

SUMARIO ⑨ ⑨ ⑨ ⑨ ⑨

TRABAJOS ORIGINALES: *Reflexiones sobre un caso de ligadura de la arteria meníngea media*, por el Dr. Claudio Hernández-Ros.—*Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas de la tuberculosis renal y vesical* (continuación), por el Dr. Manuel Barragán Bonet.—*El tratamiento del tabes por las dosis altas arsenicales*, por el Dr. Felipe Sicilia.—*Apropósito de un caso de estrabismo convergente con exoftalmía traumática. Corrección con intervención quirúrgica*, por el Dr. Cilleruelo Zamora.—PRENSA PROFESIONAL: *Detalles del tratamiento de la tuberculosis pulmonar por métodos higiénicos*, por el Dr. Luis Calandre.—SECCIÓN OFICIAL: *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia*.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Sociedad Oftalmológica de Madrid*. Sesión del día 15 de Febrero de 1917.—SECCIÓN VARIA: *Fundación Santa Cándida. Salpicaduras*.—*El Patronato del Colegio de Huérfanos*.—*Noticias*.—*De nuestro catálogo*.—*Nuestro Concurso*.—*Publicaciones recibidas*.—*Bibliografía*.—*Estadística*.—*Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores*.

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

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

Jarabe Antiferino Moreno

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

DENTICINA MORENO

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

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

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

Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



FARMACIA
CATALANA
DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



FARMACIA

— Y —

Drogueria

Viuda de Ruiz Seiquer

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos _____

_____ Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones



Plaza de San Bartolomé

MURCIA

1914

20



NUESTROS COLABORADORES

Dr. Claudio Hernández-Ros :: ::
Cirujano del Hospital Provincial de
:: :: Murcia :: ::

MURCIA MÉDICA

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

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

Año III .. Julio 1917 .. Núm. 28

TRABAJOS ORIGINALES

Reflexiones sobre un caso de ligadura de la arteria meníngea media

POR EL DR. CLAUDIO HERNÁNDEZ-ROS

Cirujano del Hospital Provincial de Murcia

POR no ser frecuentes las intervenciones de este género, tiene cierto interés la que describo a continuación, que fué practicada en este Hospital Provincial en el año de 1913.

Una tarde del mes de Octubre, estando de guardia el ilustrado médico de este servicio D. Mariano Precioso, llevaron a un individuo en pleno estado de coma profundo. Los datos que aportaron los compañeros del lesionado, no podían ser más precarios; el sujeto que iba por la carretera montado en un borrico, fué despedido por el animal, cayendo al suelo en forma que no podían precisar; le llevaron a una taberna próxima donde le hicieron beber algunos sorbos de vino y quedó bien al parecer, pero poco a poco, fué cayendo en una somnolencia a la que siguió la pérdida del conocimiento, por lo que decidieron traerlo al Hospital, habiendo transcurrido entre la caída y la presentación del estado comatoso, unos 40 o 50 minutos.

El Sr. Precioso, fundándose en esta tardanza, diagnosticó el caso de hemorragia de la meníngea media, e inmediatamente me mandó llamar. Encontré al enfermo con pérdida completa del conocimiento, resolución muscular, pupilas dilatadas, relajación de los esfínteres, y enfriamiento de las extremidades, un cuadro que no dejaba lugar a duda de que a aquel hombre le quedaban pocas horas de vida. Ratifi-

cado por mí el afortunado diagnóstico del Sr. Precioso, decidí operar en el acto y aquí surgió la primera duda ¿donde trepanar? resolución en verdad difícil, pues no pudiéndose comprobar la parálisis hemipléjica contra lateral, estábamos privados del síntoma principal que hubiera podido guiarnos; tampoco existía el signo de Griesinger o sea la dilatación pupilar del lado opuesto, ni podían observarse los de Ortner y de Ledderhose, que como es sabido, se refieren a la contracción irregular de los músculos respiratorios del lado opuesto a la lesión, el primero y el éxtasis pupilar del lado afecto, el segundo.

Hice afeitar la cabeza del enfermo, pudiendo observar la existencia de una pequeña herida contusa en la región parietal derecha, por lo que me decidí a intervenir en aquel lado. Sin anestesia por no ser necesario, tallé un colgajo de base inferior limitando la zona por cuyo centro pasa la arteria meníngea media, y apliqué cinco fresas de Doyen en los puntos convenientes, seccionando después el hueso entre orificio y orificio, con la sierra y escoplo de talón del mismo autor; abatí el colgajo osteo-cutáneo fracturando la escama ósea en su línea inferior y al abrir la cavidad craneana, tuve la inmensa satisfacción de ver elevarse un enorme coágulo que ocupaba toda la superficie descubierta de la dura madre y que se prolongaba debajo de los huesos; una vez que fué quitado con las precauciones necesarias, pude observar que el cerebro estaba fuertemente deprimido y en el centro de la depresión, saltar un fino chorro de sangre del vaso seccionado. Un catgut pasado por ambos extremos de la rotura dió fin a la peligrosa hemorragia y repuesto el colgajo en su sitio y suturada la herida, fué trasladado el enfermo a su cama, habiendo empezado a dar muestra de sensibilidad, desde el momento en que se quitó el coágulo; a las dos horas había despertado por completo y aunque la convalecencia fué larga, pues se eliminó el trozo de hueso desprendido, el enfermo fué dado de alta a los dos meses de la intervención con integridad completa de sus funciones cerebrales.

Es indudable que el intervalo lúcido, constituye el signo diagnóstico principal de estas hemorragias, según ya dijo J. L. Petit a fines del siglo XVIII, pero no siempre hay que contar con que su presencia indique la seguridad del derrame sanguíneo extra-dural, y no hace muchos días observé un caso interesantísimo, que sirve de demostración de este aserto. Tratábase de una niña de cuatro años de edad, que cayó por una escalera recibiendo un fuerte golpe en la región parietal derecha contra el borde de un escalón; en los primeros momentos tuvo algo de conmoción cerebral que desapareció con rapidez, quedando en perfecto estado que duró hora y media, en cuyo espacio cenó como tenía por costumbre. De pronto sintió náuseas, y al vomitar, cayó en un estado comatoso, en el que le encontré a mi llegada a la casa; el pulso era pequeño y frecuente, la respiración, estertorosa y en ocasiones se

parecía a la llamada de Cheyne Stockes, pupilas dilatadas e inmóviles y a poco se presentaron fuertes accesos de epilepsia jacksoniana, en el lado mismo de la lesión, contracturas en los músculos del lado opuesto. Ante cuadro tan complejo decidí practicar una punción lumbar para investigar si existía o no derrame sanguíneo en el líquido céfalo-raquídeo, resultando, completamente claro y con alguna presión; dejé salir unos cuantos centímetros cúbicos y a los pocos momentos desaparecieron todos los síntomas descritos, quedando la niña en perfecto estado, en el que continúa en la actualidad.

Este caso presenta varios problemas que los neurólogos podrán discutir; el intervalo lúcido no podía significar la hemorragia extra-dural, porque en el niño no existe el espacio despegable de Marchand, entre la dura-madre y la cara interna del parietal, que es donde se acumula la sangre en el adulto. La epilepsia jacksoniana no podía significar otra cosa que una fuerte excitación de la zona rolándica opuesta y sin embargo, el resultado de la punción lumbar demostró que no era así, las alteraciones observadas en la respiración, denotaban su origen bulbar y desaparecieron con la misma rapidez que los demás síntomas y es que resulta muy difícil interpretar las reacciones con que el cerebro responde a los traumatismos. En mi larga práctica de hospital, he visto casos de tolerancia extraordinaria, por grandes pérdidas de sustancia cerebral a consecuencia de traumatismos fracturantes, sin que se manifestase signo alguno de sufrimientos, y otras veces, permanencia indefinida de cuerpos extraños, la mayor parte de las veces, balas, sin la menor protesta, de modo que ante un lesionado de cráneo no es extraño que el cirujano vacile ante la dificultad de resolver los problemas que se le presentan, y sienta verdadero temor de pecar por defecto o por exceso, causando en ambos casos graves perjuicios al enfermo, que en muchas ocasiones puede comprometer seriamente su vida.



Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas

de la tuberculosis renal y vesical

POR EL DR. D. MANUEL BARRAGÁN BONET

(MADRID)

Premiado en el Concurso de la Real Academia de Medicina de Murcia, celebrado en 1916

Lema: REPARAD EN LOS MEDIOS PARA LLEGAR AL FIN

(CONTINUACIÓN)

Ejemplo personal:

OBSERVACIÓN VI

Análisis de la orina de cada riñón recogida por cateterismo ureteral

Enfermo de treinta años

Riñón derecho		Riñón izquierdo	
Urea	2'4 por litro	Urea	22'21 por litro
Cloruros	6 —	Cloruros	11'05 —
Albúmina	2 —	Albúminas	0'50 —

Examen microscópico

Riñón derecho	Riñón izquierdo
Leucocitos en abundancia.	Algunos hematíes.
Algunos hematíes.	Ningún microbio.
Células epiteliales.	
Bacilos de Koch.	

Puede afirmarse que la tuberculosis es unilateral y del riñón derecho y que la función de éste está grandemente perturbada.

OBSERVACIÓN VII

Análisis de orina obtenido por cateterismo ureteral

Enferma de veintiseis años

Riñón derecho			Riñón izquierdo		
Cantidad.	110	por litro	Cantidad.	160	por litro
Densidad	1.012	—	Densidad.	1.009	—
Urea	10'60	—	Urea	5'25	—
Cloruros.	7'80	—	Cloruros.	8	—
Albúmina	1	—	Albúmina	12	—

Examen microscópico.—Pus en la orina de los dos y bacilos de Koch en el izquierdo. Como el análisis indica que los dos riñones están enfermos no importa que uno no tenga bacilos para negar la indicación quirúrgica.

OBSERVACIÓN VIII

Enferma de treinta y tres años

Riñón derecho			Riñón izquierdo		
Urea.	3'2	por litro	Urea	20'10	por litro
Cloruros	6	—	Cloruros.	11'4	—
Albúmina.	6	—	Albúmina	1	—

Examen microscópico del depósito espontáneo

Riñón derecho	Riñón izquierdo
Hematies.	Hematies.
Ningún microbio.	Ningún microbio.
Ningún leucocito.	Células epiteliales.

Como esta enferma tiene todos los síntomas de tuberculosis renal unilateral y faltaba la presencia del bacilo por el análisis microscópico, se practicó la prueba biológica con resultados positivos respecto al riñón derecho.

* * *

C.—Cuando la exploración renal se hace imposible por el estado de la vejiga ¿qué debemos hacer?

Ya hemos dicho que la nefrectomía precoz es el tratamiento racional de la tuberculosis renal unilateral. Por otra parte, es un principio fundamental e indiscutible en urología, que la nefrectomía no debe practicarse jamás si no queremos exponernos a



un fracaso, sin comprobar previamente de un modo preciso la existencia y el valor funcional del riñón que ha de quedar.

Ya hemos demostrado también, que para resolver este problema no hay más que el cateterismo ureteral doble, pero desgraciadamente este medio de exploración funcional no es siempre posible. Las alteraciones de la vejiga y de los uréteres van unidas con frecuencia, como es sabido, a esta enfermedad y que estos enfermos se presentan a nosotros en el segundo o tercer periodo, rara vez en el primero.

Las cistitis de las tuberculosis renales, la intolerancia vesical que ella produce; la disminución de la capacidad que algunas veces no tolera ni diez c.c. hacen imposible la cistoscopia aunque preparando la vejiga con los medios que todos conocemos para establecer la tolerancia. En otros casos, los edemas, ulceraciones y vegetaciones en la periferia del uréter, y las estrecheces de estos, no permiten descubrir las embocaduras de los mismos, ni la introducción de la sonda ureteral.

Estas dificultades para resolver; el problema diagnóstico de la tuberculosis unilateral y bilateral, han dado margen a innumerables trabajos y procedimientos para resolverlos.

Tres métodos podemos poner en práctica en el orden quirúrgico cuando el cateterismo ureteral sea imposible, así como la separación endo-vesical de las orinas; que pueden dar resultados realmente precisos sobre el estado anatómico y funcional de cada riñón en los casos de tuberculosis renal.

PRIMERO.—El cateterismo ureteral precedido de la talla hipogástrica.

SEGUNDO.—La exclusión del riñón enfermo que permite recoger la orina del sano y la exploración de este y de la orina que él segrega.

TERCERO.—La exploración del riñón supuesto sano.

PRIMERO.—*El cateterismo ureteral previa cistotomía abdominal*, tiene un valor indiscutible, aunque bueno será advertir, que algunas veces a pesar de la talla se hace imposible. La talla transversal es preferible, porque la vía de acceso al uréter es más directa así como la proyección de la luz; nosotros aconsejamos y seguimos la técnica Leguen. Después de abierta la vejiga y hecha la limpieza de rigor se pasa una sonda prostática del número 20 o 22 por vía natural y se corta su acodadura dentro de la vejiga. Esta sonda nos sirve de conductora para las ureterales; se pasa primero una, se busca el orificio ureteral y cuando se ha encontrado, se coge la sonda con una pinza para acercarla al orificio, por el cual se introduce dulcemente empujando desde fuera, y se procede después del mismo modo al cateterismo del segundo uréter. Si por excepción, en alguno de ellos no fuera posible pasar la sonda, puede cerrarse la vejiga y recoger la de uno con la sonda ureteral y la del otro riñón de la vejiga.

SEGUNDO.—*La exclusión del riñón enfermo*, haciendo la nefrotomía es siempre

posible, pero esta intervención no deriva por completo la orina, una parte de ella, pasa a la vejiga y se mezcla con la del otro riñón; es preciso para hacer la derivación completa, practicar la ligadura del uréter (Yabauleuy) o la ureterostomía temporal de Rochet o hacer un ojal ureteral 4 o 6 cents. por debajo del riñón.

Ureterostomía temporal: Por vía lumbar se hace a 4 o 6 cents. por debajo del riñón un ojal ureteral introduciéndose una sonda corta hasta el riñón y otra gruesa ureteral en el extremo inferior para evitar que alguna porción de orina pudiera pasar a la vejiga y se tienen así las cosas de 20 a 40 minutos.

La orina derivada se recoge en una copa graduada y la de la vejiga en otra, para el correspondiente análisis; suturando después el uréter.

También se puede hacer la derivación *sin herida ureteral* por compresión momentánea de este, teniendo en cuenta que esta debe ser suave; la de los dedos será mejor para evitar la gangrena y los trastornos funcionales y de nutrición.

No es bueno el procedimiento de exclusión del riñón sea cualquiera el método que se emplee. Si es el último tiene que producir trastornos funcionales en el sentido congestivo del supuesto riñón sano y además esta es la objeción de más peso, que la orina tiene que pasar por la vejiga y mezclarse con los productos de secreción de esta, cosa irremediable por mucha limpieza que se haga. Ha quedado por tanto abandonado.

TERCERO.—*La exploración del riñón supuesto sano* necesita como es consiguiente descubrirlo por una incisión lumbar para comprobarlo. Al riñón puesto al descubierto podremos apreciarle por la inspección y el tacto, lesiones estructurales cuando estas estén muy tangibles y avanzadas; pero pasarán desapercibidas por esta simple exploración las lesiones ligeras y profundas. Podremos practicar la nefrotomía como medio de exploración más profundo, pero esta tiene el inconveniente de traumatizarlo y perturbar la función de él que ha de quedar al practicar la nefrectomía.

Resumiendo lo expuesto: Los procedimientos pueden reducirse a *dos categorías*.

PRIMERO.—La exclusión del riñón enfermo para estudiar el supuesto sano.

SEGUNDO.—Los que tienen por finalidad explorar directamente el valor funcional del riñón supuesto sano.

A la primera categoría corresponde:

- A) La nefrotomía del riñón enfermo.
- B) La nefrotomía con ligadura del uréter o exclusión renal abierta.
- C) La compresión temporal del uréter o exclusión renal cerrada.
- D) La ureterostomía con sonda ureteral fija.

A la segunda categoría corresponde:

- A) El cateterismo ureteral previa abertura de la vejiga.
- B) El examen directo del riñón (lumbotomía).
- C) La nefrotomía del riñón sano.
- D) La ureterostomía temporal del riñón supuesto sano.

Comentarios a estos procedimientos.—Los que se basan en la exclusión del riñón enfermo son casi todos defectuosos, ya hemos indicado la imposibilidad de recoger la orina exclusivamente del lado sano, porque se unen a los productos de la vejiga y del uréter enfermo. Los métodos y procedimientos que tienen por objeto explorar el valor funcional del riñón supuesto sano, tienen un valor más positivo.

Entre estos 4 son preferibles el primero segundo y cuarto; el tercero debe ser abandonado.

El examen directo del riñón sano por lumbotomía exploratriz es suficiente en muchos casos. Cuando no se aprecian en el riñón ninguna modificación aparente, ni adherencias de la cápsula adiposa a su superficie y cuando la pelvis renal aparece absolutamente normal, puede considerarse como sana.

