar las opiniones por completo, por la sencilla razón de que no descansan en *hechos absolutamente homogéneos*.

Muchas y especiales son las circunstancias que a un enfermo tuberculoso se le exigen, para que nos atrevamos a sostener que en él será beneficioso un neumotórax. La primera, es que posea una de las formas de tuberculosis descritas en el capítulo anterior; después, que la naturaleza y asiento de las lesiones, juntamente con el estado exterior de su pulmón y de su pleura, nos consienta esta intervención; luego, el estado de sus órganos respiratorios y circulatorios; más allá, alguna localización tuberculosa que pueda existir en otro sitio; la posición social del enfermo; enfermedades graves que al mismo tiempo pueda padecer; el carácter de que disfrute, y otra porción de elementos que contribuyen a que el método de Forlanini pueda ser en escasas ocasiones empleado, si no con seguridades de éxito, al menos con garantía suficiente para el enfermo.

Esta es una de las objeciones más serias que se han hecho al procedimiento, pues, si además de no ser absolutamente seguro el resultado que con él se alcanza, añadimos el contadísimos número de ocasiones en que nos es dable llevarlo a cabo, todos los beneficios que en estos últimos consigamos, palidecen ante las necesidades terapéuticas de los infinitos enfermos a quienes no es posible el aplicarlo. Además, si nos fijamos en las molestias que a un paciente proporciona el estar por tiempo indefinido bajo la férula de este remedio, que si problemáticamente puede curarle, casi seguramente no ha de hacer sino entretener su enfermedad, vendremos a convenir que se encontrarán en escaso número, ánimos con disposición tan resignada, no siendo posible, aunque precisemos bien la indicación, sustraernos a sus muchas contraindicaciones.

El neumotórax artificial, no constituye un método de tratamiento que convenga en todos los casos de tuberculosis pulmonar. Su eficacia, relativa, es por muchos aceptada, siempre y cuando se haga del mismo aplicación juiciosa y se determinen acertadamente las condiciones en que es lícito el emplearlo.

Con objeto de llegar a formar una idea aproximada en este asunto, es conveniente dividirlo en dos apartados:

1.º Indicaciones y contraindicaciones de índole material, patológica o intrínseca.

2.º Indicaciones y contraindicaciones de índole moral, social o extrínseca.

Entre las primeras, consignadas con ligeras variantes por casi todos los autores, se pueden incluir: La forma de tuberculosis, naturaleza, forma, extensión y asiento de las lesiones, estado de la pleura y del otro pulmón, tendencia evolutiva, estado general y de los demás órganos, coexistencia de alguna otra lesión tuberculosa a distancia, simultaneidad de alguna otra enfermedad o lesión en el parénquima del mismo pulmón que pretendemos colapsar, etc., etc.

Y entre las segundas, que apenas si son mencionadas por algunos, son dignas de tenerse en cuenta: el carácter, posición, residencia, profesión, edad, sexo y cultura del enfermo.



Indicaciones de carácter material—Después de diagnosticada y aceptada como buena y conveniente para poder ensayar en ella el tratamiento por el neumotórax, una de las formas de tuberculosis pulmonar descrita en el capítulo anterior, hablaremos de cuanto concierne a *lesiones unilaterales*.

Discrepan los autores en este punto a satisfacción, y desde las opiniones extremas de los radicales del método, a cuya cabeza figura Forlanini, hasta los de la extrema derecha, cuyos representantes pueden muy bien ser Galliard, Schmidt y Lenret, existe un término medio prudente y oportuno del cual conviene no separarse.

Dice el primero, o sea Forlanini, que no son indispensables las lesiones unilaterales, y que se puede aplicar el neumotórax en enfermos en los cuales el otro pulmón está atacado, pues, no solamente no es perjudicial sino que hasta puede ser beneficioso para la mitad pulmonar no colapsada.

Arguyen los segundos, que no debe aconsejarse el neumotórax sino cuando las lesiones son perfectamente unilaterales, pues el enfermo, con un pulmón colapsado e inútil y quedándole solamente el compañero para atender a la función respiratoria, si éste enferma de cualquier lesión intercurrente, el propietario de órgano tan averiado puede verse en serio aprieto.

Ni lo uno, ni lo otro. Esta indicación no es absoluta, y al decir lesiones unilaterales, bien pudieramos conformarnos con que el pulmón opuesto al neumotórax sea fisiológicamente suficiente para asegurar la hematosis, y aunque, como es natural, el caso típico sería lesión reducida a un solo lado, no hay motivo para suspender la intervención cuando en el otro no existen sino lesiones discretas e iniciales, pues, no preocupándose de las mismas, si damos por supuesto que el neumotórax detiene la evolución de la tuberculosis y es capaz de modificar favorablemente las alteraciones del lado operado, siempre tendremos la satisfacción de haber asegurado alguna sobrevivencia al enfermo.

Las exigencias de unilateralidad admitidas por algunos autores, pueden atenuarse mucho, sabiendo que no es preciso todo un pulmón para respirar, cuyo aserto se comprueba fijándose en las experiencias verificadas por León Bernard en colaboración con Le Play y Mantonx, las cuales, coincidiendo con las llevadas a cabo por J. Courmont, han demostrado que la vida es compatible cuando se puede contar con $\frac{1}{4}$ de la capacidad pulmonar ordinaria.

El pretender, como garantía del método, que uno de los dos pulmones esté sano, se funda también en que, aplicar el neumotórax a enfermos con lesiones múltiples en todo su árbol respiratorio, no ha de resolernos nada, por la sencilla razón de que las del lado libre, seguirán su evolución, mientras se trata de detener las del costado opuesto. Pero este doble trastorno es excepcional, y lo que más abunda, son enfermos cuya tuberculosis evoluciona muy desigualmente en uno y otro lado, siendo lo corriente apreciar, a la par que preponderancia en un pulmón, respecto del otro, lesiones viejas y esclerosas en el primero y de fecha reciente y en plena evolución en el segundo. Aunque no con muchas seguridades de éxito, todavía se puede intentar el neumotórax en estas condiciones.

Defienden algunos la unilateralidad, porque en ocasiones, el neumotórax practicado en un pulmón, puede ser el motivo de una infección en el opuesto. Con objeto de rebatir este argumento, ninguna opinión considero más atendible que la de León Bernard. Dice este autor: «Se ha pretendido que una compresión rápida y fuerte de un pulmón, es susceptible, por la evacuación brutal de una caverna en un bronquio, de lanzar partículas sépticas en el árbol respiratorio del otro lado y determinar, por este procedimiento, una *invasión hétero-lateral* (Forlanini). La existencia de parecidas embolias brónquicas, nos parece un poco teórica, aunque Leuret pretende haber observado dos veces el desenvolvimiento peri-hiliar de la tuberculosis del otro lado».

Para seguridad del enfermo, y aunque opino que la unilateralidad de las lesiones no es una condición indispensable, considero de mucha importancia cuando nos disponemos a restarle uno de sus pulmones por el neumotórax, hacer de lo que queda de su aparato respiratorio un examen clínico detenidísimo, para saber a conciencia cuáles son las pérdidas anatómicas que podemos tolerar, y a cuánto ascende el valor fisiológico de que podemos disponer.

Adherencias pleurales.—Parece cosa muy natural que el operador que se dispone a practicar un neumotórax, tenga conocimiento previo y exacto del estado de la pleura de su enfermo, y sin embargo, es una verdad lamentable, que a pesar del mucho tiempo perdido en el más minucioso reconocimiento, y aun cuando hayamos derrochado alardes de radiografía, nunca podremos pasar más allá de una muy relativa certeza; únicamente después de haber introducido la aguja y visto el resul-

tado de las primeras tentativas, es cuando podremos decir si es o no posible conseguir el objeto que nos proponemos.

Conocidas las reacciones pleurales que toda lesión tuberculosa, más pronto o más tarde, determina, es imposible exigir, para el alojamiento de un neumotórax, una pleura completamente libre. Este convencimiento no impide que aspiremos a encontrar la mayor cantidad posible de limpieza en la superficie de la serosa, pues, tanto más se dificulta el acto operatorio, cuanto mayor es el número de adherencias, cuanto más fuertes, viejas y resistentes son las mismas y cuanto mayor preferencia muestren por la base del pulmón, que al revés de las que asientan en el vértice, llegan a dificultar seriamente el método, o a impedirlo por completo, si la unión pleural es muy extensa.

La sínfisis parcial o total de la pleura, es la que dificulta, el mayor número de veces, la buena aplicación de la colapsoterapia, y en el balance de contraindicaciones, figura casi como la de más importancia.

No siempre que se encuentran adherencias conviene desilusionarse y renunciar al método; en ocasiones, lograremos despegar el pulmón de la pared costal, insuflando un neumotórax con lentitud y con progresión paulatinamente creciente, llegando a conseguir, si no un neumotórax total, que es imposible, al menos un neumotórax parcial.

Operadores hay tan animosos, sobre todo en Alemania y Suiza, que no se arredran ante resistentes adherencias, y con tal de beneficiar al enfermo con este procedimiento, no temen someterlo previamente a una intervención quirúrgica costal, que ampliamente permita seccionar ambas superficies de la serosa. El Dr. Rist (Soc. Med. des Hopitaux de Paris—27 Junio 1912), relata un caso de este género, en el cual se pudo llevar a cabo felizmente el neumotórax y se obtuvieron magníficos resultados.

Lesiones profundas.—Si en los períodos iniciales de una tuberculosis de evolución crónica o aguda, no se recomienda el neumotórax, es porque conceptuamos posible un espontáneo estancamiento del proceso, un alivio por algún procedimiento terapéutico más sencillo, o una curación, que la naturaleza puede llevar a cabo por sí misma. En cambio, la indicación de aplicar el neumotórax cuando ya existen *lesiones profundas* y cavernosas, casos desesperados, como dice Klemperer, la creo un poco fuera de oportunidad, pues hay muchas menos probabilidades de éxito que cuando se tratan de lesiones no tan avanzadas. La evolución, es la que debe inspirar un criterio basado en un término medio recomendable.

Lesiones localizadas.—Extremando esta condición, tendríamos, en muchas ocasiones, que renunciar a beneficiarnos con este procedimiento, desechando tuberculosis de evolución aguda con lesiones más o menos extendidas. Con permiso de

la pleura, igualmente podremos aplicar un neumotórax para tratar un pulmón enfermo totalmente, como cualquier otro que no posea sino una lesión muy limitada.

Indicaciones de carácter moral.—De importancia no tan absoluta como las anteriores, es muy digno, sin embargo, de tenerse en cuenta, que un carácter enérgico y entero, dotado al mismo tiempo de mucha paciencia, que haga al enfermo no temer esta intervención, a la vez que soportarla repetidísimas veces sin cansarse; una posición desahogada, que permita la estancia en un sanatorio y consienta en él muy refinados cuidados; la residencia habitual en un gran centro y cerca del médico que aplique el neumotórax; una profesión que no exija del enfermo un gran derroche de energías; un joven, mejor que un viejo; un hombre, mejor que una mujer, a quien tanto perjudican las exigencias orgánicas y sociales de su sexo, y un cerebro cultivado en todo físico, que le permita comprender la gravedad de su situación y apreciar exactamente los beneficios de lo que se le propone, constituye un *sumum* de elementos, merecedores de cotizarse en el momento de disponernos a practicar intervención tan discutida.

Si parecida síntesis de indicaciones la suponemos reunida en un enfermo propietario de una tisis fibro-caseosa común, gozando de un estado general no muy agotado; sin localizaciones tuberculosas graves en otros órganos, poseyendo un corazón suficientemente resistente para soportar un *surmenage* que trae consigo la compresión y la limitación respiratoria, limpio de insuficiencia renal o hepática y sin que padezca otra enfermedad general o lesión distinta de la tuberculosis en sus pulmones, tendremos el *desideratum* que se necesita para que el neumotórax despliegue sus mayores y grandes beneficios, de los que hasta puede aprovecharse el que ha tenido alguna que otra hemoptisis.

