

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *De nuestros apuntes acerca de los heredo-sifilíticos*, por el Dr. Emilio Sánchez.—*Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas de la tuberculosis renal y vesical* (conclusión), por el Dr. Manuel Barragán Bonet.—PRENSA PROFESIONAL: *Operación cesárea por hidrocefalia*, por el Dr. José Muñoz.—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 (conclusión).—SECCIÓN VARIA: *El Colegio de Huérfanos de Médicos y sus detractores*.—*Nuestro Concurso*.—*Cómo hacemos MURCIA MÉDICA*.—*Fundación Santa Cándida*.—*I Congreso Nacional de Medicina*.

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



FAMILIA
CASTELLANA
DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



FARMACIA

— Y —

Dr. Roguería

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



90 9
NUESTROS COLABORADORES

Dr. Emilio Sánchez

Medico, por oposi-
cion, del Cuerpo de
Prisiones : : : : :

MURCIA MÉDICA

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

Organo oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Año III .. Agosto 1917 .. Núm. 29

TRABAJOS ORIGINALES

De nuestros apuntes acerca de los heredo-sifilíticos

POR EL

Dr. Emilio Sánchez García

Médico, por oposición, del Cuerpo de Prisiones y de la Casa Expósitos y Huérfanos de Murcia

DESDE que estamos al frente del servicio médico de la Casa de Expósitos y Huérfanos de esta capital, dos procesos vienen sosteniendo nuestra atención y que acometen en proporción aterradora a los niños en su primera infancia: los trastornos gastro-intestinales y las manifestaciones heredo-sifilíticas.

Con el propósito de evitar en lo posible la imponente tragedia que cercena cruelmente esos capullos carnales en que se funde y cristaliza la más noble esencia de la vida y se perpetua la especie, con el fin de combatir prejuicios atávicos y amnorrar la enorme pérdida económica que en la esfera pública y privada representa la aterradora cifra de mortalidad infantil, pensamos, que urgía realizar una labor mancomunada de insinuación pedagógica y cirugía social; y a este fin dedicamos un modesto trabajo a las madres, ocupándonos de la «alimentación en la primera infancia», como medio de prevenir los trastornos gastro-intestinales tan frecuentemente observados.

Al ser requeridos por los ilustrados y laboriosos Directores de MURCIA MÉDICA, revista que honra por igual a sus fundadores y a su patria chica, pensamos dedicar breves líneas a ocuparnos del otro proceso que según nuestras observaciones, contribuye a malograr esa legión de ángeles venidos al mundo, socabados por la artera invasión de una enfermedad fortuita que bien pronto los mustia y arranca de la cuna.

Decíamos en el trabajo que aludimos, que en cada niño yace incubada una parte alícuota del mañana y que para realizar la obra trascendente de su defensa, se requería el concurso de tres fuerzas específicas y conscientes, una científica e inicial, representada por la falange médica; otra práctica y convergente, la de la masa social; por último, la estimulante y rectora del Estado. No siendo así, la más discreta iniciativa fracasaría seguramente ante la formidable resistencia que a toda tendencia evolutiva opone el estado social, cuya expresión culminante, contrayéndonos al extremo que hoy nos ocupa, la hallaríamos en la falta de preparación ética de la generación actual.

Consecuencia del estado moral en que la sociedad actual se desenvuelve y agita, consideramos nosotros esa cifra aterradora de niños que vienen al mundo con el estigma de una tara constitucional y en condiciones de indefensión orgánica o corroídos ya desde el claustro materno por el virus sifilítico.

Al compás de la civilización ha ido propagándose la sífilis, cuyo carácter de cosmopolitismo y universalidad, la ha hecho dar la vuelta al mundo, atacando de igual modo al negro africano que al groelandés vecino de las tierras polares, sin que exista condición étnica capaz de detenerla, ni clima geográfico que confiera la inmunidad: que no respeta sexos, aún cuando algunos creen que el hombre es objeto de sus preferencias y que no singulariza tampoco edades, acecha al niño en el claustro maternal, lo persigue después durante todos los períodos de su vida y no le abandona aún en la extrema decrepitud.

Es una enfermedad constitucional, virulenta, de marcha esencialmente crónica, de duración indeterminada, de una contagiosidad prodigiosa; que produce en el organismo una serie de modificaciones tan múltiples y tan variadas, que parece un verdadero proteo, no habiendo órgano ni tejido que a su influencia escape, ni orden determinado en sus múltiples manifestaciones: y por último, transmisible por herencia.

Azote de la humanidad de los antiguos: peste social de Fournier, es uno de los mayores enemigos del hombre, pues le ataca no solamente haciendo su vida miserable, sino también en lo más augusto y fundamental *en la vida de la especie*. Importa por tanto a hombres de ciencia y a hombres de gobierno por igual, estudiar, proponer y aplicar medidas que atajen el mal o aminoren sus consecuencias.

* * *

Trátase de una infección germinativa o de una infección intrauterina, es lo cierto, que los hechos observados podemos agruparlos en dos grandes categorías: I. La transmisión hereditaria del contagio, determina en los descendientes una verdadera infección virulenta; es decir, los heredo-sifilíticos en el sentido más estricto y sustan-

tivo de la palabra: y II, la transmisión hereditaria, sólo de ciertas alteraciones constitucionales, a semejanza de lo que acontece con los descendientes de los artríticos, alcohólicos, tuberculosos, etc.

En la primera categoría, se incluyen las manifestaciones sifilíticas intrauterinas, con sus tres subdivisiones, del embrión, del feto, y del recién nacido; y otra que se presenta después del parto, bien de un modo precoz, esto es, durante la primera infancia, o bien tardíamente, quizás hacia la época de la pubertad.

En la segunda jerarquía, parece, como que no hay transmisión directa a la descendencia de las alteraciones producidas por los gérmenes infecciosos, sino más bien procesos distróficos, caracterizados, no ya por afecciones sifilíticas verdaderas, sino por detenciones del desarrollo llamadas por Fournier *parasifilíticas*.

Pertenezcan a una o a otra categoría y sin discutir lo referente al agente etiológico, puesto hoy fuera de duda por Schaudinn y Haffmann; prescindiendo también del origen, paternal, materno o mixto de la transmisión, circunstancia para nosotros de imposible comprobación en el punto en que estamos colocados, hemos de contraernos solamente a la sífilis durante el período de la lactancia, campo preferente de nuestras observaciones, ya que no entra en nuestro propósito aludir a nuestra práctica particular y privada.

Los pocos casos que se nos ofrecieron, de alteraciones que procedentes del período fetal se continuaron durante la vida extrauterina, además de escasos, la infección se manifestó de un modo tan brutal, que todos sucumbieron en la primera semana de la vida.

Porque hay que tener en cuenta que los niños llegan a nosotros por la ventana de la caridad, donde los recoge el amor de una Hermana hija de ella y los sostiene la piedad de una Junta, cumplidora de la voluntad de aquel gran patricio que se llamó Cardenal Belluga, y forzosamente hemos de renunciar a preguntarles por el *ayer*, la mayor parte de las veces oculto entre las silentes amarguras que produce el deshonor o en el vaho nauseabundo de la orgía o bacanal compañera del vicio.

De un modo o de otro el *hoy* de estos abandonados seres, si socialmente es lisonjero, orgánicamente es para la mayor parte de los que ingresan, triste y desconsolador por la tara que les acompaña. Porque hay que decirlo, la proporción de los que ingresan en nuestra Inclusa con heredo-sífilis es aterradora, elevándose en el último quinquenio a un 80 por 100, y hasta más triste es confesarlo, estar estos ingresos relacionados con la costumbre de celebrar ciertos festejos en nuestra ciudad y huerta, poniendo de relieve la difusión de la prostitución clandestina y por consiguiente la revelación de un estado de indefensión social bien manifiesto.

Los niños venidos aparentemente sanos sufren las primeras manifestaciones de su herencia de la segunda a la cuarta semana, en los casos más precoces, sin crono-

logía entre ellas, fundiéndose a veces las localizaciones de la piel y mucosas con las viscerales, o del sistema óseo o del sistema nervioso; ofreciéndose otras en estrecho maridaje las ulceraciones gomosas con el coriza precursor; o anteponiéndose en otros casos como manifestación inicial las parálisis o pseudoparálisis sin que en ningún caso hayamos visto el chancro como manifestación inicial.

Esto no obstante de acuerdo con las observaciones de los clásicos, en las nuestras se confirma que la aparición más frecuente de la heredo-sífilis se verifica por el coriza nasal y la sífilides de la piel y mucosas.

Así por ejemplo, en un caso de apariencia normal hemos visto a la mitad de la segunda semana aparecer repentinamente un coriza complicado con una neumonía. Se apreciaba una respiración ruidosa, con aleteo exagerado de las ventanas nasales, que ofrecían la particularidad de fluir una serosidad purulenta por la izquierda, mientras que la derecha se hallaba brillante, festoneada, resquebrajándose y sangrando al intentar abrirla; su estado general era de abatimiento, la fiebre se elevaba a 40'5°, la tos era seca y ligera, la matidez y subcrepitación se marcaban en ambas bases pulmonares y roncus sonoro en la parte superior de las vías respiratorias. Sin vacilar pensamos en la coexistencia de fenómenos debidos a la heredo-sífilis e instituímos el tratamiento específico que nosotros empleamos y los cuidados higiénicos de rigor y al cuarto día todo había terminado favorablemente.

También la observación siguiente corresponde a este orden de hechos.

Una niña de quince días repentinamente comienza con una respiración nasolaringea tan ruidosa que se advierte a larga distancia produciendo la alarma de todas las nodrizas: deja de mamar y no es posible hacerla tragar: la aplicación de la sonda nasal determina hemorragia, no obstante, no existe flujo y la exploración de las fosas permite ver ulceraciones profundas que destruyen hasta los cartílagos, perforándose fácilmente el tabique. Se comprobó el aumento del hígado y del bazo, y la piel de un tinte amarillo subictérico coincidía con una orina de color oscuro y deposiciones amarillentas fuertemente biliosas: el estado soporoso alternaba con ataques convulsivos, gritos y algo de opistótonos. Cuadro tan grave nos hizo vacilar; pero ¿a qué agente podían ser debidas tan multiplicadas lesiones como suponían las diversas manifestaciones apreciadas en el mismo?

Nos decidimos al fin a estatuir el tratamiento específico, siendo grande nuestra sorpresa al comprobar al siguiente día la desaparición de las convulsiones, opistótonos y gritos, que la ronquera había disminuído y que la niña comenzaba a tomar alimento. Al final del quinto día, la ronquera y los infartos habían disminuído considerablemente de volumen rebasando apenas el hígado del borde costal y lentamente fué cediendo la ictericia y a los cuarenta días de este episodio la niña pudo salir a ser lactada fuera de la casa. A pesar de ello continuamos nuestro tratamiento.

Si a relatar fuéramos el polimorfismo de las sífilides observadas en nuestra casa, ciertamente que tendríamos que rebasar los límites de un artículo de revista. El pénfigo en diversos grados, con generalizaciones vesiculosas que forman al romperse costras oscuras de más o menos espesor, que dan al niño un aspecto repugnante, han llegado a ocupar casi por completo nuestra sala. Pero si bien hemos tenido muchas pérdidas por esta afección considerada como mortal en la generalidad de los casos, podemos lisonjearnos al presente, que con nuestro tratamiento se ha reducido el número de víctimas a menos de la mitad.

Además de esta manifestación cutánea, hemos podido apreciar erupciones eritematosas análogas a las del sarampión o como la roseola, con cambiantes en la coloración que desde el rojo pálido hasta el rojo azulado, distribuidas en forma simétrica y que bien pronto se extienden a todo el cuerpo, entenebreciendo en muchos casos el diagnóstico.

Variedades infinitas, cambiantes multiplicadas, a partir del eritema, nos ofrece a diario la piel del niño; que se infiltra difusamente y se descama en forma de láminas córneas que parecen colgajos; o presenta eflorescencias ezematosas húmedas, o papulosas de aspecto más o menos lenticular y corrosivo hasta llegar a la ulceración. Superficialmente difusas, que cuando ganan las regiones pilosas, acarrea tal intensidad del proceso descamativo, que unido a la secreción sebácea forman masas extensas de conchas resquebrajadas, al modo que en la seborrea; profusas y profundas en otros casos, se concretan en forma de nódulos que se hacen asiento de una degeneración rápida cuyo final es la ulceración gomosa.

Un tipo común en nuestra clínica nos lo ofrece el caso siguiente. Un niño en el primer mes de su vida aparentemente bien constituido, presenta en las plantas de los pies y palma de las manos, extendida hasta las últimas falanges, prominencias del tamaño de una peseta cuyas pápulas se hacen rápidamente confluentes, dando a la piel así engrosada y dura un aspecto enrojecido, liso y brillante. Pronto se extiende a la frente y cara, y más especialmente alrededor de la boca y mentón; en el resto de la cara se aprecia una característica coloración pálido-amarillenta y caquéctica. En toda la extensión invadida, se levanta la epidermis en grandes laminitas, atravesando la superficie grietas, verdaderas *ragades* característica de la sífilides que a veces sangran formándose costras de color oscuro.

En los dedos esta infiltración conduce a un desarrollo defectuoso de las uñas, en cuya matriz se desenvuelven infecciones que determinan supuraciones y úlceras: es la verdadera *paroniquia sífilítica*.

En el ángulo del ojo se forman grietas, sobreviene la inflamación palpebral, se invade la córnea, el cristalino y el iris, y en un caso que todavía se conserva en nuestro departamento, la pérdida de un ojo fué total y completa.

Los ganglios linfáticos sobre todo del cuello y nuca aparecen en forma de tumores duros que se extienden de arriba hacia abajo.

Este síndrome, casi completo se nos presenta con extraordinaria frecuencia, adquiriendo en algunas ocasiones tal intensidad que los niños sucumben.

Nosotros hemos creído ver en ellos una reproducción fidelísima de la sífilides mencionada por Mayr y confirmada por Hochsinger, muy a menudo confundida en la práctica común con otras afecciones de la piel.

En alguna ocasión no es ya en los primeros meses de la vida cuando la sífilis inaugura sus manifestaciones. Un niño de cuatro años, lactado y prohijado por una familia de Molina es presentado con unas excrecencias papilomatosas peri-anales tan pronunciadas que daban el aspecto de una coliflor cuyo diámetro se aproximaba a diez centímetros. El niño era robusto, vivo y equilibrado en su desarrollo. Ingresó en la Casa, se le sometió al tratamiento específico y al cabo de pocos días la desaparición de aquellos condilomas se operó tan completamente, que aún lo recuerdan con júbilo todos los que de ello se apercibieron.

* * *

¿Puede darse la reinfección sífilítica? Nosotros recordamos a este propósito un niño que después de curado de una sífilides papulosa en nuestra clínica, salió para ser lactado en Sangonera. Nueve meses transcurrieron, siguiendo el niño su crecimiento normal hasta que en el próximo Mayo al verificar la inspección mensual que en este como en todos los que dependen de la Casa se verifica, presentaron al niño con un chancro indurado, característico en el labio inferior. Por el pronto todas nuestras tentativas para averiguar el origen de aquella nueva manifestación fracasaron. Pero como el deseo de la familia por recuperar al niño fuese intenso, se ha llegado a poner en claro, el motivo de esta reinfección, quedando para nosotros puesto fuera de duda que aún en la primera infancia el chancro puede presentarse como manifestación de sífilis adquirida en niños heredo-sifilíticos. (1)

Si hubiésemos de apuntar los casos de manifestaciones óseas y de parálisis observados por nosotros y debidos a esta infección, la lista rebasaría los límites a que queremos ajustarnos; pero al presente basta al fin de nuestro interés clínico, con lo expuesto.

Una nota antes de pasar a ocuparnos de nuestro tratamiento. El diagnóstico: nos servimos para su comprobación de la reacción de fijación del complemento de Wassermann.

* * *

(1) Circunstancias de orden doméstico nos vedan aclarar más; pero a disposición de los profesores tenemos toda clase de antecedentes.

La presunción de haber resuelto el problema harto difícil del tratamiento de los heredo-sifilíticos, sobre todo cuando se trata de niños en los primeros meses y aún primeras semanas de su vida, sería asaz, ridícula e inoportuna. No hemos soñado jamás en la pretensión de llegar a ser preceptistas, pero sí hemos de confesar que durante un lapso de tiempo largo, y fecundo en fracasos, ensayamos todas las formas indicadas por los clásicos de administración del mercurio y todos los métodos y procedimientos que pudimos conocer.

Por fortuna Ehrlich puso en nuestras manos el gran remedio específico de la sífilis. Por todas sus ventajas, que no ha menester repetir, llegamos a emplearle en nueve casos, siguiendo la práctica más escrupulosa recomendada para ello; pero de los nueve ensayos perdimos siete niños con ulceraciones profundas, sépticas, haciéndonos renunciar al empleo del Salvarsán.

Entonces y en vista de los resultados obtenidos en nuestra práctica privada con el Enesol, sustituimos por él el empleo del Salvarsán, siguiendo en todo las prácticas de atenuación recomendadas para el uso de éste, sin otra modificación que la aconsejada por la experiencia en los casos de rebeldía, que consiste en hacer las inyecciones progresivamente crecientes.

No hemos observado hasta ahora fracasos ni ciertamente tenemos motivo de arrepentimiento. La inyección es hipodérmica, es perfectamente tolerada y más ventajosa que la intravenosa del Salvarsán que aún verificada en las venas del cuero cabelludo, no deja de ofrecer sus inconvenientes. Recordamos a este propósito, un caso en que la manipulación se hizo algo laboriosa, y sobrevino luego una erisipela que vino a aumentar el peligro de nuestro pequeño enfermo.

* * *

Siquiera a los que ingresan a nuestra Casa Expósito no se les pueda preguntar por el ayer, al ofrecernos la tara patológica con que vinieron a la vida; es lo cierto, que el excesivo número de heredo-sifilíticos, revela una propagación de la sífilis que no puede ni debe pasar desapercibida y acusa la importancia social de la prostitución, sobre todo clandestina, o si se quiere del amor libre. Porque la incontinencia genital es una agresión a la vida de nuestros semejantes contra la que todos debemos protestar.

No se trata de apreciar aquí si constituye un insulto a la moralidad pública, ni si la castidad es una dama de compañía o un ángel custodio de la dignidad o del pudor de los sexos; se trata de algo más grave y hondo, corruptor y mortífero para la salud y la vida de todos, de los honestos y de los libertinos, de los que buscan y de los que encuentran sin buscarlo enfermedades tan virulentas como la espirilo-

sis; se trata del ultraje inferido por fiera tan traidora a seres inocentes como el niño que mama y cuya indefensión pone de manifiesto la cifra de mortalidad tan excesiva que acarrea. Y me apresuro a decir, que si esta influencia hereditaria no pudiera ser contrabalanceada, disminuída y hasta aniquilada por el tratamiento, estas consecuencias serían sencillamente espantables.