El cateterismo del riñón previa ureterotomía temporal da resultados excelentes y permite en la misma sesión practicar la nefrectomía si la consideramos indicada.

Claro es, que para poner en práctica todos estos medios de exploración necesitamos también el conocimiento previo del lado enfermo y en este sentido pueden surgir tres casos en la práctica.

PRIMERO.—Se conoce el riñón enfermo y este riñón debe ser extirpado; nos basta saber que el riñón opuesto es suficiente por los distintos medios que ya hemos explicado.

Si la eliminación es buena y la constante baja, no vacilaremos en practicar la nefrectomía; si la eliminación es mala y la constante alta, es preciso abstenerse y contentarnos con una intervención puramente paliativa.

Conocemos de un modo cierto el riñón enfermo, pero no existen indicaciones fundamentales para la nefrectomía, si el opuesto no está absolutamente sano.

En estos casos si la capacidad vesical es de 50 a 60 c. c. y el elemento dolor es intenso, abriremos la vejiga y conseguiremos dos objetos; hacer desaparecer el dolor por el reposo de ésta y practicar el cateterismo ureteral. Si este último es imposible, procederemos a la exploración directa por lumbotomía exploratriz; si el riñón presenta lesiones visibles y tangibles cerraremos la herida dejando las cosas como estaban. Si aparece sano, se recoge la orina que él segrega durante 20 minutos colocando una sonda ureteral previa ureterotomía para su análisis químico y bacteriológico. No conocemos el riñón enfermo ni sabemos en qué lado se encuentra.

Este último caso es el problema más difícil de resolver. En presencia de uno de estos casos pondremos en contribución todos los medios de eliminación; si esta re-

sulta mala, debemos considerar los dos riñones enfermos y abstenernos de toda intervención; si son francamente buenos, intentaremos, bien el cateterismo ureteral previa cistostomía y si este es imposible, haremos la exploración directa. Como se comprende esta última intervención es problemática como es consiguiente. Si la lumbotomía nos descubre un riñón sano, haremos la ureterostomía para confirmar su valor funcional pudiendo hacerse en la misma sesión la nefrectomía del opuesto. Si por el contrario descubrimos un riñón enfermo, cerraremos la herida y procederemos a la lumbotomía del lado opuesto y si este está sano se hará la nefrectomía del primero.

Tales son los medios de que nos valemos para apreciar el valor funcional de cada riñón, cuando es muy difícil o imposible el cateterismo ureteral directo; de todos ellos el mejor es indudablemente el cateterismo ureteral previa abertura vesical, siempre que sea factible.

E) Medios para apreciar la insuficiencia renal.—Diagnosticada la tuberculosis renal, unilateral o bilateral por el cateterismo ureteral doble, veamos de qué otros medios disponemos para comprobar el valor funcional, no sólo del riñón que hemos de intervenir, sino también del que ha de quedar; pero antes haremos algunas consideraciones de la función glomerular y del epitelium de los tubulis para la mejor comprensión de los medios que utilizamos con el fin de apreciar la insuficiencia renal.

La función renal, como es sabido, es doble, una glomerular que tiene por objeto eliminar el agua y una parte de las sales de la sangre por filtración o diálisis, y la tubular destinada a separar de la sangre la urea.

Simplemente puede compararse el riñón a la membrana de un dializador; este deja pasar las sustancias cristaloides inútiles o tóxicas, y retiene en la sangre las albúminas, sustancia coloidal.

Suponamos una rasgadura de la membrana del dializador; pasará la albúmina; imaginemos un espesamiento de esta membrana, habrá una resistencia al paso de las sustancias cristaloides y serán retenidas en la sangre; el riñón, por tanto, no cumplirá con su cometido y dará lugar a una insuficiencia renal.

Esta insuficiencia renal se presentará, por tanto:

1.º Cuando el riñón deja pasar las sustancias que existen normalmente en la sangre y no deben encontrarse en la orina, como la albúmina.

2.º Cuando el riñón retiene sustancias que deben ser eliminadas por las orinas.

Así como el riñón selecciona las sustancias cristalizables que él debe eliminar, no estará demás pensar, el que también lo hará con las que debe retener; porque la zona donde tiene lugar la filtración no es la misma, ni la lesión se produce siempre en el mismo sitio.

Por esto una lesión glomerular no produce la misma insuficiencia que la del epitelium de los tubulis.

Dejando a un lado la albuminuria con o sin cilindruria, síntoma que corresponde a la mayor parte de las nefritis, y de la cual ya hemos hablado como síntoma precoz de la tuberculosis renal, veamos de qué otros factores podemos valernos para la investigación de la insuficiencia renal. Los más importantes son:

- 1.º Eliminación provocada.
- 2.º Poliuria experimental.
- 3.º La cloruremia.
- 4.º La crioscopia.
- 5.º La dosificación de los compuestos de la orina.
- 6.º El estudio comparado de la urea de la sangre y la de la orina, con la constante de Ambard.

1.º *Eliminación provocada.*—Hacher, en 1890, y Bayer, más tarde, dieron una clara idea de este método, fundándose en que la orina de los brigticos y gotosos después de la ingestión de los espárragos, la trementina, etc. no presentaban el olor característico que aparece en los sujetos sanos. Desde entonces a la época actual, los estudios de la eliminación provocada por los medios mecánicos se han multiplicado, y hoy tenemos a nuestra disposición el azul de metileno, la poliuria experimental, el ioduro potásico, el salicilato de sosa, la urea, el cloruro de sodio etc.

1.º El azul de metileno, cuyas indicaciones se van pareciendo a las del ioduro potásico, ya que son múltiples, es actualmente y hace tiempo muy empleado.

En 1899 comencé mis ensayos en los enfermos del riñón en la sala del Hospital a cuyas Clínicas estaba agregado y desde este año hasta 1902, tengo las notas de 15 enfermos observados en ella; después he ido reduciendo su empleo, sustituyéndolo por los medios recientes de valor más real y positivo. Los datos obtenidos en los citados 15 enfermos se resumen en los siguientes:

La técnica que seguí entonces fué la misma que ahora. Le sondaba al enfermo, le extraía la orina e inmediatamente le hacía una inyección hipodérmica de 5 centigramos de azul de metileno, disuelto en 1 centm. cub. de agua destilada. Volvía a sondar a la media hora, y recogía la orina en una copa; después cada hora, luego cada dos horas y por último, cada tres, en otras tantas copas, hasta la desaparición del color azul. En los sujetos normales como es sabido empieza la coloración a la media hora, de azul pálido, cuya coloración va haciéndose cada vez más intensa para decrecer y cesar a las treinta y seis a cuarenta y ocho horas. En enfermos renales, este ciclo de coloración se retarda en los dos extremos, al principio y al fin, y por excepción la eliminación empieza rápidamente y cesa del mismo modo. Pude comprobar entonces, y he seguido comprobando después, que la eliminación retar-

dada o precoz es indicación de retención de urea, y por consiguiente de insuficiencia renal.

2.º *Polluria experimental*, que consiste en dar al enfermo medio litro de agua, que ingiere a sorbitos, pero en cinco minutos da por resultado si los riñones están sanos, un aumento muy notable en la cantidad de orina; si están enfermos, este aumento es muy poco apreciable. Después de estudiar muchos casos, Albarrán hizo las siguientes conclusiones:

1.ª El riñón enfermo tiene un funcionamiento mucho más constante que el riñón sano, y su función varía tanto menos de un momento a otro, cuando más destruido esté el parénquima.

2.ª Cuando de los dos riñones uno solo está enfermo o más enfermo que el otro, bajo la influencia de una perturbación en la función renal, el primero modifica menos su función que el segundo (1).

3.º *Cloruremia experimental* (Achard).—Consiste en someter al enfermo al régimen lácteo durante dos o tres días, haciéndole ingerir 10 gramos de sal por día. Los sujetos sanos eliminan simplemente 10 gramos de sal por día, más la cantidad contenida en la leche que toman, eliminación que se detiene en cuanto se suspende la administración del cloruro de sodio. Las orinas de los enfermos, cuyo riñón retiene los cloruros, presentan sólo un aumento progresivo en la eliminación, y este aumento del cloruro urinario continúa durante muchos días después de la administración de la sal, comprobándose muchas veces el aumento en el peso del sujeto.

En resumen, la insuficiencia renal clorurada se reconoce:

1.º En que los enfermos eliminan por sus orinas menos cloruro de sodio que ingieren.

2.º En que el peso de los residuos obtenidos por calcinación es más bajo que el normal.

3.º En que la cantidad de los cloruros por 100 de extracto seco, es menor de 15 a 18, que es la normal.

4.º En que la cloruremia experimental demuestra que los 10 gramos de cloruro de sodio ingeridos diariamente no se eliminan a medida que se absorben.

Las consecuencias de esta retención clorurada son los edemas, y si estos cloruros no se eliminan por los esputos, diarreas, etc., supliendo la insuficiencia renal, se aumentan forzosamente en la sangre, produciendo la cloruremia. El enfermo en estas condiciones, para restablecer la isotonía del plasma sanguíneo, tiene que inge-

(1) Las dos conclusiones armonizan con las alteraciones estructurales y la marcha de la tuberculosis renal.

rir una cantidad grande de agua para diluirla, y parte de esta se filtra en los tejidos produciendo el edema.

4.º *Crioscopia.—Sus leyes.*

1.ª Para toda sustancia sólida, líquida o gaseosa, disuelta en un cuerpo definido líquido capaz de solidificarse, el descenso de su punto de congelación, está en razón directa de la concentración.

Como todos los humores del organismo están en disoluciones acuosas, esta ley significa que siendo el punto de congelación del agua destilada 0º, todos los humores tienen un punto de congelación más bajo que 0º.

2.ª El descenso de congelación Δ es proporcional al peso de las sustancias disueltas P, en 100 gramos de agua, o sea $\Delta = R \times P$. R es una constante que representa el descenso del punto de congelación de la solución de 1 gramo de sustancia de 100 de agua destilada; cuando P=1 gramos, el punto de congelación $\Delta = K$.

Ejemplo: Si se tiene una solución de cloruro de sodio al 1 por 100 de agua, el punto de congelación de esta solución es: 0'605 y, en general, si la solución es de P gramos por 100, tendremos $\Delta = 0'605 \times P$.

3.ª Cuando se disuelve una molécula de una sustancia cualquiera en una cantidad constante de agua, desciende siempre el punto de congelación del disolvente en la misma cantidad, cualquiera que sea la naturaleza de la sustancia disuelta.

En efecto, la molécula de urea pesando 60, y la de albúmina 6.000, esta ley significa que para tener una solución de albúmina con el mismo punto de congelación que la de urea, a 60 gramos por 1.000 de esta, es preciso disolver en 1.000 de agua 6.000 de albúmina.

Para la orina, por ejemplo, si el descenso del punto de congelación es 1'30, se dirá que hay en esta 130 moléculas por centímetro cúbico; hipotéticamente, por supuesto, porque en realidad habrá 130 billones o trillones de moléculas por centímetro cúbico, y aunque no conocemos las dimensiones de la molécula, podemos deducir de esta ley que si dos orinas congelan a 1'30 y a 1'50, el número de moléculas contenidas en un centímetro cúbico de cada una, será como 130 es a 150, y deduciremos la cuarta ley.

4.ª Cuando muchas sustancias diferentes están contenidas a la vez en la misma solución, el descenso del punto de congelación es igual a la suma del descenso de los puntos de congelación de cada una de las sustancias.

No me entretendré en criticar estas leyes, habría que recurrir a la teoría de los iones de Arrhenius, según la cual, las sales en disolución no se disocian en sus iones; como, por ejemplo, una molécula de Cl Na, en Na, y Cl, interviniendo en el punto de solidificación por dos moléculas y produciendo los mismos efectos que dos moléculas de una sustancia no disociable. Para nuestro objeto no nos importa que

las sales no se comporten según la ley tercera, lo que es preciso saber es que un *ion libre* tiene la misma significación que una molécula. Varit Hoff ha enunciado la ley siguiente relativa a la función osmótica, que como es sabido, regla los cambios osmóticos intraorgánicos y domina la fisiología de las secreciones.

Ley de Varit Hoff.—Volúmenes iguales de soluciones isotónicas diversas, encierran el mismo número de moléculas o fragmentos de moléculas, y tienen, por consiguiente el mismo punto de congelación; esto quiere decir que el punto de congelación Δ no mide el número de moléculas disueltas en un volumen dado, sino el número de iones libres.

La segunda ley relativa a la proporcionalidad entre el peso de una sustancia disuelta y el descenso del punto de congelación de la solución no es rigurosamente exacta, sino aproximadamente. Ejemplo: Si disolvemos 1 de orina normal en 4 de agua, la diferencia entre los descensos de 1 a 4 del punto de congelación medido y calculado, es inferior a 0'2, cantidad aproximada sólo, pero suficiente.

Este método, que prometió mucho en sus comienzos, es actualmente el menos acreditado por la experiencia, por esto no me entretengo en consideraciones más extensas, y además, porque su valor no es más que aparente, ya que los datos que suministra, en lugar de deducirse cada uno aisladamente por el estudio directo de la función, son deducidos los unos de los otros por el cálculo de factores numéricos, que pueden ser erróneos y lo son muchas veces.

5.° *Dosificación de los componentes de la orina.*—No me entretendré porque es sabido de todos, los datos que pueden aportar la dosificación de los componentes de la orina y la densimetría para comprobar la insuficiencia renal; basta con saber los componentes normales, sobre todos los siguientes:

Urea	20 a 25 por litro	Por 24 horas	25
Cloruros	10'30 —	—	13'65
Fosfatos	2'19 —	—	2'84
Albúmina	0'00 —	—	0'00

6.° *Insuficiencia renal úrica (azotemia) y constante de Ambard.*—Cuando la urea eliminada por la orina es menor de 20 o 25 gramos por día, cifra normal en los sujetos sanos, existe una insuficiencia renal úrica.

En el estudio de esta insuficiencia renal úrica no influye muy directamente el régimen ni las condiciones de inanición del sujeto. Si este está sometido al régimen lácteo, los 100 gramos de caseína de los 2 litros de leche que ingiere, darán de 20 a 25 gramos de urea; si es el régimen ordinario, los principios albuminoideos de éste darán 100 a 120 de albúmina, que suministrará de 20 a 25 de urea; si está enflaquecido, seguirá eliminando la misma cantidad de urea a expensas de sus reservas; esto

quiere decir que la disminución de la cantidad de urea eliminada en las 24 horas, revela una retención azoada y por consiguiente, insuficiencia renal;—haciendo la salvedad de que este descenso en la eliminación de la urea puede ser el resultado de una insuficiencia hepática;—pues si la célula hepática está lesionada, habrá disminución de la cantidad de urea excretada, con aumento de las pérdidas en sales amoniacaes. En este caso, el coeficiente azotúrico que oscila normalmente entre 82 y 83, descenderá algunas veces considerablemente, y al mismo tiempo sucederá, que la cantidad de ázoe amoniacal por 100 de ázoe total aumentará, resultando un descenso del coeficiente azotúrico en los casos que existe insuficiencia hepática.

Este síndrome, que tiene una gran importancia clínica produce una acumulación más o menos grande de la urea de la sangre, cuya acción tóxica es de todos conocida desde los trabajos de Widal y Javel, así como la diferencia que existe entre los accidentes de la retención clorurada y de la azoada.

Dosificando la urea en el suero o en el líquido céfallo-raquídeo, que en estado normal contiene, como es sabido, de 0'20 a 0'50 por 100 y en los estados de retenciones graves puede alcanzar a la enorme cifra de 3 a 4 por 100, y comparándola con la urea de la orina, se verá, que hay una relación constante—sin ser única—entre la urea de la sangre y la urea de la orina, de tal modo, que esta última está en razón directa de la primera e inversa de la concentración urinaria.

Fundado en estos hechos de hematología y poniendo en función recíproca los tres factores—urea de la sangre—urea de la orina—y la concentración de ésta en sujetos sanos—consiguió Ambard sentar la fórmula del coeficiente uréico o constante K.

Constante de Ambard.—La cantidad de urea existente en la sangre es la resultante de dos factores, la que llega a ella dependiente de las elaboraciones orgánicas, sobre todo del aparato digestivo, y la que sale ligada al funcionamiento del filtro renal

Las variaciones en las cantidades de urea que llegan a la sangre implican una modificación en la cantidad de la urea en la orina, sin que esta alteración indique ninguna variación en el estado del filtro renal. En las azotemias considerables la dosificación de la urea en la sangre es suficiente para conocer la insuficiencia renal; pero en las ligeras, que son las que se presentan en mayor número en los enfermos quirúrgicos, no es una prueba suficiente.

(Continuad)

El tratamiento del tabes por las dosis altas arsenicales

Por el DR. FELIPE SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios de Madrid

La técnica de Leredde, usa altas proporciones en el tratamiento de estas graves lesiones y aunque no seamos tan optimistas como el autor, lo que sí creemos es que sólo las dosis altas pueden ejercer resultado en bastantes de los casos.

