



---

---

MURCIA MÉDICA  
::: ENERO 1916 :::

---

---

Prof. Recasens  
DE LA FACULTAD  
DE  
MEDICINA DE MADRID

---

---

::: NUESTROS :::  
COLABORADORES

---

---





## TRABAJOS ORIGINALES

### De la gestación extra-uterina llegada a término

POR EL PROF. RECASENS, DE MADRID

Los embarazos ectópicos se presentan muy frecuentemente hasta el punto que en nuestra práctica particular, raro es el año que no tenemos ocasión de observar ocho o diez casos de esta naturaleza. La gestación ectópica tubárica es indudablemente la más frecuente de todas y es a ella a la que se debe el gran número de accidentes de hemorragia interna que ya en forma cataclísmica, ya en forma de menor intensidad, se tiene ocasión de observar tan a menudo.

Al desarrollarse el huevo en la trompa se produce, por las condiciones anatómicas especiales de este órgano, su ruptura cuando alcanza el huevo el desarrollo que corresponde al segundo, tercero o cuarto mes de gestación y el ir acompañada la ruptura de la trompa de fenómenos uterinos dolorosos, de expulsión de la caduca uterina y de una pérdida de sangre más o menos abundante por los genitales externos, hace que muy frecuentemente se confunda esta enfermedad con un aborto. Claro está que para el ginecólogo, el diagnóstico no resulta difícil en la inmensa mayoría de los casos cuando aparecieron los accidentes, pero es muy raro que se realicen antes que la ruptura de la trompa se haya producido.

No voy a ocuparme en este artículo de esta clase de gestaciones, ya que constituyen una entidad patológica tan completamente distinta de la gestación extra-uterina que llega a término, que ni en el concepto de diagnóstico ni en el de tratamiento pueden parangonarse unas con otras. Vamos a ocuparnos únicamente de las gestaciones extra-uterinas en las que ya por desarrollarse de modo primitivo en el

ovario, ya por ingertarse de modo secundario en el peritoneo y seguir el feto allí desarrollándose, asemejan en un todo a una gestación normal no llegando a establecerse el diagnóstico casi nunca antes que el parto frustrado (*mixed labour*) y la cesación de los movimientos del feto y consecutivamente la disminución de volumen de la tumoración abdominal, permite llegar a un diagnóstico preciso y a una intervención que realizada oportunamente y en buenas condiciones puede llegar a solucionar por completo el problema de la vida de la mujer.

La rareza en el diagnóstico de la gestación ectópica alcanzando el último trimestre del embarazo es tal, que nosotros en nuestra ya dilatada experiencia tocoginecológica, no hemos hallado un solo caso. En cambio, en siete ocasiones hemos podido intervenir después de terminar la época normal de la gestación cuando los fenómenos que arriba hemos mencionado se han presentado con mayor o menor claridad. En la literatura médica se encuentran algunos casos de diagnóstico de embarazo extra-uterino hecho en época oportuna para poder salvar la vida del feto, pero comparando el número de los en estas circunstancias diagnosticados con el gran número de los observados cuando el feto ha muerto ya, es la proporción tan considerable que el hallazgo de un caso de esta naturaleza debe ser considerado como verdaderamente excepcional. Se comprende que así sea porque ordinariamente no presenta la mujer en que se desarrolla un feto fuera del claustro uterino, sin antecedentes de accidente alguno, molestias suficientes para que acuda al especialista: generalmente sigue la gestación su curso y si algunas veces es observada por el médico, raras veces lo es por un especialista que, recogiendo de modo cuidadoso todos los signos que la exploración permite apreciar, pueda llegar a diagnosticar el caso.

La inmensa mayoría de ocasiones en que la gestación extra-uterina determina accidentes graves en los primeros meses, va seguida de síntomas lo suficientemente importantes para que, acudiendo al ginecólogo, este obre con la oportunidad necesaria para evitar el desarrollo del feto en la cavidad peritoneal.

Entre nuestras observaciones personales contamos tres casos de gestación ectópica tubárica, en que por haberse roto la trompa con síntomas de hemorragia interna algo considerable, hicimos la intervención encontrando el feto vivo y en condiciones, a no haber intervenido, de seguir un ulterior crecimiento hasta llegar a los meses mayores de la gestación. En los tres casos que hemos encontrado feto vivo de tres o cuatro meses, libre en la cavidad abdominal sin rotura del cordón y establecida todavía la circulación con la placenta insertada parcialmente en la trompa rota y peritoneo vecinos, logramos la curación de las enfermas sin haberse de este modo nunca expuesto a los peligros que representa el desarrollo hasta llegar el término de un feto en estas anormales condiciones colocado.

Los casos como estos en que estos accidentes de rotura de trompa con hemorragia consecutiva, permiten establecer un diagnóstico precoz, no son en realidad, los que presentan verdaderas dificultades para el ginecólogo. Por el contrario, las enfermas de embarazo ectópico en las que este se ha desarrollado de modo primitivo en la cavidad peritoneal por haberse desarrollado entre el pabellón de la trompa y el ovario, aquellos en que el desarrollo es positivamente dentro de la sustancia ovárica y los en que la inflexión de la trompa se ha reallzado de modo lento sin determinar accidente de cataclismo alguno: estos casos son los que pueden llegar al final de la gestación, ignorados por completo no ya del médico general, sino en algunas ocasiones del especialista. En los seis casos que hemos tenido nosotros ocasión de observar, de esta naturaleza, se ha hecho el diagnóstico después de transcurridos los 11, 12 y aún 14 meses de la gestación y como antecedente capital, la mujer ha presentado en su historia el hecho de haber percibido normalmente hasta una época determinada los movimientos fetales y haber cesado de notarlos después de unos días en que creía que el parto iba a realizarse.

De estos seis casos, dos fueron operados en condiciones de sepsis tales que era difícil poder precisar qué clase de gestación era la que teníamos a la vista: la putrefacción del quiste ovárico, la parte que en el proceso de alteración pútrida tomaban todos los órganos pelvianos, nos impidió el poder hacer un examen de la trompa para ver si en ella se encontraban síntomas de una ruptura de la misma o si primitivamente había sido desarrollado en la cavidad peritoneal.

De estas dos enfermas operadas en estado de verdadera sepsis, la primera lo fué hace ocho años en la Facultad de Medicina. Reconocida la enferma en la Consulta pública fué diagnosticada de gestación ectópica; se propuso la extirpación, no presentando síntoma alguno de sepsis; la enferma desapareció de nuestra vista y a los 15 días la trajeron de nuevo en una camilla con 41° de temperatura, pulso filiforme por encima de 160 pulsaciones y con timpanismo muy grande y a no haber tenido ocasión de reconocer a la enferma días antes cuando no había inflamación ninguna, nos hubiese sido del todo imposible realizar el diagnóstico. Esta enferma a la que se le extrajo el feto completamente putrefacto así como las partes que constituían el quiste fetal, murió a las 24 horas de la intervención. El segundo caso operado así mismo en plena sepsis fué diagnosticada más que por los síntomas que en el momento del examen se pudieran observar, por los antecedentes claros que presentaba la enferma de parto frustrado, cesación de movimientos y demás síntomas que permiten establecer el diagnóstico. Esta enferma, después de haber sido operada en un estado febril de 39° y haber sido extraído el pus, en un estado ya de profunda alteración pútrida, gracias a haber dejado el vientre completamente abierto con un desagüe con una ancha bolsa de Mickulich, logramos la

curación: hemos visto a la enferma dos años después de la operación con una eventración abdominal que curamos mediante la sutura del plano aponeurítico.

Los otros cuatro casos fueron diagnosticados a nuestra primera visita sin que en ellos existiera sepsis de ninguna especie: pudimos reconocer la existencia de partes fetales, y practicado el cateterismo del útero, este daba una longitud inferior a 9 centímetros, de manera que este solo hecho permitía establecer un diagnóstico claro y preciso de la naturaleza del proceso. En tres casos se alcanzó la curación sin accidente de ninguna especie y el último que operamos, como veremos más adelante con la intervención más sencilla murió a consecuencia de un proceso peritonítico desarrollado en las siguientes circunstancias. Al practicarle el cateterismo del útero era tan blando el tejido del mismo que el histerómetro, sin fuerza alguna penetraba profundamente y diagnosticamos inmediatamente que aquello en que penetraba el histerómetro no era el útero sino la cavidad peritoneal en la que penetraba el histerómetro por haberse producido la perforación uterina. Cuando practicamos en esta enferma la intervención quirúrgica por laparotomía, encontramos un quiste fetal con muchas asas intestinales pegadas a su pared posterior, pero separadas estas, la tumoración quística resultó completamente libre, pediculada, hasta el punto que pudo hacer dudar un momento de la exactitud del diagnóstico, con trompa muy torcida, delgada, flexuosa, pero la verdadera colección quística no se había formado en la trompa que no presentaba señal alguna de ruptura ni de erosión, sino en el espacio comprendido entre la trompa y el ovario o bien en el mismo parénquima ovárico. Extrajimos un feto de 4  $\frac{1}{2}$  kilos de peso, perfectamente desarrollado, no existiendo apenas líquido amniótico en la cavidad quística, pero la pequeña cantidad que existía era de un color oscuro sucio, habiendo sufrido alguna efracción la pared con las manipulaciones de extracción y vertido una pequeña cantidad en la cavidad peritoneal. La operación, como decimos, fué sumamente fácil, pero sea por la circunstancia de un proceso séptico por contigüidad de la tumoración con el intestino, sea por que fuese verdaderamente séptico el líquido que de la cavidad salió durante la operación y manchó el peritoneo, o por el hecho de la perforación uterina realizado el día antes de la operación, lo cierto es que la enferma, que salió en un magnífico estado de la sala de operaciones, y que todo hacía pensar en una curación rápida, murió a las treinta y tantas horas de la intervención.

De los tres casos restantes, dos lo fueron francamente de embarazo abdominal secundario, ya que la parte de trompa pegada por completo al quiste y en la que existían porciones de placenta allí adheridas, demostraban que en los primeros tiempos el embarazo se había realizado dentro de la cavidad tubárica, pero que por efracción de la trompa, sin determinar accidentes hemorrágicos que pudieran lla-

mar la atención, se había convertido de intra-tubárico en peritoneal. El último caso lo fué de gestación francamente tubo-ovárica, muy parecido en su disposición anatómica a la que presentaba la enferma anteriormente mencionada. El quiste se hallaba pediculado, sin adherencias de ninguna especie y con la trompa intacta en toda su extensión y solamente el pabellón de la misma había desaparecido, sirviendo como de elemento de unión con la gran tumoración fetal.