La sífilis mata a los niños en los primeros meses de la concepción—*aborto sífilítico*—; los mata en los últimos meses de la gestación—*parto prematuro*—; los mata a su nacimiento—*heredo-sifilíticos*—; los mata también en las primeras semanas de su existencia, cuando aún no han llegado casi a ver la luz del día, y otras veces los deja vivir cierto tiempo para matarlos al fin agostados por una lesión que lentamente los corroe y les hace atravesar una existencia miserable.

En otro orden de peligros hemos de señalar los *estigm as o taras* hereditarias, que no son sífilíticas propiamente hablando, pero que revisten los caracteres de manifestaciones distróficas. «Consiste casi siempre, cualquiera que sean las formas, en flojezas nativas del desarrollo, terminadas en imperfecciones, incorrecciones orgánicas, formaciones defectuosas, desviaciones del tipo, etc., hasta llegar en su grado más elevado a las *monstruosidades* verdaderas.

»De esas taras vienen al individuo, la disminución en su energía y resistencia vital; de aquí una *inferioridad*, en grados naturalmente muy sensibles, con relación a los individuos bien conformados y mejor armados para el *struggle for life*. De eso, en definitiva, emana una preparación gradual y descendente o variada hacia la degeneración.» (Dr. E. Fournier).

El degenerado, es un ser inferior. ¿No es un degenerado, por ejemplo, el miserable y pequeño heredo-sifilítico, feto abortivo sin fuerzas ni aptitud para la vida; el raquíctico disforme grotesco, de cabeza abollada y aspecto enfermizo? ¿no son degenerados también los débiles de inteligencia, que engendra la heredo-sífilis, y que según la variedad o grado de su decadencia psíquica, constituyen esa inmensa falange de retardados, anormales, simples, desequilibrados, imbéciles e idiotas; los que por la herencia espirilar, nacen o se transforman en hidrocéfalos, histéricos, neurasténicos, epilépticos, sordomudos, etc.?

Sí; la influencia heredo-sifilítica es ciertamente positiva, y contribuye en ocasiones a producir sujetos que viven sin vivir, en estado de decadencia y de inferioridad manifiesta.

Y si después de lo apuntado nos preguntamos, ¿cuál será la descendencia de estos sujetos?... ¿Vendrá la herencia distrófica de primera o de segunda generación?...

Contra esta plaga que con el alcoholismo y la tuberculosis, constituye lo que se llama *triadas de las pestes contemporáneas*, tienen en primer lugar los médicos,

como personas de confianza de los enfermos, el deber de influir y exponer con claridad el peligro que supone esta enfermedad para las esposas y las familias la celebración de matrimonios sin las suficientes garantías.

En segundo lugar la sociedad en que vivimos, viene obligada a defenderse contra ella; y si ahora hay organizadas en nuestros días, dos cruzadas que serán un honor para nuestro siglo contra la tuberculosis y el alcoholismo, ¿no será justo en verdad, una liga del mismo orden para combatir la sífilis por todos los medios de que la sociedad disponga?

Existe una institución oficial, «El Patronato contra la trata de blancas» que si fundamentalmente es laudable, hemos de confesar que en la práctica no responde a los fines con que se instituyó. Y nosotros desde la esfera modesta en que escribimos, con todo respeto, pero con todo requerimiento y fortaleza, hemos de permitirnos dirigir a las señoras que forman esa liga y decirles: *que es urgente evitar los estragos de la avariosis o avería como ahora se llama*, pues amenaza no solamente a los que a ella se exponen, sino a un número considerable, infinito de los que no se exponen; que es urgente enseñar a los ignorantes y timoratos; despertar a los entretenidos y distraídos por la garantía de los moralistas; y que es de interés general y cristiano buscar la manera de proteger y defender a los que por sí mismo no pueden defenderse.

Y por último, el Estado como director consciente de la salud y de la vida pública ha de ayudar para sanear los centros de corrupción y los focos de contagio.

Así lo exige el interés sagrado de esa infancia desvalida, libre de medios protectores para la lucha por la vida y que reclama de la ajena fortaleza un cable seguro y fuerte que pueda trasfundirle la energía necesaria a su organismo, para metamorfosearse y convertirse de débil crisálida en delicada mariposa.



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

(CONCLUSIÓN)

Se deduce de lo expuesto, que para conocer el valor de la función uréica del riñón, es preciso comparar durante un mismo período la urea que contiene el riñón—urea de la sangre—con la urea que sale—urea de la orina.—Entre la urea que entra y la que sale, está interpuesto el riñón, y resultará que la fracción $\frac{\text{urea de la sangre}}{\text{urea del riñón}}$ indicará también las variaciones del funcionamiento renal uréico.

Ambard ha comprobado que existe una relación constante entre la cantidad de urea circulante en la sangre (U_r), la concentración de ésta en la orina (C) y la cantidad de urea eliminada por el riñón en un tiempo dado—veinticuatro horas por ejemplo—(D), débito uréico, de tal suerte, que ha llegado a formular las leyes siguientes:

1.ª ley.—Cuando el riñón segrega la urea a concentración urinaria constante, la cantidad de urea eliminada varía en razón directa del cuadrado de su concentración en la sangre, ley expresada por Ambard en la siguiente fórmula:

$$D : D_a : : U_r^2 : U_{r_a}^2$$

extrayendo la raíz cuadrada, tendremos:

$$\sqrt{D} : \sqrt{D_a} :: Ur : Ur_a, \text{ de donde } \frac{Ur}{\sqrt{D}} = \frac{Ur_a}{\sqrt{D_a}}$$

2.^a ley.—Cuando la concentración de la urea en la sangre (C) es constante, la cantidad de urea eliminada varía en razón inversa a la raíz cuadrada de su concentración en la orina $D : D_a :: \sqrt{C} : \sqrt{C_a}$.

Como el producto de los extremos es igual al producto de los medios, tendremos $D \times \sqrt{C} = D_a \times \sqrt{C_a}$, de donde $D_a = D \times \frac{\sqrt{C}}{\sqrt{C_a}}$

3.^a ley.—Si las concentraciones uréicas de la sangre y de la orina son variables, la cantidad de urea eliminada por el riñón, varía en proporción directa al cuadrado de su concentración en la sangre, y en proporción inversa a la raíz cuadrada de su concentración en la orina.

$$\frac{D \sqrt{C}}{D_a \sqrt{C_a}} = \frac{Ur^2}{Ur_a^2} \text{ o sea } \frac{\sqrt{D \sqrt{C}}}{\sqrt{D_a \sqrt{C_a}}} = \frac{Ur}{Ur_a}$$

de donde

$$\frac{Ur}{\sqrt{D \sqrt{C}}} = \frac{Ur_a}{\sqrt{D_a \sqrt{C_a}}}$$

Como esta ley es el corolario de las dos primeras, pueden deducirse una general, o ley fisiológica de la secreción renal uréica. La secreción renal de la urea, en un individuo cualquiera y en todos los momentos de su vida es proporcional al cuadrado de la concentración uréica de la sangre e inversamente proporcional a la raíz cuadrada de la concentración uréica de la orina; la que permitirá expresar este acto

fisiológico por la fórmula algebraica sencilla de $\frac{Ur}{\sqrt{D \sqrt{C}}} = K$.

El símbolo K, que sustituye a esta relación, es la expresión de la constante uréica, fórmula que, después de hacer las debidas correcciones derivadas del peso del sujeto (P) y de la concentración $\frac{C}{25}$ puede reducirse para su aplicación, en todos los casos, a la siguiente, tomando como tipo 70 kilogramos y 25 de concentración, cifra alrededor de la cual oscila la concentración urinaria normal:

$$\frac{Ur}{\sqrt{D \times \frac{70}{P} \times \sqrt{\frac{C}{25}}}} = K$$

La constante K, en sujetos normales, oscila entre 0'60 a 0'80, y, a medida que ella aumenta, sube también la insuficiencia azoada, para llegar en los casos muy graves a 1'50.

Para determinar la constante, es preciso investigar los datos siguientes: concentración uréica de la sangre (Ur); concentración uréica de la orina (C); cantidad de urea eliminada por la orina en veinticuatro horas (V); débito; tiempo invertido en la obtención de la orina y de la sangre y el peso del sujeto.

Ur.—El valor de este factor se obtiene del modo siguiente: se vacía la vejiga completamente con sonda, por si el enfermo es retencionista, anotando la hora; inmediatamente después, se extraen 40 o 50 cent. cúb. de sangre de la vena mediana o mediante la aplicación de ventosas escarificadas en la espalda, y se dosifica la urea por 1.000 de suero. Para encontrar el valor C, de treinta a cuarenta minutos después, se evacua de nuevo la vejiga, anotando también la hora y la cantidad, y dosificando también la urea por 1.000.

Conocido el valor de los factores: Ur, urea por 1.000 de la sangre; C, urea por 1.000 en la orina y el peso del enfermo, se calcula el débito, D, multiplicando el volumen de orina de las veinticuatro horas por el valor de C. Obtenidos estos datos, se sustituyen en la fórmula, haciendo los cálculos aritméticos necesarios para obtener el valor de K.

Un ejemplo del mes de Junio último: enfermo de setenta años, calculoso vesical y prostático retencionista por añadidura, al cual ví por primera vez con un ataque de uremia, que cedió al séptimo día con la desinfección vesical y tratamiento general adecuado.

A este enfermo le propuse la intervención de la talla hipogástrica para la extracción del cálculo y combatir la infección vesical directamente; pero antes había que investigar la azotemia y constante uréica porque del análisis químico, microscópico y bacteriológico, no se deducía nada en contra de la intervención.

Los datos obtenidos por la investigación de la constante, fueron los siguientes:

Orina por cateterismo en 45 m. ³ . . .	57	cent. cúb.
Urea en la orina por 1.000.	20'46	—
Urea en la sangre por 1.000.	0'65	—
Débito $\frac{1440 \times 57}{45} \times 20'46 =$	37'95	—

Sustituyendo, tendremos:

$$\sqrt{37'95 \times \sqrt{\frac{20'46}{25}}} = 11.$$

Como los sujetos de funcionamiento uréico normal deben presentar una constante de 0'60 a 0'80, en este caso se aplazó la intervención hasta nueva investigación. Esta no se hizo porque el enfermo mejoró y al mejorar no quiso que le molestasen más con sacarle sangre, y mucho menos que se le operara, cosa que ocurre con inusitada frecuencia en los enfermos del aparato urinario; se resisten hasta que no pueden más, no bastando para convencerlos el que se les diga que la mejoría es transitoria y que más tarde se harán las cosas en peores condiciones.

El método de Ambard tiene una gran importancia, no sólo en cirugía urinaria, sino también en cirugía general, reemplazando unas veces y reforzando otras la clásica investigación de la albúmina antes de nuestras intervenciones, cuyo dato es de muy poca importancia para conocer la alteración del riñón; pero donde su valor alcanza al máximun es en cirugía renal, porque antes de intervenir tenemos necesidad de conocer los más pequeños defectos de la función uréica, los cuales sólo la constante es, en mi concepto capaz de indicarlos de una manera perfecta y positiva. Ya hemos dicho que en los sujetos de funcionamiento uréico normal y alimentación corriente una cantidad de urea en la sangre superior a 0'60, supone acumulación e impermeabilidad renal, y una constante superior a 0'80, indica no solamente que hay lesión renal sino también que el riñón opuesto no presenta una hipertrofia compensadora suficiente para asegurar una función uréica normal, bien porque no hubo tiempo suficiente para hacerse esta hiperplasia, o bien por incapacidad de verificarse por estar también enfermo.

Cuando se eleva la constante es una prueba de que las alteraciones del riñón opuesto aumentan, y sería una imprudencia hacer la nefrectomía con una constante superior a 1'25.

Medio excelente es este para decidirnos o no a practicar la nefrectomía; pero, entiéndase bien que de ningún modo puede reemplazar al cateterismo ureteral, salvo los casos de vejiga inexplorable y con lesión renal unilateral clínicamente demostrada, en los que puede extirparse el riñón basándose en una buena constante como ya hemos dicho.

* * *

F) Hecho el diagnóstico de la tuberculosis renal, de su unilateralidad o bilateralidad, de la suficiencia funcional del riñón sano y de la disminución de valor funcional en el enfermo, tenemos datos suficientes para sentar la indicación.

Si la tuberculosis es unilateral y de la forma úlcero-caseosa, todos estamos conformes en que es preciso extirpar el riñón.

¿Qué medios tenemos para hacer el diagnóstico en este período que puede

llamarse quirúrgico? Dos son los más importantes y fundamentales, la abundancia o la constancia a la piuria suministrada por el riñón enfermo y la disminución de su valor funcional. Los demás síntomas, aumento de volumen del riñón, del uréter, etc., son de segundo orden. En algunos casos excepcionales no es necesario que la piuria sea abundante, basta con que tenga bacilo y sea tuberculizante, sin despreciar su constancia, que tiene una gran significación clínica y sobre todo si se hace mayor al cabo de cierto tiempo. (1)

Personalmente he podido observar en casi todos mis enfermos que la piuria de los tuberculosos renales tiene un período estacionario que varía de seis a diez meses para aumentar después. Estas piurias no se parecen a las no bacilares; en estas el sedimento obtenido es más blanco, menos sucio y contrastan claramente con las distintas capas que se aprecian en las orinas de los tuberculosos después de sedimentadas.

Hecho el diagnóstico, establecida la indicación operatoria—nefrectomía—después de comprobar la tuberculosis unilateral úlcero-caseosa y la insuficiencia renal, las lesiones vesicales con sus síntomas de hiperexcitabilidad no contraindica la operación; la mayoría de los enfermos mejoran notablemente de los síntomas vesicales, y si en algunos no sucede esto, puede pensarse en la invasión del otro riñón, antes de intervenir. Claro, que me refiero a los síntomas vesicales como reflejo de tuberculosis renal, no a los producidos por tuberculosis vesical secundaria a la genital.

Tampoco es contraindicación operatoria las lesiones genitales no fímicas, así como la albuminuria con o sin cilindruria de riñón opuesto, porque al extirpar el riñón enfermo se le descarga al sano del exceso de función al eliminar las toxinas del enfermo y le permitirá reponer más fácilmente las lesiones producidas por éstas.

Cuando la tuberculosis no es todavía úlcero-caseosa ¿qué debemos hacer?

Cuando las lesiones úlcero-caseosas no están claramente demostradas y los síntomas de ellas son muy atenuados debemos esperar pero sin perder de vista al enfermo, y en este tiempo de observación sucederá—como ya hemos indicado—que el

(1) En el año anterior traté a una enferma en estas condiciones. La tuve en observación tres meses, había hecho diagnóstico de tuberculosis renal, me faltaba sólo comprobar la unilateralidad y para ello había que hacer la vejiga tolerante para la cistoscopia, porque no lo era. Algo se consiguió con el aceite guayacolado y gome-nolado, y como tenía que ausentarme, la enferma optó por marcharse a su pueblo durante mi ausencia. Precisamente la noche antes de emprender mi viaje me avisaron del pueblo (el médico y la familia), que se había puesto muy mala; no podía dejar mi viaje y tuvo que encargarse de ella un experto compañero el cual la practicó la nefrectomía de un riñón completamente reblandecido y lleno de cavidades sin restos servibles. Esta enferma tenía muy poca piuria, y sin embargo la indicación operatoria no pudo ser más acertada.

enfermo curará de las lesiones más o menos limitadas del riñón, o se acentuarán o presentará alguno de los síntomas—piuria, hematurias tenaces, disminución al valor funcional, etc.—reveladores de que la lesión marcha hacia la forma úlcero-caseosa, no debiendo perder el tiempo lastimosamente. Una nefrectomía precoz curará casi siempre al enfermo y preservará siempre el otro riñón.

La operación de elección en la tuberculosis renal unilateral es la *nefrectomía*, con o sin la extirpación del uréter.

La *nefrotomía* es intervención de necesidad, y sus resultados interiores a la nefrectomía, 16 a 18 por 100 de mortalidad, sin embargo es una operación que tiene sus indicaciones precisas, como las tiene también la nefrectomía, y no debe abandonarse.

La *nefrotomía* debe hacerse en los casos de lesiones bilaterales, en los de retención purulenta febril y dolorosa, en aquellos en que por intolerancia vesical es imposible ejecutar las maniobras necesarias para apreciar con exactitud el valor funcional del riñón opuesto y en las pionefrosis con estado general grave en que hay necesidad urgente de evacuar el riñón para disminuir la fiebre de supuración e infección con el fin de obtener la retracción de la bolsa purulenta y colocar al enfermo en condiciones, si es posible, de una nefrectomía secundaria.

Observación X.—Enfermo de 40 años, minero de profesión. Gozó de buena salud durante sus primeros años, tuvo después paludismo, que le duró dos años; se repuso completamente de la anemia palúdica propia de estos casos, y no le quedó reliquia alguna de esta larga infección. Siguió gozando de buena salud durante doce años después, sin perder un día de su rudo trabajo. Sin antecedentes hereditarios averiguables, tiene dos hijos bien desarrollados.

Hace próximamente dos años sin ninguna causa aparente, tuvo dos hematurias abundantes que no se reprodujeron. Empezó a adelgazar y a experimentar dolores en los lomos con más intensidad en el lado izquierdo—algunas veces en forma de crisis.—Cuando se nos presentó en Noviembre de 1913 parecía un espectro, sus orinas eran turbias, pobres en fosfatos con albúmina, numerosos leucocitos y algunas hemafes—bacilos de Koch. El riñón izquierdo aumentado de volumen muy tangible su polo inferior y doloroso. Por el momento no hicimos más; teniendo en cuenta su estado, le aconsejamos alimentación apropiada los tónicos a base de fosfatos, y arsénico en unión de la urotropina. Mejoró el enfermo considerablemente del estado general, pero las orinas continuaban turbias. En esta situación tuvo una infección gripal de localización pulmonar que nos obligó a aplazar el cateterismo ureteral. Comenzó a sufrir considerablemente del riñón izquierdo, las micciones se hicieron más frecuentes y dolorosas las orinas purulentas y fétidas, no toleraba ninguna alimentación, temperatura 38, a 39—5; edema en los tubillos y en este estado tan

lastimoso, no consideramos perder más tiempo sin intervenir para librar al enfermo de un fracaso seguro.

Mas para llenar la indicación nefrectomía nos faltaba comprobar el valor funcional del riñón derecho y la integridad del mismo; hecho que no podíamos averiguar por la intolerancia vesical y falta de tiempo para preparar a esta. Le operamos con el plan concebido de hacerle una nefrotomía la cual practicamos evacuando unos 400 gramos de pus.