La ley de Leredde y Kueneman, indicando que las reacciones disminuyen de inyección en inyección, aun cuando se eleven las dosis cuando se debe la fiebre sólo a la destrucción del treponema y no a ninguna de las otras cuatro causas como faltas de asepsia, de esterilización del agua, uso de soluciones de sal marina o sueros o surmenage anterior, suele ser cierta en sífilis de evolución y gravedad media normal. La frecuencia de reacciones térmicas en los de sífilis nerviosa con pequeñas dosis, y el hecho raro, pero existente, de faltar reacciones de este género después de salvarsán o neo, a dosis normales y aun altas, se observa en la sífilis nerviosa común y en la tabes; en cambio, en la parálisis general como las lesiones son extensas, participando las meninges y con más abundancia y persistencia treponémica en sus vastas lesiones superficiales, como atestigua su denominación anatómica, de meningo-encefalitis intersticial crónica difusa, suele ser constante la fiebre. Esta segunda ley de la presencia de reacciones térmicas es de regla, cuando el sistema nervioso está atacado y cuando se emplea el salvarsán a dosis necesarias; falta a veces en la tabes, enfermedad localizada en cordones sensitivos de Goll y Burdach, siempre que no haya lesiones meníngeas ni bulbares en cuyos casos no sólo hay fiebre, sino peligro y debe empezarse por 0'10, 0'15 centigramos para disminuir los Herheimer. Lo que sí es interesante, es que cuando observemos que las elevaciones térmicas en sífilíticos de fin de período primario o comienzo del secundario tratados por salvarsán, cuando estas sean persistentes, hay que pensar y buscar localizaciones nerviosas que suelen indicar.

El valor de las inyecciones salvarsánicas intra-raquídeas, juzgamos que tienen poco valor por razones importantes como son, la mínima dosis que puede ponerse y que quita la principal ventaja del arsénico sobre el mercurio, que es la cantidad que to-

lera por otras vías, el organismo, dependiente y esto es lo segundo, de la supresión que va en esta vía del período medicamentoso al tóxico.

Claro es, que en tabes de evolución rápida, de dos años o más de fecha, con una extraordinaria incoordinación y flojedad de piernas, de marcha rápida en jóvenes debilitados por excesos, constitución o climas cálidos o tórridos, donde adquirió el contagio y evolucionó la primera parte, de más carga infecciosa de la enfermedad y sobre todo cuando medió pocos años como ocho o diez, no más, entre la invasión sífilítica y el desarrollo de los síntomas nerviosos; en estos casos, ni el 606 ni muchos más de los conocidos, puede impedir el término fatal a breve plazo del enfermo, dándose casos en que después de puestas la docena y más de inyecciones a dosis altas de 0'75, 0'90 las últimas, en combinación con inyecciones mercuriales insolubles, intra-raquídeas del propio suero del enfermo a las dos horas de salvarsanizado y de neo en suero artificial, no modificaban en nada las terribles crisis viscerales, sobre todo vesicales de retención y no impedían de ningún modo el desarrollo de lesiones periostósicas gomosas que se ulceraban y que en un caso que ví al salir en la arcada superciliar izquierda, había sido precedida por una tumefacción parpebro-nasal de aspecto erisipilatoide.

Por esto y otros muchos motivos, al no haber las absolutas en nada de la vida, hay que delimitar los casos de acción favorable y estudiar en ellos los resultados.

Yo sigo una técnica parecida a la de Leredde que indica que la sal de Ehrlich, en los tabéticos debe ser empleada a la dosis normal de un centígramo por kilogramo, si se emplea salvarsán y 0'015 si es neo. Porque como dice muy bien, empleando dosis inferiores es de temer insucesos o faltas de curación, sólo apreciables cuando se publican resultados completos y no aislados como los publicados hasta aquí, con dosis débiles y que de otra parte son escasos; y aún en los casos en que las dosis débiles pueda traer la curación, quizás existan, la duración del tratamiento se hace excesiva y no están curados al cabo de dieciocho o veinte inyecciones, de ocho, diez y más meses de tratamiento; aún con las fuertes, algunos tabéticos, cuánto tiempo haría falta para obtener un resultado definitivo a dosis débiles, entonces los enfermos se descorazonan y pierden confianza en el tratamiento al ver que después de dos o tres series de inyecciones no obtienen resultado favorable. Yo lamento también para mi patria, la opinión falsa, tan común en que basan las dosis medias, creyendo que la elevación de dosis, aumentan de manera apreciable los peligros del tratamiento, bien entendido que la primera serie en todos los casos sin excepción, es una serie de ensayo. En lo que discrepa mi norma de la del profesor Leredde, es que este salta dosis y pone aumento de 0'30 de una a otra; así en la primera serie de neo 0'30, 0'60, 0'90, 0'90, precedidas en los casos de accidentes bulbares, brote meningítico reciente o reacciones térmicas anormales, cefaleas a

seguida de las inyecciones, de una a dos inyecciones primeras de 0'15, preparadoras, o alguna intercalada seriada que hace la progresión más lenta, yo aleccionado sólo me atrevería a empezar por 0'05 o 0'10 en caso de fenómenos bulbares; pues he visto casos de 0'15, aún en personas corpulentas pero con la parálisis labio-glosolaríngea acentuada en los que una rápida y violenta hipertermia, coma bulbar y una axfisia ortopnéica llevó al sepulcro; igual digo cuando hay fenómenos de meningitis basal con parálisis de estos nervios: óptico, acústico, hipogloso, etc., en que puede desarrollarse por extensión, de la congestión meningo-arsenical una parálisis facial, llegando la agudeza de cefalea y contractura a la que tienen en las agudas meningitis pudiendo terminar por muerte, extrañándome muy mucho que el Laboratorio no prepare ampollas de 1, 2, 3, etc. centigramos, de uno en uno que serían útiles en estos y otros casos; así podrían inyectarse estas pequeñas cantidades a diario y alternas, al modo de las mercuriales solubles, sin inconveniente alguno y en un enfermo como ocurre que con su estomatitis persistente que el mercurio, la caries, el sarro, etc.. creó y que su abandono, propio de estos estados cerebrales y médulo-bulbares agravó e hizo crónica, inhabilita el mercurio; y que con las mortales Joe-risch-Herheimer impide las usuales dosis salvarsánicas, decidme que hacéis: sólo el cacodilato, cuyas dosis masivas si bien no tan perjudiciales como las del salvarsán, no dejarían de excitar o congestionar el sistema nervioso atacado, a no ser que el enfermo pueda prodigar el dinero y perder un tubo cada día para tan sólo aprovechar 1 o 2 o pocos más centigramos, en medicamento del que tanto se ha usado y aún abusado.



Aproósito de un caso de estrabismo convergente con exoftalmía traumática

Corrección con intervención quirúrgica

Por el DR. CILLERUELO ZAMORA

DEL INSTITUTO MÉDICO DE SAN ANDRÉS DE VALLADOLID

No vamos a ocuparnos en este modesto artículo, de la génesis ni de la etiología del estrabismo lo que dejamos para otro de los diferentes que publicaremos referente a esta delicada afección tan descuidada por todos.

Nuestro propósito es presentar un caso, que entre los muchos por nosotros operados, descuella por circunstancias especiales, y aproósito de él, hacer ligeras indicaciones de los diversos procedimientos, tanto médicos como quirúrgicos, que se emplean para la curación del estrabismo convergente.

El estrabismo (no paralítico) es una afección del aparato de la visión binocular, impidiendo las convergencias de los ojos sobre el objeto fijado, sin alteración primitiva de la movilidad del ojo (Houfray).

La desviación del globo ocular se hace habitualmente en el plano horizontal, y según que el ojo se dirija del lado nasal o del lado temporal, así se llamará estrabismo convergente o interno y divergente o externo.

Ahora bien, y aunque muy excepcionalmente, puede hacerse la desviación en el sentido vertical y entonces se llama, estrabismo sursum vergens cuando el globo se dirige hacia arriba y deossum vergens, cuando la desviación es hacia abajo.

He aquí la clasificación más corriente.

Estrabismo convergente o interno.

Estrabismo divergente o externo.

Estrabismos verticales.

Dejemos a un lado estas dos últimas variedades, por no interesarnos en el presente caso, y fijemos únicamente nuestra atención en el estrabismo interno o convergente.

Este afecta tres formas clínicas.

a) Estrabismo convergente intermitente.

b) Estrabismo convergente monolateral.

c) Estrabismo alternante.

CARACTERES CLÍNICOS DEL ESTRABIS-
MO CONVERGENTE INTERMITENTE: : : : :

Como su nombre lo indica la desviación del ojo es intermitente.

Unas veces es motivada esta desviación, por un disgusto, una emoción o cuando se fija la vista en un objeto muy aproximado. Otras, toma un carácter periódico y es provocada generalmente por las mismas causas, pues no hay más que obligar al sujeto a mirar muy de cerca un objeto fijo y tenemos establecido el estrabismo de esta variedad.

Habitualmente la mirada de estos enfermos es derecha.

No es raro encontrar la hipermetropía en estos sujetos; la agudeza visual del ojo que se desvía es mala, no obstante, puede ser buena en el caso de desviación alternante.

Evolución.—Este estrabismo precede habitualmente a la desviación permanente, que si no se interviene con un tratamiento conveniente, este queda establecido al cabo de dos o tres meses.

CARACTERES CLÍNICOS DEL ESTRABIS-
MO CONVERGENTE MONOLATERAL: : : : :

Se observa en la inmensa mayoría de los casos y termina siendo estrabismo intermitente.

La desviación es permanente y asienta sobre el mismo ojo.

El vicio de refracción del ojo desviado es más marcado que el del ojo fijador y la ambliopía es casi constante, siendo esta mayor cuanto más antiguo es el estrabismo.

Evolución.—Esta forma de estrabismo, no tratada, persiste en la mayoría de los casos, no obstante creer algunos que con la edad, cuando la cara se ensancha y las órbitas se separan, el ojo desviado se endereza un poco, pareciendo algunas veces en el adulto casi derecho. Esto no es más que una curación aparente, pero jamás la curación verdadera, es decir, que el restablecimiento de la visión binocular no se produce espontáneamente en ningún caso de estrabismo convergente monolateral permanente.

CARACTERES CLÍNICOS DEL ESTRABIS-
MO CONVERGENTE ALTERNANTE: : : : :

Esta clase de estrabismos es poco frecuente siendo su carácter principal que

tanto uno como otro ojo se desvían hacia el lado nasal, fijando indiferentemente el derecho o el izquierdo.

En estos pacientes la refracción es sensiblemente la misma en los dos ojos, teniendo la misma agudeza visual en cada uno.

También estos, como los de las dos formas anteriores, carecen de visión binocular, pudiéndose obtener, aunque muy difícilmente, la fusión de las imágenes en los aparatos *ad-hoc*.

Evolución.—Esta forma, generalmente, conserva sus caracteres, al menos que una desigualdad de la agudeza visual no intervenga accidentalmente y quede establecida la desviación de una manera permanente.

Este estrabismo alternante, no es más, en ciertos casos, que un estado inicial del estrabismo monolateral, pero casi siempre en este último, la agudeza visual y la refracción de los dos ojos no son iguales.

TRATAMIENTO DEL ESTRABIS- MO CONVERGENTE: : : : : :

Este varía según la edad del paciente, el estado de su visión, el grado de desviación y el fin a obtener: restablecimiento de la visión binocular o supresión de la deformidad.

El tratamiento del estrabismo convergente puede ser: médico y operatorio.

El tratamiento médico comprende:

- a) Corrección óptica.
- b) Instilación de colirios.
- c) Supresión de las funciones del ojo fijador; y
- d) Educación de la visión binocular.

Estos diversos procedimientos, llamados funcionales, actúan indirectamente sobre la desviación y tienen por finalidad el restablecimiento de la visión binocular.

En el primero, hay que tener en cuenta:

La corrección de los vicios de retracción y el empleo de los cristales prismáticos.

El estrábico convergente, casi siempre es hipermetrope; no obstante, puede ser miope, como hemos observado en algunos casos y alguna vez emétrope.

A corregir en cada uno de ellos el vicio de refracción, tiende este procedimiento. En el estrabismo convergente hipermetrope, se ordena la corrección con cristales esféricos convexos; pero ahora bien, acerca de esto hay diversos partidarios, unos opinan que debe hacerse la corrección total, otros son adeptos a la supercorrección añadiendo a la corrección total una o dos dioptrías, y otros, en fin, hacen la corrección parcial de la hipermetropía total.

Todos estos procedimientos no dejan de tener sus inconvenientes, pudiéndose decir que el resultado del uso de cristales convexos, es tanto más eficaz, cuanto el estrabismo es menos antiguo, insistiendo Javal sobre la rareza de las curaciones por el solo tratamiento óptico y Pasinaud diciendo: que la corrección por los cristales no se dirige más que a uno de los factores del estrabismo, la hipermetropía, y que ella queda sin acción directa sobre los otros elementos del estrabismo, que él cree ser la modificación de la inervación de convergencia y más tarde la retracción de los tejidos peri-oculares.

Del mismo modo sucede con el estrabismo convergente miópico.

Acerca del empleo de cristales prismáticos, también hay muchas controversias viniendo en conclusión a decir, que en la práctica, los prismas fuertes son poco utilizables y que los débiles, son poco útiles, dando preferencia a los esféricos descentrados. Estos cristales así descentrados son muy útiles, particularmente, para facilitar la fusión de las imágenes dobles a los estrábicos en vía de curación.

Entre los colirios, el más comunmente empleado, es la atropina, aun cuando también se recomiendan los mióticos.

En tres casos se emplea la atropina:

- 1.º Para hacer la corrección de la hipermetropía.
- 2.º Para paralizar la acomodación de una manera prolongada.
- 3.º Para producir la ambliopía del ojo fijador.

Se atropiniza un ojo para hacer la refracción de él teniendo paralizada su acomodación y de este modo determinar la hipermetropía total. Puede suspenderse la atropina una vez logrado nuestros deseos o continuar su instilación durante algunos días más.

Con la paralización de la acomodación de una manera prolongada, nos proponemos provocar la ambliopía de los dos ojos y de este modo disminuir la convergencia.

La atropinización del ojo fijador tiene por objeto quedar más o menos tiempo ambliope este ojo y de este modo suspender sus funciones despertando las del ojo estrábico haciendo a este elevar la agudeza visual.

Este es un precioso procedimiento para los niños de corta edad y en los que el estrabismo es reciente, pero completamente inútil en aquellos cuya afección es de larga fecha, como lo hemos podido comprobar en algunos casos en que su estrabismo databa de 20, 40 y 65 años.

A pesar de cuantos esfuerzos hemos hecho y de cuantos medios hemos puesto para devolver la visión a estos ojos ambliopes no lo hemos conseguido, apreciando en todos estos casos, que la ambliopía es tanto mayor cuanto más antiguo es el estrabismo, y por esto opinamos, que todo sujeto atento a él, debiera ser sometido

a tratamiento adecuado, lo más recientemente posible a la aparición de este defecto, evitando con esto dos males: primero, la disminución de la vista de uno de los ojos, la que se va perdiendo a medida que el tiempo pasa, y segundo, la desaparición de un defecto físico que no deja de ser desagradable para todos, lo mismo para el interesado que para su familia como para la sociedad.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

A tres pueden reducirse los procedimientos operatorios:

- 1.º Recular la inserción del tendón (tenotomía).
- 2.º Avanzar la inserción del tendón (avanzamiento).
- 3.º Combinar estos dos procedimientos.

Dentro de estos tres métodos, se han hecho algunas modificaciones que en nada alteran esta clasificación.

Muy pocos somos los adeptos a esta clase de tratamiento, siendo la mayoría fervientes partidarios de los diversos procedimientos médicos y alguno que otro del tratamiento eléctrico, que a nuestro modesto juicio es un procedimiento erróneo y que no le creemos indicado más que en el estrabismo paralítico reciente.

Pero dentro de los partidarios del tratamiento quirúrgico, unos son entusiastas defensores del avanzamiento muscular y otros (en número menor) lo somos de la tenotomía. Esto no quiere decir que desechemos en absoluto aquel procedimiento puesto que en el caso que presentamos con estas líneas, hemos seguido el tercer procedimiento de los que dejamos apuntados.

Para no hacer demasiado largo este trabajo y no fatigar a nuestros lectores, prescindimos de describir la técnica de estos procedimientos operatorios puesto que en todo libro elemental de oftalmología se describen claramente. Únicamente haremos hincapié en sus resultados y las ventajas e inconvenientes que ofrecen.

Varios son los inconvenientes que señalan a la tenotomía sus enemigos.