Estos seis casos de gestación ectópica pasado el término normal del embarazo que hemos tenido nosotros ocasión de ver, demuestran la relativa frecuencia de estos procesos que, comparándolos con el gran número de los que terminan antes de llegar al cuarto mes, resulta escasísimo, pero que para un solo ginecólogo son ya en número más que suficiente para llamar la atención.

No hemos tenido ocasión nosotros de observar ningún caso de estos que terminara espontáneamente por curación por abertura del proceso en la cavidad abdominal y expulsión de las partes fetales. Indudablemente, así el caso de cesárea que se atribuye al Obispo Paulus, realizado en Emérita Augusta en el siglo VI y el caso de Abulcazis en el siglo XI, lo fueron de gestación ectópica terminada por un proceso supurativo abierto en la superficie del cuerpo y logrando la curación, pero si en siglos anteriores era posible llegar a una solución favorable con medios de esta naturaleza, no es en la actualidad permitido el que pueda una mujer llegar a procesos de esta naturaleza sin antes establecer el diagnóstico preciso del mismo.

Es indudable que a medida que los conocimientos ginecológicos vayan extendiéndose, los diagnósticos se harán cada vez con más facilidad y tengo el convencimiento que así como hasta la fecha no he tenido ocasión de observar casos ninguno de gestación ectópica con feto vivo alcanzando los últimos meses de la gestación, no ha de resultar difícil el que pueda esto realizarse ya que dada la gran cultura ginecológica que de día en día se va acentuando en toda la clase médica en general, se podrá establecer el diagnóstico en tiempo oportuno y acudir a la salvación no sólo de la madre sino también a la del feto que en condiciones tan anormales se ha desarrollado.



# ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FISIOLÓGIA DEL CORAZÓN

Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia  
por D. JOSÉ SÁNCHEZ POZUELOS, Académico Corresponsal.

De no existir por parte de esta Real Academia de Medicina, una tolerancia científica muy grande, por lo que a mí afecta, jamás hubiese soñado ocupar un puesto entre vosotros, ya que la distancia a 'que estoy colocado, es comparable a la que existe entre los últimos trabajos aquí presentados y este que yo llamo consideraciones.

Quisiera que ellas estuviesen impregnadas de un poco de los profundos conocimientos del Dr. Medina, del observador Pérez Mateos; del espíritu analítico de Guillamón, del genial estilista médico Giner y del valor científico de Ladrón de Guevara, ese fuera mi deseo señores académicos, así ofrecería a vuestra consideración un trabajo digno del prestigio y honor de esta Real Academia; vereis al final como me dais la razón al llamaros tolerantes, ya que tendreis que hacer uso de vuestra voluntad para imponeros al sueño.

\* \* \*

Parece ser que el haber hecho las clínicas considerando como maestro queridísimo al Dr. Albasanz, naciera en mí la idea de preferir la rama de la medicina circulatoria y respiratoria entre las demás que tiene la medicina, (aún sin creer merecer todavía el nombre de tal especialista), pero al ser fundada la Revista MURCIA MÉDICA, y ser necesario elegir una de estas ramas por abundar en su fundación un elemento igual, cúpome en suerte lo que a corazón se refiere y es por eso el hablaros de ésto, aún cuando mi deseo fuera merecer el honor de haber hecho objeto de una comunicación a esta Real Academia en lo que a mi específico corresponde, pero pudiera tener valor mercantil y desisto de ello.

\* \* \*

He puesto por título a estas cuartillas «Algunas consideraciones sobre la fi-

siología del corazón» por tener el propósito de hablaros en términos generales y sin concretar punto fijo. Es, para el fisiólogo, el corazón el órgano central de la circulación de la sangre y por lo tanto un órgano esencial a la vida, pero pasa con este órgano lo que con ningún otro de los aparatos orgánicos, y es que la palabra corazón, no se ha hecho exclusiva de la clase médica, sino que se ha vulgarizado entre los poetas, novelistas y hombres de mundo, bajo muy distintas acepciones. Para el anatómico es órgano materialista y en cambio atribuyen a él ciertas propiedades morales el filósofo y el artista, que el fisiólogo no puede dejar de tener en cuenta.

Todos sabemos que el corazón está colocado en el pecho, entre los dos pulmones, que su forma es la de un cono cuya base está fija por gruesos vasos que llevan líquido sanguíneo y cuyo vértice que está libre, se encuentra hacia abajo y a la izquierda de tal forma que queda colocado entre la quinta y sexta costilla y por debajo de la tetilla izquierda. Por lo que se refiere a la naturaleza del tejido que se compone el corazón entra en el sistema muscular. Interiormente tiene compartimientos que son reservorios de la sangre, y de ahí que los anatómicos le llamen músculo hueco.

Goethe ha dicho que la naturaleza es una gran artista. En el hombre y en los animales los órganos elementales y los tejidos vivos son sanguinarios, es decir, se reparten la sangre en que están sumergidos, viven como los animales acuáticos y de la misma manera que se renueva este líquido cuando se altera y pierde sus elementos nutritivos, es preciso renovar por medio de la circulación, la sangre que pierde su oxígeno y se carga de ácido carbónico. Ese precisamente es el papel del corazón. El corazón izquierdo lleva la sangre a los órganos que los anima, el derecho recoge la sangre que los hizo vivir un instante. Si el fisiólogo quiere darse cuenta de las funciones de un órgano, es preciso que recurra a las propiedades vitales de la sustancia que está constituida, por lo tanto, para que nosotros podamos darnos más claramente idea del papel fisiológico del corazón, recordaremos nuevamente que como tal músculo posee la propiedad de contraerse.

Cuando las fibras musculares están dispuestas para formar un músculo largo y sus extremos van a insertarse en huesos articulados entre sí; el efecto necesario de su contracción es hacerlos mover aproximándolos, pero cuando estas fibras se disponen para formar una cavidad muscular como acontece con el corazón, necesariamente entonces, el efecto de la contracción del tejido muscular es hacer desaparecer casi completamente esta cavidad expulsando su contenido. Así se comprende como a cada contracción de las cavidades del corazón, la sangre es expulsada en determinada dirección por la disposición de las válvulas cardiacas.

Al contraerse la aurícula la sangre pasa al ventrículo porque se abre la válvula aurículo ventricular; al contraerse el ventrículo sale la sangre por las arterias por-

que las válvulas sigmoideas se pliegan para darle paso, al mismo tiempo que la aurícula ventricular; se cierra para impedir que vuelva la sangre a la aurícula. De aquí que el movimiento del corazón esté constituido por una serie de movimientos alternativos de contracción y relajación sucesivas, donde aquellas sirven para vaciar el corazón de sangre, y estas para dejarlo llenar, recibiendo el nombre de sístole al de contracción y el de diástole al de relajación y al conjunto de estos movimientos y pausas que median entre uno y otro el de una revolución cardiaca; verificándose en el hombre por término medio unas setenta veces por minuto.

Nada tan bello como asistir al nacimiento del corazón (C. Bernard). En el pollo de las veintiseis a las treinta horas de incubación se ve aparecer en el campo germinal un punto pequeñísimo en el que se observan movimientos raros y poco perceptibles al principio, que después van acentuándose poco a poco y haciéndose frecuentes hasta quedar mejor dibujado el corazón; horádanse las arterias y las venas, manifiéstase el líquido sanguíneo y se instala al fin un sistema vascular provisorio que irradia en torno al corazón constituido como órgano de la circulación embrionaria.

Las líneas fundamentales del cuerpo del animal aparecen en este momento, el corazón representa en plena actividad un motor sanguíneo aislado anterior a la organización, y destinado a llevar al campo de la vida los materiales necesarios para la formación del cuerpo. El corazón del ave busca los materiales en los elementos del huevo; en el mamífero en los elementos de la sangre materna.

Se diferencia el corazón también de los demás músculos del cuerpo en que obra desde que aparece y antes de estar desarrollado. Terminada su organización sigue siendo una excepción en el sistema muscular. Los aparatos musculares nos presentan en sus funciones alternativas de actividad y reposo, el corazón por el contrario nunca descansa. Es de los órganos del cuerpo el que actúa más tiempo, preexiste al organismo, le sobrevive, y en la muerte sucesiva y natural de los órganos es el último que continúa manifestando sus funciones. El corazón obra todavía cuando los demás órganos han terminado a su alrededor. Vela el último como si aguardase el fin entre la vida y la muerte, pues en tanto se mueve puede restablecerse la vida, cesando de latir todo se perdió, y así como su primer movimiento fué señal evidente de vida, su último latido, lo fué de muerte cierta.

Conforme se eleva la organización del animal, el corazón es mucho más delicado para revelar las impresiones sensitivas que tienen lugar en el cuerpo; siendo lógico ver que el hombre ocupa el primer puesto bajo este concepto.

El corazón en el hombre no es únicamente el órgano central de la circulación de la sangre, sino que además se convierte en el centro donde van a tener eco todas las acciones nerviosas sensitivas. Las influencias nerviosas que tienen

eco en el corazón llegan a él, de la periferia (sistema nervioso cerebro espinal) de los órganos internos, (gran simpático) o del mismo centro cerebral, porque bajo el punto de vista fisiológico el cerebro es la superficie nerviosa más delicada de todas, resultando que las acciones nerviosas sensitivas que proceden de esta fuente, son las que ejercerán sobre el corazón influencias más enérgicas.

¿Cómo es posible concebir el mecanismo fisiológico mediante el cual el corazón se une a las manifestaciones de nuestros sentimientos? Ya sabemos que este órgano puede recibir el contragolpe de todas las vibraciones sensitivas que pasan en nosotros, y que puede resultar tan pronto una violenta suspensión momentánea y enrarecimiento de la circulación, si la impresión fué muy fuerte; como una detención ligera con reacción y aumento del número y de la energía de los latidos cardiacos, si la impresión fué ligera y moderada, ¿pero cómo se traduce en nuestros sentidos tal estado? El corazón no deja de ser nunca una bomba impelente un motor que distribuye el líquido vital por todo el cuerpo. Si se detiene, necesariamente hay disminución en la llegada de este líquido a los órganos y por lo tanto disminución o suspensión de sus funciones, si la detención ligera del corazón va seguida de una mayor intensidad en su acción, la distribución de dicho líquido en los órganos será mayor y por consecuencia habrá sobreexcitación en sus funciones. Sin embargo no todos los órganos del cuerpo son igualmente sensibles a estas variaciones de la circulación arterial. Los órganos nerviosos y sobre todo el cerebro que constituye el aparato de más superior y delicada textura en el orden fisiológico son los primeros en participar de estos desórdenes circulatorios. Para todos los animales desde la rana hasta el hombre la suspensión de la circulación de la sangre produce en primer término la pérdida de los fenómenos cerebrales y nerviosos, de la misma manera que la exageración en la circulación los exalta al momento.