Pero esta es una ilusión que no llegaremos a verla realizada en ningún físico, y afinando el examen en aquel que nos parezca más perfecto, siempre llegaremos a vislumbrar una o muchas contraindicaciones, en las que no hay que insistir mucho, pues claramente se desprenden del estudio anterior.

Huyamos de practicar el neumotórax en enfermos pobres de hospital con estado general deplorable; en los viejos con lesiones muy avanzadas en los dos pulmones, en los que son casi seguras múltiples adherencias y huéspedes probables de arterio-esclerosis; en los físicos febriles de larga fecha, con ronquera o diarrea, que hacen temer tuberculosis laríngea o intestinal, y en los que descubramos alguna brizna de antecedentes neuropáticos, pues todos ellos pagarán nuestro buen deseo con algún irremediable y ruidoso fracaso.

V

La perfectibilidad, como ley humana, impulsa en ocasiones a los hombres a

modificar las obras que se les entregan creyendo mejorarlas, y como de este carril no había de separarse el método de Forlanini, su técnica una vez conocida y apreciada, fué puesta a contribución de mejora por algunos autores, de entre los cuales, Küss ha sido el más afortunado.

Nunca, el que pretenda llevar a cabo esta intervención podrá llegar a dominarla, ni aun siquiera medianamente a poseerla, si sus conocimientos no han sido sorbidos en la fuente de la práctica, y cuantas descripciones se hagan en los libros, aderezadas con los más prolijos detalles de maquinaria, y aunque las más hermosas figuras completen su exposición no serán jamás bastantes a ilustrar al principiante en su primera tentativa, del punto exacto que en la cavidad torácica ocupa la punta de su trócar.

Expongamos, pues, las ideas generales de la operación por el neumotórax, que sitio hallará el que esto le interese, para aprender de visu cuanto de este asunto le haga falta.

* * *

Estudiado a conciencia por el operador el organismo de su enfermo, después de saberse de memoria las resistencias y debilidades de aquella vida que durante algunos momentos piensa barajar entre sus manos, es cuando debe decidirse, si está convencido de que puede resistirlo, a practicarle un neumotórax.

El aparato que para ello preferimos, el más perfeccionado que en la actualidad existe, aquél que más garantías ofrece al operador y el que coloca al enfermo más al abrigo de accidentes, es el de Küss (d'Angicourt), cuyo instrumental se reduce a un perforador para la primera inyección, una aguja para las reinsuflaciones y el verdadero aparato de inyección.

El gas empleado por este operador, es el ázoe, que por sus escasas condiciones de absorción en la pleura, es el que reúne mayores ventajas, y su método preferido, el de punción directa.

El momento más oportuno para esta intervención, es por la mañana en ayunas; el sitio más conveniente, la cama del enfermo o la mesa de operaciones si se trata de un sanatorio, y la posición la que el operador crea más adecuada.

Dispuesto el cirujano y sus ayudantes, preparados la medicación e instrumental necesario en caso de accidentes, cumplidos los requisitos de asepsia indispensables y probado previamente el buen funcionamiento del aparato, se inyecta al enfermo un centígramo de cloruro mórfico como moderador de la tos y reacciones reflejas, y, seguidamente, se procede a la anestesia del espacio intercostal elegido mediante una solución de novocaína-adrenalina.

Tanto la localización de las lesiones que pretendemos combatir, como las ad-

herencias que puedan sospecharse antes de la operación, influyen en la elección de sitio para la puntura, y aunque este sea muy variable, podemos adoptar el criterio de alejarnos de los espacios inferiores, puncionar por delante al nivel del tercer espacio intercostal, cuando se trata de una lesión de la base, y elegir por detrás el noveno espacio si nos dirigimos a una lesión del vértice.

Todo dispuesto, se coloca el índice de la mano izquierda en el borde de la costilla elegida, junto a cuyo punto de referencia se hunde perpendicularmente el trócar. Al llegar su punta a los músculos intercostales, se le retira y sustituye por un mandril romo, con el cual se cierra el ojo de la cánula. Siguiendo el movimiento de penetración, se atraviesan el intercostal externo, el interno y la pleura, en cuyo momento, y mediante una vuelta del mandril en su cánula, el ojo de ésta se pone en comunicación con el aparato de gas, y si su extremidad se encuentra en la pleura libre, el manómetro permite reconocerlo gracias a sus amplias oscilaciones. Interpretadas convenientemente estas indicaciones, se verifican las maniobras necesarias para la insuflación del ázoe. Las alternativas de presión observadas por el práctico en el aparato indicador, le son indispensables para saber si la cánula permanece en la pared costal, si se ha obturado, si su punta ha penetrado en el pulmón, o si nos encontramos en alguna neoformación pleural.

Todas estas condiciones de la intervención, son admirablemente precisadas con el aparato de Küss, y la manera suave y lenta de proyectarse el ázoe, es la mejor salvaguardia de accidentes desagradables.

Nunca, en la primera tentativa de neumotórax, debemos introducir una cantidad extraordinaria de gas, limitándonos a insuflar, según la facilidad que encontremos para ello, de 300 a 800 centímetros cúbicos. El temor de algunos operadores a las embolias gaseosas, creen alejarlo sustituyendo, al principio de la insuflación, el ázoe por el oxígeno.

Cuando el manómetro, y mejor todavía las sensaciones experimentadas por el enfermo, nos indiquen que es prudente dar por terminada la insuflación, se retira la aguja de un solo golpe y se aplica en la pequeña herida un vendaje colodionado.

Por insignificante que consideremos esta intervención, es conveniente guardar después de la misma algunas precauciones. Si el neumotórax ha sido practicado fuera de la cama del enfermo, será devuelto a la misma en una camilla, se le someterá a una alimentación ligera y guardará, sobre todo en las primeras horas, el más absoluto reposo. Conducta parecida se observará mientras llegamos a conseguir la compresión total del pulmón, y regla prudente será para el enfermo no salir de su habitación en este tiempo, y hasta guardar cama, o reposar en una *chaiselongue*, en los intervalos de las cuatro o cinco primeras insuflaciones.

Si después de haber invertido cuatro o cinco litros de ázoe en ocho o diez insu-

flaciones, y haber tenido la fortuna de conseguir, sin accidentes, un neumotórax tan voluminoso como nos proponíamos, lo abandonásemos a su evolución natural, nuestra obra se perdería por absorción del gas, tanto mayor cuanto más se aproxima la pleura al estado fisiológico, y no hay más remedio, para neutralizar la facultad absorbente de esta serosa, que seguir inyectando periódicamente la cantidad que el operador crea conveniente dentro de su práctica y experiencia.

Estas inyecciones ulteriores, que según la antigüedad del neumotórax pueden hacerse, al principio, cada tres o cuatro días, y más tarde, cada ocho, quince y hasta dejando pasar un mes, serán regladas por la absorción del ázoe, por el grado de retracción pulmonar y por el estado de la presión intrapleurar.

Todos estos puntos de mira indispensables, es inútil tratar de advertirlos por el examen clínico más metódico, y si al mismo tiempo que un instrumental perfeccionado, una práctica dilatada y un enfermo conveniente, no disponemos de una buena instalación de radiografía, el entretenimiento y continuación del neumotórax se tornará labor irrealizable. Cuanto gana el método en precisión, seguridad y ventajas indiscutibles con los rayos Rontgen, lo pierde cuando ciegos y sin guía segura nuestra mano, nos disponemos a proseguir en nuestro intento privados de este poderoso medio de comprobación. Con él, podremos enterarnos del resultado conseguido después de la primera y siguientes insuflaciones, del estado mayor o menor de retracción pulmonar, de la forma adoptada por este órgano y del aspecto de las adherencias, a cuyos datos hemos de ajustar nuestra conducta posterior.

No es indiferente el tiempo que hemos de emplear en crear un neumotórax total. La práctica que consiste en inyectar a mucha presión grandes cantidades de ázoe, no es digna de imitarse, porque expone a que el enfermo pague con grandes sufrimientos, o con su vida, impaciencias no explicadas; es más caritativo y humano seguir un método lento y gradual, no inyectando más cantidades que las permitidas sin protestas por los órganos intratorácicos.

Dos años, algunos más, o quizá toda la vida, tendremos que convivir con el pobre físico recetándole el neumotórax, y aunque en raras ocasiones podamos dejarle en paz por haberle curado algún pulmón, en la mayoría, no habremos conseguido sino proporcionarle una más larga sobrevivencia.

* * *

Cuanto de inofensivo y aceptable tiene el método de la punción directa en la práctica del neumotórax, y cuyas ventajas han hecho que lo acepten la mayoría de los operadores, tiene de sangriento y temible el procedimiento de la incisión empleado por Murphy y Bralier. En honor de estos autores, que tanta práctica tienen

en asuntos de neumotórax, bien merece ser descrita su manera de proceder. Se fundan al impugnar y no aceptar la punción de Forlanini, en su creencia de que este procedimiento predispone a las embolias gaseosas, y en que no es posible puncionar directamente la pleura sin herir al mismo tiempo el pulmón. Llevado Bratler de estos temores, hace una incisión en el quinto o séptimo espacio intercostal, en una extensión de cinco a siete centímetros, y secciona sucesivamente la piel, el tejido celular y los músculos intercostales y torácicos, coloca un separador, y dividida la pleura, la atraviesa con una cánula roma en cuya extremidad lleva una abertura lateral. Si a esto añadimos que Bratler sonda el espacio intrapleural con una fina sonda antes de inyectar el ázoe, y que Murphy lo inyecta de una vez en cantidad de uno a tres litros, comprenderemos cuán poco han de beneficiarle al enfermo semejantes medidas de precaución.

Por último, si con precisas indicaciones de un neumotórax, la dificultad mecánica de llevarla a cabo por múltiples adherencias nos ponen en la disyuntiva de renunciar a un método que creemos beneficioso, o de emplear este cruento proceder, es posible nos decidamos a intentar esta verdadera operación quirúrgica, siempre teniendo en cuenta, que además del temor natural sentido por el enfermo, esta intervención es dolorosa, de difícil ejecución en la cama del paciente, que expone al sok, y quizá también a la embolia, más que la punción, de técnica delicada y expuesta a producir enfisemas, fistulas supurantes y hasta algún absceso frío. Por todas estas razones, hay muy pocos autores que sigan la conducta del operador alemán, que aparte de sus peligros, complica en gran manera la técnica del neumotórax.

* * *

Cumplido el requisito de consignar prácticas ajenas, me permito dedicar algunas líneas a relatar atrevimientos propios. Desde luego, confieso que no dispongo de la indispensable instalación de radiografía, y aunque mi deseo hubiera sido servirme de un buen instrumental de Küss, hube de contentarme con indumentaria más modesta. Se trataba de tuberculosos pobres, quienes desesperados y en período avanzado de su enfermedad, pusieron su vida entre mis manos, y aceptaron de buen grado la operación que tímidamente y sin responder de sus consecuencias como último consuelo les proponía.

Después de reconocer infinidad de veces al enfermo, y creyendo estar seguro de las indicaciones, me dispuse un buen día a insuflarle un neumotórax, confiando en Dios y en mi buena suerte más que en los recursos terapéuticos de que disponía. Preparado el aparato conveniente y provisto de lo que creí me hacía falta, me enca-

miné, con un modesto ayudante, a casa de mi víctima. Al pisar la habitación, ¡oh, sombra de Forlanini!, creí ver flotar por cerca de la cama el gesto burlón de una cara que no conocía, pero dominando mi temor a exponer una existencia que tan graciosamente se me entregaba, me dispuse a practicar mi primer neumotórax.