En primer lugar dicen que el efecto que se obtiene inmediatamente con este procedimiento, desaparece desde el siguiente día, quedando, a medida que el tiempo pasa, el efecto conseguido de momento, notablemente disminuído. Después señalan como notable defecto, el hundimiento de la carúncula lagrimal y luego añaden que la nueva inserción del tendón no es comparable a la suya primitiva, ni por la manera de establecerse ni por su solidez, la cual puede relajarse y traer un estrabismo divergente secundario, citando también otras pequeñeces que no son dignas de mención, y terminan por hacer hincapié en la exoftalmía post-operatoria, que dicen, se produce constantemente.

Cuando se hace una tenotomía, hay que tener en cuenta múltiples circunstan-

cias, como la edad, temperamento, grado de estrabismo, contractura del músculo tractor o relajamiento del antagonista, etc., etc., y entonces se practicará o no, una amplia tenotomía y así dejaremos al sujeto con una corrección exacta o le quedaremos con hiper o hipocorrección.

Entre nuestros operados, apenas si podemos señalar alguno con el hundimiento de la carúncula lagrimal, pues lo evitamos muy fácilmente, primero, al hacer la incisión conjuntival y después al hacer la sutura de ésta.

Es verdad que la nueva inserción del tendón no es como la suya primitiva y que aquella sufre relajamiento. Luego no es cierto lo que dicen los adversarios de este método, que el efecto inmediato obtenido se pierde, y que el estrabismo queda de nuevo establecido en más o en menos con el tiempo. Como se vé, es un contrasentido, pues lo que ocurre es, que si el operador no es experto, puede convertir a un estrábico convergente en divergente, pero nunca (con este método) dejarle en igual estado que antes de la intervención.

Teniendo en cuenta todo lo que precede, nosotros, antes de toda operación, estudiamos con todo detenimiento al individuo y las causas que motivan y concurren en su desviación ocular para después obrar con arreglo a ellas.

No hemos observado ese grado de exoftalmía tan marcado que señalan a este procedimiento para desecharle, pues en nuestros operados apenas si se les advierte, y no a todos, ligerísimamente, que hasta algunos les favorece, por tener la hendidura palpebral pequeña y dar la impresión de que son así sus ojos.

Nosotros estamos muy satisfechos con este procedimiento y los lectores podrán apreciar su bondad en los numerosos casos que pensamos publicar en diferentes artículos.

En cuanto al avanzamiento muscular, sus fervientes partidarios dicen: que esta operación no produce jamás estrabismo divergente secundario, ni hundimiento de la carúncula lagrimal así como tampoco exoftalmía, que los movimientos de adducción y de abducción son normales y que el resultado lejano es muy favorable.

En muy pocos casos, según hemos podido observar, esto ocurre: La carúncula lagrimal, es verdad, no se hunde, pero si la tenotomía produce, cuando es hecha de una manera amplia, exoftalmía, el avanzamiento, por pequeño que sea, produce siempre una exoftalmía que si el sujeto tiene una abertura palpebral pequeña, dando la impresión de tener los ojos pequeños, ¿qué no parecerán estos después de un buen avanzamiento muscular?

Además, hay que avanzar, casi siempre, ambos rectos externos; la sutura del músculo se hace en plena esclerótica y si bien es verdad que un buen cirujano es capaz de hacer una sutura en un papel de seda, no es menos cierto, que por una falsa maniobra del operador o del operado, la aguja puede traspasar la esclerótica

hiriendo los procesos ciliares con todas sus consecuencias (ciclitis, oftalmía simpática, etc., etc.)

Pero aún vamos más allá, vamos al resultado lejano de la intervención; así como con la tenotomía no podemos tener un retroceso, es decir, que el ojo convergente jamás vuelve a su primitiva posición, con el avanzamiento muscular se puede observar lo siguiente: Después de un buen avanzamiento, ambos ojos han quedado perfectamente bien centrados y así parecen mantenerse, hasta que llegado el día de quitar los hilos de sutura la ilusión cae por el suelo, pues los ojos sino totalmente vuelven en más o en menos—bien inmediatamente o ya con el tiempo—a su primitiva posición.

Nosotros hemos visto una señora que había sido operada hacía algunos años, que presentaba un estrabismo convergente alternante; nuestra inspección nos dió a conocer que le habían practicado el avanzamiento muscular o capsular de ambos rectos externos y ella nos dijo que cuando le levantaron los puntos de sutura ya comenzaron los ojos a dirigirse de nuevo hacia su primer estado y que después de corto tiempo quedaron como les presentaba, estando casi como su primera posición.

Estos casos son debidos a que la nueva inserción muscular, como dejamos dicho más atrás, no se hace como la primitiva y relajándose por falta de solidez al mismo tiempo que por la acción del recto interno—el cual no estando debilitado y no encontrando la resistencia primera—tira del globo hacia sí, impidiendo que la nueva inserción se haga donde se desea llevándola donde estaba, o cuando no, como en otro caso que hemos visto—que había sido operada por este procedimiento—que la llevó más atrás resultando, que si antes del arrancamiento el estrabismo convergente era grande, después fué mucho mayor.

Esto no quiere decir que esto ocurre siempre, pues puede suceder lo contrario. Una señora se nos presentó un día con un estrabismo divergente, diciendo que había sido operada, hacía algún tiempo, para corregir un estrabismo interno que padecía. De nuestro examen pudimos comprobar que había sido operada por el método de avanzamiento muscular o capsular.

No obstante, algunos casos se conservan bien quedando con este procedimiento corregido el estrabismo.

Como no nos hemos propuesto hacer en este artículo una defensa de tal o cual método, sino hacer ligeras observaciones de ellos, damos por terminada esta cuestión y pasamos a presentar a nuestros lectores el caso siguiente por nosotros operado:

Esteban Fernández, de 46 años de edad, natural del Pedroso (Valladolid), soltero, de buena constitución y reside en ésta.

No hay ningún antecedente hereditario que pueda interesarnos. Como perso-



Fig. 1.^o



Fig. 2.^o

Apropósito de un caso de estrabismo convergente con exoftalmía traumática
(DR. CILLERUELO ZAMORA)

nales diremos: que a los cuatro años, recibió un golpe en el lado externo del ojo derecho, que no puede precisar con qué, ni si tuvo o no lesión alguna en el globo ocular, recordando solamente que tuvo vendaje puesto y que le tuvieron en tratamiento por espacio de dos años, al cabo de los cuales le apreciaron que este ojo traumatizado se dirigía hacia el lado nasal.

No nos puede aportar más detalles por el tiempo transcurrido y haber tenido lugar el accidente en la infancia; únicamente nos dice, que le parece, que la dirección de sus ojos no han sufrido variación alguna desde este accidente, conservando la misma desviación que le quedó a consecuencia de él.

Antes de este traumatismo, sus ojos conservaban la dirección normal, no recordando si ha padecido alguna enfermedad en la infancia.

Con estos antecedentes se nos presentó en nuestra consulta del «Instituto Médico de San Andrés» el día 10 de Octubre de 1915. Examinado atentamente, apreciamos: Que el ojo izquierdo es emétrope, en tanto que el derecho acusa una ambliopía extremada, presentando en este ojo un estrabismo convergente de 35 grados con fuerte exoftalmía.

Con el oftalmoscopio no apreciamos (en ambos ojos) lesión alguna de fondo de ojo, ni a la luz oblicua tampoco observamos alteración en ninguno de los globos oculares.

Para leer, escribir y dedicarse a sus ocupaciones, fija siempre el ojo izquierdo. Los movimientos oculares, son normales en este ojo, siendo ligeramente perezosos en el derecho cuando el globo se dirige al lado temporal.

Por cuanto precede, le diagnosticamos de estrabismo convergente monolateral permanente, con exoftalmía traumática, del ojo derecho.

Nos explicamos esta exoftalmía, por el efecto del traumatismo en el lado temporal del ojo, pues sin duda debió seccionar, total o parcialmente, el músculo recto externo, viniendo a producir en él una verdadera miotomía.

Deseoso el interesado de ser operado y después de enterarnos de cuanto precede, nos decidimos a intervenir el día 13 de Octubre del mismo año, verificándola en nuestra clínica de la manera siguiente:

Previo lavado con agua y jabón de la región peri-ocular, principalmente de la ceja y pestañas, se anestesia el ojo derecho instilando en él una solución esterilizada de clorhidrato de cocaína al 3 por 100.

Después inyectamos bajo la conjuntiva e inmediatamente encima del tendón del recto externo del ojo derecho, una solución de novocaína al 3 % con solución de adrenalina al milésimo.

Pasados diez minutos procedimos al avanzamiento muscular de aquel músculo, siguiendo el procedimiento de Landolt.

Puesto el blefarostato nuevamente, con la pinza de fijación cogimos un pliego de conjuntiva que de un golpe de tijera incindimos, paralelamente al limbo corneo-escleral, el vértice de este colgajo le excindimos. Se hizo lo mismo con los tejidos subconjuntivales hasta poner al descubierto la esclerótica y el músculo. Este se cogió con un gancho a estrabismo y entonces procedimos a colocar los hilos de sutura.

Pasamos dos hilos de seda del núm. 0, de dentro a fuera, a través del tejido celular, de la cápsula de Tenon y del músculo, el uno arriba y el otro abajo, pasando ambos hilos por detrás del gancho, es decir, a unos 7 milímetros de la inserción del músculo en la esclerótica.

Después hacemos pasar estas agujas en plena esclerótica (a dos milímetros del limbo y muy cerca del meridiano vertical, una por arriba y otra por abajo del globo ocular) caminando por ella unos 3 milímetros a fin de dar gran resistencia a la sutura.

Conseguido esto felizmente, procedimos a la resección del trozo de músculo comprendido entre la salida de los hilos por él hasta su inserción escleral, lo que hicimos fácilmente de un tijeretazo y a pequeños golpes de tijera su desinserción. Un ayudante nos aproxima el globo hacia el músculo seccionado ayudado por una pinza puesta en la conjuntiva del ángulo interno y de este modo anudamos felizmente estos dos puntos. Después dimos otros dos puntos de sutura de refuerzo, uniendo los labios de la herida conjuntival, por si alguno de los dos puntos anteriores se soltara antes de tiempo.

El efecto inmediato no pudo ser más sorprendente, pues por efecto de la extirpación de este trozo muscular y su avanzamiento tan amplio, quedó casi corregida la exoftalmía—al producir esta exoftalmía—y ambos ojos quedaron en posición normal. No obstante advertimos al paciente por si necesitaba nueva intervención estuviera prevenido para ella. Se le instiló unas gotas de argirol y se le puso apósito monocular oclusivo.

A pesar de lo cruento de la intervención el paciente la llevó a cabo sin el menor dolor.

El curso post-operatorio, ha sido bueno; a las 48 horas siguientes se levantó el vendaje. Los puntos de sutura se mantienen perfectamente y el globo ocular aparece bien centrado pero el ojo izquierdo presenta un estrabismo convergente, por lo que le proponemos una segunda intervención para corregir esta desviación, la que acepta en el acto.

A los cuatro días siguientes a la primera, le hacemos una tenotomía del recto interno en el ojo izquierdo de la siguiente manera:

Anestesiado el ojo, en igual forma que para el avanzamiento, se incinde la con-

juntiva a unos 3 milímetros del limbo y paralelamente a él, con las ramas de la tijera se desprende la mucosa de los tejidos sub-yacentes, se incinde ampliamente la cápsula hasta poner al descubierto el tendón del músculo, el que se coge con un gancho, conseguido lo cual, se le desinserta de la esclerótica, a pequeños tijeretazos y totalmente. No se da ningún punto de sutura y con la misma pinza de fijación cogiendo un pliegue en la conjuntiva del lado temporal se hace fuerte tracción del globo en este sentido, repitiendo esta gimnasia varias veces a fin de recular todo lo más posible el músculo del recto interno y hacer más prominente al globo creando de este modo una exoftalmía de él.

Previa instilación de unas gotas de argirol se le puso su apósito monocular oclusivo.

Al levantar el apósito a las 48 horas siguientes pudimos apreciar, como puede ver el lector en la fig. 2, que el efecto que buscábamos le habíamos obtenido con completo éxito. Ambos ojos centrados, ligera exoftalmía de este segundo ojo, que con la exoftalmía creada en el primero, hace casi desaparecer la desigualdad de tamaño que presentaban.

El curso post-operatorio no ofreció nada de particular, del mismo modo que con el anterior, se suprimió el apósito a las 48 horas y al cabo de tres semanas todos los fenómenos reaccionales habían desaparecido y el paciente pudo dedicarse a sus ocupaciones, desde entonces.

Este caso—cuya fotografía la hemos hecho hace poco tiempo—le presentamos no como curación del estrabismo, es decir, con reaparición de la visión binocular—puesto que como dejamos dicho el ojo estrábico es ambliope—sino como mera corrección, bajo el punto de vista físico.



PRENSA PROFESIONAL

El Siglo Médico
(Números 3.311 y 3.312.-Mayo
y Junio 1917)

Detalles del tratamiento de la tuberculosis pulmonar por métodos higiénicos

Por el DR. LUIS CALANDRE

(MADRID)

Al bacilo de Koch se le ataca directamente fuera del organismo mediante la Higiene; dentro del organismo sólo se le ataca directamente en las intervenciones quirúrgicas. Fuera de éstas, sólo disponemos de procedimientos indirectos, y estos tienen por objeto estimular la vitalidad de las defensas del tuberculoso y ponerle en condiciones de poder luchar con ventaja contra el agente patógeno.

El organismo dispone de medios para curarse muchas veces por sí, de lesiones tuberculosas, sin seguir ningún tratamiento especial. Cuando se hacen autopsias, se puede comprobar la existencia de lesiones tuberculosas, cicatrizadas de antiguo en los pulmones de infinidad de sujetos que han sucumbido a otras enfermedades. Nuestra misión ha de consistir en favorecer el desarrollo de estas defensas naturales; para ello se suele recurrir a dos procedimientos: uno, el intentar llevar al organismo a un estado de inmunidad activa mediante el empleo de vacunas; el otro procedimiento consiste en recurrir a métodos higiénicos cuidadosamente prescritos para conseguir que el tuberculoso consiga vencer a su enfermedad. De este último hemos de ocuparnos aquí.

No vamos a exponer como se comprende, un nuevo procedimiento para tratar a los tuberculosos, pero se han concertado actualmente de tal modo los tisiólogos para desprestigiarlo en provecho de la tuberculoterapia, que es de temer que muchos médicos lleguen a pensar de igual modo. Por eso nos parece oportuno exponer al detalle cómo hay que seguirlo para que resulte eficaz este método que hoy por

hoy es el mejor procedimiento utilizable para curar la tuberculosis, mientras no se disponga de otro remedio mejor.

Si bien un régimen higiénico debe ser prescrito a todos los tuberculosos, hay que convenir en que sólo un cierto número de ellos por el estado de sus lesiones y circunstancias sociales que les rodean, pueden ser sometidos a un régimen higiénico completo con posibilidades de obtener un resultado eficaz. Hay, pues, que seleccionar los enfermos. Para esta selección hemos de considerar como elemento importantísimo el estado social del paciente. Hemos de habérmolas con un tratamiento largo y costoso, que sólo podrán soportar aquellos que puedan disponer de un cierto desahogo económico. Para los que no se encuentran en estas condiciones, desgraciadamente en mayoría, existiendo aún pocos sanatorios populares, casi se puede decir, que no hay redención. Fuera de los casos que se curan *a pesar de todo*, los demás todos terminan por entrar tarde o temprano en la masa anónima de tísicos que inundan las casas, los Hospitales, las Policlínicas y los Dispensarios. De esta masa anónima, en la que se han ensayado y ensayan tantos procedimientos terapéuticos, desde los reconocidos como puramente sintomáticos hasta los llamados específicos, no voy a ocuparme aquí.

Pero no todos los que pudieran someterse al tratamiento son casos adecuados. Entre las condiciones que se reconocen como de importancia para fijar el pronóstico, queremos insistir sobre las siguientes:

Estado anatómico de las lesiones.—Las lesiones iniciales, poco extensas, afectando sólo a un pulmón, las formas fibrosas de marcha tórpida, son, como se comprende, las más favorables. Lesiones extensas, no sólo de un pulmón, sino hasta de ambos pulmones, pueden retroceder y curarse perfectamente con el régimen higiénico. La intensidad de las lesiones tiene más importancia que la extensión. Cuando existen cavernas, no puede decirse que la curación sea fatalmente imposible, pero sí que es muy difícil y exige un tratamiento larguísimo.

Fiebre.—Entre los síntomas generales, la fiebre es quizás el más sobresaliente. Se suele juzgar del estado y del curso de la enfermedad, por la marcha de la fiebre; no hay que darle, sin embargo, una importancia definitiva; a condición de que los demás síntomas sean excelentes, la existencia de una fiebre aun de 39° no indica necesariamente un pronóstico malo.

Más importancia tiene el estado del pulso: la *taquicardia* es un mal signo; enfermos con más de 120 pulsaciones siguen en general un curso desfavorable.