Estas reacciones de la modificación circulatoria demandan para efectuarse en los órganos nerviosos, un tiempo muy distinto y variable según las especies. Este tiempo es muy largo y sobre todo en el invierno en los animales de sangre fría: una rana puede ser privada del corazón y durante tres o cuatro horas salta y nada sin que su voluntad y sus movimientos parezcan alterarse en lo más mínimo: en cambio en los animales de sangre caliente les sucede lo contrario, la suspensión de la acción cardiaca produce rápidamente la desaparición de los fenómenos cerebrales, con tanta mayor rapidez cuanto mayor jerarquía ocupe el individuo en la escala animal, o lo que es igual, cuanto más delicados sean sus órganos nerviosos.

El hombre ocupa la primera categoría con respecto a este punto. Su cerebro es tan delicado que experimenta casi instantáneamente las influencias nerviosas

ejercidas sobre el corazón y que se traducen unas veces por la emoción y otras por el síncope.

Aún cuando los fenómenos fisiológicos siguen siempre una ley idéntica, el organismo vivo puede darle una expresión tan diferente, como distancia exista entre su complicación nerviosa; ejemplo de ello lo tenemos. La ley fisiológica de reacción del corazón sobre el cerebro es igual en el hombre que en la rana, pero esta no podría nunca experimentar ni una emoción ni un síncope, porque el tiempo que media entre que su corazón experimente una influencia nerviosa y su cerebro un trastorno circulatorio, es tan largo, que la relación fisiológica entre estos órganos desaparece. Esta relación en el hombre puede traducirse por dos estados principales, de que brevemente nos ocuparemos (aun cuando pueden suponerse algunos intermediarios) me refiero al síncope y a la emoción. El primero es producido por la paralización momentánea del corazón dejando como es consiguiente las arterias de llevar sangre al cerebro; claro está que este síncope pudiera producirse por la ligadura de los troncos arteriales encargados del riego cerebral, pero mi decir no fué ese, sino del síncope producido a consecuencia de una influencia sensitiva, lo suficientemente grande o enérgica que produzca la detención de los movimientos del corazón.

En individuos débiles y muy sensibles esta detención puede ser definitiva y por lo tanto mortal. (Mut). Las sensaciones dolorosas, las impresiones físicas sobre los nervios sensitivos, las sensaciones voluptuosas, pueden conducir al síncope, por la detención del corazón.

El mismo mecanismo fisiológico que motiva el síncope, da origen a la emoción, pero bajo una manifestación muy distinta. En la emoción, el cerebro recibe una circulación más activa, da una expresión positiva, es decir, el cerebro recibe una sobreexcitación funcional en armonía con la naturaleza de la influencia nerviosa que la determina. Una impresión inicial que detiene muy ligeramente el corazón y por consiguiente una débil corriente cerebral, producen una palidez, el corazón reacciona rápidamente acelerando sus movimientos, y envía sangre en gran cantidad por la aorta a todas las arterias del cuerpo, el cerebro experimenta rápidamente y antes que ninguno de los demás órganos del cuerpo, los efectos de este cambio en la circulación. El cerebro fué sin duda el punto de donde partió la impresión sensitiva pero por acción refleja sobre los nervios motores del corazón. Hemos de suponer que el corazón no es el sitio de los sentimientos, como la mano tampoco lo es de la voluntad, pero que sí son instrumentos que concurren a la expresión de nuestros sentimientos por lo que toca al corazón, como la mano concurre a la expresión de nuestra voluntad. Queremos decir en conclusión, que así como el cerebro es de los órganos de la vida animal el que recibe antes la influen-

cia de la circulación de la sangre, el corazón es también el más sensible de entre los órganos de la vida vegetativa y el primero en recibir la influencia nerviosa cerebral; siendo por lo tanto los dos órganos de la máquina viva que en más relaciones de acción y reacción se encuentran.

La Fisiología nos enseña que el corazón recibe la impresión de nuestros sentimiento y reacciona para volver a enviar al cerebro las condiciones necesarias para la manifestación de estos sentimientos, de aquí que las metáforas que tienen los poetas y literatos al dirigirse al corazón, para conmovernos, corresponden a realidades que explica la Fisiología. Decir que los grandes pensamientos vienen del corazón, equivale a decir que los grandes pensamientos vienen del sentimiento, porque estos que tienen su punto de partida fisiológico en los centros nerviosos, obran sobre el corazón como las sensaciones periféricas, por cuanto el corazón para expresar sentimientos debe supeditarse al cerebro.

En organismos superiores la vida representa un cambio continuo entre el sistema sanguíneo y el nervioso, y se realiza por las relaciones anatómicas que existen; los neumogástricos, llevan las influencias nerviosas al corazón, y las carótidas y vertebrales llevan la sangre al cerebro; este mecanismo pende de un hilo, y si los nervios que unen al corazón con el cerebro se destruyesen, quedaría interrumpida la manifestación de nuestros sentimientos.

Avanzando y avanzando más y más en el campo de experimentación de la Fisiología, parece tener puntos de contacto con el materialismo, pero se hace preciso el análisis de las condiciones materiales, pues sin ello, no existiría la ciencia, aún cuando ésta en modo alguno puede matar la inspiración; el sabio encontrará en el arte una intuición más segura y el artista bases más fijas.

¿Acaso existiría físico en el mundo que se atreviese a desvirtuar la sublime belleza de un concierto de Sarasate, por buscar en las vibraciones de las cuerdas, el punto fijo donde se producen los vientos y los nodos? Y por el contrario ¿qué belleza es capaz de desvirtuar el análisis científico?

Siendo así que estos problemas han de quedar para la resolución, encomendados a cerebros superiores, contentémonos por ahora, en ser meros espectadores del progreso de las ciencias, ya que día llegará en que el arte y la materia, el filósofo y el fisiólogo, pónganse de acuerdo, puesto que el mismo Dios preside a todos.



# Un caso de aspergilosis pulmonar

Por el Dr. D. JOSÉ VERDES MONTENEGRO, Madrid

En la pasada primavera fui solicitado para ver a una enferma que habían ya reconocido varios compañeros de Madrid formulando diagnósticos distintos, si bien conviniendo todos en la extrema gravedad del pronóstico.

Tratábase de una señora de unos 50 años, con historia de catarrros frecuentes. Seis meses antes de la época en que yo la visité había tenido un recrudecimiento febril de su bronquitis crónica y la fiebre persistía alcanzando 38'5 a 38'8 por las tardes y 36'8 a 37'2 o 37'4 por las mañanas. Tenía bastante tos; la expectoración, al principio mucosa y fuertemente adherente, había conservado este carácter aún al hacerse muco purulenta y si bien la enferma expectoraba con más facilidad que anteriormente, todavía le costaba gran trabajo arrancar y le producía el acto una sensación intensa de fatiga: alguna vez en la expectoración aparecían extrías de sangre.

Al poco tiempo de comenzar esta afección se había hecho notar una demacración progresiva en la enferma, pérdida del apetito, sudores nocturnos, taquicardia. Se hizo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, pero repetidos análisis de esputos no pudieron nunca demostrar la presencia del bacilo de Koch. En estas circunstancias se advirtió un bulto en el pecho del lado derecho, como del tamaño de una nuez pequeña y se formuló el diagnóstico de cáncer primitivo de la mama y secundario del pulmón. Entre estos dos criterios había fluctuado la opinión de los profesores que reconocieron a la enferma. Análisis de orina sin albúmina ni azúcar.

Tenía la enferma cuando yo la visité como signos físicos, roncus gruesos generalizados en toda el área de los dos pulmones; en la parte póstero-inferior del lado derecho una zona de macidez y en ella soplo ligeramente anfórico, roncus medianos y finos, estertores que en parte desaparecían después de dos o tres inspiraciones forzadas, pero que persistían en parte también y no mostraban timbre metálico: a la auscultación se advertía refuerzo en las vibraciones vocales; este mismo signo era a la palpación muy poco manifiesto. El diagnóstico anatomopatológico o de lesión era en resumen: bronquitis difusa y bronconeumonía de la base

derecha; y atendiendo a lo que es corriente encontrar en casos análogos, este diagnóstico podría ampliarse presumiendo la existencia de un proceso de neumonía intersticial consecutivo a bronquiectasia.

La enferma tenía fiebre, 120 pulsaciones, y una gran demacración, si bien no exagerada.

¿Cuál era el apellido de este proceso? Yo aparté el pensamiento de la tuberculosis, no solamente por la localización basal de las lesiones, poco frecuentes en los procesos fímicos, por la falta de otros núcleos de diseminación, sino ante todo por los resultados del análisis de esputos. El dato escueto de las lesiones reconocidas, en un enfermo con bronquitis frecuentes, hacía pensar en una bronquiectasia en derredor de la cual se hubiese determinado por cualquier causa una flogosis pulmonar. Esta causa pudiera muy bien ser la proliferación del bacilo de Koch, pero me era difícil comprender que en el trascurso de seis meses una lesión abierta, no hubiese dado nunca bacilos en los esputos. La falta de bacilos al principio de la enfermedad no tiene valor ninguno, porque la escasa expectoración proviene de la bronquitis concomitante, y a menos de procesos bronquiales o peribronquiales fímicos por sí, es lo corriente que los bacilos no aparezcan hasta mucho más tarde en la expectoración. Pero en seis meses de una expectoración relativamente abundante la ausencia de bacilos tiene ya un valor muy grande y cuando esto ocurre, más que en lesiones fímicas pulmonares en evolución habría que pensar en bronquitis o broncopneumonías sostenidas por adenopatías mediastínicas. La enferma no tenía, según hemos visto, nada que autorizase esta última suposición.