La consecuencia de esta operación tuvo una mejoría sensible. El riñón al vaciarlo se hizo más móvil; el drenaje lo retiramos a los dos meses pero quedó una fístula con manantial inagotable como sucede siempre en estos casos. En este estado nos fué fácil comprobar la suficiencia del riñón derecho y la unilateralidad de la lesión por el cateterismo ureteral que dió el resultado siguiente en 20 minutos:

Riñón derecho			Riñón izquierdo		
28	—	c c	5	—	c c
16	—	urea	2-18	—	
7'80	—	cloruro	5-35	—	
00	—	albúmina	0-80	—	
No existe bacilos de Koch.			Bacilos de Koch.		

Aconsejamos la nefrectomía la cual practicamos del modo siguiente.—Una incisión circular a fondo limitando el orificio fistuloso y colocación de una pinza para el cierre de este. Incisión oblicua todo lo extensa posible hasta llegar al riñón—sin herir el túnel fistuloso. Encontramos al riñón muy grande adherido y difícil de contornear pero fácil de aislar por arriba y difícil de bascular por su gran volumen. Resección de la última costilla, continúa difícil el parto, en las subsiguientes maniobras se rompen dos grandes depósitos de pus que inundan el campo operatorio, de un pus cremoso, verde y fétido. No es posible hacer nefrectomía extra-capsular. Con el dedo rompimos dos pequeños depósitos de pus que aun existían, y quedó reducido el riñón a una bolsa tabicada de volumen muy pequeño, colocación de un campo para aislarle y limpieza del campo operatorio, una pinza de forci-presión cogió el pedículo y extirpamos el riñón sin hemorragia; nueva pinza de refuerzo fijándola por el temor de que friabilidad del pedículo, hiciera imposible la ligadura de este drenaje con gasa yodofórmica, y sutura en dos planos de lo restante.

Las consecuencias de esta segunda operación fueron las que nunca pudimos imaginar: ligera fiebre sin supuración.—La orina fué muy escasa durante las 24 horas siguientes; al 2.º día 700 gramos con 18 de urea, al 8.º día retiramos una pinza

y al 14 la segunda, y el 16 el drenaje. El enfermo quedó completamente curado a los 45 días de esta segunda intervención.

Resulta, pues, que la nefrotomía de necesidad en algunos casos excepcionales, permite obtener una mejoría como tiempo de espera con el fin de poner al enfermo en mejores condiciones para una nefrectomía secundaria.

* * *

G) *Tuberculosis bilateral en el primer período.*—Cuando la tuberculosis renal es bilateral y su primer período, el tratamiento específico, encuentra una de sus indicaciones más evidentes unido al tratamiento médico general. Sólo existen dos indicaciones operatorias, bien definidas en enfermos de esta clase; la nefrotomía de un riñón pionefrósico sea esta abierta o cerrada, y cuando uno de los riñones está poco lesionado y posee suficiente valor funcional, en cuyo caso puede extirparse el otro con ventaja para el enfermo y para el riñón que queda, aumentando la resistencia de éste y la del organismo en general, porque la nefrectomía irá seguida de disminución de los dolores vesicales y del trabajo eliminatorio de los productos tóxicos elaborados por él, ya que de este modo suprimíamos un poco activo bacilar.

* * *

H) *Técnica de la nefrectomía.*—Muy poco hemos de decir sobre la técnica de la nefrectomía para lo cual puede consultarse las distintas obras de terapéutica operatoria y sobre todo la de Albarrán (1).

Vías de absceso:

- | | | |
|-----|----------------------------|--------------------|
| 1.ª | Anterior o trasperitoneal. | |
| 2.ª | Posterior | } Extraperitoneal. |
| 3.ª | Lateral | |

La primera ha sido con justicia abandonada. La segunda o lumbar es la que seguimos en general casi todos.

Técnica.—Antes de abordar el riñón, debemos recordar las relaciones generales de la cara posterior del mismo, o sea la *zona quirúrgica* en donde se practican la mayoría de las *intervenciones renales*. Imaginemos un *cuadrilátero* cuyo lado superior sea una línea transversal tangente a la última costilla; su lado inferior, por otra horizontal a la cresta ilíaca y ligamento fleolumbar; su lado interno, por una vertical que corresponda al borde externo de los músculos espinales, y el externo.

(1) Albarrán.—*Medicine Operatoire de voies urinaires.*—París.—1909.

por otra en la región lateral del abdomen. El área de este cuadrilátero, puede aumentarse sólo a beneficio de su lado superior, resecando las últimas costillas, y de su lado externo haciendo este más anterior. En el área de este triángulo se encuentra, de atrás adelante:

- 1.º Piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis superficial, primer plano.
- 2.º Plano. Dorsal ancho por dentro y oblicuo mayor por fuera.
- 3.º Plano. Aponeurosis del oblicuo menor con su músculo.
- 4.º Plano. Transverso hacia afuera y sus tres hojas aponeuróticas hacia adentro, las cuales limitan dos espacios, uno posterior para los músculos espinales y otro anterior para el cuadrado lumbar. Entre la hoja anterior del transverso o aponeurosis del cuadrado de los lomos y la atmósfera grasosa del riñón, se encuentra en los nervios abdomino-genital mayor y menor, cuya dirección es oblicua hacia abajo y afuera.

La incisión para la nefrectomía, no importa que sea oblicua o curva; cada uno hace lo que más le place: nosotros damos la preferencia a las incisiones oblicuas, porque dan más campo operatorio y hacen más fácil las maniobras de extirpación. Si es curva, comenzaremos en el ángulo supero-interno del cuadrilátero descrito; siguiendo su lado interno, haciendo la curva antes de llegar al ángulo inferior y posterior, para hacerla recta siguiendo el lado inferior. La oblicua está representada por la diagonal, de dentro a afuera y de arriba a abajo de dicho cuadrilátero. Curva u oblicua, después de incidir el primer plano, a beneficio de otra incisión a fondo, que comprende el segundo y tercer plano, llegamos al cuadrado lumbar, músculo que nos servirá de guía para llegar con el dedo al alojamiento renal. En estas maniobras debemos tener cuidado de no seccionar el nervio abdomino-genital mayor y menor, para no vernos sorprendidos en el curso post-operatorio por la anestesia de la zona por ellos inervada.

La sección de estos nervios es imposible con la incisión oblicua, cuya dirección es paralela y por encima de estos ramos nerviosos.

Puesta al descubierto la grasa peri-renal, antes de incidirla y sobre todo al hacer la resección de la misma, hemos de tener cuidado con el peritoneo, pues aunque hoy, felizmente, la herida de esta serosa no reviste gravedad, no hay para qué poner a la gran cavidad intraperitonéica en comunicación con el exterior, porque podría por cualquier circunstancia comprometer el éxito post-operatorio. Recordaremos, además, que el peritoneo, en casos excepcionales, en vez de cubrir sólo la cara anterior del riñón, puede avanzar y envolver el borde convexo y la cara posterior, pudiendo llegar a formar un verdadero *mesonefrón*, de cuya anomalía la literatura médica registra algunos casos. Nosotros no hemos tenido ocasión de observarla entre los operados. En el enfermo de la observación 5.ª, el peritoneo

avanzaba a la cara posterior; pero estaba adherido con la cápsula adiposa al riñón, y tuvimos necesidad de desprender dichas adherencias; pero esto hay que conceptualizarlo como un hecho patológico, no anatómico. Dedúcese de lo expuesto que antes de incidir la cápsula adiposa es preciso rechazar y contener el peritoneo con una valva corta al borde externo de la incisión; abriremos en seguida dicha cápsula previo un pellizco con la pinza en T, acercándonos lo más posible al borde cóncavo del riñón; resecaremos el segmento interno y después el externo sin escape de tijera, pues a pesar de la valva contentiva, el peritoneo puede salir de su prisión obligado por los movimientos inspiratorios. Hecho esto se *suspende la sesión de corte*, se enguanta la mano, se reconoce la periferia renal, se desprenden las adherencias con suavidad y dulzura si las hay, y se saca el riñón de su alojamiento. En este momento corrobórese el diagnóstico. Así las cosas se desliza por debajo del uréter el dedo de la mano izquierda y lo separa seccionándolo con el termo entre dos ligaduras de seda resistentes todo lo más bajo posible. Aislado el pedículo lo ligamos con catgut muy fuerte, o seda al formol. Se secciona este después de colocar una pinza de forcipresión por fuera de la ligadura. Antes de retirar esta pinza nos cercioramos que la ligadura del pedículo sigue apretada, de lo contrario es preciso ligar nuevamente por fuera de la primera. Sutura a dos o tres planos, desagüe y apósito.

Tercera.—Vía lateral.—En Agosto de 1913 ví practicar a Chevassn en el Hospital Necker dos nefrectomías por este procedimiento que lleva su nombre.

Para el autor esta vía es muy superior a la vía lumbar, porque todas las intervenciones que se practiquen en el borde interno del riñón y sobre un pedículo, pueden ser dirigidas con la vista.

Técnica.—Acostado el enfermo sobre el dorso con el muslo del lado sano en flexión, el del lado enfermo, en extensión y levantado el tórax en su parte inferior con un cojinete; se hace una incisión que partiendo del punto donde la línea axilar cruza la base del tórax, termine a un través de dedo por delante de la espina iliaca anterior y superior. Si el músculo oblicuo mayor es difícil de mantenerlo separado con una valva, se incinde algunas de sus fibras transversalmente en la parte superior. El pequeño oblicuo y el transversal se incinden con tijera cuidadosamente, sin escape, sirviendo de guía el dedo para evitar la herida peritoneal. Descubierta el peritoneo se rechaza con la mano y aparece el riñón en la parte superior de la herida; se colocan dos separadores uno delante y otro arriba sobre las costillas. Para despegar el riñón se empieza por la cara anterior, luego la posterior y por último, los polos. El pedículo a la vista, se liga fuertemente con seda. Extraído el riñón se hace la sutura muscular muy cuidadosamente en tres planos; la de la piel con agrafes o como se quiera.

El procedimiento es excelente para evitar los cataclismos ocasionados por una

hemorragia, caso de desprenderse la ligadura. Esto le ocurrió a uno de los enfermos de Chevassn pero el ayudante con rapidez cogió nuevamente el pedículo y fué ligado por segunda vez.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS VESICAL EN SU PRIMER PERÍODO : : :

Tres casos debemos considerar en la tuberculosis de la vejiga bajo el punto de vista de su origen y de su simultaneidad con otras lesiones:

- 1.º Si la tuberculosis vesical es secundaria a la del riñón.
- 2.º Si está asociada a una tuberculosis genital.
- 3.º Si es primitiva sin invasión del riñón y de los órganos que le rodean.

1.º *La tuberculosis vesical es secundaria a la renal.*—La terapéutica se dirigirá directamente al riñón cuando sea unilateral y la reacción vesical se traduzca por un poco de polakiuria y disminución en la capacidad vesical; en una palabra, se practicará la nefrectomía en los comienzos del primer período de la tuberculosis vesical, siempre que las lesiones fímicas de la vejiga reveladas por cistoscopia estén en su comienzo y sólo se manifiesten clínicamente por la polakiuria poco acentuada, por disminución en la capacidad vesical, por calor al orinar, poliuria, etc.

Cuando la cistitis tuberculosa está en su comienzo, pero va acompañada de tuberculosis renal bilateral avanzada, no nos queda otro recurso que el de utilizar los tratamientos tópicos enérgicos o las operaciones destinadas a poner en reposo la vejiga, cistostomía, y atacar directamente la mucosa vesical. Instilaciones de aceite gomelonado o guayacolado de ácido pirogálico o ácido pícrico, absteniéndose de lavados vesicales y de todos los agentes que puedan exaltar la excitabilidad vesical, son medios que hemos venido usando sin ofensa para estos desgraciados con beneficiosos resultados.

Actualmente, para calmar la irritabilidad vesical, sea cual fuere su causa, y más siendo esta tuberculosa, y aumentar la tolerancia para la exploración cistoscópica, se emplean los vapores de yodo, cuyos ensayos y resultados obtenidos debemos a Farmarier y Reynés.

Se generan estos vapores de yodo colocando 5 a 10 gramos de yodoformo en una ampolla de vidrio de 40 a 60 cent. cúb. de capacidad. Esta ampolla tiene tres escapes, uno superior cerrado con tapón esmerilado y dos laterales en condiciones para poder enchufar dos tubos de goma, uno en comunicación con una jeringa llena de 150 a 200 cent. cúb. de aire, y el otro provisto de una cánula de vidrio y llave de paso, para enchufar con una sonda uretral. Todo este aparato se coloca en un soporte de laboratorio.

La técnica de aplicación es muy sencilla. Se hace el cateterismo evacuador y, sin retirar la sonda, se adapta esta a la cánula de vidrio; así las cosas, se carga la ampolla con el yodoformo, tapándola inmediatamente. Con una lámpara de alcohol se calienta la ampolla hasta obtener la descomposición del yodoformo, apreciable por los vapores de color violeta característicos del yodo que llena la ampolla; inmediatamente se abre la llave de paso y se inyecta con la jeringa una cantidad de aire en razón directa de la capacidad vesical, comprobada con anterioridad.

Hecha la inyección, se cierra la llave de paso, manteniéndola en la vejiga de dos a cuatro minutos, según la reacción que provoque, terminados los cuales se desenchufa la sonda de la cánula con el fin de dar salida al aire contenido en la vejiga.

He tenido siempre por costumbre huir de los entusiasmos que las cosas nuevas nos producen, así es que al llegar a mi conocimiento tal procedimiento operatorio nuevo o tal indicación, adornados casi siempre de grandes éxitos, constantemente me he preguntado: Si con las indicaciones y métodos conocidos me ha ido bien, ¿para qué encariñarse con otros sin haberlos ensayado personalmente? Así lo hice, y veamos los resultados en conjunto. En las cistitis dolorosas sin lesiones estructurales fímicas y las consecutivas a la tuberculosis renal, los vapores de yodo ejercieron una acción sedante manifiesta a las pocas horas; es un medio más, el cual debemos utilizar en unión de los demás conocidos (1)

2.º *Tuberculosis vesical secundaria o asociada a la tuberculosis genital.*—La tuberculosis de la vejiga secundaria o asociada a la tuberculosis genital, sin lesión renal concomitante, parecía un hecho probado, como lo era, la ascensión al riñón de las lesiones fímicas de estos órganos; pero posteriormente ha dado lugar a un sinnúmero de discusiones en pro y en contra. Legueu, Pouson, Cathelin, Nogués, etc, están de acuerdo en que pueden existir tuberculosis vesicales primitivas sin participación renal, y admiten que la vejiga puede contaminarse por tuberculosis de la próstata y vesículas seminales. Desnos, Carlier, Genouville, creen que la tuberculosis genital podrá ser independiente del riñón en algunos casos, pero la de la próstata no lo es nunca. Escart nos da un argumento en contra de la propagación de la tuberculosis prostática a la vejiga; él cree posible la evolución separada de la tuberculosis del aparato genital y urinario, propagándose la tuberculosis genital, no a la vejiga directamente, sino al riñón por el intermedio de la vía linfática y venosa del aparato espermático. Yo me he asombrado—dice—de ver focos tuberculosos de la próstata abrirse la vejiga sin propagarse a esta, así como abscesos de la pelvis de

(1) *Cifuentes*: Tratamiento de las cistitis crónicas por los vapores de yodo. Enero 1915.

origen anexial sin dar lugar a ninguna propagación alrededor del orificio fistuloso abierto en la vejiga, *a pesar de haber comprobado que eran tuberculosos por la inoculación y tuberculización de los conejos con el pus.*

Cuturi, Saxtorph, Carlier y Nicolech consideran que estos casos de propagación de la tuberculosis genital (trompas, ovarios, etc.) a la vejiga, son excepcionales. Por el contrario, numerosos son los casos en los cuales la tuberculosis de los genitales femeninos no han provocado cistitis tuberculosas después de abiertos sus focos en la vejiga.

Por cuenta propia, yo he de citar tres casos: dos de prostatitis tuberculosa sin invasión de la vejiga y uno de anexitis tuberculosa con propagación renal, para demostrar que todos tienen razón. Los dos primeros murieron después de tuberculosis pulmonar, sin invasión renal. Uno de ellos fué un practicante del Hospital de la Princesa, al cual le hice un vaciado por vía perineal de la próstata por tuberculosis caseosa de la misma, el cual después de esta intervención vivió bastante regular cerca de dos años sin fenómenos vesicales ni renales, salvo las micciones frecuentes, pero con orinas casi limpias, sin piuria ni bacilos, y que murió de tuberculosis pulmonar a los dos años.

El otro joven, de veintinueve años, operado en mi policlínica particular, al cual le hice la talla hipogástrica para calmarle la polakiuria e iscuria y porque había tocado un cálculo en la uretra posterior. Efectivamente, en la uretra prostática en la porción del esfínter existía un cálculo incrustado, el cual extraje en pequeñas porciones y acompañado de pus. En el curso post-operatorio llamó mi atención que por los tubos de desagüe vesical no salía nada de pus, pero sí por la uretra, que constantemente estuvo goteando; analizado este pus, resultó con bacilos tuberculosos. El sedimento urinario no los contenía. Este enfermo murió también de tuberculosis pulmonar.

Actualmente tengo una enferma que vengo tratando desde Abril de 1914, la cual estando en el puerperio de un segundo parto tuvo una anexitis infecciosa, comprobada por su historial y la exploración de trompas y ovarios. Esta enferma, durante la evolución del proceso anexial se quejaba de micciones frecuentes y dolorosas que yo conceptué dependientes de aquel, como suele ocurrir con frecuencia. Con el reposo y el tratamiento local cedieron los síntomas flojísticos anexiales, pero continuaron los vesicales, y esto me hizo prestar más atención a su vejiga y a sus orinas, explorando la primera y analizando las segundas. La exploración con sonda no dió otro resultado que ser muy dolorosa y la disminución exagerada de la capacidad vesical. Por este hecho no fué posible la cistoscopia hasta veintiun días después, que con las inyecciones de aceite gomenolado conseguimos establecer la tolerancia de 150 gramos de agua. Se hizo la cistoscopia y nada se apreció.

El análisis del sedimento urinario resultó negativo para el bacilo de Koch, aunque positivo para otra flora bacteriana.

La enferma mejoró, pero más tarde aparecieron nuevamente los síntomas anxiales acompañados de fiebre alta y aumento de dolor en la zona salpingo-ovárica izquierda, que dió por resultado la presentación de un flemón pélvico tangible en el fondo de saco de Douglas, y que fué operado por colpotomía posterior y desagüe. Analizado el pus resultó con algunos bacilos de Koch, uno por campo.

La enferma mejoró notablemente de sus síntomas genitales, pero los vesicales reaparecieron con más intensidad. A la polakiuria se unió la albuminuria, algo de hematuria, aunque poca, y la piuria. Se comprobó el bacilo en el sedimento y el cateterismo ureteral doble dió por resultado que los dos riñones estaban tuberculosos.