También tiene una importancia grandísima el buen o mal funcionamiento del *aparato digestivo*, ya que nos interesa fundamentalmente alimentar muy bien a estos enfermos. Tuberculosos con diarrea persistente, son casos malísimos.

Teniendo en cuenta estos datos, entre otros, podemos afirmar con Madinavei-

tia que *los enfermos pudientes en los que las lesiones no sean extraordinariamente avanzadas, si la taquicardia no es grande y el aparato digestivo funciona regularmente, lo corriente es que se curen bien desde el punto de vista clínico, con el régimen higiénico; y decimos que se curan bien y no que llegan a una suspensión de desarrollo, pues conocemos a muchos completamente curados desde hace bastantes años. Esto de que se comporten bien durante años, es un dato importantísimo y que deben tener bien presente los que hacen estadísticas.*

El régimen higiénico dietético se basa sobre estos principios: *reposo, sobrealimentación adecuada y curas de aire y de sol en un clima apropiado.*

El reposo es condición indispensable para el tratamiento de la tuberculosis. El régimen ambulatorio de Policlinicas y de Dispensarios nos parece que lleva sólo a fracasos más remotos o más próximos. En toda tuberculosis en evolución, el paciente debe estar sometido al reposo. Si tiene más de 38°, o aun sin tener tan alta fiebre la oscilación diaria de la temperatura alcanza a 1°, el enfermo debe guardar cama; y en la misma cama se le debe sacar por el día al campo o a una azotea. Si la temperatura no es tanta, pasará mientras tenga décimas, todo el día constantemente echado en la silla larga y al aire libre, y aun en lo posible, evitará hablar mucho, ni hablar en voz alta, para dejar en reposo al tórax. Este reposo continuado es la parte del tratamiento a la que más difícilmente se someten los enfermos, pero con paciencia y con entereza, por nuestra parte, se llega a conseguir perfectamente en la mayoría de los casos.

Hay un método, que algunos fisiólogos españoles han acogido con singular simpatía y que consiste en tratar a los tuberculosos por un ejercicio graduado: es el llamado método de Paterson. Hemos de dedicarle algunas palabras de crítica.

«Con el método de Paterson, propónese desarrollar por medio de un ejercicio muscular graduado y progresivo, la resistencia específica del enfermo para la tuberculosis, a la par que su resistencia general. Tiene por base científica la noción experimentalmente corroborada por los trabajos de Wright de que en un organismo portador de focos mórbidos infecciosos, el trabajo muscular provoca en la sangre una descarga tóxica proporcional a su intensidad. El trabajo vendría a ser el estímulo, gracias al cual se produciría una verdadera *autoinoculación*, especie de *tuberculización endógena*, y su graduación sería la regularización del proceso espontáneo de la curación. Esta autoinoculación, en efecto, intermitente y repetida en condiciones convenientes, llevaría a la *autoinmunización*, es decir, a la curación clínica» (1).

(1) A. Bigné: «La cure de travail dans le traitement de la tuberculose pulmonaire».—París 1916.

Es cosa sobrado sabida que el reposo es el remedio soberano contra la fiebre de los tuberculosos, y que, por el contrario, cuando éstos se mueven o se agitan, con facilidad la temperatura les aumenta. Según las ideas de Wright seguidas por Paterson, cuando un tuberculoso hace ejercicio, pone en libertad el foco enfermo una cantidad de toxinas *proporcionalmente* mayor que si está en reposo, y por eso tiene fiebre; y como consecuencia de ello, que si se dosifica y gradúa sabiamente el ejercicio, tenemos en nuestra mano el hacer que se viertan a nuestra voluntad en la circulación cantidades deseadas de toxina, con lo cual se conseguiría, por medio de esta autotuberculinoterapia, iguales o mejores resultados que inyectando cualquiera de las diversas tuberculinas. Esta hipótesis es para muchos sugestiva, pero desde el primer momento se nos ocurre que para que pudiera empezar a satisfacernos, sería preciso ante todo que dispusiéramos de un método para dosificar la cantidad de tuberculina que desprende un foco tuberculoso, que pudiéramos dosificarla como se dosificaría la adrenalina en la sangre que sale de las cápsulas suprarrenales. Pero hoy por hoy no disponemos para ello de un método eficaz. Paterson e Inman creyeron encontrar en el índice opsónico un indicador de la marcha del proceso; pero ya sabemos que hoy no se concede valor al índice opsónico, por lo menos tal como lo practicaba Wright. Metschnikoff, el padre de la fagocitosis, insiste en que no hay relación entre las condiciones en que se realiza la fagocitosis en un tubo de ensayo a como tiene lugar en el organismo; y aun Löwenstein hace notar además que lo que importaría conocer no es el tanto de fagocitosis en la sangre, sino en el foco tuberculoso, y esto no lo revela el método del índice opsónico. Más recientemente Vigné trata de utilizar para ello la seroaglutinación; pero no podemos conceder valor a esta reacción; es sabido como en la fiebre tifoidea donde la seroaglutinación tiene tan gran valor para el pronóstico, su intensidad, en cambio, no guarda relación con la gravedad ni con la marcha que haya de seguir la enfermedad.

Dice Vigné tratando de cerrar definitivamente la cuestión: «Cualquiera que sea la opinión que se tenga de los fenómenos reaccionales del organismo vis a vis de la infección, hay un hecho que persiste, y es que un cierto trabajo produce ciertas reacciones en la temperatura, y que estas variaciones son acompañadas de modificaciones correspondientes en el estado general y clínico del sujeto. Todos estos hechos se explican perfectamente y de una manera satisfactoria por la teoría de la autoinoculación: lo que no puede hacer actualmente ninguna otra teoría».

Nosotros encontramos para ello una interpretación más satisfactoria, más universal, puesto que podría elevarse casi a la categoría de ley de Patología general, en las ideas que hemos aprendido de nuestro maestro Madinaveitia. Cuando penetran gérmenes en nuestro organismo ponemos en juego medios para destruirlos,

produciendo anticuerpos específicos, precipitinas, lisinas, etc.; anticuerpos que por ser sustancias accidentales y heterólogas a nuestro organismo, tienen a su vez que ser neutralizadas y eliminadas. Es posible que estos productos que se originan en la infección sean análogos o pesen sobre el organismo de un modo análogo a los que se producen en la contracción muscular. Por lo tanto, lo que verosímilmente ocurre es que se acumulan para ser eliminados los productos provenientes del foco enfermo y los del ejercicio muscular, y por eso después de un ejercicio las defensas se hacen insuficientes y la enfermedad se exalta. Ahora bien, esto ocurre no sólo en la tuberculosis, sino en todas las infecciones, como se ve, por ejemplo, en la pulmonía y en la fiebre tifoidea, en las cuales el ejercicio y la fatiga, como se ha demostrado con evidencia en la guerra actual, aumentan considerablemente la gravedad.

Respecto de este punto concluimos nosotros hoy por hoy lo siguiente: 1.º No hay razón para asegurar que con un cierto ejercicio se pone en libertad una cantidad *proporcional* de toxinas ya que carecemos de medios para medirla; 2.º, que el ejercicio muscular empeora la situación de los tuberculosos; 3.º, que el tratamiento de la tuberculosis por el ejercicio nos parece desprovisto de razón, y que es indispensable para el tratamiento la inmovilidad, con el doble fin de aliviar al organismo del trabajo de desembarazarse de los productos catabólicos musculares, y de acentuar en lo posible el reposo del órgano enfermo. No olvidemos que las tuberculosis osteo-articulares se curan con la inmovilización, y sobre todo tengamos muy en cuenta lo que enseña la práctica del pneumotórax artificial: los casos indicados para esta intervención son aquellos de lesiones avanzadas, pero perfectamente localizadas en un pulmón, hallándose el otro completamente sano. Con esta colapsoterapia, que no tiene otro fin que inmovilizar el pulmón enfermo, se suelen conseguir buenos resultados en los casos a propósito: pero si el otro pulmón está afectado, como tiene que trabajar más después del pneumotórax, se produce en él una rápida difusión del proceso que sigue a menudo una marcha rápida.

Somos partidarios, pues, de que el reposo absoluto debe establecerse desde un principio y por todo el tiempo que sea necesario: tres meses, seis, o más; luego conforme vaya el enfermo marchando hacia la curación, se irá mitigando poco a poco y progresivamente el reposo con paseos y ejercicios graduados observando con cuidado el comportamiento del enfermo, y así gradualmente se le va haciendo entrar en la vida corriente. En adelante el paciente debe preocuparse mucho de hacer una vida extraordinariamente higiénica y mantener siempre viva la afición a la vida de campo y de aire libre; pero esto no quiere decir que hayan de renunciar en adelante y para siempre, por lo menos un cierto número de estos enfermos, a hacer ejercicios físicos fuertes, a dedicarse a los deportes, pues conocemos a bastantes

personas, tuberculosos curados bien hace bastantes años, y que hacen sin inconvenientes ejercicios considerables, alpinismo, carreras de ski, etc.

Sobrealimentación.—La tuberculosis es una enfermedad esencialmente consuntiva; precisa hacer que el tuberculoso enflaquecido alcance o sobrepase ligeramente el peso que por su edad y por su talla le correspondería y esforzarse en mantenerle en este nivel. Antes de disponer un plan de alimentación, es muy importante examinar el estado de su aparato digestivo. Es muy frecuente en los tuberculosos la astenia congénita con ptosis viscerales. Muchos tienen hiper o hipoclorhidria; se prescribirá un régimen adecuado en cada uno de estos casos.

La aparición de diarrea en un tuberculoso es un trastorno serio, pues impide que el enfermo pueda alimentarse bien. Esta diarrea es a menudo muy difícil de quitar; con una cucharadita de fosfato o de carbonato de cal en las comidas se obtienen muchas veces buenos resultados en estas diarreas, si no hay ulceraciones intestinales. A estos enfermos con diarrea no conviene tenerlos a leche, pues de ordinario con ella se les aumenta.

Con frecuencia los tuberculosos tienen perdido el apetito. Debe intentarse abrírselo con comidas variadas, platos que le agraden, entremeses, etc., evitando en lo posible el empleo de aperitivos.

No se puede indicar un régimen de alimentación para todos los tuberculosos. En general, si no hay contraindicación, conviene que tomen seis u ocho yemas de huevo al día, y que en las comidas beban leche en lugar de agua. Se procurará dar la menor cantidad de carne, pescado, etc., substancias que exigen mucho de la función antitóxica del hígado; por el contrario, deben darse en abundancia patatas, judías, lentejas, etc. El régimen se adaptará a la tolerancia del enfermo y al comportamiento de su peso. El enfermo debe pesarse cada quince días: un aumento de 2 kilogramos por mes, es una cifra media aceptable.

Cura de aire.—Es indispensable que el tuberculoso respire constantemente un aire puro y constantemente renovado. Por el día debe estar al aire libre; se le sacará a una azotea, al jardín o al campo; debe tener por única techumbre el cielo, pero se le abrigará cuidadosamente para que no se enfríe. Si está en el campo se le buscará un sitio que no sea húmedo y en lo posible abrigado del viento. No es bueno que esté bajo los árboles a causa de la humedad y porque así reciben menos luz. Por la noche dormirá con la ventana abierta, pero se la cerrará mientras se desnuda y mientras se viste. Si la temperatura es cruda, se podrá hacer calefacción con chimenea, pero de ningún modo con braseros, estufas de petróleo, etc., que vician el ambiente.

En resumen, es preciso que el tuberculoso no respire nunca una atmósfera confinada. Aquellos enfermos mal dirigidos que van a hacer la cura de campo, pero

que se encierran en su habitación y miran al campo a través de los cristales, pierden el tiempo por completo.

A la par que se hace esta cura de aire se va consiguiendo una cura de endurecimiento. Estos enfermos terminan por soportar sin inconveniente temperaturas extremas.

Cura de sol.—La luz solar está constituida por diversas radiaciones, unas luminosas y otras oscuras, que forman toda una gama, desde los rayos infrarrojos hasta las radiaciones ultravioletas. No todas estas radiaciones poseen idénticas propiedades; los rayos menos refrangibles son rayos caloríficos; las radiaciones azules, violetas y ultravioletas, por el contrario, gozan sobre todo de propiedades químicas. Los rayos ultravioletas son los más actínicos, poseen un poder bactericida energético, producen la pigmentación de la piel, excitan la formación de clorófila en las plantas y de la hemoglobina en los animales. Pero es preciso tener en cuenta que estos rayos bienhechores (rayos bióticos los llama Dastre) son absorbidos con facilidad por el vapor de agua, el polvo atmosférico, el vidrio y los vestidos. En la montaña, en los lugares altos, la acción de estos rayos químicos es más intensa que en los sitios bajos a causa de la menor cantidad de atmósfera que tiene que atravesar la luz y de la mayor sequedad del aire. En el mar, el poder actínico de la luz es también muy intenso, a causa de la gran cantidad de rayos azules, violetas y ultravioletas que la vasta extensión del mar refleja. Pero para utilizar esta acción, es preciso estar junto al agua, es preciso *que el mar le vea a uno*; estando algo tierra adentro aunque sea poco distante del mar, el efecto no es análogo.

La luz ejerce su influjo tonificante sobre el estado general del organismo, acelerando el metabolismo nutritivo y excitando sus medios de defensa.

Técnica de la Helioterapia.—Para que los baños de sol sean eficaces, deben ser *directos y totales*; es decir, debe exponerse al sol todo el cuerpo desnudo; para que sean bien soportados deben ser progresivos; es decir, el tiempo de exposición debe irse aumentando progresivamente.

El enfermo será colocado cómodamente en una cama o *chaise-longe*. Cuando hace calor, no conviene el colchón ni nada que concentre calor; una *chaise-longe* de lona o de rejilla es lo mejor. Cuando el sol da en la cabeza suele producir molestias, y, con objeto de evitarlas, se la protegerá con una sombrilla fuerte, pero teniendo cuidado de que no dé sombra sobre el resto del cuerpo. No se tomará el baño de sol detrás de cristales, pues éstos absorben muchos rayos ultravioletas. Algunos autores recomiendan empezar la insolación por las piernas y descubrir después gradualmente cada día el resto del cuerpo: esto, que puede ser necesario en enfermos muy debilitados, no lo es en los que se encuentran regularmente fuertes. Se puede comenzar por una sesión de un cuarto de hora e ir aumentando cada día

cinco minutos, hasta llegar a una hora o más. Claro es que modificando esta marcha según las reacciones y tolerancia del enfermo, y según la intensidad de la luz.

El baño de sol puede tomarse en el interior de una habitación con amplio ventanal y bien soleada, en una terraza o en pleno campo. En este último caso se tropieza a menudo con la resistencia del paciente a exponerse en campo abierto a posibles miradas indiscretas; para evitarlo, se le puede proteger por el lado por donde pueda venir la gente, con una tela suspendida de unos palos o alambres a modo de colgadura, pero cuidando que quede a 0'50 metros del suelo y que no se eleve a más de 1'50 metros, con objeto de que circule bien el aire. Además se aconsejará que haya una persona que vigile y que tenga una manta para envolver en ella al enfermo mientras pasa el curioso.

En verano hay que tomar los baños de sol temprano. En los días calurosos se suprimen. No se debe comer hasta después de media hora o una hora de haber tomado el baño (Madinaveitia).

La temperatura del ambiente influye mucho en el resultado que haya de obtenerse. Hay que distinguir los baños de sol en fríos, templados y calientes, según que la temperatura del aire sea menor, igual o mayor que la del cuerpo. La temperatura mejor es de 33° a 40'. Con el baño de sol se produce sudación: hay que tener cuidado de abrigarse bien después. Los baños de sol con mucha sudación son perjudiciales.

Datos clínicos que permiten dirigir el tratamiento.—Muchos autores afirman que el mejoramiento del estado general marcha a la par del grado de pigmentación de la piel; sin embargo no es este un dato siempre constante.

Es frecuente que la temperatura en los casos favorables ascienda algo inmediatamente del baño de sol para descender después. Si la insolación fué muy intensa o mal soportada, muchas veces la temperatura se eleva bastante y persiste así más o menos tiempo.

Se presenta a veces fenómenos vagos de malestar general, palpitaciones, etc., que se ha sobrepasado en el baño la medida conveniente.

Localmente, bajo la influencia de una cura demasiado intensa, el sujeto puede presentar reacciones de foco a veces bien acentuadas. Hay que tener con esto especial cuidado, pues la congestión exagerada del foco puede ser nociva y provocar hemoptisis. Esto ocurre sobre todo con los baños de sol fríos, que están absolutamente contraindicados.

Los beneficiosos resultados de los baños de sol en la tuberculosis dependen probablemente de que tonifica al organismo y aumenta sus medios generales de defensa. Muchos autores admiten también una acción local sobre las lesiones pulmonares. Desde luego la exposición al sol produce una congestión en el foco tuberculoso,

que verosímilmente será beneficiosa si no es excesiva. Están indicados para ser sometidos al tratamiento solar las formas tórpidas con tendencia fibrosa y poca fiebre, todas las formas de tuberculosis pulmonar crónica de evolución lenta. Por el contrario, este tratamiento es inútil en sujetos ya caquéuticos y nocivo en las formas sobreagudas y en las con tendencia a hemoptisis. Debe suspenderse durante el período menstrual.