El diagnóstico de cáncer secundario del pulmón tropezaba para mí con serias dificultades: era la primera que me parecía muy dudosa la exactitud del diagnóstico del cáncer supuesto primitivo y en realidad acerca del tumor del pecho la opinión no era unánime. El tumor, del tamaño de una nuez pequeña, situado a unos tres traveses de dedo por encima del pezón, no era adherente a la piel y no parecía desarrollarse; faltaba la tumefacción ganglionar de la axila. No se le había visto nacer y crecer; había aparecido al demacrarse la enferma. A mí me hacía el efecto de un tumor adenoideo; de uno de esos terrones que descubre la palpación en los pechos de las mujeres escrofulosas y deduje de la relación de la familia, que se había hecho notar el bulto al enflaquecer la enferma, de modo análogo, si se me permite lo tosco de la metáfora, a como se denuncian los muelles de un almohadón cuando se vacía el relleno. Yo supuse que el terrón preexistente había hecho prominencia al fundirse la grasa de la mama. El pecho izquierdo presentaba también varios terrones pequeños que era preciso buscar, sin duda, por su menor tamaño. De todos modos el supuesto tumor apareció no antes sino en el curso de la afección pulmonar ya constituida, lo cual obligaba a admitir metástasis pulmonar muy



precoz (más precoz que la de ganglios de axila) y el desarrollo de esta metástasis con una rapidez superior a la del foco primitivo.

Por otra parte la sintomatología del cáncer de pulmón, aún siendo a veces tan oscura no convenía con los fenómenos que presentaba la enferma. La expectoración parda, grisácea, rara vez con estrías sanguíneas, no se parecía a la expectoración casi constantemente hemorrágica del cáncer, esa expectoración que se ha comparado con acierto a la jalea de grosella. No había signos de compresión de ningún órgano torácico. Esto era en rigor explicable por la situación de la lesión pulmonar; (el cáncer del hilio es el que produce signos de compresión numerosos) pero en los mismos cánceres excéntricos del pulmón, las metástasis ganglionares mediastínicas producen las compresiones de tráquea, bronquios o vasos que el tumor mismo por su situación no puede producir. No había en fin abombamiento de la pared torácica, ni ganglios supraclaviculares, ni dolor. La enferma se quejaba de una gran fatiga pero no de dolores con ser estos en el cáncer tan intensos y temibles.

En estas circunstancias, recordando bronconeumonías crónicas capaces de determinar fiebre y consunción, pensé en la sífilis y en la actinomicosis, aspergílosis, en general en las afecciones determinadas por hongos algunas de cuyas variedades son patógenas, y más bien incliné el ánimo a estos últimos grupos porque las condiciones de la enferma, una señora casada, de edad, sin historia patológica, aparte los catarrros, no sugerían la sospecha de la sífilis de no ser esta hereditaria.

Para esclarecer estas dudas pedí a la familia que se hiciera nuevo análisis de esputos, no limitado a determinar la presencia del bacilo de Koch, sino en primer término citológico, para averiguar la presencia de conglomerados celulares atípicos, partículas cancerosas o gránulos adiposos frecuentes en los esputos del cáncer; y además bacteriológico total, indicando que se investigase el actinomicosis, y hongos mucoríneos aspergiláceos o sacaromíceos. Desgraciadamente mi indicación no fué bien comprendida y se me entregó dos días después un certificado de ausencia del bacilo de Koch y presencia de glóbulos de pus con algunas otras indicaciones completamente anodinas.

Con objeto de poner término a esta situación, dí a la familia las instrucciones precisas a fin de que recogiesen esputos en condiciones apropiadas para un análisis riguroso. La enferma se limpió repetidas veces los dientes con cepillo y una pasta dentífrica, y se enjuagó durante largo rato la boca con agua oxigenada recogiendo después un esputo en un frasco hervido que yo hube de enviarla. Mis compañeros del Laboratorio Municipal recibieron el encargo de hacer en el esputo recogido las investigaciones que yo deseaba y cumplieron este encargo con su habitual maestría.

Entre tanto y para esclarecer condiciones etiológicas, pregunté al marido de la enferma, si esta criaba pájaros, si tenía peinadora, si había pasado en algún pueblo la época de la trilla y permanecido en la era cuando se aventaba la cosecha. Todas estas y otras condiciones análogas faltaban. Mi objeto con este interrogatorio, dije por fin, es saber si la enferma ha tenido contacto con ciertos vegetales, con granos o paja de cebada, de avena, de trigo..... —Eso es otra cosa, me interrumpió el marido; yo soy comerciante al por mayor en toda clase de granos y precisamente mi señora que va poco por el establecimiento ha tenido que ir mucho el otoño pasado y pasar en él casi todo el día por especiales circunstancias.

No me cupo ya duda al oírle de que estábamos en la pista del diagnóstico. La enferma, bronquítica crónica, seguramente con dilataciones bronquiales más o menos antiguas había sido infectada por alguna de las variedades de hongos patógenos procedentes de las gramíneas y estos hongos desarrollándose en las bronquiectasias existentes habían producido la bronconeumonía, la bronquitis difusa, las lesiones que los signos físicos denunciaban y con ellos los síntomas generales tan graves y amenazadores.

La misma duda acerca de la naturaleza del tumor de la mama, perdió su importancia, pues aún en el caso, para mí nada probable de que se tratase de un cáncer, seguía sin explicarme la precocidad de la metástasis y el desarrollo de esta más rápido que el del foco primitivo. Mi convicción de que se trataba de una micosis pulmonar se acentuó con este importantísimo dato de posibilidades etiológicas. Efectivamente, el análisis practicado en el Laboratorio dió por resultado el descubrimiento de acúmulos considerables de un hongo de origen pulmonar evidente y del tipo de las aspergílaceas. Los esputos no tenían ninguno de los caracteres que suelen reconocerse en los casos de cáncer del pulmón.

La enseñanza de este caso y de otros de diagnóstico difícil, es la necesidad de tener presentes en el espíritu todas las posibilidades conocidas de enfermar del órgano que se reconoce. La inmensa mayoría de las veces no se diagnostica una entidad patológica poco frecuente porque no se acuerda el médico de ella y por lo tanto deja de hacer las investigaciones necesarias; para confirmar o rechazar una sospecha, lo primero es que esta sospecha exista. Hoy se diagnostica con más frecuencia que hace años la fiebre de Malta, porque repetidos errores han dado lugar a que los médicos tengan presente esta enfermedad en los casos dudosos, cosa que antes no ocurría sino por excepción. El médico que mejor reconoce es el que mejor diagnostica, pero en algunos casos como el presente no bastan los signos físicos y es preciso tener presentes posibilidades patológicas para hacer las investigaciones conducentes a convertir en realidades las sospechas.

# Cuerpos extraños del esófago

POR

D. EUSEBIO ESCOLANO Y D. ANGEL GARCÍA ROGEL

Con motivo de la extracción de un cuerpo extraño (moneda) para lo cual nos tuvimos que servir, faltos de instrumental adecuado, de uno improvisado por nosotros, se nos ocurrió reunir cuanto se relaciona con el problema de la extracción de dichos cuerpos extraños, poniendo a la vista del práctico los medios más sencillos y al alcance de todos para conjurar el peligro y acabar con la situación angustiosa de la familia, de la cual también se hace partícipe el médico, tanto más cuando se le aumentan esas dificultades al considerar que no tiene a su disposición todo aquel instrumental que idealmente necesitara. Y como en la práctica corriente esto ocurre con frecuencia, pues que fuera del campo de la especialidad es imposible que el internista o el médico que por sus aficiones o condiciones de residencia, se dedica a la medicina y cirugía general, posea el instrumental apropiado para todos los casos de la práctica diaria, se encuentra a veces alejado de todo compañero que pueda tenderle una mano o prestarle su instrumental, e imposibilitado de adquirir con urgencia el instrumento que le ha de resolver el caso: y más, si se considera que, dependiendo nosotros en la mayor parte de la fabricación extranjera, no siempre alcanza el dinero a vencer las distancias en pocas horas volviendo en forma de aparato salvador: y sobre todo en estas circunstancias en que la guerra ha puesto una muralla infranqueable para la salida del material que se necesita en los países productores. El conocimiento exacto de las condiciones anatomo-topográficas del esófago hacen dar cierta precisión al diagnóstico de localización que coadyuva en gran manera a vencer el caso con pocas dificultades. Por eso comenzaremos con las

## CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

**Longitud:** Mide por término medio 25 centímetros y como comienza a 15 centímetros de la arcada dentaria (incisivos superiores) su terminación se encuentra a 40 de la misma ( $25 + 15 = 40$  centímetros).

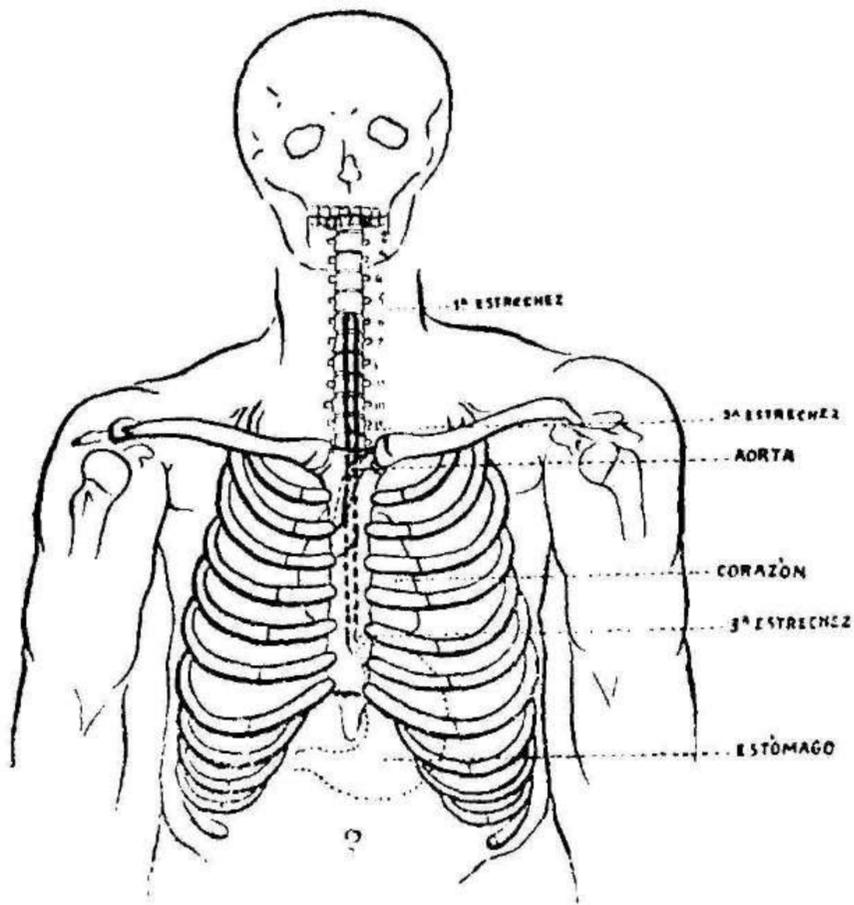


Fig. 1.<sup>a</sup>.—Esquema de la situación y relaciones del esófago.