El aparato de insuflación, se componía de un irrigador de cristal de dos litros de cabida, provisto de una escala y colocado a 50 centímetros sobre la cama, de un tubo de goma de dos metros, de un frasco de litro con tapón atravesado por dos tubos de cristal en ángulo recto, largo el uno, en comunicación con el irrigador, y corto el otro y unido a un segundo tubo flexible de un metro, a cuyo extremo estaba sujeta una gruesa aguja hueca; como gas, el aire del cuarto; y así, desprovisto de manómetro y sin más guía que la cantidad de agua sublimada que del irrigador pasara al frasco, y contando más que nada con las sensaciones del enfermo y mi prudencia, di comienzo a los preliminares. Cuidadosamente hervido *todo el instrumental*, y dispuesto este para su funcionamiento, desinfectada la piel y practicada una inyección de morfina, procuré anestesiar los planos intercostales con la novocaina-adrenalina.

Acostado el enfermo en decúbito lateral izquierdo, pues la lesión asentaba en el vértice contrario, hundí la aguja, con no muy segura mano y alguna pulsación de más, y esperé algo emocionante. El enfermo no se movió. Pasados algunos segundos, el líquido del irrigador empezó a descender muy lentamente, y sin ningún contratiempo, penetraron en el frasco hasta 240 gramos. Nada de anormal ocurría por aquella penetración de aire en la pleura, cuando el enfermo tosió, y juzgando esto como un aviso de interrupción, saqué la aguja y apliqué en la piel algunas pinceladas de colodión.

¿Qué pasó después? El enfermo confesó no haber sentido nada durante la operación, salvo el dolor del pinchazo. Preguntado al día siguiente, dijo haber dormido mejor, que su disnea no le molestó tanto y que se había pasado casi toda la noche sin toser.

Animados enfermo y médico por esta primera tentativa favorable, hice una segunda insuflación de 320 centímetros cúbicos a los 10 días, en la que tampoco ocurrió nada de particular y de la cual el enfermo manifestó haber obtenido beneficio. La tercera insuflación, practicada 12 días después de la segunda, ocasionó un dolor torácico intenso, y el paciente me pidió suspendiera la operación, que ya no volvimos a repetir. El enfermo murió a los 6 meses después.

En un segundo enfermo, practiqué una insuflación de aire de 180 centímetros cúbicos por el mismo procedimiento y sin avería, y a consecuencia de una interrupción en el funcionamiento del aparato, tuve que suspender la intervención. El enfermo no quiso volver a repetirla, pues dijo no haber obtenido ninguna mejoría.

En el enfermo número 3, hice dos punciones en blanco en la misma sesión, renunciando en él al procedimiento.

En el número 4, debí puncionar el pulmón, y el interesado, al ver algunos esputos hemoptoicos, de los cuales me hacía responsable, no quiso volver a oír hablar de semejante remedio.

Y por último, en un quinto enfermo, a los pocos segundos de introducida la aguja y cuando quizá no hubiese llegado a la pleura el aire del frasco, tuvo lugar un síncope, del cual salió el paciente a los pocos minutos. Impresionado por este accidente, y comprendiendo que en la práctica privada no se pueden hacer impunemente ciertas cosas, no he vuelto a repetir desde entonces el procedimiento.

La crítica del instrumental y de esta técnica la puede hacer cualquiera con sobradas razones, siendo el primero en reconocer la temeridad que supone el lanzarse a practicar un neumotórax con tan rudimentarios elementos.

De los resultados de estas modestísimas intervenciones saco en limpio, que son más los peligros que amenazan que las ventajas que se consiguen.

Y para terminar, el neumotórax practicado en tan deficientes condiciones, no es comparable, ni muchísimo menos, con el que se puede conseguir valiéndose de una técnica perfeccionada.

VI

La psicología de los médicos que asisten enfermedades agudas, es completamente distinta de la que poseen aquellos que se especializan en determinados procesos crónicos. Quien gusta de visitar pulmonías, sarampión y fiebre tifoidea, protesta casi siempre mentalmente a poco que le acose un canceroso, un dispéptico, un sífilítico, un neurasténico o tuberculoso. Si la medicina, en los enfermos del primer grupo, proporciona más éxitos que fracasos, en cambio, el tratamiento de los pacientes del segundo, es labor ingrata que regala más sinsabores que dulzuras.

Hoy se sostiene que la tuberculosis es curable, pero si allá en lo más recóndito del numen de un afamado tisiólogo fuéramos a contar las piedras negras y las blancas, ¡cuán pocas de estas últimas hallaríamos!

Si un pronóstico, acostumbrado a insuflar a sus enfermos repetidos neumotórax pusieran en un platillo *las satisfacciones completas* que haya percibido con este método, y en el otro los accidentes a que con esta manera de curar haya asistido, no sabemos por qué lado se inclinaría la balanza. Repiten los partidarios del procedimiento, que con una buena técnica los accidentes del neumotórax son muy raros; pero en el despacho de utilidades, una vida que se corta, quizá valga más que algunas mejoras que se anuden.

En nada impugnarian al tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el neumotórax los accidentes que pudieran ocurrir, si ellos fueran curables a corto plazo, pero el resultar una muerte o una parálisis persistente después de una sencilla inyección de ázoe, no inoculará mucho entusiasmo a quien haya tenido la desgracia de presenciarlas.

Acostumbran los autores a dividir estos percances del neumotórax en *accidentes benignos y graves*, y no veo inconveniente en admitir tan sencilla clasificación con objeto de atender al comentario y exposición de los mismos.

El dolor, ese síntoma que tanto puede variar, según las condiciones materiales y traumáticas en que se produce, o atendida la exquisitez psíquica del pobre que lo siente, puede constituir, por su intensidad, un verdadero impedimento que nos obligue a suspender el neumotórax. Descontada la sensación desagradable que pueda producir la punción de las paredes costales y de la pleura, la inyección en esta serosa, y a poca presión, de una proporcionada cantidad de ázoe, es indolora. En las insuflaciones un poco forzadas hechas con objeto de romper o distender algunas adherencias pleurales, pueden experimentarse dolores bastantes vivos, aunque soportables, y que no duran generalmente más allá de un día; menos frecuentes que los pleuríticos suelen ser los dolores abdominales, debidos quizá a un rechazamiento del diafragma.

Los accidentes de sorpresa, no están precisamente en relación directa con la cantidad de gas inyectada, pues en igualdad de condiciones se presentan antes o después, y son mayores o más pequeños, según la naturaleza del enfermo, las reacciones de los órganos peripleurales y la absoluta cavidad de la serosa; y como no puede servirnos para evitarlos la presión indicada en el manómetro, el guía más seguro para orillar molestias y accidentes, que pueden revestir toda la gama de intensidad, es atender a las sensaciones experimentadas por el enfermo, que en el curso de una compresión un poco rápida y elevada, con objeto de realizar el colapso de un pulmón adherente, puede quejarse de algo de disnea y de tensión y molestia intratorácica, cuyos fenómenos son de poca importancia y no tardan en desaparecer, juntamente con trastornos digestivos que por rechazamiento del diafragma hayan podido presentarse. Pero algunas veces, estas sensaciones pueden revestir una agudeza e intensidad tales, que constituyen verdaderos accidentes de sorpresa, que por su gravedad, es preciso hacer desaparecer por una aspiración de gas. La opresión puede ser muy penosa, la disnea grande, la respiración rápida y superficial, el pulso pequeño y acelerado, y alguna que otra vez, sobre todo en los neumotórax izquierdos, la intolerancia gástrica muy molesta.

Enfisema—Observada frecuentemente la infiltración de ázoe en los tejidos que rodean a la pleura, ha sido particularmente estudiada por Saugman y Bratter, cuyo

último autor nos habla de enfisema superficial, profundo, interpleural y mediastínico.

El primero, o superficial, localizado en el tejido subcutáneo o en los músculos de la pared, es consecuencia de una inyección hecha superficialmente, o de un neumotórax con alta presión cuyo ázoe se infiltra a través de la pleura costal en los accesos de tos.

El enfisema profundo, asienta en el tejido celular laxo existente entre las costillas y la pleura parietal; puede llegar hasta el cuello y ocasionar dificultad en la deglución, observándose en la región infra-hioidea dolor a la presión y crepitación gaseosa. Según Forlanini, este enfisema puede difundirse hasta la pared abdominal, llegando su poder, en opinión de Balvay, a producir un verdadero despegamiento de la pleura parietal.

El interpleural, o enfisema de las adherencias, puede considerarse como una concepción teórica de Brauer, pues no es posible distinguirlo del neumotórax.

El mediastínico, accidente raro y que únicamente ha sido observado por los citados Saugman y Brauer, es consecutivo a una picadura del pulmón, por la que inyectado el ázoe, este puede escaparse por los bronquios, determinar una embolia por penetración en un vaso, o llegar al mediastino por haber sido depositado en pleno tejido pulmonar.

Los esputos hemoptoicos, que pueden aparecer como consecuencia de alguna pequeña picadura hecha con la aguja en el pulmón, no es accidente que deba preocuparnos.

Si para la vida del enfermo y la reputación del médico los tropiezos relatados no suelen ser de mucha alarma, en cambio, los accidentes operatorios graves que vamos a describir, comprometerían seriamente la primera y ponen en tela de juicio la segunda.

La ruptura de una caverna superficial, señalada por Kjer Petersen, no sabemos con seguridad si es posible producirla por directa desgarradura con la aguja, o por un exceso de presión intrapleural, según apuesta Forlanini. De todos modos, la gravedad de esta complicación no está precisamente en el traumatismo, sino en la producción de un pio-neumotórax. Puncionando lo más lejos posible de las lesiones tuberculosas y no recurriendo a grandes presiones en presencia de una caverna, es como podremos evitar consecuencias tan desagradables.

(Continúa)

Sobre la estructura sincitial del corazón

POR

L. CALANDRE Y A. NAVARRO

La cuestión de si la estructura del corazón afecta una constitución celular o sincitial es un asunto interesante y actualmente todavía debatido. Unos autores, como Zimmermann, Palczewska y Werner, se atienen a la concepción clásica celular sostenida en otro tiempo por Weismann y Eberth. Otros como Heidenhain, Marceau, Jordán, Steele y Bardín, defienden la idea de que el miocardio forma un todo continuo, un verdadero *sincitium* en el que las miofibrillas pasan de un haz muscular a otro sin que exista una verdadera delimitación de territorios celulares. La existencia de las piezas intercalares (Schaltstücke), interrumpiendo a trechos el curso de las fibras, es la que ha motivado estas distintas estimaciones.

La cuestión está por resolver definitivamente y es difícil decidir en este punto ateniéndose sólo a los detalles morfológicos que nos ofrece el estudio del miocardio adulto. Habrá que buscar más elementos de juicio en la embriología, investigando cuáles sean las fases anteriores del desarrollo de las fibras cardíacas. Ya otros autores han emprendido investigaciones por este camino, investigaciones cuyo resumen a grandes líneas es el siguiente:

Según Goldewski, en el embrión de conejo de catorce días el corazón consta de células mesenquimatosas ramificadas, ricas en protoplasma, puestas en relación las unas con las otras. Después estas células se multiplican intensamente y se apro-

ximan; al mismo tiempo los espacios intercelulares van disminuyendo y finalmente se fusionan todas las células en una única masa protoplásmica salpicada de núcleos. Según este autor, habría primero un tejido celular que después se convertiría en un *sincitium*, en el cual se iría diferenciando más tarde el material estriado. También para Kurkiewitz los mioblastos del corazón, independientes en un comienzo, se fusionan más tarde en un todo continuo. En esta masa primero homogénea, es, pues, en donde han de aparecer las miofibrillas. Sobre cuál sea el mecanismo al que deban su origen estas miofibrillas hay gran disparidad de pareceres.

Heidenhain, teniendo en cuenta que el corazón embrionario se contrae antes de que las miofibrillas sean histológicamente perceptibles, suponía que estas fibrillas, antes de ser visibles microscópicamente, están ya preformadas *metamicroscópicamente* como ristras moleculares, las cuales después, gracias al proceso asimilatorio, adquieren visibilidad microscópica.