Accidentes de la cura solar.—Son debidos casi siempre a un tratamiento inoportuno, demasiado enérgico o mal dirigido. El eritema solar sólo se produce si se somete de golpe a una insolación exagerada a sujetos no acostumbrados. Conviene advertir a los enfermos la conveniencia de comenzar gradualmente los baños de sol, pues los hay que llevados de su buen deseo se exponen en el primer día durante una o dos horas al sol, y las molestias de las quemaduras que se les producen les desanima para continuar la cura. Cuando este eritema se produzca, el tratamiento consistirá en envolturas húmedas con un paño empapado en acetato de alúmina al $\frac{1}{2}$ por 100 durante un par de horas, seguida de una aplicación de polvos de talco. En los individuos pigmentados el eritema no sobreviene nunca.

Se ha culpado a los baños de sol de provocar hemoptisis. Esto sólo ocurre cuando se los emplee en casos contraindicados, o la cura sea demasiado intensa o se tomen baños de sol fríos.

Permanencia en un clima apropiado.—La elección del clima es asunto de la mayor importancia. Refiriéndonos a España puede afirmarse que hay regiones como Galicia, Santander, las Vascongadas, en donde los tuberculosos llevan una marcha mala. En cambio, en la meseta central de Castilla se obtienen resultados excelentes tan buenos como los que pueden obtenerse en Suiza (Madinaveitia). Conviene en general, a los tuberculosos pulmonares, un clima alto, seco, con un cielo claro. Los pueblos de la meseta central castellana corresponden por su altura (entre 600 y 1.300 metros) a un clima subalpino. Infinidad de tuberculosos deben su salud a una permanencia en El Pardo, Pozuelo, Cercedilla, Miraflores, Las Navas, Navalperal. Establecimientos especiales para tuberculosos no hay en estos pueblos (1), pero se encuentran casitas u hoteles alquilables por temporadas, en los cuales, de ordinario, podemos instalar al enfermo en bastantes buenas condiciones. Para utilizar uno de estos alojamientos como vivienda de un tuberculoso, conviene que reúna estas condiciones: emplazamiento algo distante del centro del pueblo; no estar junto a carretera o camino de mucho tránsito, a causa del polvo; no estar junto a río o lugar húmedo; disponer de una habitación amplia orientada a mediodía, y aun mejor a mediodía y a saliente, a ser posible; poder disponer, por último, de una azotea, jardín,

(1) Recientemente se ha inaugurado el Real Sanatorio de Guadarrama.

patio o sencillamente de una fácil salida al campo para poder pasar todo el día al aire y tomar los baños de sol.

Se ha repetido hasta la saciedad que a los tuberculosos conviene mucho la proximidad del bosque, el respirar el aire embalsamado de los pinos. No creemos en ello; nos parece esto más bien perjudicial por la humedad que reina en los lugares donde hay mucha vegetación: «Es preferible un campo de pedruscos y tomillo», dice Madinaveitia. Deben aconsejarse para el invierno lugares como El Pardo o Pozuelo y para el verano pueblos más altos, como Cercedilla, Los Molinos, Torrelo-dones, Las Navas, Navalperal. Repetimos que la cura en esta meseta de Castilla es de una eficacia positiva y probada. Es, en este respecto, la región de España mejor estudiada, aunque verosímilmente no sólo no es la única que pueda ser utilizada, sino que hay, sin duda, otras excelentes y cuyo valor climatológico debiera ser más conocido y más realzado.

En resumen, con el régimen higiénico cuidadosamente seguido y exclusivamente con él, se curan bien una infinidad de tuberculosos pulmonares. Pero para que este régimen pueda tener eficacia, es preciso prescribirlo a los enfermos con toda minuciosidad de detalles y no contentarse con aconsejarles simplemente que vayan al campo a tomar aires.



SECCIÓN OFICIAL

Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

(Continuación de la sesión del día 22 de Abril de 1917, para la recepción del académico electo Dr. Gelabert Aroca.)

Sabemos hoy que las llamadas materias colorantes de origen orgánico, tienen en su molécula un grupo cromógeno fundamental incoloro pero susceptible de adquirir coloraciones las más variadas, por la incorporación de otros grupos llamados cromóforos así como el medio de avivar, disminuir o cambiar esa coloración por engarces diversos de átomos o de moléculas; de igual modo nos es conocido en qué grupos moleculares residen las funciones ácida o básica, alcohólica o aldehídica, etc. y el medio de acentuar o disminuir de intensidad o de imprimir otras nuevas al compuesto; y de igual modo hemos llegado a conocer en muchos casos, qué acción fisiológica es la correspondiente a cada grupo funcional, como consecuencia seguramente de procesos químicos intraorgánicos, no todos bien estudiados todavía; aquí, como en los casos anteriores, también nos es dable acentuar o atenuar esas propiedades y la posibilidad de poder comunicar a las sustancias nuevas virtudes. Precisamente el conocimiento y estudio de este último aspecto químico fisiológico bajo el cual podemos considerar a los cuerpos, es lo que más nos interesa y con este criterio después de haber expuesto las bases y génesis de estos estudios, algo, muy poco, hemos de decir de esta trascendental cuestión de farmacología; que son muy modestas nuestras fuerzas, y es muy arduo y complejo el tema.

Tiffeneau muéstrase algo exigente al tratar de dar reglas para establecer definitivamente cual sea la acción fisiológica de un determinado grupo molecular; no basta según él, que los cuerpos que lo integran muestren un comportamiento fisiológico análogo, sino que es necesario relacionarla con el organismo, sistema u órgano objeto de la experiencia; cita muy oportunamente como ejemplo, la acción común midriática de la atropina y de la cocaína, producida sin embargo por mecanismos distintos.

El cloro, bromo y yodo, comunica, a los cuerpos de la serie grasa, propiedades

narcóticas, que con el iodo son especialmente antisépticas, observándose en algunas de las series de derivados, por ejemplo, en el metano mono bi y triclorado, que existe relación entre la narcosis y la antiseptia. La acción anestésica del cloro y del bromo, se patentiza en los correspondientes derivados de los aldehidos y en algunos derivados alcohólicos clorados, pudiéndose notar en este caso, la influencia de la posición de los elementos en la molécula; son efectivamente anestésicos los derivados triclorados, pero en un mismo átomo de carbono. Tampoco es igualmente intensa la acción ipnótica de los clorotoluenos orto, para y meta. También vemos corroboradas la influencia de la posición del halógeno en los derivados de los dos primeros términos de la serie de los hidrocarburos saturados en los que principalmente se manifiesta aquella acción, la que se muestra indudablemente más intensa en los cuerpos, en que al igual que en los casos anteriores, han sufrido la sustitución en un mismo átomo de carbono; y por el contrario, es más débil en los de sustitución par o simétrica; el cloruro de etilideno es más anestésico que el de etileno o licor de los Holandeses; el metil cloroformo con solo tener tres átomos de cloro, es más activo que el exacloroetano con tener seis, pero simétricamente distribuidos.

Sabido es que el bromo ejerce una acción especial sedante sobre el sistema nervioso, y que nos es dable utilizar prácticamente, administrándole en combinación con algunos ácidos grasos de enlace doble, lentamente se disocia la combinación en el organismo pudiendo decirse que el bromo actúa entonces en estado naciente. Ya hemos dicho que aquella virtud, la comunica el bromo a los compuestos de cuya molécula entra a formar parte, o bien exalta las propiedades ipnóticas y antisépticas si las tenían, influyendo en ello como en el caso del cloro, el número y la relativa posición de los átomos del halógeno.

Hemos dicho que los compuestos iodados son especialmente antisépticos y que esta acción se manifestaba en ocasiones común también a los derivados clorados y bromados de la serie grasa. Ehrlich y Bechhold practicaron muchas experiencias con derivados halogenados del fenol y operando con cultivos de microbios muy patógenos; y en efecto, comprobaron que la antiseptia ya por sí propia del fenol, era notablemente aumentada por la incorporación en la molécula del metaloide y que guardaba una relación bien manifiesta en cuanto a su intensidad con el número de átomos.

Entiéndase que tanto en estos casos como en los demás a que haremos referencia, sólo caben consideraciones de índole general, que de todos pueden señalarse excepciones a veces con justificación tan científica, que sólo lo son en apariencia; de algunas de ellas procuraremos hacer mención: por lo pronto, podemos consignar el hecho de que los derivados clorados de las cetonas cíclicas no son ipnóticos.

El iodo tiene con el bromo dos acciones que le son comunes, ambas más exaltadas y más generales en el primero de los halógenos y que son: la antiséptica y la de modificadores directos o indirectos de los procesos intraorgánicos. Es cosa olvidada por lo corriente en los trabajos de laboratorio, la relativa facilidad con que el iodo se engarza a las moléculas de enlace etilénico o no saturadas. Administrado así al organismo, al separarse el halógeno por una u otra circunstancia, como queda roto el doble enlace, la oxidación, es decir, la combustión, se facilita grandemente. Así se quiere explicar el tratamiento iodado en la obesidad.

Los alquilos, grupos funcionales de excepcional importancia en la química pura y en la aplicada, radicales monovalentes y como radicales conceptuados ya por el gran Liebig, tienen bajo el punto de vista de sus relaciones e influencia en las acciones fisiológicas y terapéuticas de las sustancias, capitalísimo interés; influencia de la que no cabe dudar, aunque en algunos casos se presente algo obscura e incierta.

Es indudable que el engarce de los radicales alquílicos en la molécula, exalta en muchos casos la actividad de los cuerpos, quizá por aumentar el peso molecular de los mismos, ya que se ha podido repetidamente comprobar una innegable relación con el número y el término que en la serie ocupa el alquilo. Esto se vé claro en los alcoholes de función amino-fenólica, en las anisidinas y en los derivados metílicos de la fenetidina, muchos de cuyos cuerpos en mayor o menor grado son tóxicos. Otras veces, sin embargo, parece que en ciertas sustancias contrarresta, al menos en parte, su acción tóxica, como lo vemos confirmado en el caso de la codeína con relación a la morfina.

En los cuerpos minerales isomorfos puede observarse también que su acción sobre el organismo está relacionada con el peso atómico de los elementos que lo forman, lo que indujo a Rabuteau a enunciar la siguiente ley para los cuerpos simples: «La acción fisiológica de los cuerpos simples es tanto más enérgica cuanto mayor es su peso atómico.»

En donde a los alquilos singularmente a los dos primeros términos, se les ha concedido un papel principalísimo y casi exclusivo, es en la bioquímica de la hipnosis. A esta creencia obedece la introducción en la terapéutica del trional y del tetronal, por ejemplo, cuerpos de mayor número de radicales etílicos que el sulfonal. Los derivados etílicos del sulfonal y del trional son también hipnóticos, no así los metilados, y aunque pueden además de los anteriores ponerse otros ejemplos que desde luego demuestran una mayor intensidad en la acción hipnótica de los derivados etílicos con respecto a los metílicos, sin embargo, el radical metilo también comunica acción hipnótica en la mayoría de los casos y según el Sr. Caballero, siempre que su disposición en la arquitectura molecular, obedezca a cierto plan.

Dujardín en 1889 proclamó que el metilo confería propiedades analgésicas y

ahí tenemos los derivados metílicos de la pirrazolona, que tan marcada poseen aquella propiedad. En la antipirina hay dos grupos metílicos, uno unido al carbono y otro al nitrógeno; pues bien, solo a este último se le reconoce virtud analgésica y por eso, el piramidón, en el que hay dos de estas agrupaciones NCH_3 , es más activo que la analgesina.

Otros ejemplos nos demostrarán la influencia de la posición de estos radicales en la molécula, y de la que confieren los grupos próximos. Los derivados de la piridina que tienen el radical alquílico inserto en el nitrógeno son más activos que los que los contienen unido al carbono. Los isómeros de la antipirina, tienen propiedades muy distintas, acentuada quizá esta diferencia, porque naturalmente ha de variar la posición del enlace etilénico.

La importancia de la distinta posición de los átomos o de los grupos funcionales en la molécula podemos verlo de continuo confirmada: así el cianato amónico es muy tóxico y no lo es la urea. De entre los numerosos casos que los profesores Artre y Fernández Rodríguez citan, es muy curioso el de los isómeros tropina y pseudotropina, la primera es midriática, la segunda analgésica, acciones que siguen manifestándose en sus respectivos derivados esterés, atropina y tropococaína.

El tiocol es el isómero orto de los productos resultantes de neutralizar con potasa los ácidos guayacolsufónicos, el para es tóxico, y así podríamos seguir haciendo esta lista interminable, si no entendiéramos que con lo dicho basta y sobra en confirmación de la influencia e importancia de la diferente colocación de los distintos átomos o grupos de átomos en la molécula de los cuerpos.

En cuanto al radical monodinamo amido o amidógeno se ha supuesto influye de varias y diversas maneras en la función terapéutica de los compuestos químicos de cuya molécula entra a formar parte.

En primer lugar, se ha supuesto que influye en la cualidad gustativa de algunas sustancias; pero también se ha dicho que ha de estar influenciado por la proximidad de otros grupos moleculares, de entre los cuales parecen descollar en importancia el carboxilo y el sulfónico ambos de carácter ácido.

Químicamente considerado el grupo amido, desde luego comunica su característica basicidad a los cuerpos que lo integran, que por lo menos son de reacción neutra, a no ser que en la molécula coexistan radicales o agrupamientos electro-negativos que lo neutralicen.

Es difícil someter a reglas genéricas las propiedades de las numerosas sustancias que integran en su molécula el grupo amido, por la indiscutible influencia que sobre él ejercen la coexistencia más o menos próxima de otros grupos funcionales, y la de los enlaces etilénicos, que en general sabemos suponen una exaltación de la actividad funcional de los cuerpos. El carboxilo, por ejemplo, según regla general,

atenúa extraordinariamente la toxicidad de los compuestos amidados con innegable influencia de la posición que ocupa; así, son menos tóxicos los para que los orto. Análogamente al carboxilo se comporta el grupo sulfónico y los radicales ácidos grasos los que por este su carácter ácido estabilizan la molécula amidada y aunque sea requisito para que su acción terapéutica se produzca el previo desdoblamiento molecular se comprende que aquella resulte atenuada, por este su modo de obrar con tasa y medida.

La propiedad que con más visos de acierto se le ha atribuído y que es preciso reconocer, al menos en la serie aromática, al amido, es la antitérmica, y también en muchos casos, la antineurálgica, acciones ambas que parecen relacionarse con la reductora fijando oxígeno en diverso sitio de su molécula. Las amidas aromáticas son sustancias que deben manejarse siempre con precaución, porque impiden, o al menos dificultan, la hematosís.

En el estudio de las propiedades de estos cuerpos, y como regla general en la mayoría de las sustancias medicamentosas, hay que tener muy en cuenta, las que son producto de su descomposición en el organismo y las reacciones intraorgánicas que de modo tan radical pueden desvirtuar o cambiar las características propiedades del fármaco aisladamente considerado; la acetanilida por ejemplo, resulta de substituir hidrógeno del amido, pero como en el organismo se desdobra por acciones hidrolíticas en ácido acético y anilina, es en último término al grupo amido, al que debe su acción; igualmente obra su derivado iodado.

En donde claramente se patentiza la propiedad terapéutica del amido-fenol, es en las fenetidinas, que son los éteres correspondientes del alcohol etílico, dentro del grupo de cuerpos que poseen esta doble función, en los cuales, si la combinación resulta fácilmente desdoblable quedando libre el amido-fenol, tiene lugar la acción antineurálgica. La parafenetidina, única medicinal de los tres isómeros, forma, por combinación con radicales ácidos, sustancias que son todas de acción francamente antineurálgica y también antipirética; la fenacetina, trifenina y sedatina, en el caso de ser los monobásicos y homólogos acético, propiónico y valerianico; la lactofenina, si el láctico, el citrófeno y la apolisina, citratos ambos de fenetidina, productos de adición, de constitución muy parecida y análogos en su mecanismo y modo de obrar, la criofina derivado del ácido glicólico etc., etc., cuerpos todos que el organismo disocia en sus componentes, el ácido y el amido-fenol, lo mismo ocurre con el salófeno, medicamento de composición más compleja que la de los anteriores y gran antineurálgico que en el organismo se descompone dejando libre el amido-fenol. La introducción de un amido en la molécula de la fenacetina, refuerza su poder antitérmico, la fenocola y sus sales, el salicilato o salocola, y el clorhidrato, se usan como eficaces medicamentos.