3.º *Tuberculosis vesical primitiva aislada sin invasión del riñón y de los órganos que le rodean.*—La tuberculosis primitiva de la vejiga, si se admite, debe ser muy rara; no he visto ningún caso; lo mismo dicen la generalidad de los urólogos; sin embargo, las antiguas estadísticas después de mencionar su rareza, exponen algunos casos, considerándolos como primitivos. Casper (1), en 34 casos de tuberculosis vesical, encontró 3 aislada sin tuberculización en otros órganos. Pousson cita un enfermo de veinte años curado por cistostomía y cauterización de los focos tuberculosos vesicales sin manifestación en el aparato urinario.

Suart, Malherbe, Lefirt (2) presentaron algunos casos demostrativos de que la cistitis tuberculosa puede presentarse aislada y curarse de un modo completo y definitivo por un tratamiento general.

Gerolamo (3) no sólo admite la tuberculosis primitiva de la vejiga, sino que además establece los signos cistoscópicos de esta y de la cistitis tuberculosa secundaria. En esta última, como ya hemos dicho anteriormente, los orificios ureterales son invadidos los primeros presentando los caracteres de una bascularización intensa y cuando es primitiva, estos orificios son respetados. Para establecer clínicamente la realidad de la cistitis tuberculosa primitiva, es preciso investigar con tenacidad y minuciosamente los hechos siguientes:

1.º Comprobar por el cateterismo que la orina no tiene bacilos y corroborar esta negación con la prueba biológica.

2.º Comprobar por cistoscopia las lesiones vesicales con los caracteres asignados a la tuberculosis.

3.º Que la exploración del aparato genital externo e interno resulte negativa

(1) Congreso de Urología. París 1909.

(2) Congreso de Urología. París 1909.

(3) Anales genito-urinarios. Guyon 1911.

bajo el punto de vista tuberculoso. Claro es que esta última comprobación puede inducir a error, porque un pequeño foco intraprostático, por ejemplo, puede escapar fácilmente al examen clínico; sin embargo, con la reunión de estos tres factores, bien podría asegurarse la existencia de la tuberculosis vesical primitiva, cuya confirmación no sería de un interés meramente teórico, lo tendría real y positivo, puesto que ella sería la causa de infecciones ascendentes donde no intervendría el mecanismo hematógeno y su tratamiento pasaría a ser el primero en oposición a los casos en que la cistitis es secundaria a las lesiones renales.

Actualmente ocurre con la tuberculosis vesical una cosa semejante a la de la cistitis dolorosa, que llamábamos esenciales porque no podíamos apreciar su causa; mas hoy, gracias a los métodos de exploración hemos reducido su número, resultando que muchas de las cistitis que por sus síntomas clínicos y cistoscópicos parecían tuberculosas primitivas, no lo eran después de un reconocimiento detallado del resto del aparato urinario y genital.

4.º *Respecto al tratamiento quirúrgico de la tuberculosis vesical* tengo a la vista un número considerable de comunicaciones con la descripción de todas las intervenciones y métodos puestos en práctica, las mejorías y curaciones obtenidas por unos y los fracasos de otros; pero en general y por mis observaciones personales, puede asegurarse que los resultados son fugaces si no se ha extirpado el órgano responsable o no se ha hecho la doble nefrostomía con ligadura previa de los dos uréteres, único medio de evitar los dolores y sufrimientos terribles de estos enfermos.

CONCLUSIONES

1.ª La localización tuberculosa en el riñón es poco frecuente comparada con la del pulmón y las llamadas quirúrgicas.

2.ª La tuberculosis renal tiene su mayor frecuencia en la adolescencia.

3.ª La tuberculosis renal se genera por infección sanguínea o vascular, en la mayoría de los casos por propagación ascendente.

4.ª La tuberculosis renal es siempre primitiva; por excepción puede ser secundaria a infecciones tuberculosas de los órganos genito-urinarios.

5.ª La evolución de la tuberculosis renal es progresiva.

6.ª La curación espontánea de la tuberculosis renal no debe negarse, puede admitirse a título de verdadera excepción, conforme con la ley de las defensas orgánicas.

7.ª La tuberculosis renal en sus comienzos es siempre unilateral y puede continuar de este modo durante toda su evolución.

8.ª El tratamiento médico debe ser siempre instituido en el período premonitorio de la tuberculosis renal, y está indicado; cuando la intervención está contraindicada por la bilateralidad de las lesiones, salvo aquellos casos excepcionales en los cuales tengamos que hacer la nefrotomía o nefrectomía del más invadido; cuando es inoperable por la multiplicidad de lesiones fímicas y cuando después de la nefrectomía la tuberculosis evoluciona en el otro riñón.

9.ª La cura de altitud, la radioterapia y la helioterapia deben emplearse en todos los períodos de la tuberculosis renal.

10. La helioterapia asociada al tratamiento específico con los I. K., son medios excelentes que utilizaremos en los enfermos antes de la nefrectomía, en las tuberculosis bilaterales y en la tuberculización post-operatoria del riñón que quedó.

11. El único tratamiento racional de la tuberculosis renal unilateral confirmada es el quirúrgico.

12. La operación de elección en la tuberculosis renal unilateral es la nefrectomía con o sin la extirpación del uréter.

13. La nefrotomía es intervención de necesidad, y sus resultados muy inferiores a la nefrectomía; sin embargo tiene sus indicaciones precisas y no debe abandonarse.

14. La nefrotomía debe hacerse en los casos de lesiones bilaterales, en los de retención purulenta febril y dolorosa y en aquellos casos en que por su intolerancia vesical es imposible ejecutar las maniobras necesarias para apreciar con exactitud el valor funcional del riñón opuesto.

15. El diagnóstico precoz de la tuberculosis renal es la mayor garantía de éxito del tratamiento médico y quirúrgico.

16. La separación de las orinas y la cistoscopia simple sólo pueden dar síntomas de presunción en la tuberculosis renal; la certeza no absoluta no podemos obtenerla sin el cateterismo ureteral doble asociado al análisis químico y microscópico de la orina recogida durante dos horas.

17. El cateterismo ureteral doble es el único medio de investigación para dar certeza de la unilateralidad, o bilateralidad de la lesión renal.

18. El método de Ambard tiene una gran importancia en cirugía; pero donde su valor alcanza el máximo, es en cirugía renal, y antes de la intervención debemos conocer los más pequeños detalles de la función uréica; los cuales sólo la constante uréica, es capaz de indicarlos de una manera perfecta y positiva.

19. En los casos de vejiga inexplorable y con tuberculosis renal unilateral, clínicamente demostrada, puede hacerse la nefrectomía basándose en una buena constante 0'60 a 0'80.

20. La constancia de la piuria suministrada por el riñón enfermo y la dismi-

nución de su valor funcional, son fundamentos suficientes para extirpar el riñón, siempre que en ella se encuentre el bacilo tuberculoso y éste sea tuberculizante.

21. En la tuberculosis renal bilateral el tratamiento específico encuentra una de sus indicaciones más evidentes unido al tratamiento general médico.

22. Para la tuberculosis renal bilateral existen dos indicaciones operatorias bien precisas: la nefrotomía de un riñón pionefrósico, sea abierta o cerrada, y la nefrectomía cuando uno de los riñones está poco lesionado y posee suficiente valor funcional.

23. La tuberculosis vesical es siempre secundaria, de origen renal o genital.

24. La tuberculosis vesical secundaria de origen renal puede ser curable después de la extirpación del riñón tuberculoso.

25. La tuberculosis vesical de origen genital debe tratarse extirpando con rapidez y extensión los órganos genitales lesionados.

26. Las lesiones vesicales consecutivas a la tuberculosis renal úlcero-caseosa con sus síntomas de hiper-excitabilidad, no contraindican la nefrectomía.

27. La doble nefrostomía con ligadura previa de los uréteres está indicada para calmar la hipersensibilidad vesical.

BIBLIOGRAFÍA NO CITADA EN LA MEMORIA

Menocal.—Nefrectomía por cálculo y tuberculosis. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*, Febrero 1899.

Mollá.—Tuberculosis renal. III Congreso Español de Cirugía, Mayo 1910.

Peña.—Algunas consideraciones sobre la tuberculosis renal. III Congreso Español de Cirugía, Mayo 1910.

Negrete.—Tuberculosis renal unilateral. Asociación Española de Urología.

Sánchez de Rivera.—Tuberculosis renal y su bilateralidad. Asociación de Urología, Mayo 1912.

Perearnau.—Tuberculosis renal atípica. Asociación Española de Urología, Mayo 1912.

González Tomás y Pascual.—Estudio comparativo de los distintos procedimientos para el diagnóstico precoz de la tuberculosis urinaria. Asociación Española de Urología, Mayo 1914.

Cifuentes.—Tuberculosis renal. Academia Médico-Quirúrgica Española, Mayo 1915.

Albarrán.—Cirugía renal. Congreso Internacional de Moscú, Agosto 1897.

Tuffler.—Tuberculosis renal y nefrectomías. Sociedad de Cirugía de París, Mayo 1900.

Bazi.—De la nefrectomía en la tuberculosis renal. Sociedad de Cirugía de París, 1900.

Hirán.—De la nefrectomía en la tuberculosis renal primitiva. Sociedad Ginecológica Americana. Boston, Mayo 1905.

Israel Kapsamer y Kümel.—Resultados de la nefrectomía por tuberculosis renal. Congreso de Cirugía de Berlín, Abril 1905.

Kapsanier.—Nefrectomía por tuberculosis renal. Real Sociedad de Médicos de Viena, Mayo 1908.

Pousson y Mot.—Intervenciones quirúrgicas de la tuberculosis renal. Congreso Internacional de Medicina, París 1900.

Carlier.—Intervenciones quirúrgicas de la tuberculosis renal unilateral. Congreso Internacional de Medicina, París 1900.

Casper.—Valor de las intervenciones quirúrgicas en la tuberculosis vesical. Congreso Internacional, París 1900.

Silvester Saxtosph, de Copenhague y *Albert Hogge,* de Lieja.—Intervenciones quirúrgicas en las tuberculosis vesicales. Congreso Internacional, París 1900.

Braun y Cruet.—Diagnóstico precoz de la tuberculosis renal. *Anales des maladies des organes urinaires,* Octubre 1900.

Cathelin.—Formas clínicas de la tuberculosis renal. *Le Medicine Practicien,* Marzo 1910.

Pefla.—Técnica y resultados de la exploración funcional del riñón. Academia Médico-Quirúrgica Española, Mayo 1911.

Casper.—La exclusión de la vejiga urinaria en las formas graves de la tuberculosis vesical. Sociedad de Medicina de Berlín, Febrero 1912.

Rochet y Wildbolz.—Tratamiento de la tuberculosis renal y vesical. Congreso Internacional de Medicina, Londres, Agosto 1913.

Villems.—Tratamiento de las formas graves de la tuberculosis vesical. *La Belgique Medicale,* Junio 1910.

Debre y Paraf.—Nouvelles applications de la réaction de Bordet-Gengon au diagnostic de la tuberculose: la réaction del antígeno.—Societe de Biologie, seance des Juillet a Octobre 1911.

Marmoreck.—Diagnostic de la tuberculose par le metode de la desviations du complement. *Prens medicale.*—Janvier 1909.

Dupuyg.—De l'hematurie dans le tuberculose renale. Thése de Bordeaux. 1914.

Barragán.—Tratamiento de la tuberculosis renal y vesical.—Madrid, Febrero 1916.

Leroy.—Diagnostic precoce dans le tuberculose renale.—Paris 1911.

Mollá.—Valor del cateterismo del uréter con vejiga abierta para el diagnóstico en la tuberculosis renal.—Policlínica. Mayo 1916.



PRENSA PROFESIONAL

Aragón Médico
(Núm. 1.—Julio 1917)

OPERACIÓN CESÁREA POR HIDROCEFALIA

Por el **DR. JOSÉ MUÑOZ**

Profesor Auxiliar de Obstetricia y Ginecología

Al pasar la visita en la mañana del día 4 de Noviembre del curso 1915-16, con el profesor Dr. D. Cristino J. Muñoz, y sus alumnos de Ginecología, en la sala de Nuestra Señora del Carmen, nos encontramos en la cama núm. 14 una mujer en parto, de 32 años de edad y de la que el señor médico de guardia dijo había entrado aquella madrugada, que llevaba tres días con dolores de parto, dos de rotura de bolsa de aguas y que había intentado por tres veces hacer aplicaciones de forceps, sin resultado alguno.

En estas condiciones nos encargamos del caso, que, explorado con los alumnos encargados, dió los detalles siguientes: mujer de 32 años de edad, sin antecedentes patológicos en la esfera genital, ni fuera de ella; reglada desde los 16 años; primer embarazo a los 21, que no presentó más alteraciones que ligeros edemas en las extremidades inferiores y parto lento; nuevo embarazo a los 22 años, e igualmente un tercero a los 25, cuyos embarazos tuvieron los mismos caracteres que el primero y los partos se verificaron con más lentitud, si bien de modo espontáneo; viven los tres hijos y no ha habido ningún aborto.

El actual embarazo se manifestó por hacerse más notorios los edemas y por aquejar cefalalgias intensas. El día 31 de Octubre empezó a sentir dolores de parto; el día 1.º de Noviembre notó la rotura de la bolsa de aguas, pero hasta la madru-

gada del día 4 no fué trasladada a dicha sala, y esto por consejo de la comadrona encargada de su asistencia.

La exploración externa acusaba un útero fuertemente retraído y adaptado al feto y muy excitable, lo que dificultaba la palpación y quizá por ello, aun cuando se investigó el signo de Schatz, no pudo realizarse de modo satisfactorio, no pudiendo, por consiguiente, darnos cuenta exacta, por exploración externa, del grado de dilatación del cuello uterino. Siguiendo la investigación por palpación, se apreció perfectamente la existencia de la cabeza fetal en primera posición y por encima del estrecho superior y aun del pubis.

Por exploración vaginal apreciamos la no existencia de la bolsa de aguas, cuello dilatado, pero rehecho, cabeza muy alta, sólo perceptada cuando se procuraba descender el fondo del útero por medio de un ayudante, y aun entonces no se podía conseguir que penetrara en la excavación. En estas condiciones, se completó el examen referente a la cabeza fetal por medio de la maniobra de Müller, que demostró la desproporción existente entre la cabeza fetal y la pelvis, ya que de aquella no se podía percibir la sutura sagital: la exploración bidigital también demostró la gran dificultad de tactar el promontorio. Latido fetal, 130. La madre tenía 37,4 de temperatura y 96 pulsaciones.

Con estos datos no nos fué difícil, después de ligera discusión con los alumnos, hacer el diagnóstico de que la distocia era de origen fetal y que se trataba de una hidrocefalia.

En efecto; los antecedentes negativos y más todavía los tres partos primeros espontáneos, excluían una viciación pélvica preexistente y sin embargo el actual parto se caracterizaba por la falta de adaptación de la pelvis materna y la cabeza fetal, y como también había que excluir pelviciaciones adquiridas (osteomalacia principalmente) por ser negativos los síntomas obtenidos del examen interno y combinado, y, por otra parte, había que excluir monstruosidades, espasmo del orificio uterino y anomalías raras de partes blandas, tumores, etc., cuya existencia no acusaba la exploración, no había, a nuestro juicio, otra causa que explicara la distocia que la hidrocefalia fetal.

El juicio terapéutico fué más discutido: los más de los alumnos eran partidarios de la versión y consiguiente maniobra de Van-Huevel y los menos, de una craniotomía. Ambas opiniones eran respetables y a ningún tocólogo le hubieran parecido contraindicadas, y, sin embargo, nos decidimos por la operación cesárea.

Para llegar a este juicio nos sirvieron de fundamento razones de índole distinta. Desde luego que el desechar las intervenciones propuestas por los alumnos, fué debido a nuestra profunda convicción de que en tanto sea posible, no se deben sobre feto vivo realizar operaciones que fatalmente le privan de la vida, y como en

este caso el número de latidos era el normal y no se acusaba por consiguiente sufrimiento del feto, existiendo en la tocurgia medio de resolver el caso salvando la vida a ambos, este procedimiento debe imperar sobre los demás. No deja de influir también en estas decisiones el medio en el cual se encuentran tocólogo y parturienta, y como este fundamento no podía ser más favorable a la intervención que consideramos como más científica y humanitaria, resolvimos practicar una operación cesárea abdominal.

Resuelto el método, quedaba discutir el procedimiento y había que pensar en ello porque el caso no pertenecía ni a los llamados *puros*, ni se le podía considerar incluido en los *infectados*. De reunir las condiciones de infectado tan sólo se hubiera podido dudar entre realizar un Porro, o practicar, a modo como lo hizo el maestro Dr. Recasens, una histerectomía subtotal con el feto *in situ* (que describió en el «Zeutralblatt für geburtshilfe und gynakologie»): mas repetimos no pertenecía a esta categoría porque para ello no es bastante los 37,4° de temperatura y el pulso 96, que responderían, a lo más, a un estado tóxico motivado por la duración del parto, ni era suficiente el hallarse rotas las membranas desde el segundo día, ya que todo lo demás necesario para la existencia de un estado infectivo faltaba.

De haber sido el caso puro, seguramente una cesárea extraperitoneal se hubiera impuesto, y aun cuando creemos estaba nuestra enferma más próxima de este grupo que de los infectados, la desechamos también porque en este caso la indicación operatoria no debemos olvidar era motivada por lo que pudiéramos llamar nueva indicación, por hidrocefalia, y como la terminación del parto tiene que ser ayudada por el forceps, en alguno de sus procedimientos, y en todos podemos asegurar que la incisión es limitada, teníamos dificultades de técnica suficientes para que las ventajas que rodean a los procedimientos trans y extraperitoneales fuesen nulos en este caso.

Y como, por otra parte, tenemos muy presentes las frases de Ferroni «así, pues, en condiciones de asepticidad, el tocólogo que no está demasiado adscrito a tal o cual principio, o demasiado ligado a tal o cual escuela, queda en la mayor libertad para elegir el procedimiento operatorio más adecuado a su caso, y elegirá, seguramente, aquel proceder que ofrezca una mayor simplicidad y rapidez de ejecución junto con las mayores garantías de un normal curso post-operatorio...», no dudamos, como conclusión, realizar la operación cesárea clásica.

Se trasladó la parturienta a la sala de operaciones y se llevó a cabo la operación (que no describimos, por dirigirnos a público conocedor de ella) y extrajimos un feto vivo que pesó seis kilogramos, hidrocefálico (en el acto se midieron los diámetros de su cabeza, que no puedo transcribir por haber perdido la nota), que vivió trece días.

El curso post-operatorio sólo fué accidentado por la supuración de dos puntos de la pared abdominal, que crearon un flemón parietal que en nada agravó su estado y que en el mismo mes fué dada de alta completamente curada.