Según Goldewski, aparecen en los mioblastos unos gránulos discretos que después se ordenan en serie y se fusionan en líneas homogéneas, las cuales segmentándose después secundariamente, dan lugar a la estriación definitiva de la fibrilla.

Para Marceau no existe ese estadio inicial granuloso, presentándose como miofibrillas homogéneas en las cuales más tarde aparecen gránulos, primero sencillos y luego pareados, que darán origen a los dos hemisegmentos de la banda oscura de la estriación.

Para Meves y Duesberg, según sus investigaciones en el embrión del pollo hechas con el método de Benda, el material para la constitución de las miofibrillas procede de las mitocondrias, éstas primitivamente esferoidales, se alargan después generando largas fibrillas sin estrias; más adelante diferénciase en ellas la estriación bajo la forma de granos brillantes que corresponden a las rayas de Krause, alternando con largos bastoncitos constitutivos de los discos oscuros.

Nosotros intentamos con este trabajo, presentar una contribución a estos estudios y una confirmación del origen mitocondrial de las miofibrillas. Nuestro material de estudio ha consistido en corazones adultos de hombre, de carnero, de vaca y de perro, y en corazones de feto de vaca y de gato. Hemos tenido especial cuidado en emplear material completamente fresco. Nos hemos servido del método de la hematoxilina férrica de Heidenhain y del método de Achúcarro, dejando permanecer los cortes en tanino frío durante veinticuatro horas, pues de este modo se tifen con selección los detalles del material estriado.

Los fetos que hemos tenido ocasión de estudiar estaban ya en un estado de desarrollo lo bastante avanzado para que no les hayamos encontrado en esa primera fase descrita por Goldewski y Kurkiewitz, en que los mioblastos forman células independientes antes de fusionarse. Lo que nosotros encontramos en nuestros cora-

zoes más primitivos, teñidos por la hematoxilina, es una masa protoplásmica única, salpicada de núcleos elípticos, gruesos, abundantes, próximos entre sí y paralelamente dirigidos. En los buenos preparados con el método de Achúcarro, encontramos en la masa sarcoplásmica una infinidad de corpusculitos, unos a modo de granos, pero en su mayoría en forma de pequeños bastoncitos, diversamente orientados, pero con gran tendencia a dirigirse longitudinalmente en la misma dirección que los núcleos. A estos corpusculitos los tenemos por mitocondrias.

En fases más avanzadas del desarrollo del corazón hemos observado, y esto nos parece de gran interés, que los bastoncitos mitocondriales diseminados en un principio, comienzan a disponerse en cadenas unos a continuación de otros; en estas ristra, las mitocondrias se aproximan por sus extremos, pero sin llegar a ponerse en contacto. Nunca hemos visto que se fusionen para formar filamentos homogéneos, sino que conservan ya de aquí para siempre, su disposición entrecortada, primer esbozo de los segmentos claros y oscuros de la estriación definitiva de las miofibrillas.

Más adelante lo que eran filamentos mitocondriales engruesan y se hacen fácilmente tingibles por la hematoxilina férrica; y si se las observa con detenimiento se ve que este engrosamiento lo realizan principalmente por los extremos.

Estas fibrillas, orientadas longitudinalmente, son primero escasas y se hacen luego más abundantes por un proceso de división longitudinal, como ha demostrado ya Heidenhain. Todo esto puede observarse claramente en la microfotografía (fig. 1); en ella pueden verse fibrillas formadas por bastoncitos delgados, de un espesor uniforme (A), extendiéndose a veces por largos trayectos. Los artículos de cada fibrilla conservan siempre una misma longitud; pero en cambio se les ve en muchos sitios ir aumentando progresivamente su espesor, siendo este aumento más pronunciado en los cabos del bastoncito, a la par que se estrecha por su centro, que adquiere entonces una figura que pudieramos comparar a la de un cacahuet (B); cuando ha adquirido ya un espesor considerable, se escinde por la mitad, a lo largo, y da la apariencia de una tetrada (C). Esta escisión longitudinal se acentúa cada vez más, y termina por bifurcarse la fibra, originando otras dos (D), constituidas a su vez por trabéculos nuevamente delgados. En este estadio da el miocardio un aspecto de bastante homogeneidad; vense por todas partes correr las fibrillas, paralelas a la dirección de los núcleos o ligeramente oblicuas, continuándose las unas con las otras y sin delimitar territorios especiales. Si estas miofibrillas elementales crecen longitudinalmente o no, es cosa que no podemos asegurar.

En corazones que ya han alcanzado la vida extrauterina, pero aún jóvenes, se ve cómo las miofibrillas contiguas se han aproximado unas a otras y forman haces más o menos robustos (fig. 2), que llevan los núcleos colocados en el eje y que ofre-

cen su estriación transversal característica, de bandas claras y oscuras, que resultan de la aproximación a la misma altura de las piezas claras y oscuras de las miofibrillas contiguas. Estos haces musculares están bien limitados lateralmente por el sarcolema y por un delicado forro de tejido conectivo reticular, como se ve manifiestamente en la preparación (fig. 3) hecha con el método de Achúcarro.

En cambio, a estos haces no se les encuentra delimitación por sus extremos, pues se les ve continuarse con los inmediatos sin mostrar límite alguno.

Más adelante aparecen las piezas intercalares; son éstas una formación tardía que aparece en el corazón completamente constituido. Un buen ejemplo nos lo ofrece la figura 4, perteneciente a un corazón humano adulto. Esta banda transversal, que constituye la pieza intercalar, no es homogénea, sino que, según se desprende de las observaciones de Hoche y Heidenhain, confirmadas por Achúcarro y nosotros, está constituida por una empalizada de finos bastoncitos, que serían como delgados puentes, por los cuales las fibrillas elementales de la fibra muscular se continúan a través de esta estructura.

De este modo no sería, pues, interrumpido el curso de las miofibrillas por la pieza intercalar.

De estas observaciones nuestras, que pensamos completar más adelante, nos parece poder entresacar las siguientes conclusiones:

1.º El miocardio, en un cierto período del desarrollo fetal, está formado por una masa sarcoplásmica salpicada de núcleos, y en la que el método de Achúcarro descubre la existencia de abundantes mitocondrias, en su mayoría afectando forma de bastoncito. Estos bastoncitos, alineándose en la dirección de los núcleos, forman ristas que son el primer esbozo de las miofibrillas.

2.º Nunca hemos visto que las mitocondrias se fusionen para formar un filamento homogéneo, que luego habría de fragmentarse secundariamente, como describen Marceau y Meves.

3.º Los artículos de cada miofibrilla se engruesan progresivamente y luego se escinden longitudinalmente hasta terminar por bifurcarse, dando origen así a dos miofibrillas con los artículos nuevamente adelgazados y verificándose de este modo la multiplicación longitudinal. En estos estadios las miofibrillas cruzan paralelamente la masa sarcoplásmica, siguiendo una dirección predominante, sin que se puedan delimitar territorios celulares.

4.º Reuniéndose cada cierto número de estas miofibrillas, forman los haces o fibras musculares, individualizados lateralmente por un forro de tejido conectivo, pero cuyos extremos, por el contrario, se continúan con los territorios vecinos, pasando las miofibrillas de un haz a otro, sin marcarse límite celular alguno.

5.º Las piezas intercalares son una formación tardía, que no interrumpen com-

pletamente el curso continuo de las miofibrillas, ya que los palitos de la empalizada que la constituyen hacen como de puente de paso para las fibrillas de un lado al otro de la banda intercalar.

6.º No nos parece que pueda hablarse de verdaderos territorios celulares en el corazón, y admitimos como más verosímil una constitución sincitial en su estructura.



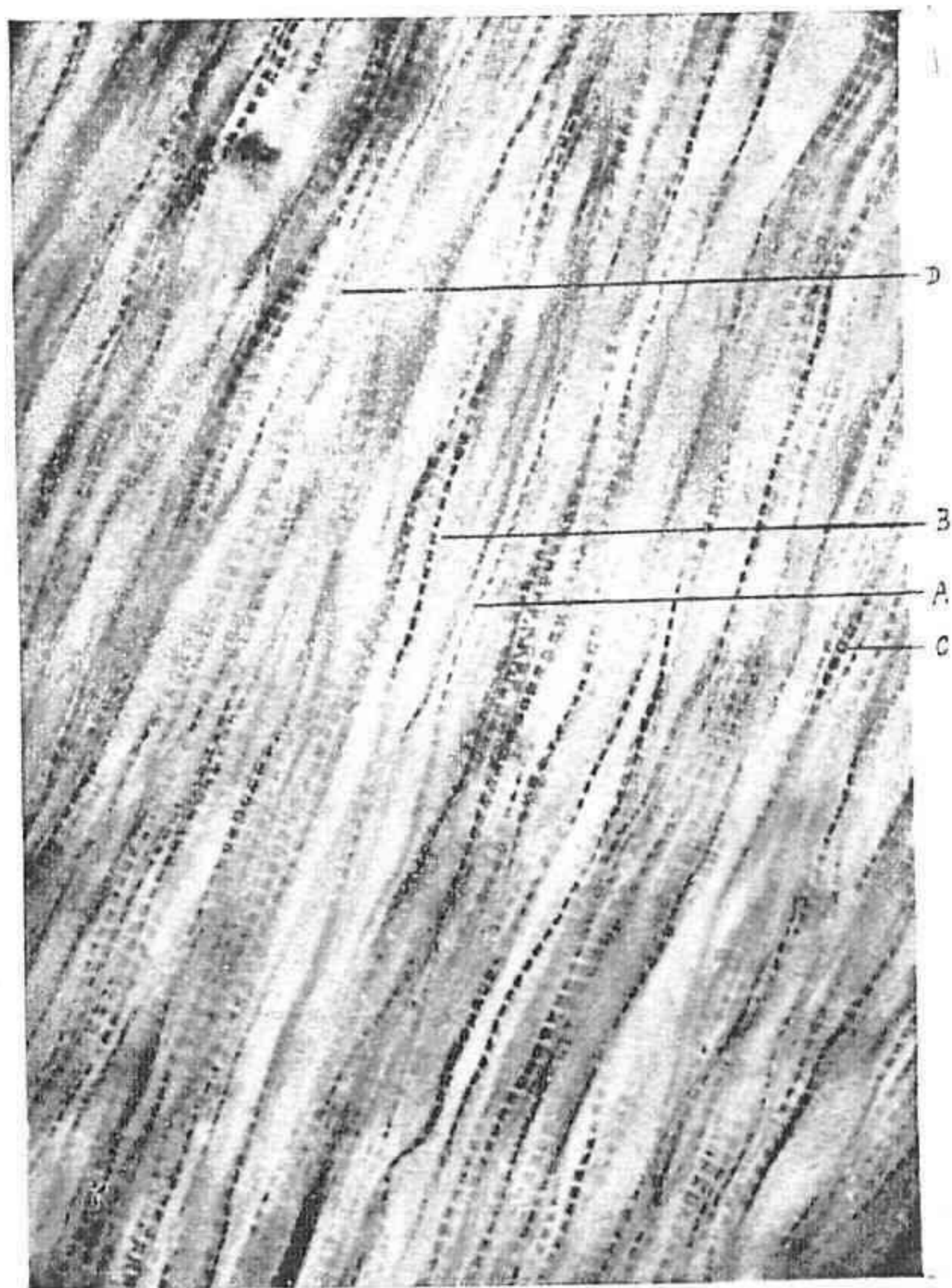


Fig. 1.