Ya indicamos anteriormente al hablar de los alkilos, que generalmente exaltaban las propiedades de los compuestos de que formaban parte, y citábamos como ejemplo a los derivados metílicos de las anisidinas y fenetidinas que resultaban tóxicos en su mayoría; las propiedades terapéuticas comunes al grupo, subsisten, pero enmascaradas por la metahemoglobinizante, tanto más intensa, cuanto más elevado es el peso molecular del alkilo; la metilantifebrina o exalgina, ya es medicamento de delicado manejo y los derivados etílicos resultan francamente tóxicos.

Sin embargo, no siempre sucede así, y entre otros casos que lo corroboran, recordaremos que en los acetilaminofenoles pasa todo lo contrario, llegando incluso a la inocuidad en fuerza a atenuarse la acción de los mismos por la substitución alquílica.

La fenilamina apenas es usada por resultar peligrosa y lo mismo sus sales. Por substitución en su molécula de hidrógeno por oxidrilo, resultan tres derivados isómeros, (orto, meta y para) llamados amidofenoles y de acción tóxica, por lo que tampoco se emplean a pesar de contener todos estos cuerpos el radical amido en su molécula.

Otras substancias, que son también cuerpos amidados, ora son inertes por no desdoblarse, ora no son ni antisépticos ni analgésicos, como el atoxilo, en el que los trabajos de Ehrlich y Bertheim demostraron que la función amidada queda libre, pero téngase en cuenta que se trata de un compuesto arsenical y que por lo tanto cualquiera que fuese la acción fisiológica o terapéutica del amido, nada tiene de extraño sea enmascarada por la del arsénico; la propia de este metaloide es la virtud terapéutica que en el atoxilo domina y a la que debe su empleo como reconstituyente y sus éxitos en el tratamiento de la enfermedad del sueño, especificidad que demostrara Thomas en 1905 y que fué brillantemente confirmada por la Comisión técnica que el Imperio alemán nombró para el estudio de la indicada Tripanosomiasis.

Las tres toluidinas isómeras, cuerpos homólogos de la anilina, tampoco reciben aplicación medicinal.

Otra propiedad se le ha atribuído al radical amido y en ciertos casos en que está formando parte de cadenas ramificadas o abiertas y es la vasoconstrictora, debido a los recientes trabajos efectuados especialmente por Bargel y Dale, a partir del descubrimiento que hicieron en el cornezuelo de centeno de la base amidada acíclica la isoamilamina, cuerpo que por cierto había sido entrevisto juntamente con otras aminas, por Gautier en el aceite rojo de hígado de bacalao, entre otras la hexilamina normal, precisamente otra base amidada, en la que parece manifestarse igualmente la acción vasoconstrictora. El mismo Bayer encontró en el extracto de cornezuelo de centeno, otra base la oxifenil-etilamina, en la cual un nuevo oxidrilo fenólico refuerza la actividad vasoconstrictora; además de los anteriores, podemos citar los

siguientes cuerpos de uso medicinal el arterenol, la adrenalina y homorenona, todos de función aminofelónica, si bien haciendo la salvedad de que son de composición relativamente compleja y que en el mecanismo de su acción parece que es necesario el conjunto de las diversas funciones fenólica, amídica y alcohólica o acetónica que integran su molécula.

Existe un grupo de cuerpos llamados uretanos, que químicamente se relacionan con la urea y que como ésta, pueden suponerse derivados en último término del hipotético ácido carbónico. De este ácido bibásico deriva el también hipotético ácido carbámico cuyos éteres son precisamente los uretanos. Conservan los uretanos el grupo amido de sus generadores al que deben quizá sus propiedades hipnóticas, que siguen manifestándose en los derivados alquílicos del hidrógeno negativo del ácido carbámico y en armonía con el peso molecular del radical sustituyente.

La acción hipnótica de los uretanos se puede atenuar o bien se exalta y aun se les puede conferir la analgésica y antipirética, combinándolos con otras sustancias o grupos moleculares; ejemplo: derivados carboxílicos, el cloral uretano o somnal, la termodina, la neuradina, la salofeneurodina.

Parecía lógico suponer que siendo la urea un compuesto diamidado fuera un excelente hipnótico, antipirético... pero apenas si es única y débilmente lo primero. Químicamente se explica no sea sustancia básica a pesar de sus dos amidos, naturalmente contrarrestados por el grupo negativo divalente carbonilo.

Derivados de la urea y de acción hipnótica segura, son los ureidos y entre los cuales merecen citarse el uronal y su sal sódica, la adalina, el luminal, propanal.

El amidógeno al igual que los alquilos, son a la par grupos funcionales y radicales. Unos y otros no pueden aislarse, pues al intentarlo como moléculas incompletas que son, saturanse mutuamente; y en este caso, dos moléculas de amidógeno engendran el grupo diamidógeno o hidracina. Los derivados, que son muchos de este importantísimo grupo funcional, conservan las propiedades antitérmicas características del amido y aun notablemente acentuadas; pero su empleo como sustancias medicamentosas está bastante restringido por la toxicidad que manifiestan la mayoría de ellas; la acetilfenilhidracina por ejemplo, es un poderoso antipirético pero perjudicial como medicamento por metahemoglobinizante. La fenihidracina es igualmente tóxica.

(Continuará)

ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Sociedad Oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL DÍA 15 DE FEBRERO DE 1917

Catarata complicada con amaurosis histérica.

DR. GARCÍA MANSILLA.—La enferma J. Andrés, de 42 años, natural de Soria, casada, ingresó en nuestra clínica del Hospital General el 7 de Diciembre de 1914, ocupando la cama 11 de la sala 28, encontrándose completamente ciega por tener cataratas en ambos ojos. Los antecedentes que pudimos recoger se refieren a ataques nerviosos que viene padeciendo desde hace seis años, los cuales revisten los caracteres de histéricos.

Hace dos años empezó a notar nieblas en ambos ojos, que siendo cada vez más densas llegó a quedarse hace tres meses sin más que la percepción luminosa. Examinada por su médico pudo comprobar que se trataba de cataratas en ambos ojos, completamente formadas y en condiciones de ser operadas.

Hace dos meses estando paseando por el campo desapareció por completo toda la claridad que percibía a través de la catarata derecha y las sombras que aún veía con dicho ojo. Trasladada a su domicilio sufrió un ataque como los que anteriormente había experimentado, que duró dos horas, tuvo pérdida de conocimiento y al recobrarle se encontró sin percibir claridad alguna de ninguno de los ojos. Como esta amaurosis continuase por espacio de seis días fué conducida a nuestra clínica.

Estado actual.—Del reconocimiento que hicimos a la paciente pudimos comprobar que tenía dos cataratas blandas, estando los cristalinos completamente opacificados. La cámara anterior tenía su profundidad normal, la pupila reaccionaba perfectamente a la acción de la luz. La tensión del ojo era la normal.

La enferma no obstante, no percibía sensación alguna de luz aunque el ojo se iluminase perfectamente con el espejo o con la lente del oftalmoscopio. Existía además dacriocistitis catarral.

Ante dicha falta de percepción luminosa temíamos si existiría alguna lesión de fondo de ojo que hiciese absolutamente inútil la extracción del cristalino. Sin embargo, la marcha normal que había seguido la catarata en su evolución, la carencia de enfermedad alguna ocular, la tensión fisiológica, los antecedentes histéricos de la enferma, la manera como perdió la claridad del ojo derecho, es decir, de un modo brusco, y la del izquierdo después de un ataque histérico de dos horas de duración, y en fin, la reacción normal de la pupila a la acción de la luz, nos decidieron a intervenir en la esperanza de dar vista a nuestra enferma.

Practicamos la operación de Stilling y después de algunos sondajes e irrigaciones antisépticas de las vías lagrimales, consideramos curada la dacriocistitis y en condiciones de hacerse la extracción de la catarata. Durante los veinte días que duró este tratamiento la paciente siguió en la misma absoluta obscuridad.

El 21 de Diciembre practicamos la extracción de la catarata, siguiendo el método de extracción simple. La pupila quedó completamente negra y redonda, pues todas las masas blandas salieron perfectamente. Probamos si la enferma veía algo y continuaba sin ver absolutamente nada.

Vendada convenientemente y trasladada a su cama la enferma se encontró bien durante doce horas, pero a media noche tuvo un ligero ataque convulsivo que no ocasionó trastorno alguno en el ojo operado.

Levantado el apósito a las 24 horas, el ojo estaba perfectamente, pero seguía sin percibir claridad alguna, por lo cual temíamos haber practicado una operación completamente inútil. A las 48 horas pudimos comprobar que la pupila estaba redonda pero continuaba la misma amaurosis. A los tres días, al levantar el apósito, la enferma, dice el interno Sr. Sánchez, encargado de curarla, que ya veía perfectamente. Comprobamos nosotros que efectivamente la visión era la que corresponde a una operada de catarata al tercer día.

La marcha post-operatoria fué la normal sin que volviese a faltar la visión y a las dos semanas de la operación la enferma salió de allí con $V = \frac{2}{3}$ con + 11 dioptrías.

Como se ha podido apreciar por esta breve nota la amaurosis histérica duró 29 días, o sean 6 antes de ingresar en nuestra clínica, 20 que estuvo sometida al tratamiento de las vías lagrimales y 3 después de ser operada de catarata. No puede precisarse el momento en que se restableció la visión pues la enferma estaba vendada y manifestó veía bien al tercer día no viendo nada el segundo.

La enferma no sólo recobró la visión en el ojo operado sino que en el que no lo fué percibía por completo la claridad y las sombras de los objetos que se pasaban delante del ojo. Es decir, que el ojo no operado se comportaba como los que tienen cataratas con fondo de ojo normal y en condiciones de ser operados.

Si nos decidimos a extraer la catarata a nuestra enferma, no obstante la falta absoluta de percepción luminosa, fué por acceder a los vivos deseos de que la operásemos y por la existencia de la reacción pupilar a la acción de la luz, síntoma de extraordinario valor para el diagnóstico de la amaurosis histérica.

Como la asociación de esta afección con la catarata no la hemos observado de manera tan precisa en ningún otro caso, creemos oportuno darlo a conocer a la Sociedad Oftalmológica de Madrid.

DR. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ.—Habiendo tenido ocasión de examinar la enferma a que se refiere la historia clínica presentada por el Dr. Mansilla, he pedido la palabra para manifestar que esta enferma se presentó en mi consulta el invierno pasado habiendo perdido la visión tanto en el ojo operado como en el otro en que ya en la época en que fué vista y operada padecía una catarata.

Al verificar el examen del ojo operado no encontré nada extraordinario, el fondo estaba normal, la cicatriz apenas perceptible. La enferma no percibía la luz tanto con este ojo como con el otro; me manifestó que estando enferma la dió una tarde un fuerte dolor de cabeza en el lado correspondiente al ojo operado que vió unos colores rojos y al siguiente día no veía nada, habiendo perdido la claridad que notaba en el otro. La diagnosticué de *amaurosis histérica* en ambos ojos y al someterla nuevamente a un detenido interrogatorio viéndose confirmado mi diagnóstico por los datos consignados en la historia que acaba de presentarnos mi distinguido profesor el Dr. Mansilla, siendo yo entonces el alumno interno a que hace referencia en su historia.

Propuse a la familia el tratamiento y con algo de resistencia por parte de la enferma, fué sometida al mismo. Permaneció durante tres días en un cuarto con poca luz sin resultado, más luego le fué colocado un vendaje y diciéndola que tomando unas cucharadas (agua de azahar) tenía que recobrar necesariamente la visión a los dos días, contaba los dedos a distancia de un metro y cuatro días después durante la noche la enferma recobró la visión en el ojo operado que luego le fué graduado, corrigiéndose un ligero astigmatismo que presentaba.

La enferma no consintió que le fuese operado el otro ojo que estaba en condiciones para ello.

No quiero terminar sin dar las gracias a mi distinguido profesor el Dr. Mansilla y felicitarle efusivamente por el acierto con que hubo de tratar el caso y por la precisión con que nos lo ha presentado, dándome al mismo tiempo ocasión para dirigiros la palabra por primera vez, con lo que me cabe la satisfacción siquiera modestamente a comprobar por mí mismo lo expuesto de tan brillante manera por mi querido profesor.

DR. CASTRESANA.—El caso clínico presentado por el Dr. Mansilla es muy inte-

resante, por ir asociada la ambliopía histérica, a una operación de catarata. Me hace recordar en este momento, una *anomalía rarísima* que he podido observar, en un enfermo que operé de catarata hace tiempo y que no he visto repetirse en los varios cientos de cataratas que llevo operados.

Se trataba de un hombre de avanzada edad, que venía padeciendo de unas cataratas de curso lento, y que se presentó en mi consulta cuando no era ya posible reconocer con detalle el fondo del ojo, por encontrarse la opacidad del cristalino bastante avanzada. Las cataratas siguieron el curso normal en su evolución, hasta que llegó el momento de encontrarse una de ellas completamente madura y en condiciones de poderse operar. Como en todos los casos, antes de la intervención quirúrgica, mandé analizar la orina, sangre y secreción conjuntival del enfermo, por entender que casi todas las personas de edad avanzada, padecen alguna alteración en estas secreciones, que es de gran importancia conocer y corregir, si queremos garantizar en lo posible el éxito operatorio.

No hallándose ninguna contraindicación en los análisis practicados, procedí a operar al enfermo, sin que ocurriera el menor accidente durante la operación ni en el curso posterior a ella, quedando la pupila completamente negra y al parecer, por lo que decía el enfermo, con buena visión.

A los 20 días de haber operado al paciente hallándose el globo ocular sin ninguna reacción, procedí a corregir su refracción óptica, siguiendo para ello, los dos métodos: el subjetivo y el objetivo, con oftalmometría.

A pesar de un examen atento y detenido que hice por dos veces en días alternos, con el fin de prescribir al operado el cristal cilindro esférico correspondiente a su defecto de refracción, por la pérdida del cristalino y por el astigmatismo resultante al tallar el colgajo corneal el enfermo no llegaba más que a $\frac{1}{10}$ de la escala iluminada de Wecker y Maselor.

(Continuará)

GALERÍA DE CARICATURAS



DR. MOLINA NIÑIROLA

Redactor de MURCIA MÉDICA





SECCIÓN VARIA

Fundación Santa Cándida

VI

SALPICADURAS

Correspondiendo a nuestros deseos, publica el órgano de la Fundación en el suplemento número 113 la carta que dirigimos a D. Isidoro Santos Figueroa, como aclaración a los conceptos vertidos por dicho señor en *El Liberal de Jaén*, y reproducidos por *Los Progresos*; pero a continuación de nuestra respuesta, aparece otra carta que el Sr. S. Figueroa nos dirige.

Como quiera que sería enojoso para nuestros lectores si trascibiéramos punto por punto cuanto se nos dice, vamos a hacer breve síntesis de su contenido. Dos partes puede decirse que integran la epístola. En la primera, se trata de la administración de nuestra revista (¡hay que ver! ¡meterse en administraciones ajenas!)..... que si un número de *MURCIA MÉDICA* lo damos por 40 céntimos, siendo así que el papel y la tirada nos costarán mucho más..... que si tenemos solamente tales y cuales anuncios..... que si anunciamos al pie de las caricaturas..... y finalmente, que si hacemos propaganda repartiendo gratis la revista.

Si nosotros tuviésemos por patrimonio la descortesía, contestaríamos a D. Isidoro con aquella elocuente coplica, que nada dice y dice mucho:

A la casa de naide
no venga naide
por que no sabe naide
cómo está naide.

Sí, señor. *Damos el periódico barato POR QUE NO NOS CUESTA MÁS QUE ESE PRECIO INSIGNIFICANTE. Llevamos pocos anuncios POR QUE NO*

PERSEGUIMOS EL LUCRO. *Y lo hemos repartido hasta hoy como números de muestra PARA BUSCAR SUSCRIPCIÓN.* El procedimiento, con no ser original, extraña al Sr. Figueroa tan versado en asuntos periodísticos. Después de esta propaganda, quien no abone la suscripción dejará de recibirlo.

Todo es cuestión de táctica administrativa. ¡Quién después de examinada MURCIA MÉDICA, sesenta páginas de texto, que componen un volumen al año de más de setecientas páginas; buenas firmas; profusión de grabados; láminas en color; artículos de cuestiones profesionales, etc. va a dejar de suscribirse por cinco pesetas? Y esto sin verlo no es posible creerlo, ni hasta por los más versados en cuestiones periodísticas. Ahí de la propaganda con los números de muestra.

La segunda parte de la carta tiende a demostrar que el Dr. Verdes Montenegro no ha afirmado jamás los buenos efectos del Histógeno en la tuberculosis.

Ante todo creemos que el llamado a hacer tales aclaraciones no es el señor S. Figueroa, sino el aludido Dr. Verdes Montenegro; pero, sin embargo, diremos al primero que no se fije en el pie de la letra y se detenga más en el concepto, ya que lee a la ligera. Veamos.

El Dr. Verdes alaba al *histogenol* (arrenal y ácido nucleínico), y hace referencia al preparado en España por el farmacéutico Sr. Llopis, que de todos es sabido se llama Histógeno.

Luego donde dice *histogenol* se lee *histógeno*.