Este es el caso que ponemos a la censura profesional, seguros de que nuestros lectores verán en él el deseo de acertar en los juicios clínicos que creemos fueron discutidos completamente y que los hechos demostraron que ni en su planteamiento ni en su resolución fueron obcecados, sino serenos, reflexivos, alejados de todo exclusivismo y que puede servir de base para en casos idénticos realizar análoga intervención.



SECCIÓN OFICIAL

Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

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

Entre los derivados hidracínicos, están las semicarbácidas, las cuales además del grupo diamidógeno, contienen un tercer amido procedente del uretano engendrador. La acción antitérmica debe ser por consecuencia y de hecho lo es, muy poderosa; pero aquí también la toxicidad de casi todas ellas impide el que puedan figurar en el arsenal terapéutico; conócese, sin embargo, una excepción que no podemos pasar desapercibida, la semicarbácida benzoica más conocida con el nombre patentado de criogenina, que como claramente se deduce de su etimología, es un excelente medicamento antitérmico.

Si en el amoníaco no es uno sino dos los átomos de hidrógeno que se le separan, quedará el grupo didínamo «N H» llamado imido, que no ha podido aislarse, como tampoco el diimidógeno. De este se conocen sus derivados azóicos.

Muy poco diremos por lo problemático que resulta generalizar sobre la importancia fisiológica del grupo imido. Parece ser que cuando como tal está unido a un solo átomo de carbono, el cuerpo resulta con propiedades tóxicas. Si en la urea sustituye al oxígeno, se manifiestan propiedades tetánicas.

Otro grupo funcional que por su importancia merece que en él fijemos un poco la atención, es el llamado pirrólico, de cadena cíclica; pero aunque con relación lejana, enlazado al amido por su génesis y análogo a él solo en su carácter básico. El grupo pirrólico puede dar origen a otros, y por lo tanto con él están relacionados, más o menos íntimamente, numerosos derivados. De entre los primeros, a las pirrolinas y pirrolidinas engendradas por hidrogenación, los pirrazoles y glóxaminas por sustitución del grupo trivalente C H por nitrógeno, las pirrazolinas y pirrazolidinas por hidrogenación de los pirrazoles y en fin, las pirrazolonas por acciones oxidantes sobre las pirrazolinas, etc. Por esta razón de lo numeroso de sus deriva-

dos, por la de contener uno o más enlaces etilénicos, entre otras más, se comprende que ha de ser difícil generalizar en grupo tan complejo a pesar de que a él pueden referirse importantes medicamentos.

Si en estos grupos se insertan cadenas laterales por el engarce de alquilos, suele manifestarse la analgesia; tal propiedad dijimos, podía atribuirse a los alquilos y lo vemos confirmado en la antipirina, derivado dimetilico de la pirrazolona; obsérvese sin embargo que los isómeros de este cuerpo, a pesar de contener también aquellas cadenas, resultan en general tóxicos; hay que tener en cuenta, en estos casos, que no sólo varía la posición de algunos grupos sino también la del doble enlace y la función etilénica lejos de suponer inactividad tiene una significación muy marcada bajo el punto de vista en que venimos considerando a las substancias medicinales.

No están conformes los químicos sobre cuál sea el verdadero grupo molecular productor de las propiedades analgésicas de la antipirina, y se explica tal confusión porque como ya hemos dicho, por una parte las pirrazolonas por ejemplo, no son analgésicas, pero adquieren esa virtud por el engarce de radicales metílicos en la molécula; por otro lado, es un hecho que la adición del grupo amido refuerza dicha acción analgésica, como lo vemos comprobado en el piramidon y como antes lo veíamos corroborado en la fenecola con respecto a la fenacetina; por eso se admite por algunos como grupo analgésico uno complejo amino substituído. Se fundan para ello, en observaciones hechas sobre la estructura de algunos isómeros de la antipirina que no son analgésicos, y sí en cambio como ya hemos dicho, extremadamente tóxicos.

Otro de los grupos mejor establecidos en química orgánica y que figura con un puesto de honor en la biológica, es el de la purina, supuesto derivado de la aloxana, hasta no ha mucho. Poseen función básica, pero en ocasiones, como tratándose del derivado trioxidado o ácido úrico pueden funcionar como ácidos débiles, a pesar de no ser moléculas carboxílicas.

Los cuerpos que forman este grupo se producen o por oxidación o por amidación o por metilación del derivado bioxidado o xantina también llamado ácido uroso. La xantina con sus derivados metílicos, constituyen la agrupación denominada de las bases xánticas. Por su acción sobre el organismo podemos dividirlos en dos subgrupos, de no muy definida línea divisoria. Figuran en el primero, la xantina con sus tres derivados mono-metilicos isómeros, y los tres correspondientes bisustituidos, todos diuréticos más o menos francos según el sitio de engarce y no todos de empleo medicinal. De los derivados bisustituidos teofilina, paraxantina y teobromina, sólo esta última es la empleada y reputada por los prácticos como excelente medicamento. A base de teobromina se han introducido en terapéutica la diuretina, la agurina, la uroferina, la anisoteobromina, la eusteína, etc., etc., todas sales dobles alcalinas

en las que se ha buscado o bien solubilizar la teobromina para su más fácil y general empleo o aprovechar simultáneamente con la acción diurética de esta, la virtud medicinal del cuerpo asociado como en el caso de la anisoteobromina recomendada por Stzankay por las propiedades antisépticas y antitérmicas del anisato sódico, y en el de la eustafina recomendada en todos los casos de arterioesclerosis por el yoduro sódico que es en este medicamento la sal alcalina combinada a la teobromina.

La cafeína y su isómera, los derivados trimetilicos, con el tetrasustituído, forman el otro subgrupo, en el que la virtud diurética ha casi desaparecido en unos y en otros totalmente, apareciendo en cambio la excitante, nerviosa y cardíaca, al menos en un grado tal de intensidad, con mucho superior a la de los anteriores. La teobromina y la cafeína son tónicos del corazón, pero en muy diferente grado de intensidad, como diferentes se mostraban en la diuresis.

Teniendo en cuenta la natural agrupación de estos cuerpos, y por las excepciones además que se han señalado de otros distintos derivados alquílicos, no podemos creernos autorizados para asignar al radical metilo virtud diurética, como no podemos atribuírsela con certeza al radical amido, por el hecho de que lo sean algunas ureas.

Químicamente está caracterizado el grupo funcional aldehído (COH) por engendrar por oxidación el grupo ácido o carboxilo (CO OH) y por sus propiedades eminentemente reductoras. Por aquel su principal carácter, el aldehído tiene importancia en la química de la vida, basta recordar que un gran grupo de hidratos de carbono, las aldoxas, le contienen. Por esta circunstancia de pasar fácilmente a ácido algunas sustancias de carácter o función aldehídica, pueden en ocasiones producir cierta causticidad.

En general, pues, se conocen algunas excepciones como el metanal, primer término de la serie, los aldehídos pueden conceptuarse como anestésicos.

Fisiológicamente considerado el carboxilo, grupo funcional de los ácidos orgánicos, viene a ser el atenuador general de la actividad que muestran la mayoría de los demás compuestos, como podemos observarlo en el fenol, creosoles, anilinas, amino-fenoles y sus derivados acéticos, fenetidina, uretanos, sulfonas y en las bases cuaternarias, que son de acción generalmente espasmódica.

Se ha querido explicar en muchos casos esta especie de papel pasivo, precisamente como una consecuencia de su función ácida, que se supone neutraliza la alcalinidad de los jugos intestinales, dificultándose por ello la hidrólisis o desdoblamiento de las moléculas, necesarias para su ulterior acción fisiológica.

Papel análogo al del carboxilo puede asignarse al del grupo también ácido sulfónico.

El grupo denominado sulfona es relativamente complejo. Su fórmula $SO_2C_nH_n+$. Cuando se inserta en la molécula de un hidrocarburo por sustitución de hidrógeno resultan los cuerpos genéricamente también denominados sulfonas, y estas sulfonas gozan de propiedades hipnóticas a condición de que integren su molécula dos de estos grupos unidos a un mismo átomo de carbono y sus alquilos sean homólogos del metilo, es decir, a partir del término dos de la serie, buenos ejemplos de ello lo son, el sulfonal, trional y tetronal, por cierto que esta especial disposición de los diferentes grupos en la molécula, que permite poder adaptar a un mismo tipo de fórmula estructural la constitución química de algunos cuerpos tales como los alquilsulfonas ya indicados, el hidrato de amileno, veronal, propenol, dormiol, etcétera, etc., todos de manifiesta acción hipnótica, condujo a la llamada teoría del carbono central, para explicar la hipnosis. Desde el primer momento no se le concedió una absoluta y única influencia a este especial modo de saturación de las cuatro dinamicidades del elemento alrededor del cual, como gigantesco eje, gira toda la química orgánica. La posición central del átomo de carbono, sólo era un requisito cuya influencia compartía con los restantes grupos de engarce carbonados, oxigenados o sulfonados.

Respecto al grupo nitrilo, está fuera de dudas que comunica a las sustancias que lo integran propiedades vasodilatadoras, con intensidad relacionada con el número de radicales existentes, ejemplo los nitritos minerales, los de etilo, propilo y amilo, la trinitina, el tetranitol, de aquí el empleo de estas sustancias en las estenocardias.

También debemos hacer indicación del importante grupo de las quinonas. Estos derivados fenólicos o también hidrocarbureados si se quiere pueden a su vez dar lugar a no pequeño número de cuerpos, por hidroxidación, eterificación, etc., en los que puede apreciarse una acción común más o menos intensa del peristaltismo intestinal. De modo es que entre los derivados bencénicos, naftílicos, naftalénicos, antracénicos, fenólicos, etéreos, etc., los hay de acción purgante, colagoga, etcétera, bien manifiesta. Esta acción purgante la poseen también las taleínas íntimamente relacionadas en cuanto a su constitución química con las quinonas derivadas del antraceno, precisamente las de más importancia farmacológica; la fenoftaleína y algunos de sus derivados como el aperitol son de acción purgante y de muy generalizado uso la primera. El yuglon es una oxinaftoquinona, el ácido crisofánico y la emodina son derivados, difenólico el primero y trifenólico el último de la metilanttraquinona, todos de acción purgante más o menos intensa. Las hojas de sen, la cáscara sagrada, el arraclán o frángula, el acíbar y el ruibarbo deben precisamente su acción terapéutica a estas dos sustancias.

Forzosamente ha de ofrecernos el gran grupo de los alcaloides el contraste de

su importancia por la calidad y cantidad de medicamentos que en él se incluyen, con lo muy poco que nos será posible decir del mismo.

Con ser mucho el adelanto de la química en estos últimos tiempos tiene que seguir figurando el grupo empírico de alcaloides, porque aunque se ha demostrado que estas sustancias químicamente pueden referirse a algunos de los núcleos fundamentales ya estudiados, es decir, que son sencillamente derivados pirídicos o quinoleicos y menos frecuentemente pirrólicos, resultantes de sustituir hidrógeno por radicales, la constitución de muchos no está definitivamente establecida, sin embargo, una clasificación racional y científica agrupándolos según el núcleo fundamental de que derivan, ha substituído a las antiguas, en que aparecían reunidos por orden de familias botánicas, ya que es indudable que plantas afines elaboran principios semejantes.

Son los alcaloides sustancias nitrogenadas de origen albuminoideo y carácter básico, que contienen generalmente el radical oxidrilo con mucha frecuencia eterificado por un radical ácido o por un metilo. Es muy raro que los alcaloides contengan el grupo carboxílico o el carbonilo, y en cuanto al aldehído, no se encuentra nunca.

Al grupo de los tropeínas, es decir, de las sustancias que proceden del alcohol tropanol derivado a su vez del grupo tropano, pueden referirse alcaloides que tienen de común una acción midriática, recordemos la atropina, hiosciamina, hioscina y homotropina.

Si subsistiendo la función alcohólica en el tropanol, se substituye uno de sus hidrógenos por el grupo funcional ácido carboxilo y después se eterifican ambas funciones, la alcohólica u oxidrídica por un radical ácido, y la carboxílica por uno alcohólico, se obtendrá naturalmente un diéster, tal es la génesis de las cocaínas, que como se ve, derivan del ácido tropanol-metiloico o ecgonina. Los radicales alcohólico y ácido que respectivamente eterifican a la ecgonina en el alcaloide de las hojas de coca, son el metílico y el benzóico o el cinámico o alguno de sus polímeros, en el caso de las demás cocaínas. Woeliles fué el primero que demostró la constitución de la cocaína por las sustancias que son producto de su descomposición, ácido benzóico, alcohol metílico y ecgonina, desdoblamiento que tiene lugar por acciones hidrolíticas.

Desde luego se comprende que serán varios los diéteres derivados de la ecgonina y análogos en su constitución a la cocaína, cuando homólogos del metilo y ácidos distintos del benzóico, sean los radicales eterificantes.

Ni las tropeínas ni la ecgonina son anestésicas, pero como sí lo son muchos de sus derivados se ha supuesto que en estas sustancias existían los grupos anestesíforo y anesthesiógeno. Primero se creyó que la acción anestésica la confería el

éter alcohólico metílico o etílico lo cual parecía confirmar una vez más la hipótesis que relaciona íntimamente aquella función química con esta acción fisiológica. Esta opinión ha sido rectificada posteriormente por la propia experimentación y la importancia del éter alifático fué relegada a segundo término demostrando la constitución de las eucainas α y β entre otros ejemplos que podrían citarse, que basta para la acción anestésica, la presencia de la función fenol-carboxílica, es decir, la originada por los radicales ácidos benzóico o cinámico. La síntesis química ha producido entre otros nuevos anestésicos la estovaina, la alipina y la novocaina compuestos derivados de alcoholes y que integran uno o más radicales amidos en su molécula. Por la primera de estas circunstancias cayó por tierra la hipótesis que suponía también el grupo pirídico como indispensable para la acción hipnótica hasta el punto que Wolffeustein estableció que todos los derivados piperidínicos determinarían la parálisis de las terminaciones periféricas de los nervios sensitivos y por la segunda surgió la idea de considerar como anestesiógeno al grupo amido.

Derivados de la morfina o paraoxazina, sospechándose que están más bien relacionados con la piridina, son los preciosos medicamentos morfina, codeína y tebaína, en los cuales, puede suponerse la existencia de un grupo fenantrénico, hidrocarburo isómero del antraceno. Pues bien, estos tres cuerpos, el homólogo de la codeína o dionina, sus derivados éteres heroína y peronina, gozan de una acción fisiológica común, sobradamente conocida y naturalmente variable en intensidad.

Otros de los alcaloides opiáceos, la narcotina, narceína y papaverina, se suponen son de núcleo quinoléico, grupo molecular complejo, que resulta de la asociación de dos exágonos el pirídico y benzóico, de igual modo que el indol de la de este último con el pirrol. Los alcaloides que además de los tres indicados derivan de este grupo, son muchos y de acciones y propiedades tan distintas, que a pesar de comprender substancias tan importantes en el concepto farmacológico como las anteriores y como la quinina entre otras, no podemos hacer más que esta somera indicación.

Con estas mismas dificultades hemos de tropezar a cada paso, si pretendemos proseguir en los demás alcaloides el estudio de las relaciones que puedan existir entre la constitución química de los mismos y su acción en el organismo, debiendo tener muy en cuenta que la arquitectura molecular de algunos, que son preciosos medicamentos, está todavía mal estudiada y por lo tanto, no definitivamente establecida.

La acción de los emenagogos y de los vermífugos se las ha querido relacionar con la constitución química y efectivamente, resulta comprobado que algunas de las drogas que gozan de la virtud emenagoga la deben a ciertas cetonas cíclicas, así como resultan ser igualmente moléculas carbonílicas las reputadas, como vermífugas.

La esterificación de igual modo que la combinación con radicales ácidos de las sustancias en donde esto es posible, son procedimientos que la farmacodinamia sintética utiliza frecuentemente como soberano recurso para neutralizar la toxicidad o causticidad de muchas sustancias que sólo de esta forma pueden ser administradas al interior o al menos en la dosis necesaria para que puedan francamente y sin peligro manifestarse como beneficiosos medicamentos y no como terribles venenos, tal ocurre con el fenol al estado de éter salicílico o salol, con la creosota eterificada en sus fenoles por diversos radicales ácidos, etc., etc.

Indudablemente que el estudio de las relaciones que puedan existir entre la composición química y la función terapéutica de los cuerpos, no está ni con mucho terminado con lo que hemos dicho, pero también es innegable que ese estudio se hace a cada momento más difícil y se relaciona a su vez con una porción de circunstancias dependientes unas, de lo que muy gráficamente ha dado en llamarse arquitectura molecular, y todas de las reacciones intraorgánicas a que necesariamente dan lugar la presencia de las sustancias medicamentosas en el organismo, dándose así materia para poder escribirse un verdadero libro que siempre sería labor de otras plumas y nunca propio de esta ocasión; por eso el estudio de las funciones químicas debe hacerse asociado al conocimiento de la bioquímica, es decir, del eterno cambio interatómico producto de procesos reaccionantes, de misteriosas afinidades y de continuas combinaciones y desmoronamientos del complejo molecular en lo más íntimo y recóndito del admirable laboratorio del organismo en donde juegan los reactivos más sensibles y delicados y se guarda el secreto de los más perfectos y seguros medios de trabajo que nunca podrán ser imitados por el hombre, y puede tenerse por muy seguro que estos estudios ya encauzados por la senda que han abierto los trabajos experimentales de los más ilustres químicos y fisiólogos descubren un horizonte amplísimo y consolador para la terapéutica del porvenir.

HE DICHO

**DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO DE NÚMERO
DR. SALVADOR PIQUER**

DEL CARBONO Y SUS COMPUESTOS

SEÑORES

Acabáis de oír el discurso del nuevo académico y confirmado que el buen método de exposición y la profundidad de los conceptos emitidos llenan cumplidamente el sillón a que por voto unánime le hemos destinado. Su amor a la ciencia y su

NOTA.—En la página 455, línea 2.ª, dice: $SO_2C_nH_n+1$ y debe decir: $SO_2C_nH_{2n+1}$.

probada laboriosidad a la par que las relevantes aptitudes manifiestas en el curso de sus estudios y en el desempeño de los cargos que le fueran conferidos son garantía de que se verá compensada esta Corporación de la orfandad a que durante mucho tiempo ha estado condenada por la clase farmacéutica: era indispensable que entre nosotros se hallara cubierto alguno de los puestos destinados a la farmacia por que la especialización de sus estudios en las ciencias químicas nos es necesaria si hemos de llenar cumplidamente nuestro cometido en las informaciones oficiales y particulares y el Sr. Gelabert pondrá todo su saber y toda su voluntad en cumplir las obligaciones que se impone: es un nuevo filósofo, un amante del saber, un nuevo amigo del rico ateniense Academo que llega a los jardines de su palacio henchido el corazón de buena voluntad, repleto su joven cerebro de conocimientos científicos y dispuesto a rendir el máximo de su trabajo en honor de la Casa; quien así viene, quien traspasa el umbral de nuestra Corporación en estas condiciones, llega a nuestro lado con paso firme y alta la frente seguro de que nos hallará con los brazos abiertos.