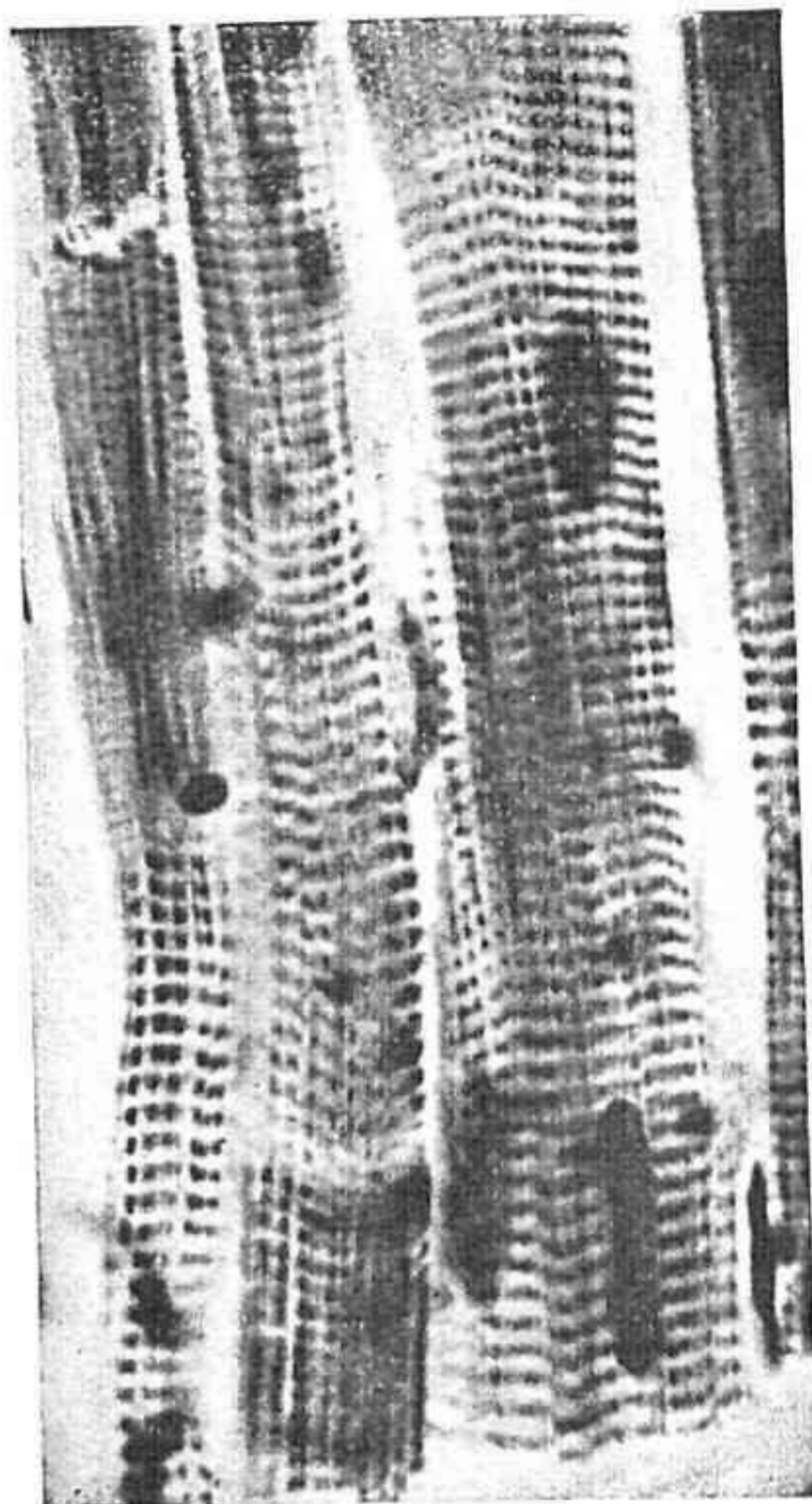


Fig. 2.



Fig. 5



Fig. 4.



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

SESIÓN PÚBLICA INAUGURAL DEL DÍA 28 DE ENERO 1917

La herencia en la locura y psicosis PROFILAXIS

Por el DR. D. LUIS GÓMEZ GARCÍA

ACADÉMICO DE NÚMERO

SEÑORES:

Por imperioso mandato de los Estatutos, por que se rige esta Corporación, me veo en la honrosa, a la vez que difícil obligación, de elevar mi humilde voz, en este Real Alcázar de la Ciencia, en horas de majestuosa solemnidad; ¿y qué extraño es, que al verme aquí, ante vuestra Realeza científica, y rodeado de las brillantes sombras por el saber y preclara ciudadanía que nos legaron, de estos santos varones cuyos retratos, parece que se animan y piden su puesto, en esta fiesta del saber? Ante tal magnificencia ¿qué extraño es, repito, que mi entendimiento se nuble, mi espíritu se apoque, y todo confuso y perplejo me vea, como el pobre paleta, que de improviso y sin su intención, sea transportado a una Cámara Regia en día de fiesta, de gala?: la Realeza, con sus purpúreos atributos, irradiantes de luz y de gloria; la grandeza, con sus galas y preseas, y por doquier luces, oro, brillar de piedras preciosas y ruido desconocido, que al pobre e inexperto visitante, lo deslumbran y anonadan, mucho más, cuando por extraño, todas las miradas entre severas y burlonas, se fijan en el atrevido, que osa presentarse en lugar tal; lo que aumenta su desconcierto; si quiere hablar balbucea, si quiere andar tropieza, quiere huir y se cae, en una palabra, ese pobre visitante pierde su personalidad, y queda en el estado en que yo me presento hoy ante vosotros, esto es, atónito; pero por fortuna mía, la Majes-

tad Real está aquí encarnada, en personas tan bondadosas, que ya observo la indulgente mirada vuestra que me anima, y flotar en sus manos, la suspirada cinta blanca, símbolo del indulto que generosos me concedéis, por el delito cometido con mi atrevimiento, al venir a esta docta casa, y ya indultado voy a probar si mi serenidad renace, y os puedo decir algo, del por qué, y del tema que he elegido, para este pequeño trabajo.

Por azares de la fortuna, he sido destinado tres veces, a prestar mis modestos servicios en este Manicomio Provincial, con intervalos de quince años, y al encargarme la última vez alarmó mi atención, el enorme aumento que existía en la población nosocomial, con relación a los años anteriores en que yo le visité; y aún creía yo que sería cuestión de localidad y momento; que atraídos por la legítima fama que gozaba, el malogrado y nunca bastante llorado, el inolvidable y buen compañero D. Bernabé Guerrero (q. e. p. d.), a quien yo sustituía, y que venían en busca de sus cuidados científicos de apartados lugares, por la curación o alivio; pero pasan los años y falta él, y el aumento continúa, y un día y otro barajando la misma idea, ha sido mi tenaz pesadilla que llena por entero mi pensamiento, y para desecharla o corroborarla, he solicitado de mis compañeros de los distintos Manicomios de España y de algunos del extranjero, estadísticas comprensivas de los diez últimos años, y al recibirlas, si bien no todas, porque es fácil comprender que del extranjero no he podido obtener muchos datos por las circunstancias que afligen a la humanidad, pero al pasar la vista por las recibidas, mi espíritu se alarma, ante la confirmación de que, las enfermedades mentales y nerviosas, aumentan en el mundo, en una proporción desconsoladora.

Compulsando estas estadísticas, cuyo detalle no expongo, por haceros la merced de ser breve, y clasificando los enfermos, se aprecia que son afectos de parálisis general por heredo-sífilis el 17 por ciento; de degeneración por herencia el 38; de monstruosidades el 10, y de epilepsia por heredo-alcoholismo el 15; el resto enfermos por causas del sujeto mismo, o inclasificados; por cuyos datos se comprueba una vez más, que la inmensa mayoría de los enfermos de locura o de psicosis, son por herencia de la sífilis, del alcohol, o por taras adquiridas en la lucha de esta dura y desigual vida, y que le llaman algunos escritores, aunque a mi juicio mal llamados, enfermos por la civilización, esto es; confirmando la creencia de los autores que resume ya el Profesor Krafft Lebing, que fué uno de los más grandes psiquiatras del pasado siglo, que dijo en el Congreso Internacional de Moscou en 1897, la siguiente fórmula sintética:

La etiología de la parálisis general, se condensa en dos palabras, sifilización y civilización.

Posteriormente Buschan y Kræpelin, en 1904 y 1907, basados en profundos es-

estudios de psiquiatría, afirman que la mayor parte de los enfermos que pueblan los Manicomios y Casas de salud, son heredo-sifilíticos, heredo-alcohólicos e hijos de arruinados fisiológicamente por lo que han dado en llamar civilización, o sean hijos de tarados contagiosos, y al ver la coincidencia de la clasificación hecha por mí, de los enfermos cuyas estadísticas consulté, con la opinión de estos sabios y otros como Clay, Shaw, Jacoubovich y otros, que colocan a la herencia como la primordial y más importante de todas las causas de la locura «la causa de las causas», como se la ha llamado, y siendo tan progresiva y dañosa, su maléfica influencia, no es extraño, que haya engendrado en mí, el deseo vehemente, de expresar siquiera con torpeza, porque así lo han de hacer, mi mente sin ingenio y mi pluma sin estilo, pero convencido, la necesidad imperiosa en que estamos, de combatir esa terrible enfermedad que se llama locura en sus distintas formas, reduciendo en lo posible esa predisposición patológica que tantos daños causa, que se titula Herencia.

Ya Legendre, tratando de la herencia, empieza con las palabras de Jeremías: «*Los padres han comido racimos verdes y los dientes de los hijos han sido los perjudicados*» y termina con el siguiente verso de Juan Lahor, que traducido dice: «Para que vuestras acciones no sean vanas ni alocadas, temed las miradas de los hijos que vendrán».

Nada puede encuadrar mejor en un estudio sobre la herencia, e indicar el hecho misterioso de la misma, con su doble carácter de fatalidad y de modificación posible por la voluntad del hombre, con sus elementos de *necesidad y contingencia*. Este último elemento justifica el estudio que de la herencia debe hacer el médico, ya que sus leyes no son ineludibles, y existe por lo tanto, una terapéutica y una profilaxis de la misma.

El estudio de la herencia, es el estudio de un hecho; su misterio en cambio es hasta el presente impenetrable. Montaigne, que ha titulado un capítulo de sus «*Essais*», del parecido de los hijos con sus padres, coloca a la herencia entre las rarezas tan incomprensibles que sobrepasan toda la dificultad de los milagros. Y añade: ¿qué linaje de monstruo, es esta gota de licor prolífico, por la cual somos producidos, y lleva en sí las impresiones, no sólo de la forma corporal, sino de las inclinaciones y de los pensamientos de nuestros padres? ¿y cómo lleva sus parecidos, de manera tan temeraria y fuera de toda regla, que el nieto se puede parecer a su bisabuelo, el sobrino a su tío? Y cita como ejemplo el haber heredado de sus ascendientes por un lado las arenillas, por otro el odio para los médicos.

Montaigne señala muy bien todas las dificultades del problema, tomándose siempre como sujeto de auto-observación; a los cuarenta y cinco años empezó a sentir los primeros síntomas de la litiasis renal, debida a la herencia paterna, mientras que su padre, que murió a los setenta y cuatro por una gran piedra que tenía en la veji-

ga, no lo advirtiera hasta los sesenta y siete, es decir más de veinte y cinco años después del nacimiento del que relata; ¿dónde se albergaba durante tanto tiempo la propensión? y cuando estaba tan lejos el mal ¿esta ligera porción de su sustancia en la que me formó, llevaba ya tal impresión y tan escondida que hasta cuarenta y cinco años después no empecé a padecer?

Legendre refiriéndose a Montaigne y a su asombro observa, que más hiperbólicamente se hubiera expresado, al conocer los progresos realizados por los trabajos contemporáneos, que aunque dejan el misterio aun inexplicable, se sabe sin embargo que el agente productor, es millones de veces más pequeño que esa gota de licor a que se refería, pues ha sido transportado hasta una sola célula, la que resulta de la unión del pronúcleo masculino con el femenino.

Como añade el mismo Legendre, «es en vano que los microscopios más perfeccionados cada vez, hayan hecho aparecer sucesivamente a los investigadores de estos dos siglos, el espermatozoide y el óvulo, el protoplasma de estas células y sus núcleos, los filamentos de cromatina y las granulaciones que contienen, el problema sigue sin resolver, sin que esto autorice a proclamar la inutilidad de este estudio.