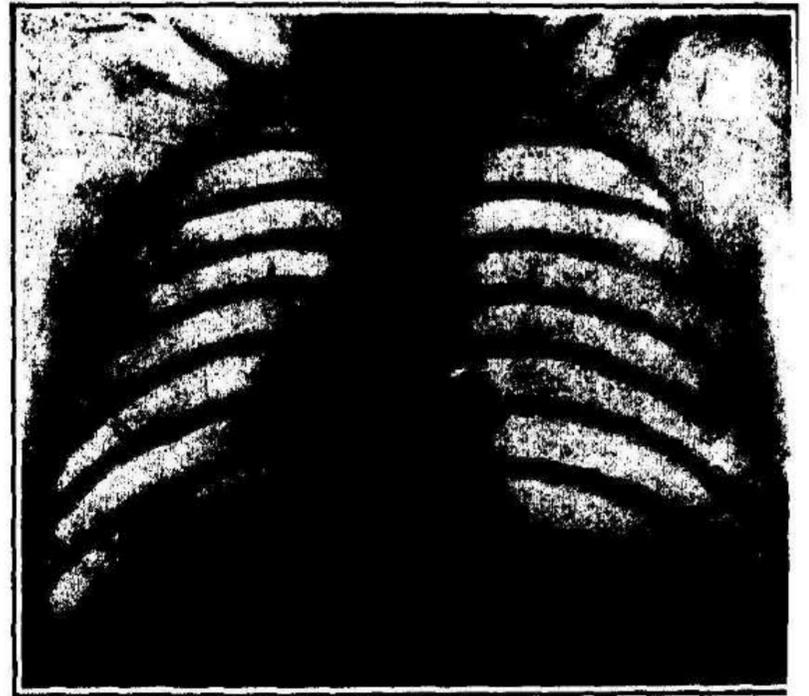


Fig. 2.<sup>a</sup>.—Moneda de 5 céntimos detenida a nivel de la segunda estrechez del esófago (mango del esternón) en una niña de 6 años. (Extracción mediante el gancho improvisado).

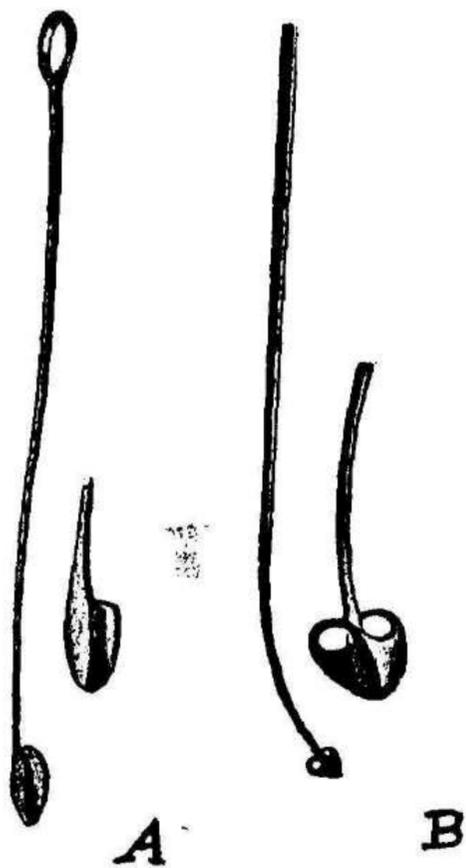


Fig. 3.<sup>a</sup>.—A) Gancho de Kirmisson.—B) Cestillo de Græfe.

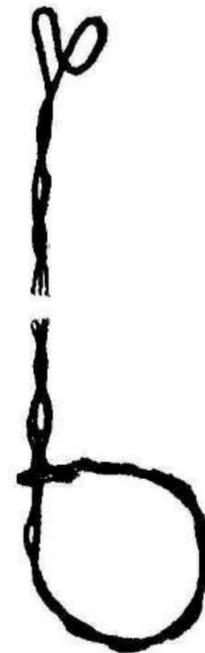


Fig. 4.<sup>a</sup>.—Gancho improvisado

**Cuerpos extraños del esófago. (DRES. ESCOLANO Y GARCÍA ROGEL)**

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
DEPARTMENT OF CHEMISTRY  
PHYSICAL CHEMISTRY LABORATORY



**Calibre:** Presenta tres estrecheces y entre ellas dos dilataciones fusiformes:

*1.<sup>a</sup> estrechez:* en su unión con la faringe. A 15 centímetros de los incisivos; corresponde por delante al borde inferior del cartilago cricoides, por detrás a la 6.<sup>a</sup> vértebra cervical en el adulto, 4.<sup>a</sup> en el niño y lateralmente al tubérculo de CHASSAIGNAC. Tiene 14 milímetros de diámetro normal y por distensión brusca llega a 18 o 19 milímetros anteroposterior y lateralmente a 24 o 25 en el adulto. KILLIAN la llama boca del esófago porque está cerrada durante el reposo.

*2.<sup>a</sup> estrechez:* 7 centímetros más abajo y corresponde al cruce con la aorta y con el bronquio izquierdo, a nivel de la 4.<sup>a</sup> vértebra dorsal, 3.<sup>a</sup> en el niño, y mango del esternón. Mide 14 milímetros de diámetro normal y llega a 18 o 19 y lateral a 24 o 25 en el adulto. En este punto está en contacto con la aorta cosa muy de considerar por las complicaciones posibles.

*3.<sup>a</sup> estrechez:* menos importante que las anteriores, se produce al atravesar el diafragma, dependiendo, más que de las túnicas propias, de la compresión que sobre las mismas ejercen las fibras diafragmáticas. Mide 14 milímetros y se distiende más que las anteriores.

Las retracciones cicatriciales, lesiones de la columna vertebral, tumores, aneurismas, etc., pueden modificar notablemente estas condiciones añadiendo por compresión nuevas estrecheces o produciendo inflexiones.

**Dirección:** Considerado anatómicamente el esófago presenta desviaciones e incurvaciones, pero prácticamente para el cateterismo puede prescindirse de ellas y considerarlo como en línea recta y media (salvo en los casos anormales de estrechez, neoplasia...) como demuestran los cortes congelados y las radiografías con bismuto.

**Relaciones:** Las tiene con importantes órganos vasculares y nerviosos, pero la principal es la antes apuntada con la aorta por la posible hemorragia mortal, sobre todo si está afectada de aneurisma, cosa muy de considerar en todo sondaje de esófago.

### ETIOLOGÍA

Casi se puede decir que todo objeto de regulares dimensiones se puede convertir en cuerpo extraño del esófago. Un bolo alimenticio de gran tamaño o desigual consistencia: en un caso, visto por nosotros, en un viejo desdentado, estaba constituido por el sacro de un pollo que tuvimos que extraer. Los objetos que se llevan en la boca, piezas de dentadura, o que se ponen en ella accidentalmente, como los niños para jugar, o para dejar libres las manos en alguna ocasión, monedas, alfileres, plumas, dedales, botones, silbatos, fichas de marfil...

Los que se introducen voluntariamente los alienados.

En casos raros el cuerpo extraño puede proceder del estómago; ya entrado en el estómago, puede expulsarlo el vómito, subir otra vez y detenerse en el esófago.

Abunda en algunos manantiales una variedad de sanguijuelas muy pequeñas (*Hæmopis vorax*) que al beber con avidez fácilmente se degluten, se fijan en faringe o esófago y constituyen un cuerpo extraño que aumenta de volumen considerablemente por la sangre que chupan. Rara vez ocurre también el que llegue hasta el esófago algún parásito intestinal.

Podríamos, pues, clasificar los cuerpos extraños por el sitio de procedencia en *exógenos y endógenos* según vengan del exterior o del interior (estómago, intestinos): por su consistencia en *blandos* o deformables y de fácil desmenuzamiento y *duros* o resistentes que no pueden fraccionarse con facilidad: por su origen en *animados, orgánicos e inorgánicos*. Pero tiene más importancia la distinción que hace LENORMANT por su superficie en cuerpos de superficie *lisa y regular e irregulares* provistos de puntas y asperezas.

Todos ellos son más frecuentes en los niños, en los alienados y en los viejos.

### LESIONES Y PATOGENIA

Los cuerpos *irregulares y puntiagudos* se fijan en cualquier punto de la superficie del esófago y producen en él desde la erosión más superficial de la mucosa, hasta la perforación y paso a través de las paredes del esófago y en este último caso, siempre grave, la infección sobre añadida da lugar al flemón periesofágico o si establece comunicación con la tráquea o bronquio izquierdo queda una fístula *esófago-traqueal* o *esófago-bronquial*, punto de partida de la bronco-pneumonía o gangrena pulmonar *ab ingesta*; raras veces comunicación con pleura o pericardio, o bien la acción mecánica alcanza a algún vaso de grande o mediano calibre que según MONTANER por el orden de frecuencia son: aorta, arterias esofágicas, carótida, cervical ascendente, tiroidea inferior, pulmonar, subclavia, venas cava superior, ázigos, tiroidea inferior y hasta el mismo corazón en casos raros.

Los cuerpos *regulares o romos* se detienen en las estrecheces antes indicadas y principalmente las monedas en la segunda estrechez, 11 veces de cada 12. Téngase en cuenta que las más frecuentemente encontradas, pesetas y monedas de 5 céntimos miden 23 y 25 milímetros de diámetro respectivamente y que este es el máximo del diámetro transversal forzado en el adulto: en el niño ha de constituir mayor dificultad. También es de notar que si en las consideraciones anatómicas precedentes hemos dado las mismas dimensiones a las estrecheces 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> es porque aceptamos las cifras medias que admiten los autores, faltos de ocasión propicia para hacer medidas por cuenta propia; mas apenas se concibe que las monedas

pasen con tanta facilidad y relativa frecuencia por la 1.<sup>a</sup> estrechez (en nuestro caso niña de 6 años) y no puedan franquear la 2.<sup>a</sup>. O no son iguales o tendremos que buscar la explicación en la intervención en la 1.<sup>a</sup> de otros elementos, faringe por ejemplo, que no actúan en la 2.<sup>a</sup>.

Podemos, generalizando, afirmar que tanto las monedas como los cuerpos romos voluminosos se encuentran casi siempre en la 2.<sup>a</sup> estrechez, o lo que es lo mismo, por encima de la bifurcación bronquial, a menos que hayan sido empujados por sondaje. Estos cuerpos romos producen lesiones superficiales salvo en los casos de larga permanencia en los cuales la compresión es causa de ulceración de las paredes con todas las funestas consecuencias antes apuntadas.