El trabajo que ha escogido es altamente interesante, llena su contenido muchos volúmenes en las Bibliotecas y es la base de progresos asombrosos que hoy lucen desgraciadamente las naciones poderosas en guerra. La química del carbono, esa rama de la general cuyo potente impulso arranca de la concepción hipotética de la composición de los cuerpos y que se expresa en las fórmulas estructurales de los mismos, esas agrupaciones en series que partiendo del radical originario predicen el número y composición de los cuerpos que le han de formar y se da el caso de admitir la existencia de un compuesto no hallado en la naturaleza y que sin embargo ha sido constituido por interés de laboratorio para mostrar con la realidad el grado verdadero que encierra la teoría, como piedra de toque irrefutable en la comprobación de las elucubraciones hermanas. Compuestos de carbono son las materias explosivas cuya variedad y energía potencial se debe al número de átomos y colocación de los mismos para determinar la característica de tal o cual cuerpo de esta naturaleza; compuestos de carbono son los materiales que por su combustión desprenden las calorías necesarias para transformar en utensilios de progreso social los minerales en bruto que en su gestación formara la tierra en los tiempos geológicos de su constitución; compuestos de carbono son las infinitas materias colorantes que en tonos policromos matiza el contraste de los tejidos con que se viste y adorna el sexo bello en las fiestas de gala; compuestos de carbono son los diversos alimentos que ingerimos en nuestro organismo para sostener las conocidas funciones vegetativas y los agudos destellos del genio en las altas esferas cerebrales; en todo lo que alienta el soplo de la vida y en sus restos el carbono es el señor que ostenta la más alta personalidad.

Estamos en los comienzos; apenas si el inmenso arsenal de conocimientos en la química orgánica actual representa tan sólo la primera lechada de cal y arena colocada en los cimientos del grandioso edificio que ha de constituir mañana el palacio de la ciencia; por doquiera que insinuemos nuestra investigación salen al encuentro del propósito sinnúmero de incógnitas que no podemos despejar, saltamos sobre ellas inventando teorías, hipótesis racionales que luego se afirman o desechan pero que interinamente nos sirven para que nuestro espíritu investigador no se detenga ante la primer ignorancia, luego los hechos consagran los trabajos preliminares y aquello que empezó siendo una hipótesis pasa a la categoría de verdad confirmada y admitida por todos. El Sr. Gelabert ha escogido un aspecto del problema general de química orgánica tan acertadamente traído que en esta Corporación halla su mejor cabida. En las sustancias de composición orgánica y por tanto que su elemento fundamental es el carbono existen muchas de aplicación terapéutica y desentrañar las relaciones entre su composición y los efectos causados en los organismos que los percibe, ya sea por ingestión o por penetración directa a través de los tejidos, es el más alto propósito de la ciencia de curar y de los que a su cultivo se dedican; lo difícil que es llegar a la realidad comprobada no hay para qué decirlo; téngase en cuenta lo inestable del equilibrio atómico que en general preside su complicada composición y se verá claramente cuán difícil es precisar qué grupo de átomos busca su saturación en los que el organismo les ofrece cuando se ponen en contacto el medicamento y él; y no hay que decir tampoco que esta inestabilidad es necesaria para que se verifique reacción entre el sujeto y el medicamento; el decir inestabilidad supone que existen grupos de átomos en el organismo que son atraídos por los del medicamento para buscar mejor fijeza o simplicidad a su composición aunque desde ese momento deje de ser lo que era; así multiplicando la complicación de los fenómenos químicos por el medio vital en que se desarrolla se eleva la dificultad de comprenderlos, pero no por esto dejan de cumplirse las dos leyes fundamentales, *la indestructibilidad de la materia y la persistencia de la energía*. Esta consideración de los fenómenos bioquímicos contenida en el trabajo del Sr. Gelabert si bien alcanza la complejidad propia de su naturaleza se realiza dentro de aquellas leyes fundamentales que presiden la formación de los cuerpos en las series admitidas por Berthelot; y así la reacción en el organismo sin dejar de ser vital es a la vez puramente química. Buscando un ejemplo lo más sencillo posible dentro de esta pluralidad de dificultades podríamos citar al hidrocarburo primero de la serie forménica que se compone de cuatro átomos de hidrógeno y uno de carbono; como este es tetraatómico, el metano resulta un compuesto saturado, es decir, que para hacerle combinar es preciso realizarlo por sustitución y nunca por adición porque se hallan satisfechas todas las atomicidades del carbono; puede susti-

tuirse uno o varios átomos de hidrógeno por los correspondientes de los halógenos cloro, bromo, iodo y fluor, resultando diferentes cuerpos y si suponemos que son tres los átomos sustituidos resultarán los derivados del metano, triclorado o cloroformo, tribromado o bromoformo, triiodado o iodoformo y trifluorado o fluoroformo de los cuales bastará que consideremos el primero y el tercero; en aquel a los átomos hidrógeno ha reemplazado el cloro constituyendo un cuerpo líquido incoloro de olor a manzanas que es muy volátil a la temperatura ordinaria y que aspirado en alguna cantidad actúa sobre el sistema nervioso y produce la anestesia general; en el metano triiodado han sustituido a tres átomos de hidrógeno otros tantos de iodo y su resultante es un cuerpo sólido de color amarillo de azufre cristalizado en láminas delgadas que tiene una aplicación terapéutica extensa en el tratamiento antiséptico de las heridas y más en los comienzos de la cirugía antiséptica que en la actualidad; ahora bien, en ambos casos derivados del metano quedan de su composición el átomo de carbono y un átomo de hidrógeno, luego las propiedades terapéuticas completamente diversas entre ellos no pueden asimilarse a los elementos iguales sino a los distintos, es decir, al cloro y al iodo; pero aquí ocurre que al ponerse en contacto con el medio interno del organismo, la composición del medio se altera por la presencia del medicamento y una serie de reacciones intraorgánicas ha de realizarse, aunque nos sean desconocidas, para arrancar al derivado metánico los átomos del halógeno, dejando por tanto a éste en el estado naciente para actuar sobre el sistema nervioso produciendo la anestesia, o sobre la vitalidad microbiana en el compuesto iódico; en el cloroformo la reacción parece natural que se realice en el torrente circulatorio y bien que el cloro actúe directamente sobre el sistema nervioso o que lo haga después de combinado con algún otro elemento normal en la sangre es él o un compuesto suyo intra-orgánico el que produce la acción terapéutica; de como se transforma el metano triclorado dentro del organismo no hay que intentar hacer conjeturas más o menos científicas puesto que ello no había de resolver tampoco nada; nos es dado saber que dentro de los tejidos se realiza la descloración del metano y que el cloro naciente produce la anestesia y luego se elimina por las vías que tiene el organismo dispuestas para ello quedando el carbono y el hidrógeno para sufrir también metamorfosis y contribuir a las combustiones orgánicas u oxidaciones que constituyen el comercio vital. No ocurre lo mismo con el iodoformo cuya acción microbicida en el caso de aplicación externa a las soluciones de continuidad es un proceso por decirlo así completamente ajeno al organismo que ha de recibir el beneficio de la antiseptia producida principalmente por la acción del iodo puesto que no se trata del exterminio de gérmenes morbosos que han penetrado en la economía, sino de evitar su penetración y de que pululen en contacto del organismo lesionado produciendo cuerpos tóxicos que absorbidos

determinan los trastornos propios de la enfermedad que les corresponda; en este caso el halógeno obra directamente sobre los microorganismos patógenos y sobre las células del tejido de la lesión que no se hallan protegidas por sus defensas naturales, a aquellas les quita vitalidad formando compuestos iodados con su propia substancia y a estas las transforma también amortiguando sus funciones y convirtiéndolas encubiertas de protecciones defensoras de las capas más profundas de los tejidos.

El misterioso determinismo de los fenómenos bioquímicos realizados en la intimidad de los tejidos está vedado por hoy a la inteligencia humana que trata de inquirir sus verdades y algunas entran poco a poco en las confirmaciones científicas; pero la obra es inmensa y las generaciones se suceden y el avance se realiza a impulso de genios cuya existencia es efímera y la labor infinita en el transcurso de los siglos.

Hemos dicho algo en casos de hidrocarburos saturados cuyas reacciones para formar nuevos compuestos se realizan siempre por sustitución de alguno de sus átomos de hidrógeno, pero si el problema lo llevásemos a los de las series de Berthelot no saturados se hace más amplio todavía y las aplicaciones más numerosas. Como nuestro ánimo no es dar en este trabajo un extracto de la química orgánica sino simplemente mostrar con el índice algún aspecto de las múltiples aplicaciones después de las que a la terapéutica se refieren queremos señalar alguna de las que hicimos mención al principio.

Las materias colorantes artificiales, es decir, las que se deben al ingenio del químico, pertenecen a las series orgánicas y preside su formación esas mismas reacciones mencionadas anteriormente de sustitución y adición de los átomos de hidrógeno en las series a los radicales que las fundamentan, generalmente pertenecen a las series aromáticas y pirídicas y en su composición entra siempre el oxígeno en cantidad variable.

Si las materias colorantes orgánicas se someten a una reducción parcial de su oxígeno se convierten en substancias incoloras que se llaman *leucobases* o *leucoderivados* de manera que el producto oxidado es la materia colorante y el mismo reducido es la leucobase y de esto se deduce la estrecha relación que existe entre la composición y el color de los cuerpos, opinión sustentada desde 1876 por Otto N. Witt según el cual para transformar en materias colorantes los hidrocarburos incoloros, basta introducir en sus moléculas ciertos grupos de átomos que pueden reunirse bajo la denominación de *cromógenos* y entonces el hidrocarburo así transformado es un *cromóforo* ligeramente coloreado; para hacer resaltar su tono y su poder tintóreo se necesita multiplicar el número de los agrupamientos cromofóricos y también introducir en la composición OH o NH² que son grupos salinificables llama-

dos *auxocromos*: La bencina, por ejemplo, es un hidrocarburo incoloro en el que por nitración se introduce el grupo cromógeno NO^2 y se convierte en nitrobencina que es un cromóforo. Transformada la bencina en fenol se introduce el auxocromo OH y se obtiene el nitrofenol de pequeña intensidad colorante y últimamente si se multiplican los cromógenos agregando además 2NO^2 resulta el trinitrofenol o ácido pícrico que es un colorante intenso de amarillo. Según el grupo cromógeno que se introduce en la leucobase resultan los *derivados nitrados, azóicos, oxiquinonas*, etc., etc.

El desarrollo y aplicación de las teorías a la obtención de materias colorantes alcanza en la actualidad una importancia industrial extraordinaria y es fuente de riquezas incalculables principalmente en Alemania donde se halla al presente domiciliada la explotación más perfecta.

Otra de las aplicaciones hechas se refiere a la obtención de materias explosivas de que vamos a ocuparnos brevemente para terminar.

Conceptuando la composición de los cuerpos como un sistema de fuerzas químicas que mantiene en equilibrio los elementos que constituyen la molécula hemos de encontrar una diferencia considerable entre la atracción de unos y otros constituyendo sistemas químicos unas veces de unión inquebrantable entre los elementos que lo forman y otras por el contrario es tan deleznable la afinidad o simpatía que les une, que basta la más insignificante ocasión para romperla, uniéndose a otros con vínculos más fuertes. Estos cuerpos inestables, al abandonar su posición por otra más duradera y firme, se desprenden en forma de calor de la energía que les retuviera sujetos, dejan por tanto para disponer de ella una fuerza considerable: a estos sistemas inestables corresponden los cuerpos explosivos y aunque algunos son minerales los más importantes y usados en la actualidad son compuestos orgánicos de carbono e hidrógeno en proporciones muy variables y de ahí su multiplicidad de las cuales tienen la mayor importancia los derivados de las series grasa y aromática ($\text{C}_n\text{H}^{2n+2}$ y $\text{C}_n\text{H}_{2n-6}$) en las que por sustitución de un átomo de hidrógeno por un oxidrilo, dos por dos idem, por tres por cuatro, hasta seis, se obtienen los alcoholes mono, di, tri... hexavalentes que combinados con los ácidos forman éteres que en la química orgánica representan lo que las sales en la inorgánica; es decir la combinación de una base con un ácido. Si tomamos por ejemplo en la serie grasa el hidrocarburo en cuya fórmula es $n=3$ y cuya fórmula C_3H_8 ; si sustituimos tres átomos de hidrógeno por tres oxidrilos, tendremos el alcohol trivalente $(\text{HO})_3\text{C}_3\text{H}_5$ o sea la glicerina que combinada con el ácido nítrico forma el éter en la siguiente reacción: glicerina + ácido nítrico = nitroglicerina + agua y ya hemos obtenido uno de los principales explosivos usados en la industria al que la humanidad debe mucho progreso y muchas víctimas.

No quiero cansar más vuestra atención; la inmensa mayoría de los fenómenos observados en la vida de los organismos vegetales y animales son transformaciones de los compuestos de carbono y así como a las leucobases sólo les falta la presencia del oxígeno para dar vitalidad a su color y a los explosivos igualmente para determinar la deflagración, en los cuerpos animados las sucesivas oxidaciones y reducciones de sus elementos carbonados constituyen la característica de su existencia.

Al dar por terminado mi trabajo en nombre de la Academia, réstame manifestar que al conceder la distinción que por unanimidad ha otorgado al Sr. Gelabert, se honra a sí misma.

HE DICHO



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Sociedad Oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL DÍA 15 DE FEBRERO DE 1917

Catarata complicada con amaurosis histérica.

(CONCLUSIÓN)

No habrá duda que la corrección de cristales estaba bien hecha; de otra parte, la pupila completamente negra, no autorizaba a pensar, que el defecto visual dependiera de algunas células cristalinas que podrían haber quedado sin extraer en el momento de la operación. ¿Cuál podrá ser la causa de que el enfermo no alcanzara mayor cámara oscura a 5 metros de distancia, antes de practicarle la operación? Procedí a reconocer al enfermo con el oftalmoscopio y me encontré con un fondo de ojo normal. Nada se apreciaba en la retina que nos pudiera explicar su alteración visual.

Mandé volver al enfermo por mi consulta cuando pasara cierto tiempo haciendo uso de los cristales correctores y al cabo de dos meses pude comprobar, con gran sorpresa, que había mejorado notablemente su visión en el ojo operado, alcanzando a $\frac{1}{2}$ de la escala correctamente, y algunas letras de $\frac{2}{3}$

¿Cómo se explica esta mejoría de agudeza visual a medida que pasa el tiempo? No se puede interpretar de otra forma según mi humilde opinión más que admitiendo una auto-intoxicación del enfermo que desapareció después de la operación o una ambliopía exanópsica por falta de función retiniana durante la evolución cataratosa.

Al hablar de las ambliopías, me parece oportuno relatar un caso clínico muy interesante por su perturbación funcional.

Erase una señorita de 18 años algo desnutrida y excesivamente nerviosa que después de una fuerte emoción, sufrió un ataque nervioso quedando completamente ciega; al recuperar el conocimiento a las 24 horas de ocurrir el accidente, se pre-

sentó en mi consulta apoyada en los brazos de su madre y una hermana, diciéndome que su ceguera había sido repentina.

Examiné detenidamente a la enferma y pude comprobar en ella la triada sintomática que caracteriza la amaurosis histérica, ceguera rápida, ausencia de lesión en el fondo del ojo, y conservación de los reflejos pupilares a la luz.

El diagnóstico por lo tanto era sencillísimo y no admitía lugar a dudas. Le propuse a la enferma un tratamiento que obrase por sugestión, duchas frías y una disolución débil de sulfato de zinc, para que le instilasen una o dos gotas en sus ojos y sintiera ligero escozor, repitiéndole muchas veces que al volver dentro de cuatro días por mi consulta, lo haría con visión suficiente para poderse manejar. Así sucedió en efecto, la enferma penetró en mi despacho en la segunda visita diciendo que había recuperado en gran parte la vista perdida. Le demostré lo beneficioso que le había sido la medicación empleada y que era necesario continuar con ella ocho días más para cuya época estaría completamente curada. Transcurrió el tiempo indicado, vuelve la paciente a mi consulta con la visión normal de lejos y de cerca, alcanzando el número uno de la escala correctamente, pero desencantada ella y la familia, porque al mirarse al espejo no se veía la cara, siéndole imposible hacerse su toilette cosa que le era sumamente desagradable. Nueva insistencia de que no abandonara el tratamiento hasta que le volviera la visión al mirarse en el espejo, y termina la historia, por no saber más de la enferma.

El caso es interesante por ser la amaurosis binocular como los casos de Gacobson y Harlant. Lo más a menudo esta amaurosis histérica es unilateral. Conforme también la afirmación de Mendel y Parinand de que la reacción de la pupila a la luz se conserva en la amaurosis histérica.

¿Cómo explicar el que la enferma después de recuperar la visión carece de ella al mirarse al espejo? La fisiología patológica de los trastornos oculares en la histeria todavía se encuentra en estado hipotético. Charcot y sus alumnos suponen que los diferentes síntomas de la histeria son debidos a trastornos funcionales de la corteza cerebral y Struempell a un trastorno de la acción recíproca, que los diferentes centros nerviosos ejercen el uno sobre el otro, es decir, que existe todavía en este punto una nebulosa que es preciso aclarar.

DR. BASTERRA.—Recuerda un caso con pérdida súbita de la visión; examinada atentamente la enferma presentaba el fondo de ojo completamente normal lo mismo que los reflejos pupilares; se trataba pues de una amaurosis histérica. El tratamiento fué sugestivo y por darle algo se le recetó atropina y llegó a tener un entero de visión. Expone la relación frecuente entre la amaurosis histérica y los grandes traumatismos para acogerse a la ley de accidentes del trabajo; se trata muchas veces de simuladores.

DR. GARCÍA MANSILLA.—Agradezco a los señores Sánchez, Castresana y Basterra, tanto su intervención en la discusión del caso de *catarata con amaurosis histérica* que he tenido el honor de presentar a la Sociedad, como los elogios inmerecidos que han tributado a mi modesto trabajo.

La intervención del señor Sánchez es sumamente oportuna tanto por haber seguido la historia de la enferma cuando prestaba sus servicios como Interno en mi clínica del Hospital General cuanto por haber visto después a la misma con otro ataque de amaurosis histérica y haberla curado con el único tratamiento eficaz que es la sugestión mental, comprobada cuando pasó el ataque, que la visión en el ojo operado de catarata se restablecía y quedaba en el mismo estado que cuando fué operada.

Felicita además al señor Sánchez por su brillante modo de hacer su debut en la Sociedad Oftalmológica y le invita a presentar nuevos trabajos.