No nos encerremos en el recinto reducido de la letra. Veamos el espíritu de ella; el concepto que entraña.

Los mismos *Progresos* no copiaron exactamente tampoco la noticia de *El Liberal de Jaén*.

Decir que MURCIA MÉDICA *parece ser* arma de combate contra «Santa Cándida» a asegurar que MURCIA MÉDICA *lo es*, va la distancia de una sospecha a una afirmación.

.....y por eso salimos a defendernos.

Quien se considere obligado, que aclare conceptos.

Y si hay alguien libre de pecado, que lance la primera piedra.

LOS DIRECTORES DE MURCIA MÉDICA

Opiniones ajenas

Colegio de Médicos de Gerona.—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Apreciados compañeros: Contestando a la atenta invitación de ustedes para que expre-

semos nuestra opinión en lo de «La Fundación Santa Cándida», hemos de manifestar que dado el sesgo que ha tomado el asunto se nos figura que ha de considerarse como muerta tal institución que nacida a impulso de un generoso propósito no acertó con los medios de asegurar su funcionamiento.

Lo efímero de su existencia le da derecho a figurar entre el cúmulo de panaceas, que sociólogos de ocasión, nos brindan a diario para mejorar nuestra suerte.

Siempre hemos considerado problemático el éxito de una institución que no cuente con recursos propios; esperar que un tercero, que no comprende ni siente nuestro afán, se preste desinteresadamente a favorecernos, es vivir de ilusiones y estas no sirven para satisfacer apremiantes exigencias de huérfanos y desvalidos.

Por mientras no cambie la mentalidad que informa nuestra práctica profesional, estaremos lejos de alcanzar los beneficios que las nuevas doctrinas económicas aseguran a cuantos las siguen.

Aprovecha la ocasión para ofrecerse de ustedes atento servidor q. b. s. m., El Presidente, *José Pascual*.

* * *

Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Sres. míos y compañeros: Todo médico que, mediante cualquier estímulo conceda preferencia a determinada especialidad farmacéutica, siempre que dicho estímulo no sea exclusivamente científico, comete un acto inmoral y que afecta profundamente a su honor profesional.—Ignoro lo que es la «Fundación Santa Cándida»; si en ella hay algo que haga pensar en lo que antes digo, el público ha de juzgarlo.—Esto es cuanto puedo decirles con relación a la consulta que se han dignado ustedes hacerme.

Siempre suyo affmo. colega, *F. González Aguilar*.

* * *

Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Amigos distinguidos: Ya estaréis enterados del revuelo que a última hora ha tomado la «Fundación Santa Cándida» de la que sale un poco maltrecha.

Me pedís mi opinión respecto a ella, y os diré: que me encanta el proyecto en el fondo, pero no en la forma de hacerlo viable por las mismas razones y los mismos fundamentos expuestos en vuestra revista MURCIA MÉDICA.

Como cirujano uso pocos, o ningún específico, y cuando tengo que valerme de

drogas lo hago formulando los medicamentos a mi antojo y no fórmulas impuestas por tal o cual autor, que será muy cómodo, pero que a mí no me agrada.

Me repito de Vdes. atento amigo y compañero q. b. s. m., *M. Barragán.*

* * *

Señores Directores de MURCIA MÉDICA: En cuanto al asunto de la Fundación Santa Cándida mi opinión particular coincide con la que tan valientemente defienden Vdes. en MURCIA MÉDICA.

Con este motivo se reitera de Vdes. afmo. amigo y compañero q. e. s. m. *Juan Campos Fillol.*

EL PATRONATO DEL COLEGIO DE HUÉRFANOS

En la sesión celebrada en la Real Academia Nacional de Medicina para la constitución de la importante institución benéfica Colegio del Príncipe de Asturias, con arreglo a lo dispuesto en el Real Decreto de fecha 15 de Mayo último, ha quedado aquél constituido y distribuidos sus cargos en la forma siguiente:

Presidente del Patronato, el presidente de la Real Academia de Medicina, Dr. Cortezo; secretario y director del Colegio, Dr. Pando y Valle; tesorero, el decano del Cuerpo médico de la Beneficencia provincial, Dr. Isla; contador, el decano de la Beneficencia municipal, Dr. Herrera; la presidenta de la Junta de Damas de la Protección Médica, Dra. Aleixandre, y las excelentísimas señoras D.^a Ascensión Collantes de Cortezo, y D.^a María de la Concepción Dalhander de Gimeno.

Este Patronato se halla animado de los mayores entusiasmos y ha recibido con la más viva satisfacción, como lo recibirá toda la clase médica española, el rasgo de altruismo y amor hacia los huérfanos de la misma, demostrado por el ilustre doctor Recaséns y por los Dres. Cortezo y Eleizegui, en representación el primero de *El Siglo Médico*, y el segundo de *La España Médica*. Estos tres distinguidos doctores dotarán cada uno, una plaza, abonando la cantidad de 1.000 pesetas anuales, que es la indicada en el Real Decreto para cada huérfano del Colegio del Príncipe de Asturias.



Noticias

En el próximo año de 1918 y en los días 21 al 28 del mes de Abril se celebrará en Madrid, bajo el Patronato de S. M. el Rey D. Alfonso XIII, el primer Congreso Nacional de Medicina.



Han sido nombrados académicos de la Real Nacional de Medicina los prestigiosos doctores Casares, González Hidalgo, Fernández Sanz y López Elizagaray.



Después de brillantes oposiciones ha sido nombrado médico forense de Madrid nuestro particular amigo y colaborador el Dr. Salvador Pascual.

Muy gustosos le enviamos nuestra felicitación que hacemos extensiva a su padre el reputado médico de La Unión D. José Pascual.



En esta Redacción hemos recibido el primer número de la importante publicación *Aragón Médico* con la que dejamos establecido el cambio.

De nuestro catálogo

OBRA NUEVA.—PUBLICACIÓN IMPORTANTE: Diecinueve ediciones en Alemania y numerosas traducciones en todos los idiomas

Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas,
para estudiantes y médicos, por el Dr. Adolfo Strümpell, Profesor y Director de la Clínica Médica de la Universidad de Leipzig; con numerosos grabados intercalados y láminas en negro y colores, traducido directamente de la última edición alemana por el Dr. Pedro Ferreras.

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

Hemos recibido los cuadernos del 16 al 20 de dicha obra.

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

OPINIONES DE VARIOS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA : : : :

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

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

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

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

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

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

* * *

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



Nuestro Concurso

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

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

Publicaciones recibidas

Tratado de Patología Médica (II tomo), por el Dr. D. Eduardo García del Real.—Editores: Hijos de Reus, Cañizares, 3, Madrid.

—*Compendio de Anatomía Topográfica y Operaciones*, por los Doctores A. Martínez Nadal y J. Ferrán Pérez.—Editores: Hijos de Reus, Cañizares, 3, Madrid.

—*La Enfermera* (tomo I), por Antonio Mut.—Editores: Hijos de Reus, Cañizares, 3, Madrid.

—*La Vacunoterapia panantógena en los casos de grave pulmonía*, por el Dr. Alfonso Fernández de Alcalde.

- Recuerdo apologético del Dr. D. Pablo Calvée Roura*. Discurso leído por el socio laureado Dr. Francisco Reig Pastor, en el Instituto Médico Valenciano.
- Lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer con los enfermos del estómago*, por el Dr. Fidel Fernández Martínez.
- Caracteres regionales de la Patología Andaluza*, por el Dr. Fidel Fernández Martínez.
- Nuevo método de tratamiento de la blenorragia*, por el Dr. A. Sánchez del Val.
- Las dos escorias sociales, la negra... y la blanca ante la Psiquiatría*, por F. de P. Xercavins.
- Contribución al estudio de la distribución geográfica de las tiñas. Las tiñas de Barcelona* (Tesis del Doctorado), por el Dr. Ricardo Moragas.
- Uronefrosis calculosa*, por el Dr. Pedro Cifuentes.
- El prostatismo sin próstata hipertrofiada*, por el Dr. Pedro Cifuentes.
- Técnica de la reacción Wassermann cuantitativa*, por el Dr. Luis del Portillo.
- Nuevo suero gonoleucolísico de aplicación local para los tratamientos preventivo y yugulador o abortivo de la blenorragia*, por el Dr. Luis del Portillo.
- Tuberculosis* (texto y atlas), por el Dr. Lozano Monzón.
- Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar*, por el Dr. R. Plá y Armengol. — Editores: Herederos de Juan Gili, Barcelona.

Bibliografía

Tratado de Patología Médica, por Eduardo García del Real, Catedrático de dicha asignatura en la Universidad de Valladolid (volumen 10 de la *Biblioteca Médica de Autores Españoles y Extranjeros*), 1916. Un volumen en 4.º, de 600 páginas, 12 y 12'50 pesetas. Editores: Hijos de Reus, Cañizares, 3 duplicado, Madrid.

Esta obra del ilustre Dr. García del Real, cuyo volumen primero obtuvo considerable éxito, continúa igual marcha acabando de aparecer el volumen 2.º, donde se estudia el tratamiento de la tuberculosis pulmonar y el tratamiento específico de la misma y tratamiento medicamentoso, absceso pulmonar, gangrena pulmonar, neumoniosis, neoplasmas del pulmón, lues pulmonar, actinomicosis pulmonar, quistes hidatídicos del pulmón, otros parásitos pulmonares, neumomicosis, estudiando también en un apéndice las enfermedades infecciosas que pueden dar lugar a sínto-

mas predominantes por parte del aparato pulmonar. Sigue luego el estudio de las enfermedades de la pleura con las distintas clases de pleuresía y todo lo relacionado con tan importante materia.

El autor condensa en esta obra la experiencia de veinticinco años de médico y las explicaciones de siete años de Cátedra y sus estudios en los Laboratorios y Hospitales de Alemania, donde estuvo pensionado, citándose también en el libro opiniones valiosas de los Doctores Gómez Ferrer, González-Alvarez, Martínez Vargas, Saravia, etc., y los transcendentales trabajos del sabio Dr. Ferrán, que hacen del libro un ejemplar muy estimado, que viene a demostrar la importancia grande que adquiere la obra cada día.

Compendios quirúrgicos. TUBERCULOSIS, (texto y atlas), por el Dr. Lozano.

El eminente catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Doctor D. Ricardo Lozano Monzón, ha aumentado su colección de Compendios quirúrgicos publicando éste en el que trata de una manera magistral las tuberculosis quirúrgicas, haciendo mención de todas aquellas que se pueden presentar, y describiéndolas con la claridad que el autor nos tiene acostumbrados.

Los que posean *Artrocaces, Luxaciones y fracturas y Cirugía intratorácica*, del mismo autor, comprenderán que los elogios que puedan dirigírsele a esta obra *Tuberculosis*, por muchos y grandes que fueren resultarían pocos y pequeños, comparándolos con los que en realidad merece su autor.

Estos Compendios quirúrgicos tienen un gran valor, y es que además de hablar-nos el autor de todos los casos que se puedan presentar de estas clases, nos enseñan de una manera real los casos que han sido tratados por él, en un rico atlas con numerosos grabados de los enfermos más variados que se le han presentado en sus clínicas.

Enviamos nuestra entusiasta felicitación a tan distinguido autor, pues obras de este género son las que hacen falta en nuestras bibliotecas.

La Enfermera, por Antonio Mut, Profesor de la Escuela de Santa Isabel de Hungría (volumen 8.º de los *Manuales Reus de Medicina*) 1917, un volumen en 8.º, de 256 páginas, en tela, 4 y 4'50 pesetas.

Esta interesante obra constará de tres partes, de las cuales acaba de publicarse el volumen 1.º, en donde se hace un resumen de los conocimientos más indispensable para la buena asistencia de los enfermos, dedicándose el tomo 1.º recientemente publicado, a las *Nociones de Anatomía y Fisiología*, siendo una obra de vulgari-

zación médica, e interesante para las familias y para aquellas personas que ejercen la noble misión de cuidar de los enfermos.

El volumen 2.º del mismo autor aparecerá en breve.

Compendio de Anatomía Topográfica y Operaciones. por A. Martínez Nadal y J. Ferrán Pérez. Con especiales explicaciones para el ejercicio práctico de las operaciones médicas, por los autores, Ex-internos por oposición de las Beneficencias provincial y general. Prólogo del Dr. D. Leonardo de la Peña, Catedrático de Anatomía de la Universidad Central, y numerosos grabados originales, intercalados en el texto. (Volumen 21.º de la *Biblioteca Médica de Autores Españoles y Extranjeros*) 1917. Un volumen en 4.º, de 403 páginas, 10 y 10'50 pesetas. Editores: Hijos de Reus, Cañizares, 3 duplicado, Madrid.

Es una interesante obra para la preparación y estudio completo de la materia de la Anatomía Topográfica y técnica operatoria, donde se condensa todas las operaciones que suelen figurar en los cuestionarios para oposiciones médicas y en los ejercicios de la licenciatura, dedicando capítulos a las ligaduras de las arterias en la continuidad de los tejidos y a las ligaduras en general en todas sus distintas clases. Otros referentes a las amputaciones y desarticulaciones y a las resecciones, figurando por último en la cuarta parte todas las operaciones especiales con indicación en los casos precisos.

Resulta un libro extraordinariamente práctico, donde se revela el conocimiento profundo de la materia por los autores que han sabido sintetizarlo en forma tal que hacen del libro la obra más clara y compendiada de todas las de su clase.

Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar, por el Dr. R. Plá y Armengol.

Es esta una obra que estaba echándose de menos en las bibliotecas médicas, y especialmente en la sección de Tisiología; su publicación ha venido a llenar un hueco que difícilmente se hubiera podido ocupar con ninguna otra similar.

El Dr. Plá, autor de dicha obra, gran conocedor de la rama Tisiología, nos describe admirablemente todos los medios conocidos hasta el día para poder diagnosticar la tuberculosis pulmonar, en sus comienzos, y ya podrá comprenderse con esto la importancia de dicha obra por cuanto, como sabemos, del diagnóstico precoz, depende la total curación de tan terrible enfermedad.

Aconsejamos muy de veras a todos nuestros suscriptores y compañeros, adquieran dicha obra, seguros de que les ha de reportar grandísimas satisfacciones la adquisición y estudio de la misma.

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 Junio, fué el siguiente:

Población calculada 131.535

Nacimientos. { Vivos 244.—Var. 163.—Hem. 81.—Leg. 230.—Ileg. 8.—Exp. 6.
Muertos 0.—Var. 0.—Hem. 0.—Leg. 0.—Ileg. 0.—Exp. 0.

Natalidad por 1000 habitantes, 1'86.—Matrimonios, 67.—Nupcialidad por 1000 habitantes, 0'51.—Mortalidad por 1000 habitantes, 1'58.

Defunciones

Varones, 96.—Hembras, 112.—Menores de cinco años, 81.—De cinco y más años, 127.—En hospitales y casas de salud, 10.—En otros establecimientos benéficos, 14.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 4.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 2.—Viruela, 0.—Sarampión, 4.—Escarlatina, 0.—Coqueluche, 7.—Difteria y crup, 0.—Gripe, 1.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 0.—Tuberculosis de los pulmones, 12.—Tuberculosis de las meninges, 0.—Otras tuberculosis, 2.—Cáncer y otros tumores malignos, 7.—Meningitis simple, 8.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 10.—Enfermedades orgánicas del corazón, 16.—Bronquitis aguda, 6.—Bronquitis crónica, 6.—Neumonía, 5.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 3.—Afecciones del estómago (menos cáncer), 1.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 23.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 5.—Cirrosis del hígado, 1.—Nefritis aguda y mal de Bright, 2.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 0.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 2.—Otros accidentes puerperales, 0.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 8.—Senilidad, 11.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 0.—Suicidios, 1.—Otras enfermedades, 58.—Enfermedades desconocidas • mal definidas, 3.—Total de defunciones, 208.

Correspondencia administrativa

con nuestros suscriptores :: :: ::

- D. Luis Gil Vicario, Palmar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Raimundo Pérez, La Unión.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Máximo Conesa, La Unión.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. José Pascual, La Unión.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Francisco García, La Unión.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Francisco García, Pacheco.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. José M.^a Gómez Meseguer, Aljezares.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Mariano Espinosa Almela, Palmar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Francisco Camacho Cánovas, Totana.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Ignacio Gómez, Puerto de Mazarrón.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- Dres. García Roger y Escolano, Orihuela.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Bartolomé Flores, Mojácar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Ginés Carrillo, Mojácar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Felipe Crespo, Córdoba.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Pedro Gal, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Florencio Díez, Pozo Estrecho.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.

(Continuará)



Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1888



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

Vacunas directas en dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales

DIRECTOR:

Dr. Martínez Ladrón de Guevara

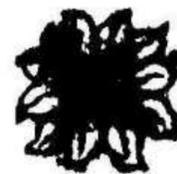
CALLE DE ZOCO

MURCIA

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



Laboratorio Guillamón



Reacciones
de Wassermann,
Widal, etc.



Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

MURCIA