El mismo desconocimiento en que se está de la clave del misterioso secreto de la herencia, hace que haya un sinnúmero de definiciones más o menos fantásticas o caprichosas.

Ribot, dice es la ley biológica en virtud de la cual, todos los seres dotados de vida, tienden a repetirse en sus descendientes.

Legendre, es la trasmisión de los ascendientes a los descendientes, de las cualidades naturales o adquiridas.

Dantec, la trasmisión al hijo de los caracteres de los padres, o el conjunto de propiedades de la célula inicial de que un ser vivo proviene.

A pesar de sernos desconocido, todo lo que se refiere al mecanismo de la herencia, y como quiera que los hechos existen y se repiten, de la observación de multitud de ellos y de su clasificación le han sugerido a Darwin las cuatro leyes siguientes:

1.^a *Directa o inmediata*: Los ascendientes tienden a transmitir a sus descendientes, sus caracteres generales e individuales, antiguos o inmediatamente adquiridos.

2.^a *Ley de la preponderancia*: La trasmisión de los caracteres de uno u otro de los padres a los hijos, puede ser preponderante de una manera directa, de varón a varón, de hembra a hembra, o cruzada.

3.^a *Hacia atrás o mediata Atavismo*: La trasmisión de los caracteres de los antepasados, puede verificarse a los descendientes intermitentemente saltando una o varias generaciones, se puede parecer uno más a su abuelo que a su padre.

4.ª Ley de la homocronía: La facultad de aparición en los hijos de disposiciones y de caracteres físicos o psíquicos, en el mismo período de evolución y en la misma edad que en los padres.

Se podrían citar innúmeros casos, que los autores citan de hechos y ensayos practicados, y que han dado origen a fundamentar sus leyes, teorías y clasificaciones más o menos caprichosas, casos que todos conocéis y que no expreso por temor a fatigaros más la atención.

Para hallar la clave de la base física de la herencia, se ha estudiado todo el proceso de la fecundación y de la formación de las primeras células del embrión, de cuya exposición os hago gracia por ser de todos conocidas y no cansaros más repitiendo lo que sabéis todos y ocuparé un momento vuestra atención exponiendo brevemente algunas teorías sobre la herencia.

Darwin, admite y cree, que cada parte del cuerpo envía una partícula, una *gémula* al óvulo y al espermatozoide; éstas se desarrollan generalmente en la generación inmediata siguiente, si bien pueden transmitirse en estado latente durante varias generaciones, y desarrollarse sólo más tarde.

Haeckel, admite el *cítodo*, masa albuminoidea sin cubierta y sin núcleo; las células y los cítodos, forman las unidades vitales, y están constituidas por el *plasson* sustancia viva primordial; por último el *plasson* se resuelve en moléculas cada vez más pequeñas, cuyo término es la *plastidula* que ramificándose y entrecruzándose, forman el embrión, teoría de la perigénesis.

Teoría de Veisseman o de la continuidad del plasma germinativo: La continuidad hereditaria es establecida, por una sustancia de estructura muy fina y compleja, que posee propiedades químicas y moleculares determinadas; el plasma germinativo (*Keimplasma*) transmitido de generación en generación. El plasma del padre y de la madre, entra por mitad en la constitución del núcleo del óvulo fecundado, mientras que el del abuelo, sólo contribuye con la cuarta parte y la diez y seisava la del bisabuelo, y así explica la proporción de la herencia directa y el atavismo.

Y *Orchanski* y *Bouchard* y otros mil que todos habréis leído, expresan sus teorías más bien filosóficas que biológicas, pues no se fundan más que en fantasías imaginativas, sin hechos experimentales, y menos aún, sin afirmaciones que den alguna luz sobre la verdad que perseguimos tanto tiempo, y es preciso llegar a una época reciente, en que los profundos estudios y trabajos de una porción de sabios, cuya atención despertó *Pende*, que con el descubrimiento de la glucogenia hepática por *Claudio Bernard* (1855), y el de la opoterapia de *Brown Sequard* (1889), han impulsado a muchos médicos eminentes del mundo, entre los que tenemos los españoles la honra grande de contar con notabilidades de gran relieve como *Marañón*, *Gómez Ocaña* y otros, que se han dedicado a hacer experimentos más bien de ori-

gen patológico que biológico, de unos factores nuevos en su conocimiento, y que al demostrar como se está demostrando, la parte activa que en las modalidades que le dan a la vida del hombre, desde su formación, su desarrollo y su muerte, pueden ser la aurora nuncio de luz brillante, que deshaga la túpida oscuridad que existe, en el misterioso secreto de nuestra reproducción; me refiero al importante papel que en nuestro organismo ejercen, las secreciones de las glándulas llamadas internas o endocrinas, así nombradas porque a diferencia de las tituladas externas, carecen de conducto escretor, y sus secreciones son productos que estos órganos vierten en la sangre, y cuyos principios químicos son llamados *hormones*, de cuyo funcionamiento normal, hacen depender la vida fisiológica del individuo, y la función anormal o suprimida de alguna o varias de ellas, está perfectamente estudiada por diversos experimentos patológicos, como el de Addison que estableció la relación entre su mal bronceado, y la lesión destructiva de las glándulas suprarrenales, las practicadas con la tiroides y las paratiroides por Reverden y Noosden, produciendo desórdenes nutritivos extirpándolas total o parcialmente, y otras muchas estudiadas y observadas, que Marañón las agrupa y clasifica de la siguiente forma:

Tiroides.	{	Hiperfunción, hipertiroidismo . . .	{	Mal de Basedow.
		Hipofunción, hipotiroidismo . . .	{	Mixedema, cretinismo, desarrollo anormal.
Hipófisis . .	{	Hiperfunción	{	Acromegalia, gigantismo.
		Hipofunción	{	Síndrome adiposo genital de Galich, infantilismo raquitismo.
Suprarrenales.	{	Hiperfunción . . .	{	Cortical: Síndrome suprarreno genital. Medular: Síndrome suprarreno vascular.
		Hipofunción . . .	{	Mal de Addison.
Paratiroides..	{	Hiperfunción . . .	{	Miastenia, pseudo paralíticas Lundborg.
		Hipofunción . . .	{	Tetania y trastornos nerviosos.
Páncreas. . . .	{	Hipofunción	{	Glucosuria y azoturia.
Timo	{	Hiperfunción . . .	{	Excitación morfológica cerebral y genital.
		Hipofunción . . .	{	Defectos de desarrollo, esqueleto: Idiotismo tímico.
Epífisis.				Su defecto acelera la crisis sexual.

Además de estos órganos de secreción interna, que sabido es, la parte activa que toman, estando sanos, en la fisiología de nuestro organismo, y en nuestras enfermedades estando alterados, hay que tener en cuenta otros elementos, que influyen también en la constitución de nuestro sistema que podríamos llamar humoral: Claudio Bernard escribe: «Cada órgano, cada tejido, cada célula, poseen una secreción interna» y cuando esto dijo, se creyó era un atrevimiento vanidoso de sabio, y posteriormente se ha comprobado por experimentos verificados por Starling, que macebaba fetos de coneja e inyectaba el producto bajo la piel de conejas vírgenes, observando en estas un desarrollo acentuado de las glándulas mamarias; esto nos explica las transformaciones que se observan en las mamas de las hembras embarazadas, sin duda el feto en su totalidad vierte en la sangre de la madre, a través de la placenta, una secreción interna, cuyas hormonas excitan la hipertrofia mamaria, preparando así la lactancia.

Otros experimentadores han confirmado las experiencias de Starling, observando que cuando la inyección de extracto de feto es muy prolongada, además de la hipertrofia mamaria sobreviene la secreción láctea; Trunecek nos da otra prueba de este hecho preparado por la naturaleza misma; la Siamesa Rosa Blazek fué fecundada y dió a luz, y a los pocos días del parto, su hermana Josefa cuyos senos se habían desarrollado, al mismo tiempo que los de su inseparable compañera, empezó a segregar leche en tanta abundancia como su hermana.

El principio del parto es también seguramente influenciado y determinado, por una sensación interna fetal como lo prueban, los experimentos de Hoeyde, que inyectaba a animales embarazados, sueros de fetos, produciendo el parto; además se sabe que en este acto, entran también en juego secreciones internas de la madre, tal como la de la hipófisis que tiene una acción enérgica en la contracción del útero, como lo están probando las inyecciones que se emplean de pituitrina, que es la secreción de la hipófisis.

Hemos, pues, de admitir, que la secreción interna es una función común a todos los tejidos del organismo; sin embargo en los seres superiores hay órganos encargados de una manera primordial o exclusiva, de la formación de determinadas secreciones internas, dotadas de una importancia transcendental, algunas ya enumeradas como son la *hipófisis* y la *epífisis*, la *tiroides*, las *paratiroides*, el *timo*, las *suprarrenales*, los *corpúsculos del sistema cromafino*, el *cuerpo amarillo del ovario*, la *intersticial del testículo*, el *bazo* y el *tejido insular del páncreas*.

No es mi ánimo hacer un estudio de las teorías que existen sobre el sistema endocrino, pues además de prolijo, de seguro sabéis de esto, todos más que yo; basta a mis fines la sucinta revista que sobre ella he hecho, para ver de explicar de algún modo el misterioso secreto de la herencia que se observa en las generacio-

nes, y sobre todo en la herencia que producen enfermedades nerviosas y mentales.

Nadie, por clase alguna de teorías explica satisfactoriamente el modo, cómo un padre sifilítico, alcohólico o asténico, engendra hijos degenerados y como todos los autores tratan de explicarlo con hipótesis ¿no podría ser una más, y tener viabilidad, acercándose algo a la verdad con tanto tesón buscada, la siguiente? Si tomamos como base o fundamento la teoría de Darwin sobre la herencia, que dice: «cada parte del cuerpo de los padres envía una partícula, una gémula al óvulo y al espermatozoide» y la teoría endocrina que expresa y admite, que no sólo las glándulas conocidas como órganos completos sino que todos los tejidos hasta la célula, contribuyen con su secreción, si es normal a la vida fisiológica del individuo, y si alteradas produciendo una porción de enfermedades; pues si a la constitución del óvulo y del espermatozoide que han de crear un nuevo ser, no llegan las esencias segregadas por las glándulas, tejidos o células, o concurren en desproporción o alteradas ¿qué extraño es que el nuevo ser naciendo ya en desequilibrio humoral, crezca y sea un enfermo con el síndrome correspondiente al órgano que faltó en el momento de la fecundación?

Corroborando en algo esta hipótesis, y formando cuerpo de doctrina, están llegando de América del Norte, noticias de experimentos realizados sobre cadáveres de individuos que fueron alcohólicos, relacionando estos trabajos con la observación del modo de ser patológico de sus hijos, y encuentran lesiones en las paratiroides, lo que hace abrigar la consoladora esperanza de que esté cercano el día, en que sea conocido el mecanismo hoy misterioso de la herencia.

Estamos, pues, frente a un hecho real y probado, y es que la herencia de la avariosis, alcoholismo y taras patológicas, por desgastes orgánicos en la lucha de la vida en esta mal llamada civilización, son las causas que determinan, el enorme aumento que existe de enfermedades mentales, que de continuar avanzando amenazan extinguir la humanidad, o lo que es peor aún, vivir enfermos sin utilidad para nadie, son las tres hidras que amenazan acabar con el mundo, pues el plomo, dinamita, gases irrespirables, barcos que se hunden con sus tripulantes..... son partículas de arena de la total destrucción de los hombres, porque aún en estos tristes y pesarosos pensamientos de la tremenda guerra que presenciamos, hay treguas y la esperanza de que tarde o temprano (Dios quiera que pronto) surja el símbolo ramo de olivo, pero el contagio que espera al feto, amenazado constantemente de recibir el zarpazo de la hidra que le toque en desgracia, en esta guerra no hay descanso, ni reposo, en la actividad aniquiladora, el alcohólico sigue bebiendo, y sigue engendrando seres que traerán el estigma degenerativo con la epilepsia, idiotez, o cualquiera de los mil vicios degenerativos.