Los dos casos del Dr. Castresana los considera de gran interés; el primero, viene a demostrar cuanto influyó el estado general para aumentar la agudeza visual de su operado de cataratas aumento que indudablemente fué debido a una modificación del sistema nervioso: el segundo, es un caso excepcional de amaurosis monocular histérica, con el curioso fenómeno de no verse la enferma en el espejo, aunque su agudeza visual era normal.

A este propósito recuerda el Dr. Mansilla el caso de una señora que después de recobrar por completo su vista, después de un ataque de amaurosis histérica, veía todos los objetos de color violeta, fenómeno que desapareció después por completo a los tres días. Este hecho como el del caso del Dr. Castresana y otros muchos que refieren las histéricas, son de muy difícil explicación.

Respecto al caso del Dr. Basterra le considera muy digno de tenerse en cuenta siempre que se trata de informar sobre los accidentes del trabajo con lo que conviene no confundir la simulación con los histerotraumatismos.

En fin, con respecto a la pregunta del Dr. Márquez relativa al estado de fondo de ojo de la enferma de catarata con *amaurosis histérica* manifiesta el Dr. Mansilla que era completamente normal, según pudo comprobar después que la paciente estaba operada, con lo cual pudo reunirse a posteriori la triada sintomática de la amaurosis histérica, que son ceguera completa, *integridad de fondo de ojo* y persistencia de los reflejos pupilares.

SECCIÓN VARIA

El Colegio de Huérfanos de Médicos y sus detractores

Sistemáticamente, porque repugna a nuestra manera de pensar sobre las cuestiones médico-sociales, hemos guardado silencio respecto a la tan discutida *Fundación Santa Cándida*, no obstante haber sido requeridos cariñosamente a exponer nuestra opinión por los ilustres compañeros que dirigen el simpático periódico *MURCIA MÉDICA*, adversario de la mencionada Institución por creer que las fuentes de recursos no son lo cristalinas que conviene ni se hallan a la altura moral de los que profesamos, como un sacerdocio, nuestra honrada carrera.

Y nosotros, que simpatizamos con la campaña del colega murciano y permanecemos mudos estimando que la *Fundación Santa Cándida* sería uno de tantos organismos que desaparecería, aunque de momento produjese un beneficio al periódico que la patrocinaba, no podemos pasar por los dislates que aparecen estampados en el Suplemento núm. 111 de *Los Progresos de la Clínica*, combatiendo a los fundadores del Colegio de Huérfanos y augurándole un triste porvenir.

¡Lamentable espectáculo! La clase médica está condenada a permanecer por toda la eternidad, en anárquica desunión por culpa de los celos de los figurones de arriba a los que servilmente suelen hacer coro los de abajo. Estos celos, esas envidias, esos rencores que en muchas ocasiones tienen origen en una consulta a la cabecera de un enfermo, son los que se reflejan en el artículo que motiva estas líneas. Recelos y rencores que debieran olvidarse cuando un espíritu altruista tuvo la fortuna de cristalizar en soberana disposición una de las múltiples reivindicaciones que el proletariado profesional—más numeroso de lo que puedan figurarse los que, afortunadamente, llegaron, quizá de un salto, a las cumbres—demanda de continuo.

Véase como se empequeñecen las cosas que, pese a la mayor o mejor fortuna que tengan en su desenvolvimiento, nacieron grandes.

«Alma generosa Burell, toda idea altruista le seduce; la clase médica difícilmente podría encontrar ministro más propicio a satisfacer sus afanes. No le hace

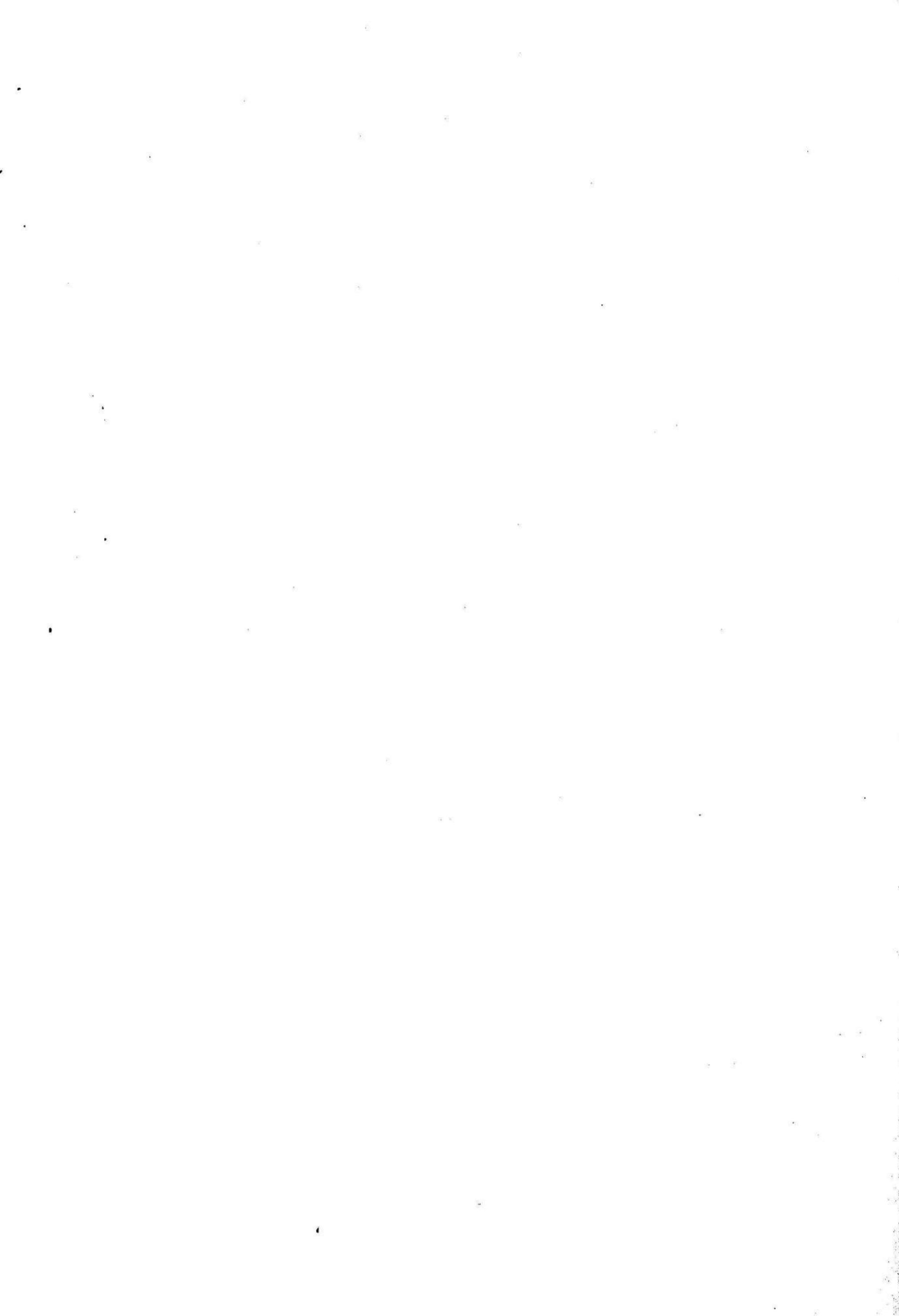


GIL VICARIO.
7-6

DR. FRANCISCO ALEMAN

Redactor de MURCIA MÉDICA





falta sino tener a su lado alguien que le señale el camino para lanzarse por él con la ardorosa decisión de su corazón magnánimo. Esa elevada intelectualidad y esas felices disposiciones del ministro ¿han sido inspiradamente aprovechadas en beneficio de la clase con el Real decreto de creación del Colegio de Huérfanos? Creemos que no. Ese decreto crea un Colegio en el papel, que difícilmente podrá erigirse en la realidad, y ha sido un golpe en vago con el que se ha ocasionado al ministro una inútil molestia.»

Este es el primer párrafo del artículo dedicado a combatir el Colegio; mas para que no pueda dudarse de la inquina, de lo personalismo de la censura, del sacrificio del interés colectivo a la vana satisfacción de zaherir a determinada personalidad, continúa: «La opinión médica atribuye al Dr. Cortezo la sugestión de ese Real decreto, y parece verosímil que así sea. Tiene algo de su marca de fábrica. El señor Cortezo ha creado algunas cosas en la *Gaceta* que después ha costado a sus sucesores Dios y ayuda llevar a vías de hecho.» Y para lucir su talento satírico el autor del desgraciado trabajo, dice en otro párrafo:

«Un impuesto a los médicos, por cada cliente que se les muera, constituye realmente un ingenioso arbitrio, según lo calificó *El Siglo Médico*, y además nos dará a conocer quiénes son aquellos a quienes hoy, con intuición confusa de estas cosas, califica el vulgo de *primeros espadas*. Tenemos ya curiosidad de saber qué lugar ocupará el Dr. Cortezo en este escalafón macabro, pues los nombres de los contribuyentes se publicarán, sin duda, por orden, según la cuantía de sus ingresos, para despertar la gratitud de quienes reciben los beneficios. ¡Qué gran bienhechor nuestro, dirán los huérfanos acogidos, leyendo la Memoria de Secretaría, fué el Dr. Tal que ingresó el año pasado mil quinientas pesetas por derechos de defunciones! Nosotros, en cambio, no podemos menos de pensar en el papel ridículo que harán aquellos compañeros a quienes no se les hayan muerto en el año sino dos o tres clientes y figuren abochornados en las listas de la Institución con poco más de una peseta.»

Ingeniosidades tan deslabazadas como las transcriptas no merecen el más mínimo comentario. Las entregamos a los de nuestros lectores bien seguros que obtendrán la repulsa de su indignación. Si *Los Progresos de la Clínica* ha notado deficiencias en el Decreto de 15 de Mayo, señálenlas para ver si pueden corregirse y si al autor del artículo se le ocurre un medio oportuno para salvarlas, expóngalo claramente que la clase médica, muy necesitada de disposiciones que la protejan, le aplaudirá sin regateos.

Ante la actitud de agria censura a ultranza de los que emprenden injusta campaña que perjudica los intereses colectivos, debemos unirnos los que trabajamos obscuramente en un rincón castellano para rechazar los zarpazos con que la envidia

de los que llegaron a la meta, quieren destruir una de las instituciones más nobles y más santas.

Contiendan como gusten los que tengan agravios que ventilar, pero no priven a los médicos pobres, a los desheredados de la clase, de la tranquilidad con que de poco en adelante podrán ver el porvenir de sus hijos. En nombre de los huérfanos desvalidos, si a *Los Progresos de la Clínica* le merecen alguna consideración, debe cesar esa campaña de desprestigio y deben unirse los esfuerzos para que el Colegio llegue a la cima.

Que hasta ahora, y pese al colega, los medios de obtener recursos para su sostenimiento son más claros que los de la *Fundación Santa Cándida*.

A. ACEBO

(De *La Información Médica* de Cuenca.)

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

Cómo hacemos "Murcia Médica,"

De no haber dicho algún colega que nuestra revista se debía a la munificencia de un fabricante de específicos, y de no haberse dicho por otro, versado en cuestiones periodísticas, que era inexplicable se pudiera ofrecer la suscripción de MURCIA MÉDICA por cinco pesetas anuales, siendo indiscutiblemente mayor el valor intrínseco de la revista, no entretendríamos la atención del amable lector con este tema que afecta exclusivamente a nuestro gobierno interior, mejor dicho, a nuestra administración.

Pero, francamente, nos complacemos en que el asunto combatido por nosotros, de *Santa Cándida*, haya dado ocasión para que hablemos de esto que no constituye una novedad, a no ser que MURCIA MÉDICA fuese la única revista profesional que insertase anuncios y que no existiese ninguna publicación española que su coste fuese notoriamente menor que el del papel. Ahí tenemos el *A B C*, cuyo precio de cinco céntimos, es evidentemente más pequeño que su valor material.

Pues bien, hemos de demostrar que nuestro plan administrativo es el general seguido por todos los colegas para la edición de sus revistas, si bien con variaciones que acreditan la individualidad.

Bajo el punto de vista económico, ¿cómo se hace un periódico profesional?

Todas las revistas cuentan con dos fuentes de ingresos, a saber: la suscripción y el anuncio. De la suma de ambos elementos se cubre el presupuesto de gastos; unas veces con déficit, otras con saldos nivelados, y finalmente, las menos, con superávit.

Conocido el presupuesto de gastos de una revista ha de buscarse en la suscripción y en el anuncio su sostenimiento.

Veamos:

Designemos por *A* el ingreso proporcionado por el anuncio; por *S* el que rinde la probable suscripción y llamemos *G* al gasto total del presupuesto. Prescindiendo del caso de déficit, porque la publicación cesaría, y asimismo del que obtuviese superávit, porque aún sin negar la posibilidad de su existencia, no debe ser frecuente, consideremos la cuestión bajo el aspecto de saldos nivelados o lo que es lo mismo, ingresos igual a gastos.

Y tendríamos que: $A + S = G$ fórmula que traducida al lenguaje usual, dice: la suma del ingreso *anuncio* mas la del ingreso *suscripción probable* es igual al total del presupuesto de gastos. Es por tanto el caso de saldos nivelados. No hay pérdidas, pero tampoco utilidades.

Ahora bien; la cantidad G puede no variar, seguir siendo la misma, aunque las A y S varíen, con tal que lo que disminuya S lo aumente A . Esto es, podemos hacer menor el valor de la suscripción, siempre que, lo que aminoremos esta, se lo aumentemos al anuncio.

Así pues, según esta teoría, pensamos en dar a MURCIA MÉDICA el insignificante precio de cinco pesetas, suscripción anual, y por tanto en el coste elevado de nuestros anuncios.

Con ello hemos conseguido la enorme ventaja de poder brindar a los colegas en profesión médica, excelente y bien presentada revista por poco precio; ventaja que trae como corolario el aumento indudable del número de suscriptores. Y hemos obviado un pequeño defecto que afea a la mayor parte de las revistas, cual es el excesivo anuncio. En nuestro primer año de vida, que no pusimos en práctica nuestro actual criterio administrativo, acaso era la nuestra, la revista que más anuncios insertase; y acaso por ello vimos más de cerca el defecto del exceso de reclamo.

Por esto nuestro criterio varió. Sumemos el total del ingreso de anuncios y en vez de cubrirlo con 20 o 30 anunciantes repartamos el total, sólo entre 2 o 3 o 4 y habremos conseguido el mismo objeto anulando el defecto de excesiva publicidad comercial.

Por la misma razón, pero inversa, que siendo barata la suscripción, ha aumentado considerablemente el número de suscriptores; siendo necesariamente caro el anuncio, han desaparecido nuestros primitivos anunciantes.

Eso es todo. Por eso son pocos los que aparecen hoy en nuestras páginas; porque pocos han sido los que han aceptado nuestra teoría de encarecimiento del anuncio y abaratamiento de la suscripción.

Fabricantes importantes como Robert, Vivas Pérez, Saiz de Carlos, Puy, Busto, Nativelle, Parke Davis, etc., etc. han tratado con nosotros del anuncio y no hemos convenido contrato por parecerles excesivamente costosa nuestra tarifa.

Así pues, es preciso hacer constar, que nuestras páginas han estado y siguen estando dispuestas para los anunciantes que acepten nuestras condiciones; y por tanto, en manera alguna quiere decir que si hoy son pocos nuestros anunciantes, uno solo que fuese, no por ello dejábamos de poseer sobre nuestra revista, los derechos que como propietarios de ella, dejan incólume nuestra autonomía.

No perseguimos el lucro. Bien claro está; dejamos en beneficio del suscriptor, ofreciendo barata nuestra revista, el exceso de coste de nuestros anuncios, comparado con el de las demás revistas. Por el contrario hay de ellas quienes hacen caro el anuncio y la suscripción; lo que indudablemente nos dice que el fin que persiguen es la utilidad, es el lucro.

Nosotros aún daríamos más barata nuestra revista, si hubiese anunciantes con

más arrestos que no titubeasen en aceptar nuestras condiciones. CON ELLO NOS AYUDARÍAN EN NUESTRA LABOR DE FAVORECER LA LITERATURA MÉDICA ESPAÑOLA, ESTIMULANDO A LA LECTURA DE BUENAS REVISTAS POR POCO COSTE.

Conste, pues, que nuestra labor es patriótica y completamente desinteresada, a pesar de lo que, sin precedentes y a la ligera, hayan supuesto los maliciosos.

¡Hay gente capaz de todo!

FUNDACIÓN SANTA CÁNDIDA

Ya apareció el peine

Nos explicamos el interés de algunos porque prevalezca *Santa Cándida*. La novel sociedad Drayjel, productora de varias especialidades, tiene sus miembros formando parte del Patronato de la Fundación. Sin duda alguna por puro altruismo.

Vean los señores de *Los Progresos*, como, indirectamente, la Sociedad Drayjel, nos contesta a aquella pregunta que le hicimos en nuestro artículo «Tenemos para todos».

¿Tiene alguna relación *Los Progresos* con algún conocido depositario de específicos?

LOS DIRECTORES DE MURCIA MÉDICA

I Congreso Nacional de Medicina

QUE SE CELEBRARÁ EN MADRID LOS DÍAS 21 AL 26 DE ABRIL DE 1918, BAJO EL AUGUSTO PATRONATO DE S. M. EL REY

REGLAMENTO

Art. 1.º El I Congreso Nacional Español se reunirá en Madrid bajo el Patronato de S. M. el Rey D. Alfonso XIII, en los días 21 al 26 de Abril de 1918.

Art. 2.º El Congreso se compondrá de miembros numerarios y miembros agregados.

Podrá inscribirse como miembro numerario del Congreso toda persona que esté legalmente autorizada para ejercer en España la Medicina, la Farmacia, la Odonto-

logía y la Veterinaria, y los extranjeros y personalidades que fueren invitados por la Comisión organizadora.

Podrán ser miembros agregados del Congreso las personas de la familia del numerario, los estudiantes de las profesiones médicas y los expositores de la Exposición de Medicina.

Los congresistas de ambas categorías podrán asistir a todas las sesiones del Congreso; pero únicamente los numerarios tendrán voz en las discusiones y podrán presentar trabajos.

Art. 3.º Los congresistas abonarán una cuota de 25 pesetas los numerarios, y de 15 los agregados al hacer su inscripción, al tesorero del Congreso, quien, mediante ese pago, les entregará la «Tarjeta de Congresista», indispensable para disfrutar de todas las prerrogativas y ventajas concedidas a los miembros del Congreso.

Art. 4.º Una «Junta de organización» tendrá a su cargo todos los trabajos de preparación del Congreso y ella es la autorizada para la admisión de trabajos, inscripciones y monografías.