El enclavamiento produce en algunos casos dos estrecheces, una superior y otra inferior al cuerpo extraño y queda este aprisionado de tal modo que se requiere la dilatación de la estrechez superior, con tallos de laminaria, para poder descubrirlo y actuar sobre él. De una estadística de 154 casos de la Clínica de *Breslau* resulta que sometidos 53 a la *esofagoscopia*, en 19 había atravesado ya el cuerpo extraño todo el esófago y de 34 restantes sólo en 8 estaba alojado entre dos estrecheces en la forma antedicha. Es excepcional que los cuerpos extraños se enquisten y más aún que salgan al exterior a través de los tejidos, recorriendo caminos a veces inverosímiles. Finalmente, según KÖNIG, en la mitad de los casos sale el cuerpo extraño por vómito.

### SÍNTOMAS

Siempre, en los primeros momentos, se presentan manifestaciones angustiosas y alarmantes: más tarde, sobreviene la calma, en algunas casos, y se establece una tolerancia completa; en otros, persisten o aumentan las molestias de tal modo que, según lo que precede, ni la ausencia de dificultades aparatosas excluye la presencia del cuerpo extraño en el esófago, por la tolerancia posible sobrevenida, como en nuestro caso, ni la persistencia del dolor etc. es prueba suficiente de cuerpo detenido; pues las lesiones que su paso determinara y la emotividad nerviosa continúan aún en otros casos bastante después de quedar libre el conducto.

*Lesión, oclusión* o ambas cosas a la vez pueden producirse.

Tras el primer momento de angustia, un dolor más o menos vivo, casi siempre retro-esternal (sea cual fuere el asiento de la lesión), que aumenta con las tentativas de deglución pero que no impide el paso a los líquidos y alimentos pastosos: todo esto en el primer caso o sea de simple lesión. El espasmo y el dolor son aquí lo más; lo mecánico tiene un papel secundario.

Pero cuando el cuerpo, aunque blando, es voluminoso y cierra por completo la luz del conducto y más, si detenido, llega a comprimir las vías aéreas, el pacien-

te, sobre todo el niño, sufre un acceso de sofocación, cianótico, echa la cabeza hacia atrás, los ojos propulsados, sobrevienen violentos accesos de tos y esfuerzos de vómito durante los cuales muchas veces lo expulsan, sobre todo si está muy alto.

*Las monedas* después del primer momento, en que pueden producir todos los síntomas antes apuntados, se disponen transversalmente y dejan un canal por su parte posterior después de haberse fijado a nivel de la 2.<sup>a</sup> estrechez de modo que la deglución para líquidos y semilíquidos no está dificultada en muchos casos.

Algunas mucosidades sanguinolentas, aliento fétido cuando comienza la ulceración esofágica; fiebre y estado general grave cuando se establece el flemón; tos quintosa y crisis disnéicas en el momento de la deglución de los alimentos si se ha formado una fístula que comunica con tráquea o bronquios; expectoración fétida y sanguinolenta, enfisema en algunos casos, además si sobreviene la bronconeumonía; pequeñas hemorragias de repetición como precedentes de una hemorragia terminal, si se lesiona la aorta u otros grandes vasos.

La compresión nerviosa periesofágica produce también parálisis, pasajeras casi siempre, en el *pneumogástrico* (disnea, lentitud de pulso) o *recurrente izquierdo* (ronquera, huélfago).

## DIAGNÓSTICO

**Historial.**—Las nociones que nos suministra la familia, los allegados y el mismo enfermo respecto de la naturaleza, dimensiones del cuerpo extraño y circunstancias en que se introdujo, relacionadas con las condiciones anatómicas, ya conocidas, nos darán muchas veces con bastante exactitud la idea del sitio de implantación; los síntomas añaden alguna certeza; la localización del punto doloroso a la deglución lo precisa más.

**Palpación.**—Puede circunscribir abultamiento exterior o dolor a la presión. Si se realiza con el dedo la exploración por vía bucal, puede aclararnos la situación y forma de un cuerpo alojado en la faringe o entrada del esófago.

**Auscultación.**—HAMBURGER por su método de auscultación en las estrecheces, localiza el cuerpo extraño mediante el ruido que produce el paso de líquidos, en caso de obstrucción incompleta.

**Espejillo laríngeo.**—Aclara el caso cuando no se ha franqueado la 1.<sup>a</sup> estrechez.

**Cateterismo.**—*Solo se debe hacer ante la seguridad de cuerpo blando o romo muy voluminoso.* Se realiza mediante sonda o bujía esofágica, aparato de GRÆFE, gancho de KIRMISSOM, resonador de COLLIN, por los cuales puede conseguirse al mismo tiempo la extracción. Lo mismo decimos del gancho propuesto por nosotros.

**Radioscopia y Radiografía.**—Podemos decir que, para estos casos, es el elemento de diagnóstico más importante en la práctica ordinaria: pues si bien es cierto que no todos los cuerpos extraños son opacos a los Rayos X, también lo es que la mayoría de ellos son metálicos u óseos; además es un procedimiento exento de peligro, que da diagnóstico exacto y actualmente se encuentra en gran número de poblaciones.

**Esofagoscopia.**—Lo consideramos como procedimiento excepcional pero de valor tan indudable que habrá que recurrir a él cuando hayan fracasado todos los anteriores. Ideado por MICULICZ, por HACKER y KILLIAN, y aunque generalizado, requiere instrumentación y aprendizaje especial no siempre a mano.

#### PRONÓSTICO

Varía con el grado de complicación con que se presente a nosotros el caso, y con la naturaleza del cuerpo extraño. Las piezas dentarias son los más peligrosos y así mismo los puntiagudos o los muy voluminosos, que pueden producir la asfixia o la hemorragia rápidamente mortal.

Tanto más se agrava el pronóstico cuanto mayor sea la permanencia del cuerpo en el esófago, hasta tal punto que TERRIER afirma que «tan ilícito es al médico abandonar un enfermo sin haberle extraído el cuerpo extraño como abandonarle con una hernia estrangulada sin haberle operado».

#### TRATAMIENTO

**Miga de pan y patata, arroz, col... etc.**—Es un procedimiento que el vulgo emplea y que casi siempre han practicado ya cuando vienen a consultarnos. En muchos casos es perjudicial; en esquirlas óseas, espinas, etc. y en general en los de pequeñas dimensiones puede recomendarse y obtener algún resultado.

**Vomitivos.**—Tanto medicamentosos, como mecánicos sólo tienen aplicación en los casos de cuerpos detenidos en la entrada del esófago o que siendo puntiagudos y estando poco enclavados, los esfuerzos del vómito pueden desprenderlos y lanzarlos al exterior. Por el mismo mecanismo obran otros procedimientos que no se efectúan con este fin, cual ocurre al explorar con bujías esofágicas o con el dedo. Casos han llegado a nosotros de pacientes a los que habían administrado repetidos vomitivos, sin conseguir la expulsión, cosa que se obtuvo fácilmente por los esfuerzos de vómito sobrevenidos al practicar el cateterismo: en uno de ellos se trataba de todo un voluminoso sacro de pollo.

**Cambio de posición en los niños.**—Basta en algunos raros casos.

**Manipulaciones externas.**—Presiones y sobos practicados de abajo arriba en casos en que se notaba prominencia al exterior dieron resultado: Casos de DELAMOTTE y WALKER citados por POULET.

**Propulsión.**—El mecanismo con que obran la miga de pan y patata no es otro que el de la propulsión; se realiza ésta además con bujías, esponjas montadas, etcétera. Sólo está permitida en casos raros, teniendo seguridad de esófago y estómago normales y cuerpo muy blando.

En la práctica rural, se echa mano con frecuencia, de una bujía y se fuerza el cuerpo extraño, sin conseguir muchas veces otra cosa que agravar la situación. Es un procedimiento censurable en la mayoría de los casos.

**Procedimiento de Felicet.**—Lo recomienda para los niños. Cateterismo con sonda número 18 y mandril. Alcanzado el nivel del cuerpo extraño se imprime a la sonda movimientos rotatorios con lo que se consigue que pase por un lado y llegue hasta el estómago; se inyectan de 200 a 800 c. c., según edad, de agua bórica tibia; se retira la sonda cuyo ojo engancha el cuerpo extraño y mientras se continúa la irrigación, el vómito suele entonces desprender el cuerpo extraño que fácilmente sale fijo en el extremo de la sonda.

**Digestión artificial.**—Con el ácido clorhídrico, la pepsina o solución de papaina en ácido clorhídrico diluido, se puede deshacer algún bolo alimenticio que obraba como cuerpo extraño. La acción del coñac fuerte ha coarrugado y retraído otros cuerpos que pasaron después al estómago.

**Pinzas esofágicas.**—Hay muchos modelos, MOI, BUCK, GUTSCH, CHARRIERE, MATHIEU, LUTTER, COLLIN, SILVESTRI, BERGER, etc. De todas ellas cabe decir que sólo son utilizables en las primeras porciones, su uso es difícil y expone a desgarrros de la mucosa.

**Extractores diversos.**—*Gancho de báscula* de COLLIN, *escobillón esofágico* de FERGUSON, *gancho* de KIRMISSON, *extractores* de BEGIN, PETIT... *cestillo* de GRÆFE con modificaciones diversas etc. De todos ellos el más usado es el de GRÆFE, del cual dice KIRMISSON «este es un instrumento peligroso y además su volumen no permite su empleo en niños muy pequeños: el cestillo de GRÆFE tiene sus bordes muy agudos y pueden herir la mucosa, además la articulación del cestillo con la varilla que le sirve de soporte le deja tomar posiciones variables, por lo que en más de una ocasión se ha enganchado en él el reborde del cartílago cricoides, quedando atascado en este punto y dando lugar a que durante las tentativas de extracción se produzcan extensas desgarraduras de la mucosa, que son ocasión de accidentes mortales.» El estudio radiográfico de las monedas esofágicas llevó a KIRMISSON a la adopción de su gancho desde 1898 y del cual por su experiencia propia, y de otros autores que lo han usado como D'ÆLNTZ, BARNSHY, GAUDIER, DEROQUE, MASSEI... hasta en niños de muy corta edad, 8, 6 y 3 1/2 meses, se encuentra muy satisfecho.