El avariósico, tras la posibilidad de contagiar a la desgraciada mujer, que ignorante del veneno que se esconde y absorbe en las expansiones cordiales de su amor, unió su vida al dolor y sufrimiento, y si llega a lucir la antorcha venturosa para otras de la maternidad, será un momento solo, el suficiente para ver cómo se extingue en el acto mismo de nacer, aquella piltrafa de humanas formas, pero sin energías para la vida.

Y el asténico, el averiado fisiológico, el tarado por alguna de las enfermedades consuntivas o degenerativas ¿qué seres engendrará? ¿qué herencias les dará a sus hijos? Señores, asusta hacer consideraciones sobre estos hechos, que dan lugar a lo que hace pocos días decía un Sr. Senador, que denunciaba en plena Cámara Senatorial, que la mortalidad en la Inclusa de Madrid era tan alarmante, que alcanzaba el 87 por 100 de los acogidos y al contestarle el Sr. Ministro de la Gobernación y el Sr. Espina, no negaban el hecho, pero rebajaban la proporción a un 38 por 100 y como más disculpa añadían, que esas defunciones eran de niños instalados en una sala llamada de desahuciados, esto es, el almacén de las piltrafas de humanas formas; ante estos hechos se anulan todos los comentarios de palabra y sólo se puede decir: ¡pobres ángeles, qué indefensos estáis!

Si por profilaxis se entiende, que es evitar las causas de las enfermedades, conocidas aquellas, será fácil esterilizarlas en su acción patológica, y aquí como hemos expresado, son conocidas las causas que influyen en el aumento alarmante de la locura y psicosis diversas, heredo-sífilis, heredo-alcoholismo, detritus de la civilización ¡qué tres enemigos tan enormes! ¡qué raíces tan profundas han echado entre nosotros! y qué difícil es eso, digo yo, de limpiar de todas ellas el campo de la vida, sino aun de disminuirlas.

Claro está como la luz meridiana, que a enemigos tan terribles hay que combatirlos con armas extraordinarias, y que combatiendo con energía la propagación de la avariosis, con reglamentos, leyes y vigilancias extraordinarias, y reglamentando, prohibiendo o dificultando la venta y circulación de las bebidas alcohólicas, disminuirían las infecciones e intoxicaciones; ¿pero cómo se hace esto?—me diréis—porque lo sabéis, y yo también lo sé, que han celebrado muchas Asambleas, y muchos Congresos, en los que, multitud de médicos ilustres, se han reunido y discutido temas de mucho valor científico, para tratar de combatir estos terribles azotes de la humanidad, y han formulado sus conclusiones, y con sumisión escolástica se las han presentado al Sr. Ministro del ramo, y aun admito que en muchas ocasiones, deferente el Gobierno con nuestros compañeros han traducido en leyes sus luminosos trabajos; ¿y qué ventajas se han obtenido? Casi todas las leyes hay que obligar a cumplirlas por la fuerza autoritaria. ¿Quién es aquí la fuerza que obliga? Nadie, porque la policía gubernativa está encargada de la guarda del orden, de la

propiedad, de la política y me callo otros servicios, pero de defender la vida de la humanidad amenazada de cerca por la infección, no se ocupa nadie, pues aunque están los ilustrados y honorables por todos conceptos Inspectores Provinciales de Sanidad, pero solos, sin subordinados, sin agentes que robustezcan su autoridad y la sostengan, y sólo como prueba a vuestra consideración cito el siguiente ejemplo: después de diversos trabajos científicos profesionales, se logró que se promulgara una Ley que regula el trabajo de los niños, para defensa de su desarrollo y salud; y bien, visitad cualquier fábrica o industria y las veréis llenas de chicos, y lo mismo diría de las escuelas y casas de vecinos, y de mil cosas que los médicos han logrado que se legislen, pero que en la «Gaceta» están, sin que haya nadie que las haga cumplir, y es que hay que confesarlo, por negligencia, por humildad, por lo que sea, los médicos como corporación, o como ejército encargado de defender la vida y la salud de la especie, no hemos entrado a formar parte de la civilización y ésta por tanto funciona en desequilibrio.

Dice Littré y Guizota, que civilización es el conjunto de las opiniones y de las costumbres, que resulta de la acción recíproca y simultánea de las artes industriales, de la Religión, de las bellas artes y de las ciencias; es el perfeccionamiento de la vida civil, el desarrollo de la Sociedad y de las relaciones de los hombres entre sí. Decidme ahora: ¿podemos decir nosotros que estamos constituidos del modo que expresa la definición? No, porque no hay armonía de influjos sociales y la ciencia médica no forma parte del Estado, se queda en el lugar secundario, de cuerpo consultivo; de aquí el desequilibrio en que vive.

En momento alguno de mi vida, he tenido pesar más grande, que el sentido por mí en este instante, al considerar lo deficiente que son los medios que Naturaleza me otorgó, para poder expresar por modo claro y con la energía sugestionadora suficiente, los pensamientos que se agolpan a mi inteligencia y que tan torpemente son transmitidos a mi pluma; por arte de mágico encantamiento quisiera tener la autoridad atrayente y arrebatadora de un Zola, que con un su arranque aquel del «Yo acuso» removió hasta los cimientos de la Sociedad francesa, transformándola y dirigiéndola en el sentido de su intención; pero pobre de mí, yo no puedo hacer más que rogar, suplicar a los médicos que por sus reconocidos méritos pueden sostener en sus manos una bandera, y con sus talentos, alentar y arrebatarse a las masas, que se despojen de una vez de esa modestia rayana en la indiferencia y con un gesto gallardo, pidan en todos los tonos y luchen hasta conseguirlo, un puesto en la Gobernación del Estado.

Es decir, que creo que la profilaxis de las psicosis, locuras y enfermedades nerviosas, no se puede practicar bien y con éxito, sino desde un Ministerio de Salud Pública, con sus Delegados provinciales y municipales, con sus guardas para vigilar y su ejército para hacer cumplir las disposiciones y las leyes.

Que esto es caro y el Tesoro está pobre, dirán, pero argüir en seguida, que cuesta trescientos cincuenta y siete millones el Ejército y la Marina, sólo como encargados de defender el territorio y las costas en el caso problemático de que fueran amenazados, en Sanidad que estamos en guerra constante y muy encarnizada y terrible como sabéis todos, no sería justo regatear esos gastos, y si se estableciese ya se podrían impedir o dificultar al menos, los *enlaces entre tarados infecciosos, desideratun de la higiene.*

Y mientras llega ese suspirado día, lograr al menos que se implante la obligación del libro sanitario de familia, que ya en algunos de los Estados Unidos se está ensayando; pues así consultando ese libro donde con fe protocolar y religiosa exactitud, estampe el médico todas las enfermedades, con los detalles correspondientes que haya observado en los enfermos que asista, y de este modo alguna vez sino todas, o se podrá aconsejar, conociendo el modo de ser patológico de dos personas de sexo diverso su enlace o prohibirlo, y si el amor o las circunstancias son más poderosos que los consejos científicos de previsión de dolores y penas futuras, queda aún la consoladora esperanza de poder defender a los seres que engendrasen, conocidas las taras de los padres, con terapéutica apropiada.

Yo anhele vehementemente, que al terminar (que Dios quiera sea pronto) esta horrenda hecatombe que conmueve al mundo, sembrando la muerte y la ruina, en la tierra, en el aire y en el mar, al revisar el tétrico saldo que resulte en los hogares sin padres, sin hijos y sin esposos, muertos el comercio y la industria, al cesar la fiebre patriótica, enfrente sólo de sus desdichas y tristezas; cuando mitigado en algo, ese inmenso duelo, surjan auras de reconstitución, que han de llegar y dominar para salud del mundo... el mundo oficial, caduco y rutinario, cada día más divorciado del mundo laborante, intenso, vivo, lleno de alientos de pujanza, está felizmente en el ocaso de su aciago y nefasto señorío y entonces al escudriñar con los espantados ojos de su turbada inteligencia, el grisáceo horizonte del porvenir del cual, ha de depender, el acoplamiento de su nuevo vivir, vean brillar allá lejos, el faro luminoso que radiante de caridad, abnegación y saber, alumbraba desde un peligroso agujero del frente francés, donde uno de los nuestros un médico inglés *Jamer Shearer*, absorto en su ardiente deseo de servir a la humanidad en sus enfermedades más ocultas, haciéndolas accesibles a nuestros sentidos; sin preocuparle el peligro constante en que está de morir, y el triste pensar de vivir o morir lejos de los suyos, por constante vecina la muerte y los heridos, por compañeros inseparables el estampido del cañón, el tableteo de las ametralladoras y los fusiles, aún ha tenido serenidad bastante, mejor dicho, virtud tanta, para proseguir los estudios y ensayos que han hecho llegar, al descubrimiento del modo como se pueden obtener fotografías del contorno preciso de los diferentes órganos internos con sus deformacio-

nes, anomalías si las hay y los cuerpos extraños que puedan haber ¡loor al sabio héroe! y cuando esas enlutadas y tristes multitudes fijan su atención en el contraste que ofrece el mundo entero, el de ahora, el caduco, pensando sólo en el estermínio y un hombre, un sabio, un médico *Shearer* solo en medio de los peligros, estudiando para ver la manera de salvar vidas, mejoras o consolar, esas tristes multitudes deben tener una ráfaga de inteligente egoísmo, y dirigir su mirada suplicante, o mejor aun mandando enérgicamente con oleadas de muchedumbre, a la modesta, aún más, a la humilde colectividad médica, a que tome la parte activa, que su misión le impone, en la dirección y defensa de la Sociedad, estableciendo así el equilibrio que debe existir, en el conjunto de fuerzas que han de obrar armónicamente en el mundo, para que se le pueda llamar bien llamado civilizado y defender así la salud o la vida de la humanidad.

HE TERMINADO.



SECCIÓN VARIA

Nuestro Concurso

Cerrado el plazo de admisión de trabajos para nuestro Concurso y cumpliendo con una de las bases establecidas en él, nombramos los tres Sres. Académicos que habían de juzgarlos eligiendo para tal empresa al Sr. Presidente, Dr. Francisco Medina; Sr. Vicepresidente, Dr. Claudio Hernández Ros; y Sr. Secretario, Dr. Laureano Albaladejo, quienes nos entregan para su publicación el siguiente

D I C T A M E N

Los trabajos sometidos al examen de este Jurado por la Dirección del periódico profesional MURCIA MÉDICA son cinco, porque aunque se han presentado algunos más, estos no cumplen por su poca extensión las condiciones del certamen. (1)

Los cinco llevan por lema respectivamente: *Sobre la verdad desnuda, el diáfano manto de la fantasía, Electrón, El pronóstico hace al médico, A cellula inmunitas y Bewegunsrnde*, que tratan a su vez del estado psicológico en la demencia precoz; nuestros hallazgos en el estudio del efluvio eléctrico de alta frecuencia y sus nuevas aplicaciones terapéuticas encontradas en nuestras investigaciones; medios de fundamentar el pronóstico de la tuberculosis pulmonar crónica en el hombre; inmunización en general y lesiones en las circunvoluciones centrales, diagnóstico diferencial.