Art. 5.º El Congreso se dividirá en las siguiente secciones:

1. Anatomía y Fisiología.—II. Higiene, Bacteriología y Parasitología.—III. Terapéutica, Materia médica e Hidrología.—IV. Medicina interna (cuatro subsecciones).—V. Cirugía (tres subsecciones).—VI. Obstetricia y Ginecología.—VII. Paliopatía, Puericultura, Maternología y Eugénica.—VIII. Dermatología y Sifilografía.—IX. Oftalmología.—X. Otorinolaringología.—XI. Electricidad médica.—XII. Medicina legal y Toxicología.—XIII. Odontología.—XIV. Literatura médica, Bibliografía, Deontología e intereses profesionales.—XV. Medicina militar y naval.—XVI. Farmacia.—XVII. Veterinaria.

Art. 6.º El Congreso celebrará sesiones plenas con asistencia de todas las secciones, sesiones de sección y sesiones de varias secciones reunidas para tratar de temas de interés común.

Art. 7.º De las sesiones plenas la primera será la de inauguración y en ella el presidente pronunciará el discurso de apertura.

Art. 8.º En la última sesión plena se votarán las conclusiones propuestas por las secciones, la población donde haya de celebrarse el próximo Congreso, y la elección de Junta directiva de la Asociación Médica Española.

Art. 9.º Habrá además las asambleas generales extraordinarias que sean necesarias para la discusión de asuntos generales o la presentación de conferencias científicas, cuyo programa será fijado por la Junta de organización. Las conferencias no serán motivo de discusión.

Art. 10. La Mesa del Congreso fijará el orden del día de cada sesión.

Art. 11. El presidente en cada sesión dirigirá los debates en la forma usual de los cuerpos deliberantes.

Art. 12. Los trabajos que se presenten en el Congreso serán:

A. Conferencias dadas en las sesiones del Congreso en pleno por las personas invitadas al efecto.

B. Ponencias sobre temas determinados, encomendados a sus autores por la Junta de organización. Estas ponencias serán leídas en la sesión respectiva, en un tiempo que no deberá pasar de media hora.

C. Comunicaciones presentadas por sus autores en las diversas secciones.

Art. 13. A excepción de las conferencias, ningún trabajo podrá presentarse ni ser motivo de debate, si antes del 1.º de Abril no se remite un resumen del mismo o las conclusiones a la mesa de la sección, que resolverá lo que estime justo. Estos extractos no podrán exceder de 500 palabras. Serán impresos y repartidos al comenzar el Congreso.

Art. 14. El tiempo asignado a cada comunicación no deberá pasar de quince minutos, y los oradores que tomen parte en la discusión no podrán hablar más de cinco minutos, a menos que así lo acuerde la Asamblea al ser consultada.

Art. 15. Un libro de actas detallado con todos los trabajos del Congreso, se publicará en tiempo oportuno bajo la dirección de la Comisión de Actas y de la Junta directiva de la Asociación Médica Española, que se reservará fijar la extensión de las comunicaciones y memorias que deban imprimirse.

Art. 16. Los presidentes de cada sección podrán, a su discreción, inaugurar los trabajos de la sección respectiva con un breve discurso en la sesión de apertura de la sección; propondrán los presidentes honorarios de cada sección y harán cumplir, por su intervención personal, las disposiciones reglamentarias en lo que al trabajo de la sección se refiere.

Art. 17. En las sesiones de apertura y de clausura sólo podrán pronunciar discursos las personas que hubieren sido invitadas para ello por el Comité ejecutivo del Congreso.

Art. 18. Después de la primera Asamblea general, el Congreso se reunirá en secciones.

Art. 19. El presidente y el secretario de cada sección organizarán el programa diario de trabajos, dando preferencia para la presentación de monografías a aquellas cuyos autores estén presentes y hubieran, en tiempo oportuno, remitido el resumen de las mismas.

Art. 20. El texto escrito de todas las comunicaciones y discusiones deberá ser entregado el mismo día al secretario de la sección para su inclusión en el libro de «Actas».

Art. 21. La Mesa del Congreso decidirá en último término sobre toda cuestión no prevista en este Reglamento.

S. M. el Rey Don Alfonso XIII otorga a este Congreso su augusto patronato.

Presidencia de honor.—*Presidentes:* Dres. D. Santiago Ramón y Cajal, Don Carlos María Cortezo, D. Amallo Gimeno y D. José R. Carracido.—*Vicepresidentes:* Dres. D. Manuel Martín Salazar, D. Angel Pulido, D. Manuel Tolosa Latour y D. Rafael Rodríguez Méndez.—*Presidente efectivo:* D. José Gómez Ocaña, senador, académico y catedrático.—*Vicepresidente efectivo:* D. Sebastián Recasens, académico y decano de la Facultad de Medicina.—*Secretario general:* D. Florestán Aguilar.—*Tesorero,* D. C. Calatayud Costa.

Comisión organizadora.—D. Manuel Márquez, académico y catedrático, Puerta del Sol, 13; D. José Goyanes, académico, Serrano, 43; D. Teófilo Hernando, catedrático, Serrano, 40, principal; D. Celedonio Calatayud, director de la *Revista Española de Electrología y Radiología Médicas* y presidente de la sociedad de este nombre, Daoiz, 6; D. César Juarros, médico de Sanidad militar, Prim, 13; Don Pío Arias Carvajal, publicista, Malasaña, 9; D. Joaquín Núñez Grimaldos, periodista médico, Argensola, 2; D. José Verdes Montenegro, director del Dispensario María Cristina, Prado, 4; D. Leonardo Peña, catedrático, Lagasca, 91; D. Francisco Castro, catedrático, Valverde, 10; D. Antonio Tapia, académico, Alcalá, 52, y Don Gregorio Marañón, médico del Hospital general, Lista, 11.

Otras comisiones.—*De organización de la asociación médica española:* Señor presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, Sr. Inspector general de Sanidad, Sr. Decano de la Facultad de Medicina, Dr. A. García Tapia, Dr. José Grinda, Dr. Manuel Márquez, Dr. Luis Ortega Morejón y Dr. Florestán Aguilar.

De organización de sesiones clínicas: Dr. Sebastián Recasens, Dr. Cospedal, Dr. Tello, Dr. Goyanes, Dr. Semprún, Dr. Olivares y Dr. López Durán.

De exposición: Sr. Presidente del Colegio de Médicos, Dr. César Chicote, D. Amalio Fernández, director del Parque de Sanidad Militar; Dr. León Cardenal, Sr. Presidente del Círculo de la Unión Mercantil, Dr. Celedonio Calatayud y Don Leonardo Torres Quevedo.

De propaganda: Marqués de la Vega Inclán, Sr. Verdejo, D. Torcuato Luca de Tena, D. Miguel Moya, Dr. Victor Cortezo, D. Julio Romero de Torres, Dr. César Juarros y D. Mariano Marfil.

De festejos: D. Alfonso Díaz Agero, Dr. Peña, alcalde de Madrid, Dr. Florestán Aguilar, Sr. García Sanchiz, D. Fernando Vizcai y D. José Juan Cadenas.

De alojamientos: Dr. Peña, D. Leopoldo Romeo, Sr. Corradí, gerente del Palace, presidente de la Sociedad de Hoteleros, y Dr. Arias Carvajal.

De libro de Actas: Los señores secretarios de las Secciones y secretario general.

PROYECTO DE PROGRAMA.—1918.—ABRIL, 21 AL 26

Domingo 21.—A las tres, sesión inaugural del Congreso, en el local de la Biblioteca y Museos Nacionales, bajo la presidencia de S. M. el Rey.

Discurso del presidente del Congreso.—Idem de los invitados extranjeros.—Idem del rector de la Universidad.—Idem del alcalde de Madrid.—Idem del ministro de Instrucción Pública.

A las cuatro y media. Inauguración de la Exposición de Medicina e Higiene (Fotografía).

A las diez. Recepción en el Ayuntamiento.

Lunes 22.—A las diez, hasta la una. Reunión de las secciones (lectura y discusión de Memorias).

A las tres. Reunión general del Congreso (Conferencia).

A las cuatro. Reunión de las secciones (lectura y discusión de Memorias).

A las nueve. Banquetes de las Secciones.

Martes 23.—A las ocho y media. Sección de demostraciones clínicas y operatorias, en la Facultad de Medicina, Instituto Rubio, Hospital general, idem de San Juan de Dios, idem Militar, idem Militar de Urgencia, idem de la Princesa, idem del Niño Jesús, Instituto Alfonso XII, Laboratorio Municipal, Escuela de Veterinaria, Casa de Socorro de Palacio.

A las tres. Sesión general del Congreso (Conferencias).

De cuatro a seis. Reunión de secciones (lectura y discusión de Memorias).

A las ocho y media. Banquete general del Congreso en el Teatro Real.

Miércoles 24.—Excursión a Toledo en tren especial, que saldrá de la estación del Mediodía a las nueve de la mañana. A las diez, llegada a Toledo. Visita a los monumentos. Almuerzo en San Juan de los Reyes. Conferencia de Mme. Curie. A las seis, regreso.

A las nueve. Función de teatro. Diputación.

Jueves 25.—De diez a una. Reunión de secciones. A las cinco de la tarde, idem. A las diez de la noche, recepción.

Viernes 26.—A las nueve y media. Reunión de secciones (lectura y discusión de Memorias). Reunión de comisiones.

A las tres. Sesión de clausura del Congreso, votación de conclusiones, constitución de la Asociación Nacional Médica Española, votación del lugar del próximo Congreso, discurso de clausura.

SECCIONES DEL CONGRESO

Sección I.—Anatomía y Fisiología.—*Presidente*, Dr. Augusto Pi Suñer, Barcelona.—*Secretario*, Dr. Julio Toledo, Madrid.

Tema: «Factores fisiológicos de la diuresis».

Ponentes: Dr. José Gómez Ocaña, Dr. Leonardo Peña, Dr. Jesús M.^a Bellido, Zaragoza, y Dr. Celestino Lorenzo Torremocha.

Sección II.—Higiene, Bacteriología y Parasitología.—Presidente, Dr. Gustavo Pittaluga, Madrid.—*Secretario,* Dr. Jorge Francisco Tello, Madrid.

Ponente: Dr. Pittaluga.

Sección III.—Terapéutica, Materia Médica e Hidrología.—Presidente, Doctor Vicente Pesset, Valencia.—*Secretario,* Dr. J. Sanchis Banus, Madrid.

Temas: «Intervención del Estado en el régimen y gobierno de las fuentes minero medicinales en España».—«Las aguas acratotermas españolas; su origen y sus indicaciones».—«Espectro-análisis de las aguas minerales».

Ponente, Dr. Pinilla.

Sección IV.—Medicina interna (cuatro Subsecciones).—Subsección A) ENFERMEDADES DEL PECHO.—Presidente, Dr. Antonio Espina, Madrid.—*Secretario,* Doctor Augusto Gutiérrez Gamero, Madrid.

Temas: «Indicaciones del tratamiento específico y del neumotórax artificial, en la tuberculosis pulmonar».—«Sanatorio para los tuberculosos en España».—«Deducciones terapéuticas de la actual concepción de la Fisiología cardíaca».

Ponentes: Dr. Miguel Gil Casares, Santiago, y Dr. Antonio Mut, Madrid.

Sección IV.—Medicina interna.—(Subsección B).—ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO.—Presidente, Dr. Ramón Luis Yagüe, Madrid.—*Secretario,* Dr. Alfonso Medina, Madrid.

Temas: «Métodos modernos para el diagnóstico del cáncer gástrico».—«Tratamientos quirúrgicos de la úlcera gástrica y sus complicaciones».

Ponentes: Dr. González Campo, Madrid; Dr. Teófilo Hernando, Madrid, y Dr. Urrutia, San Sebastián.

Sección IV.—Medicina interna.—(Subsección C).—ENFERMEDADES DE LA NUTRICIÓN Y DE LA SANGRE Y ENDOCRINOLOGÍA.—Presidente, Dr. Antonio Simonena, Madrid.—*Secretario,* Dr. Sadi de Buen, Madrid.

Temas: «Valor práctico de la opoterapia».—«Las linfodencias».

Ponentes: Dr. Gregorio Marañón y Dr. Más Magro.

Sección IV.—Medicina interna.—(Subsección D).—NEUROLOGÍA.—Presidente, Dr. Enrique Fernández Sanz, Madrid.—*Secretario,* Dr. González Rodríguez Lalora, Madrid.

Temas: 1.^o «Los síndromes cerebelosos».—2.^o «Diagnóstico precoz del parálisis general».

Ponentes: 1.^o Dr. Fernández Sanz (Juan de Mena, 5) y Dr. Gimeno Riera (director del Manicomio de Zaragoza). 2.^o Dr. Juarros (Prim, 13) y Dr. Galcerán (Barcelona).

Sección V.—Cirugía (tres Subsecciones).—(Subsección A).—CIRUGÍA GENERAL.
—*Presidente*, Dr. Salvador Cardenal, Barcelona.—*Secretario*, Dr. Laureano Olivares, Madrid.

Temas: 1.º «Tratamiento quirúrgico de los tumores del cerebelo y pontocerebelosos».—2.º «Estado actual de la cirugía de las arterias».

Ponentes: 1.º Dr. Slocker, Madrid; Dr. Areilza, Bilbao.—2.º Dr. Goyanes, Madrid; Dr. Lozano, Zaragoza, y Dr. Rivas, Barcelona.

Sección V.—Cirugía.—(Subsección B).—ORTOPEDIA; MECANOTERAPIA Y CIRUGÍA DE ACCIDENTES.—*Presidente*, Dr. R. Lozano, Zaragoza.—*Secretario*, Dr. Antonio Oller, Madrid.

Temas: 1.º «Tratamientos modernos de la espondilitis tuberculosa o mal de Pott».—2.º «Cuestionario para una cirugía de los deportes, incluyendo la tauromaquia».—3.º Crítica quirúrgica de la legislación vigente española sobre accidentes del trabajo».

Ponentes: Tema 1.º Dr. Decref, Dr. López Durán.—Tema 2.º Dr. Oller, Dr. Villa (Julián).

Sección V.—Cirugía.—(Subsección C).—UROLOGÍA.—*Presidente*, Dr. Emilio Sacanella, Barcelona.—*Secretario*, Dr. Isidro Sánchez Covisa, Madrid.

Temas: «Procedimientos actuales de exploración renal».—«La anestesia en Cirugía urinaria».

Sección VI.—Obstetricia y Ginecología.—*Presidente*, Dr. Sebastián Recasens, Madrid.—*Secretario*, Dr. Vital Aza.

Temas: «Tratamiento de las distocias por estrechez moderada de la pelvis».—«Tratamiento del cáncer del útero».

Sección VII.—Paiopatía, Puericultura, Maternología y Eugénica.—*Presidente*, Dr. Andrés Martínez Vargas, Barcelona.—*Secretario*, Dr. Aurelio Romeo, Madrid.

Temas: 1.º «Las colitis infantiles».—2.º La tuberculosis ganglionar y pulmonar en la infancia».

Ponentes: 1.º Dr. Romero Lozano, Madrid, y Dr. Gómez-Ferrer, Valencia.—2.º Dr. García del Diestro, Madrid, y Dr. Enrique Suñer, Valladolid.

Sección VIII.—Dermatología y Sifiliografía.—*Presidente*, Dr. Juan Azúa, Madrid.—*Secretario*, Dr. José Sánchez Covisa, Madrid.

Sección IX.—Oftalmología.—*Presidente*, Dr. Manuel Menacho, Barcelona.—*Secretario*, Dr. Mariano Soria, Madrid.

Temas: «La miopía. Sus propiedades y tratamiento».—«Indicaciones de la enucleación del globo ocular».

Ponentes: 1.º Dr. Menacho, Barcelona.—2.º Dr. Márquez, Madrid, y Dr. Marín Amat, Almería.

Sección X.—Otorinolaringología.—*Presidente*, Dr. Ricardo Botey, Barcelona.—*Secretario*, Dr. Fernando Casadesús, Madrid.

Temas: *a)* «Procedimientos de elección para la laringectomía total».—*b)* «Tratamientos endo-bronquial del asma».

Ponentes: Para el tema *a)* Dr. Cisneros, de Madrid; Dr. Antolí Candela, de Valencia; Dr. Portela, de Cádiz, y Dr. Baltar, de Santiago.—Para el tema *b)* Doctor Hinojar, de Madrid, y Dr. Tapia, de Madrid.

Sección XI.—Electricidad médica.—*Presidente*, Dr. Celedonio Calatayud, Madrid.—*Secretario*, Dr. J. Ratera, Madrid.

Temas: *a)* «Indicaciones de la Roentgenoterapia profunda».—*b)* «La termopetración (diatermia) y sus aplicaciones clínicas».—*c)* «La radioactividad en terapéutica».

Ponentes: *a)* Dres. César Comas y Agustín Prió, de Barcelona; Dr. Ratera, Madrid.—*b)* Dr. Cirera Salse, Barcelona.—*c)* Dr. C. Calatayud, Madrid.

Sección XII.—Medicina legal, Psiquiatría y Toxicología.—*Presidente*, Doctor Tomás Mestre, Madrid.—*Secretario*, Dr. Salvador Pascual, Madrid.

Sección XIII.—Odontología.—*Presidente*, Dr. Bernardino Landete, Madrid.—*Secretario*, Dr. Eduardo Díez, Madrid.

Temas: «La Vacunoterapia en Odontología».—«Trabajos de puentes móviles».—«Los servicios odontológicos municipales».—«La Odontología en la guerra».

Ponente, Dr. B. Landete.

Sección XIV.—Literatura médica, Bibliografía, Deontología e intereses profesionales.—*Presidente*, Dr. Rafael Rodríguez Méndez, Barcelona.—*Secretario*, Dr. Cipriano Rodríguez Lavín, Madrid.

Temas: 1.º «Creación de un índice bibliográfico español».—2.º «Castellanización de los términos técnicos».

Ponentes: 1.º Dr. José Pascual, Gerona; Dr. Marañón, Madrid.—2.º Dres. Gómez Ocaña y Gil Casares.

Sección XV.—Medicina militar.—*Presidente*, López Brea (D. Casto), inspector de segunda.—*Secretario*, Dr. Noguerras, Madrid.

Temas: 1.º «La reeducación de los mutilados».—2.º «Neurología de la guerra».—3.º «La higiene en los submarinos».

Ponentes: 1.º Dr. Pérez Noguera, Madrid, y Dr. Pedro Ferreras, Barcelona.—2.º Dr. José Picó, Madrid, y Dr. González Deleito.

Sección XVI.—Farmacia.

Sección XVII.—Veterinaria.—*Presidente*, Dr. Dalmacio García Izcara, Madrid.—*Secretario*, Dr. Ramón Coderque, León; Escuela de Veterinaria.



Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1883



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

Vacunas directas en dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales

.....

DIRECTOR:

Dr. Martínez Ladrón de Guevara

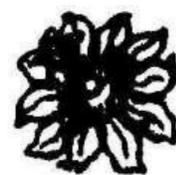
CALLE DE ZOCO

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