**Gancho improvisado.**—Reconocemos que el gancho de KIRMISSON es el de elec-

ción en casos de monedas sobre todo, y por lo mismo al encontrarnos sin él ante el caso de nuestra radiografía tuvimos la idea de improvisar uno; y visto el buen resultado obtenido y la facilidad de construirlo en cualquier sitio nos pareció útil darlo a conocer, creyendo hacer un buen servicio a algún compañero que no tenga a su alcance, en un caso de estos, un completo instrumental.

Como se ve en el grabado es de sencilla construcción. Se toma un alambre cualquiera (latón principalmente, hierro, etc., con tal que tenga alguna rigidez) de un milímetro de diámetro y 90 centímetros de largo aproximadamente; se dobla por la mitad formando un asa y en este punto se le dobla en forma parecida a los antiguos ganchos de pantalón (véase la figura): se tuerce después el resto del alambre, una rama sobre otra, hasta el otro extremo, en el cual se formará un ojo perpendicular al plano del mayor diámetro del gancho y que sirve de indicador. Otro indicador lo constituye un hilo atado a 25 centímetros del gancho.

Ante un caso de moneda detenida en el esófago, se precisa su situación por Rayos X, si es posible, y si no, teniendo en cuenta las consideraciones anatómicas anteriores se supone que se ha detenido en la 2.<sup>a</sup> estrechez.

Paciente sentado frente al médico, cabeza en extensión; se introduce el gancho en el esófago como una sonda, y con el indicador hacia adelante apoyado constantemente sobre la pared posterior, cosa fácil por la flexibilidad del material que lo constituye, y cuando haya llegado el indicador a los incisivos superiores, señal de que el gancho se ha introducido 25 centímetros, se tendrá la seguridad de haber pasado por detrás de la moneda y encontrarse el gancho por debajo de la misma; se hace tracción hacia arriba, y se tiene la precaución sobre todo cuando el alambre es muy flexible, de introducir el índice izquierdo de modo que empujando con el pulpejo hacia atrás forme polea de reflexión en la faringe, con lo que el gancho sube perpendicularmente y no puede ocasionar nunca destrozos. Ordinariamente sale la moneda a la primera tentativa. Dada la disposición del gancho es imposible enganchar la mucosa ni el cricoides, observando las anteriores precauciones.

Todos los procedimientos de extracción que acabamos de exponer pueden ser guiados por la radioscopia practicándolos tras la pantalla fluorescente.

**Extracción con esofagoscopia.**—Este procedimiento necesita cierta habilidad manual e instrumental que no todos poseen. Evita muchas veces, casi siempre, la cruenta *esofagotomía*; método ya antiguo ha sido perfeccionado recientemente partiendo de la espátula de KIRSTEIN KILLIAN ha sido el principal autor que con su *broncoscopia* y *traqueo-broncoscopia* ha abierto el camino tan brillantemente seguido por su discípulo BRÜNNINGS, para dar seguridad en cuanto a éxito e inocuidad a todas las maniobras de diagnóstico y tratamiento de cuerpos extraños en vías aéreas y esófago. El mismo material de *traqueoscopia* algo modificado en sus dimensiones es el

que se emplea en *esofagoscopia* y se funda en la visión directa del esófago mediante tubos apropiados y un reflector frontal (KILLIAN) o lámpara portátil (BRÜNINGS). Los tubos miden de 6 a 15 mms. de calibre (se llega a introducir un tubo circular de 18 o uno oval de 22 mms. en su diámetro mayor) y 20 a 50 cms. de largo según la edad; llevan una graduación en su superficie exterior y la interior es pulimentada y brillante; la extremidad inferior es roma y olivar en algunos modelos. Recientemente LOMBARD y LEMÉE han ideado un tubo de doble pared que sirve al mismo tiempo para la aspiración de mucosidades y aún papillas espesas estando unido a una trompa de agua.

Antes de esofagoscopizar conviene hacer radioscopia para puntualizar el cuerpo extraño y ponernos al abrigo del peligro que supone una ectasia aórtica.

Los instrumentos extractores, pinzas, ganchos, galvano cauterio, electroimanes, cestillo de GRAEFE muy ligero etc., se montan sobre mango especial y son muy finos para no estorbar la visión. Como auxiliares se emplean porta-algodones para limpiar y anestésicar con cocaína, tocar con adrenalina etc., y una bomba para aspirar la saliva y mucosidades a veces muy abundantes.

Enfermo en ayunas; anestesia general en los niños, local, preferible en los demás, con solución concaínica de 1 por 10 a 1 por 20 con adrenalina: conviene en muchos casos adelantarse con la administración de bromuro o un centígramo de morfina en inyección, para modificar la nerviosidad del paciente. Posición de ROSE o silla de BRÜNINGS; un ayudante, o el mismo paciente, tira de la lengua; se introduce el tubo con su mandril, que favorece el paso por la región aritenoidea y boca del esófago que es en donde se encuentra la mayor dificultad; se retira el mandril cuando ya el tubo ha penetrado en el esófago. Se avanza poco a poco, guiados por la visión, se confirma el diagnóstico y localización y se extrae el cuerpo extraño con el instrumento más apropiado. Muchas veces la dilatación que el tubo produce basta para desprender el cuerpo extraño y llevarlo al estómago, otras habrá necesidad de producir un fraccionamiento por el asa galvánica (pinza de cauchú).

El Dr. VANACKER cree tan sencillo e inofensivo este procedimiento que dice está al alcance de todo médico.

Accidentes que pueden producirse: erosión, rotura de paredes, mediastinitis supuradas, absceso mortal, rotura de aneurisma. Pero todos pueden evitarse con la exploración atenta antes de comenzar.

**Métodos cruentos.**—No haremos más que citarlos, pues con los anteriores procedimientos apenas se encontrará en la necesidad de recurrir a ellos; el enclavamiento producido en maniobras anteriores o tratarse de un cuerpo muy irregular nos obligará a practicar la *esofagotomía cervical* si se encuentra el cuerpo extraño por encima de la 4.<sup>a</sup> ó 5.<sup>a</sup> vértebra dorsal (25 centímetros de los incisivos):

*esofagotomía torácica* que no se intentará siquiera por su gravedad (de tres casos en que se ha practicado sólo curó uno a los nueve meses de tratamiento) o *gastrotomía* en los casos de enclavamiento en la porción inferior (de 20 casos 14 por pieza dentaria). La descripción de las mismas se encontrará en las obras de Técnica Operatoria.

Orihuela Septiembre de 1915.

#### BIBLIOGRAFÍA

BOURGEOIS.—Artículos Esofagoscopia y Traqueoscopia en Enciclopedia de Ciencias médicas.—Calleja, Madrid.

CHALOT Y CESTAN.—Cirugía y Técnica operatorias.—Espasa, Barcelona.

EICHEN (VON).—Anuario de Ciencias Médicas 1911.—Calleja, Madrid.

HAECKEL.—Cirugía del esófago en Cirugía del Médico práctico: T. V. del Tratado de Medicina Clínica de Ebstein-Forgue, Patología externa.—Espasa, Barcelona.

HOCHENEGG Y BOCKENHEIMER.—Patología y Clínica Quirúrgicas.—Sucesores de Hernando, Madrid.

JAUGEAS.—Précis de Radiodiagnostic.—Masson, París.

KEEN.—Cirugía.—Salvat, Barcelona.

KIRMISSON.—Cirugía infantil.—Calleja, Madrid.

LENORMANT.—Artículos Esófago y Esofagotomía de la Enciclopedia de Ciencias médicas.—Calleja, Madrid.

M. MONTANER.—Cuerpos extraños en faringe y esófago, artículo del Tratado Enciclopédico de Pediatría de Pfaundler y Schtossmann.—Seix, Barcelona.

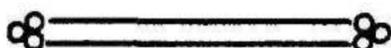
PICQUÉ.—Anatomía quirúrgica y Medicina operatoria.—Vidal, Madrid.

SHALI.—Métodos de exploración Clínica.—Salvat, Barcelona.

TESTUT.—Anatomía Descriptiva.—Salvat, Barcelona.

TILLAUX.—Anatomía Topográfica.—Espasa, Barcelona.

VANACKER.—De la extracción de los cuerpos extraños del esófago.—(Gazette des Hôpitaux, Siglo Médico, número 2687).



# PRENSA PROFESIONAL

**Los Progresos de la Clínica**  
(Núm. 36.-Diciembre 1915)

## MEDICINA LEGAL

### ACERCA DE LA DEGENERACIÓN Y LA LOCURA

POR

**ANTONIO LECHA-MARZO**

*Catedrático de la Universidad de Granada, Agregado al Instituto de Medicina Legal y Psiquiatría de la Universidad de Madrid.*

Tomamos de Maestre los conceptos siguientes:

«La degeneración es una anormalidad arquitectónica del sistema nervioso; no es una enfermedad. El degenerado fué esculpido ya como degenerado, al fundirse y mezclarse los dos núcleos de la célula de su padre y de la de su madre, de que procede; sus progenitores lo engendraron así y así persistirá hasta que se muera, sin que él haya tenido parte ni arte en su destino.»

«Un ser normal puede enfermar por la fatiga del trabajo excesivo; por cualquiera de las mil infecciones ocasionadas por los seres microscópicos que le rodean, por el alcohol, por los alimentos averiados, por los tóxicos que la ignorancia, la imprudencia y el delito infiltran en su sangre; puede desfallecer y ensaciarse de miseria y de hambre, mas todas esas causas no llegarán a cambiar nunca a un normal en degenerado; harán de él un doliente, jamás un loco. El hijo del doliente, el engendrado por el enfermo, será ya el que nazca neurótico, insensato, que la degeneración es la herencia de la enfermedad, de las pasiones o del vicio.»

Según Maestre, la degeneración recorre varias etapas, que pueden reducirse a cuatro: el histerismo, la epilepsia, el idiotismo y la imbecilidad. En fin resume sus

ideas diciendo: «Todo loco es un degenerado, pero no todo degenerado es un loco. Un ser normal, equilibrado, nacido sin tara hereditaria, es imposible que caiga en locura, actúe sobre él la causa que quiera, porque la locura no es más que un episodio de la degeneración.»

Con él, podemos admitir que lo típico de la locura es el vicio del entendimiento, caracterizado por la ausencia de la realidad en las operaciones del juicio.

Y en fin, no considerando a la degeneración igual que a la locura, y sí como un grado inferior a ella, propone para los degenerados *la media capacidad civil* (capacidad administrativa e incapacidad dispositiva).

No creo preciso insistir en la importancia de las ideas expuestas. Si todo loco es un degenerado, será necesario que siempre que nos ocupemos de un enfermo mental, estudiemos, ante todo, su grado de degeneración y después su locura, puesto que ésta no hizo más que prenderse en el humus fecundo de la primera.