El Jurado después de una lectura detenida de estos trabajos se halla perplejo en la adjudicación de los premios, pues todos ellos resultan de un mérito excepcional y dignos de tan honrosa distinción. El primero, que se ocupa de la demencia, precoz revela en su activo un dominio completo de la especialidad, conocimientos profundos

(1) Los trabajos no mencionados en este dictamen, quedan a disposición de sus autores, como tenemos anunciado.

de ella, espíritu observador, analiza los diferentes casos que presenta y separa y distingue de una manera clara los síntomas de la demencia precoz de las diferentes asociaciones de otros estados, deduciendo conclusiones y elevándose a conceptos que dan al trabajo un carácter verdaderamente personal, científico y práctico a la vez. El segundo es un estudio sobre el eflujo eléctrico de alta frecuencia en el que hace una comparación de él con los rayos X, exposición de doctrina con sencillez y claridad propias del que posee conocimientos profundos sobre la materia de que trata, experiencias personales y aplicaciones terapéuticas con brillante resultado iniciadas y comprobadas por el autor. El tercero presenta un trabajo acabado sobre el pronóstico de la tuberculosis crónica, en el que demuestra extensos conocimientos sobre esta enfermedad y los aplica de una manera concienzuda a la resolución del problema que se propone, haciendo intervenir para ello la clínica y el laboratorio. El cuarto es un estudio crítico de las teorías de la inmunidad que constituye un capítulo completo de la patología de las infecciones, hecho con una claridad y precisión y enjuiciado con razonamientos tan científicos que revela en el autor, una inteligencia superior y una vasta erudición. El último que al ocuparse de las circunvoluciones centrales tiene por objetivo principal precisar las indicaciones de las intervenciones quirúrgicas en las lesiones cerebrales presenta un estudio anatómo-fisiológico de las partes que sufren alteración en los cuatro casos clínicos que cita, haciendo fácil y comprensible su conocimiento. Analiza y discute extensamente todo lo concerniente a ellos para sacar conclusiones que refuerza con una extensa bibliografía, que hace de este trabajo una verdadera monografía.

Por la ligera exposición podrá apreciarse la difícil actuación del Jurado para elegir, de entre los cinco, dos sin incurrir en una marcada injusticia y aunque la tendencia es a preferir los que tuvieran un carácter más personal y que revelaran más estudios de investigación, no han podido unificarse las opiniones de esta comisión teniendo que someterse a votación de la que resultó, que el Sr. Hernández-Ros votó el primero y quinto, según el orden arriba enunciado, el Sr. Albaladejo el segundo y quinto y el Sr. Medina el primero y cuarto; proponiendo por consecuencia para los premios, los artículos cuyos lemas son: *Sobre la verdad desnuda, el diáfano manto de la fantasía y Bewegunsrinde*; recomendando los tres restantes para su publicación y lectura, manifestando el sentimiento de no poder adjudicarles otros tantos premios por considerarlos dignos de ellos.

Antes de terminar, el Jurado se complace en felicitar a MURCIA MÉDICA por el gran éxito de su concurso y alentarla en la alta y digna empresa emprendida para bien de la ciencia y honra de nuestra querida ciudad.

Murcia 20 de Enero de 1917.—Francisco Medina.—Claudio Hernández-Ros.—Laureano Albaladejo.

SEÑORES PREMIADOS

Abiertas las plicas, han resultado premiados los señores siguientes:

PREMIO.—Dr. Wenceslao L. Albo, Gran Vía, 2, 3.º, Bilbao.

Tema: *Lesiones en las circunvoluciones centrales.*

Lema: *Bewegunsrinde.*

PREMIO.—Dr. Rufo S. Iriondo, San Fernando (Cádiz).

Tema: *Aspecto psicológico del demente precoz.*

Lema: *Sobre la verdad desnuda, el diáfano manto de la fantasía.*

RECOMENDADO.—Dr. Emilio Bové Piqué, Pasaje de Permanyer, 5, Chalet,

Barcelona.

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

Lema: *El pronóstico hace al médico. (Dr. Robert).*

RECOMENDADO.—Dr. Belarmino Rodríguez Arias, Rambla de Cataluña, 43, 2.º, 2.ª, Barcelona.

Tema: *Inmunización en general.*

Lema: *A cellula inmunitas.*

RECOMENDADO.—Dr. Fermín Muñoz Urra, Talavera de la Reina (Toledo).

Tema: *Nuestros hallazgos en el estudio del efluvo eléctrico de alta frecuencia y sus nuevas aplicaciones terapéuticas y biológicas encontradas en nuestras investigaciones.*

Lema: *Electrón.*

Estadística

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

Población calculada 130.206

Nacimientos. { Vivos 238.—Var. 156.—Hem. 82.—Leg. 234.—Ileg. 0.—Exp. 4.
Muertos 0.—Var. 1.—Hem. 0.—Leg. 0.—Ileg. 1.—Exp. 0.

Natalidad por 1000 habitantes, 1'83 —Matrimonios, 48.—Nupcialidad por 1000 habitantes, 0'33.—Mortalidad por 1000 habitantes, 2'10.

Defunciones

Varones, 158.—Hembras, 115.—Menores de cinco años, 96.—De cinco y más años, 177.—En hospitales y casas de salud, 22.—En otros establecimientos benéficos, 7.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 2.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 4.—Viruela, 1.—Sarampión, 0.—Escarlatina, 0.—Coqueluche, 1.—Difteria y crup, 2.—Gripe, 3.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 3.—Tuberculosis de los pulmones, 19.—Tuberculosis de las meninges, 1.—Otras tuberculosis, 4.—Cáncer y otros tumores malignos, 4.—Meningitis simple, 9.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 15.—Enfermedades orgánicas del corazón, 19.—Bronquitis aguda, 20.—Bronquitis crónica, 9.—Neumonía, 17.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 14.—Afecciones de estómago (menos cáncer), 0.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 24.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 3.—Cirrosis del hígado, 3.—Nefritis aguda y mal de Bright, 4.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 0.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 1.—Otros accidentes puerperales, 0.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 5.—Senilidad, 21.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 4.—Suicidios, 0.—Otras enfermedades, 54.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 7.—Total de defunciones, 273.

Publicaciones recibidas

Reglamento de la Asociación de la Prensa Médica Española.

—*La superficie basilar del occipital*, por D. Julio Toledo, de la Facultad de Medicina de Madrid.

—*Concepto actual de la poliomielitis y de su tratamiento fisioterápico*, por el Dr. Decref.

Agenda Médico Quirúrgica 1917.—Baillly-Bailliere.

—*Higiene de la infancia*, por el Dr. Apert, traduc. Dr. Comenge.—Hijos de J. Espasa, editores.

—*Nuevo método de operar en la hernia crural*, por el Dr. Antonio de Gimbernat.

Concurso de MURCIA MÉDICA para 1917

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

- 1.ª El tema es de libre elección.
 - 2.ª Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
 - 3.ª Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
 - 4.ª Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc., que el tema requiera.
 - 5.ª El trabajo premiado como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.
 - 6.ª El premio es uno, consistente en una **Medalla de oro, 100 pesetas, 100 ejemplares** del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en MURCIA MÉDICA.
 - 7.ª El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Noviembre de 1917, debiendo dirigirse a esta Administración.
- Y última. El Jurado calificador se formará por tres Académicos de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, cuyos nombres se darán a conocer oportunamente.

Noticias

Hemos tenido el gusto de saludar al reputado clínico Dr. González Aguilar, que después de sufrir una operación quirúrgica en la laringe, se propone pasar una temporada de reposo en su casa de La Nora.

Deseamos a nuestro ilustre paisano y colaborador una rápida y total curación, con toda la sinceridad que puede pedirse a la más estrecha amistad.

—•—

El ilustrado médico D. José Ruiz Medina, redactor de esta Revista, sufre la pena de haber perdido para siempre a su querido padre D. Francisco Ruiz Jiménez.

Con este motivo enviamos el más sentido pésame a nuestro compañero, deseosos de mitigar su dolor con la ratificación de nuestra amistad y afecto.



Completamente restablecido de la enfermedad que le ha retenido en el lecho durante algún tiempo, hemos tenido el gusto de saludar al afamado forense Doctor Don Francisco Ayuso, colaborador de MURCIA MÉDICA.

Nuestra enhorabuena.



Hemos recibido la visita de la nueva publicación *Revista de Medicina* que ha salido a la luz en la vecina ciudad de Cartagena.

Correspondemos atentamente al saludo que nos dirige, y sepan los de aquella casa que nos ofrecemos incondicionalmente para todo lo que redunde en beneficio de la clase médica de Levante.

Deseamos al colega larga vida, a la vez que dejamos establecido el cambio.



En este año se reunirá en Madrid el primer Congreso Nacional de Educación Física, que presidirá el Senador Vitalicio y Catedrático de la Facultad de Medicina, D. José Gómez Ocaña.

Constará de las siguientes secciones:

Primera. «Bases científicas de la educación física». Presidente, D. Rafael Forns, Catedrático de Higiene.

Segunda. «Educación física del niño en el hogar y en la escuela». Presidente, Dr. D. José de Eleicegui.

Tercera. «Educación física del adolescente». Presidente, D. Marcelo Sanz.

Cuarta. «Educación física de la mujer». Presidenta, D.^a Concepción Aleixandre, Dra. en Medicina.

Quinta. «Juegos y deportes». Presidente, Sr. Marqués de Villamejor.

Sexta. «Educación física del soldado». Presidente, D. Angel Fernández Caro, Inspector-médico de la Armada.

Séptima. «Gimnasia médica». Presidente, D. Joaquín Decref; y

Octava. «Educación física del adulto, según las diversas profesiones»

Habrá con motivo de este Congreso, grandes concursos gimnásticos y deportivos.

Las inscripciones para asistir al Congreso y consultas acerca de su organización, deberán dirigirse por escrito a la Secretaría del Comité de organización, plaza del Rey, 6, a nombre del Secretario del mismo, D. Augusto Condo.



Han sido nombrados Académicos correspondientes de la Real de Medicina y Cirugía de Granada, los Dres. Martínez Ladrón de Guevara y Sánchez Pozuelos, queridos compañeros de fundación.

Los méritos que atesoran tan ilustrados médicos, no son para describirlos nosotros, por estar en contacto tanto en las tareas periodísticas como en las de la profesión, limitándonos tan sólo a enviarles nuestra más entusiasta enhorabuena, deseándoles nuevos triunfos.



Con entera satisfacción, hemos recibido la noticia del nombramiento de Senador Vitalicio a favor del sabio Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, Dr. D. Tomás Maestre.

Bien sabe el querido maestro, que MURCIA MÉDICA celebra con entusiasmo tal distinción, por lo que le enviamos nuestra más cordial enhorabuena.

Correspondencia administrativa

con nuestros suscriptores :: :: ::

D. José Pallarés, Lorca.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

D. Luis M. Casalduero, Lorca.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

D. Garibaldo Marcos, Hellín.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

D. Rafael Vidal, Hellín.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

D. Antonio Mora, Callosa.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

D. Rafael Espuche, Callosa.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

D. Cayetano Bernal, Dolores.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

- D. Juan Bernal, Dolores.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Gregorio Burgos, San Miguel de Salinas.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Ismael Candela, Crevillente.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Ricardo Artiga, Nerpio.—Recibido el importe de su suscripción por los años 1916 y 1917.
- D. Francisco Maurandi, Vélez-Rubio.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Pedro Cerón, Alhama.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Miguel Guirao, Vélez-Rubio.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Riquelme, Beniel.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Flores, Espinardo.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Díaz, La Ñora.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Pascual Herraiz, Jumilla.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Ladislao Moragan, Villarrobledo.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Calixto Fernández, Villena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Eladio Hellín, Javalí-Viejo.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Francisco Delgado, Mula.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Antonio Alfonso Prets, Valencia.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.



MURCIA MÉDICA

DESEA INFINITAS PROSPERIDADES A SUS LECTORES,
PRENSA Y CLASE MÉDICA, EN EL PRESENTE AÑO 1917

CONSULTA

→ DE ←

Enfermedades ≡
≡ **del PECHO**

A CARGO DEL

Dr. Martínez Ladrón de Guevara

DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE MURCIA

Y DE LA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN LAS
ENFERMEDADES DEL PECHO

— — — — —
Calle de Zoco

MURCIA



LABORATORIO
GUILLAMÓN

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



REACCIONES DE WAS-
SERMANN, WIDAL, ETC.

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