No ha sido el citado profesor de la Universidad de Madrid el primer autor que ha estudiado la degeneración, conocida ya por la vieja psiquiatría y en tiempos más distantes aún. Sin embargo, en el momento actual, es el único que la recuerda en España. Y nosotros creemos que, siguiendo la evolución de las ideas emitidas acerca del particular, será como probaremos mejor la razón de la insistencia, de la tenacidad con que Maestre llama la atención de todos acerca del fondo degenerativo y de la alienación mental.

Para nuestra modesta labor, será de gran utilidad el libro que G. Genil Perrin ha publicado acerca de la *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de degenerescence en médecine mentale* (París, Leclerc, 1913). Estamos de acuerdo con el referido autor cuando afirma que esta historia se halla indisolublemente ligada a la historia del desarrollo del pensamiento humano, que progresivamente se ha librado de sus tendencias metafísicas, para dejarse conquistar por los métodos de la ciencia positiva. Estudiando dicha historia, se asiste también a los días en que la psiquiatría aceptaba estos métodos y estudiaba la locura como un fenómeno psicológico y no como un misterio.

La noción de la degeneración no podría surgir sin otras dos nociones anteriores, las relaciones entre lo físico y lo moral y la noción de la herencia.

En las cosmogonías antiguas, se encuentra ya esparcida alguna idea referente a estas relaciones entre lo físico y lo moral.

Opinaba Platón que el alma es el instrumento del cuerpo y que, en las necesidades y en las funciones del alma, es donde hay que buscar las causas del mecanismo corporal. El alma obra sobre el cuerpo, pero se ejerce una acción recíproca del cuerpo sobre el alma. La herencia no es solamente física, y las cualidades y los defectos de los padres se transmiten a los hijos; por eso pretendía Platón que el legis-

lador poseyese el arte de combinar los temperamentos, con arreglo a las proporciones más felices.

En la proposición de Platón, se hace preciso reconocer no sólo la idea de la degeneración mental, sino el principio de la lucha contra la degeneración. En Galeno, encontramos un lenguaje mucho más actual aún. Con posterioridad a Galeno, la idea no se abre camino durante siglos, hasta el día en que el espíritu del renacimiento reaccionó contra la escolástica. Estas relaciones entre lo físico y lo moral tomaron también apoyo en la Fisionomía, estudiada desde Aristóteles, quien pretendía que las deformidades morales se traducen por deformidades físicas.

Pero tales relaciones entre lo físico y lo moral no sólo se observan en el ser, sino en la sucesión de seres, y esto hace necesario la intervención de la herencia.

La noción de la herencia es tan vieja como el pensamiento humano. Se la descubre en la historia de todos los pueblos, en los libros religiosos de la India y en la Biblia. Los legisladores indios discutían la influencia respectiva del padre y de la madre sobre el desarrollo de las cualidades del hijo, como puede hacerlo en un curso de Eugenia un profesor de nuestras actuales Universidades. Los padres no sólo pueden transmitir a sus hijos sus caracteres físicos y morales, sino también sus enfermedades. Se concibió primero la herencia similar: el padre tuberculoso transmitía al hijo su tuberculosis, el imbécil su imbecilidad. Un paso adelante en el estudio de la cuestión llevó a admitir la herencia de predisposición, que permite la herencia de lo desemejante.

Pinel (*Traité medico philosophique, 1809*), dió gran valor a la herencia en la etiología de la locura. Foderé (*Essai médico-legal sur les diverses espèces de folie, página 66*), reconoció la existencia de la predisposición a la locura y de signos que revelan esta predisposición antes que aparezca aquella. «No se debería ignorar que hay una predisposición particular para nacer poeta, músico, orador, mecánico, comediante, etc.; talentos que no se dan, que no se adquieren, pero que se perfeccionan, sometiendo a reglas estos dones naturales. Es este el origen de lo que se llama propiamente *talento, genio*, siempre más próximos a la singularidad, a la irregularidad de los hábitos, a la exaltación, a la locura, que la mayoría de los hombres sometidos a los principios positivos; en la mayor parte de los casos, la locura, si he de atenerme a mis observaciones, no es más que una exageración de esta disposición que llevamos con nosotros a las diversas enfermedades... Disposición que se observaba ya en las primeras edades, *por inclinaciones particulares, por extravagancia en los deseos y en el carácter*, pero que no estalla hasta después de los veinte años...»

Esquirol, anterior a Foderé, reconocía también los signos de la predisposición. Suyas son estas palabras: «Qué lección para los padres que, en el matrimonio de

sus hijos, se cuidan más de su ambición que de la salud de los descendientes. La locura es más fácilmente transmisible por las madres que por los padres. Esta funesta transmisión se manifiesta en la fisonomía, en las formas exteriores, en las ideas, en las pasiones, en los hábitos de las personas que deben ser sus víctimas. Advertido por alguno de estos signos, me ha sido posible anunciar, en ciertos casos, un acceso de locura varios años antes de que estallara...»

«Esta predisposición, que se manifiesta por los caracteres externos y por el carácter moral de los individuos, no es más sorprendente, con relación a la locura, que relativamente a la gota, a la tisis pulmonar, etc. Se la observa desde la infancia y puede explicar multitud de cosas raras, de irregularidades, de anomalías, que con mucha anticipación debían haber constituido un aviso para los padres. Sirva esto de advertencia útil para los que dirigen la educación de los niños que nacen de padres alienados; conviene dar a estos niños una educación particular, ejercitarlos mucho en la gimnasia, endurecerlos contra las impresiones exteriores, colocarlos, en fin, en condiciones distintas de aquellas en que se encontraban los autores de sus días; caso es este en el que se debe poner en práctica el precepto de Hipócrates, quien deseaba que se cambiase la constitución de los individuos, para prevenir las enfermedades de que están hereditariamente amenazados. Lo que digo acerca de la educación física se puede decir también en lo que se refiere a la educación moral e intelectual: deberá evitarse todo aquello que pueda excitar el cerebro».

Marc, en 1840, insistió también en la importancia de la herencia, como causa de la locura, y principalmente en la importancia de la herencia similar. Baillarger, el 2 de Abril de 1844, en la Academia de Medicina de París, refirió 600 observaciones y concluyó que la locura de la madre es más frecuentemente hereditaria que la del padre; que, en los casos de locura hereditaria, la enfermedad de la madre se transmite a mayor número de hijos que la del padre; que la locura de las hijas procede dos veces más frecuentemente de la madre que del padre, mientras que actúan indiferentemente en los varones la del padre y la de la madre.

Debemos recordar en este momento la obra de Lucas. Según este sabio, que acertó a coordinar todo lo que se sabía de la herencia, la vida universal obedece a dos leyes: *la ley de invención*, por la cual la Naturaleza crea, improvisa, y *la ley de la imitación*, merced a la cual repite un modelo anteriormente realizado. La creación fué hecha una vez para siempre y no es esta fuerza la que regenera incesantemente los seres; es otra, es la fuerza de la procreación. Esta última se sirve también de la ley de imitación, que toma, en el caso que nos ocupa, el nombre de ley de herencia.

Lucas creía también en la herencia de la locura. Los alemanes, con Heinroth, representante de la psiquiatría metafísica, eran entonces los únicos que no creían en la herencia de la locura, «porque el yo pensante, el alma, decían, no es hereditario».



En fin, entre los predecesores de Morel, no olvidaremos el nombre de Moreau (de Tours). Estudió la predisposición a la locura, que se puede descubrir por signos muy variados y estudió la herencia heteromorfa.

Nosotros nos encontramos ya en posesión, como dice Genil Perrin, de todos los materiales cuya síntesis constituirá la idea de degeneración mental. «Nos falta un sólo elemento, cuya intervención provoca esta síntesis, como la chispa provoca en el eudiómetro la combinación del oxígeno con el hidrógeno. Y ¿nos falta por completo? ¿No le encontramos disimulado bajo la vaga creencia de una degradación global de la especie, creencia que aparece en los mitos religiosos y en el poema de Hesiodo? En todo caso, le hallaremos explícitamente expreso en la obra de los naturalistas; no otra cosa es la concepción antropológica de la degeneración que Morel lograra alcanzar en los cursos del Museum, para aplicarla fructuosamente al estudio de la alienación mental».

Cuando Morel comenzaba sus trabajos escribía Trelat: «Los antiguos estaban tan avanzados en el primer siglo en el diagnóstico, y tal vez también en el tratamiento, como lo estamos hoy, después de 1.800 años de estudios». Sin embargo, la actividad era cada día mayor. Además de los trabajos citados, aparecían otros nuevos acerca de las lesiones anatómicas de las locuras, acerca de la locura moral, de la locura lúcida, de la parálisis general, etc. Falret combatía la doctrina de las monomanías de Esquirol. La escuela espiritualista enseñaba que la locura era una enfermedad del alma, y aconsejaba que se buscara la causa de las enfermedades mentales en la desviación de las leyes de la moral y de la razón, en la nefasta influencia ejercida por las pasiones. La escuela somática enseñaba, en cambio, que todas las enfermedades mentales son el resultado de lesiones del cuerpo. Otras teorías trataban de conciliar las dos escuelas. En realidad, los alienistas no hacían otra cosa que describir complejos sintomáticos. A Morel estaba reservado ocuparse de la patogenia y de los accidentes terminales, de substituir la semeiología por la patología y de llevar a la patología mental la doctrina de las diátesis.

Y llegamos ya a juzgar la obra del autor del *Traité des Degenerescences*. «El hombre—decía Morel—se encuentra expuesto a los ataques del mundo exterior; sus descendientes están sometidos a la ley de la herencia y no pueden escapar a las causas que, alterando su salud, tienden más y más a desviarlos del tipo primitivo. Las degeneraciones son desviaciones desgraciadas del tipo normal de la humanidad, hereditariamente transmisibles, y que evolucionan progresivamente hacia la decadencia.»

Morel estudió ciertas «deformidades relacionadas con los estados especiales de degeneración de la especie»; pero, a pesar del valor que concedía a estos caracteres anatómicos, prefirió una clasificación etiológica, que había de extenderse más

tarde a la psiquiatría entera. Distinguía: 1.º Degeneraciones por intoxicación (paludismo, opio, alcohol, constitución geológica del suelo, hambre, epidemias, intoxicaciones alimenticias). 2.º Degeneraciones que resultan del medio social. 3.º Degeneraciones que proceden de una afección morbosa anterior. 4.º Degeneraciones en relación con el mal moral. 5.º Degeneraciones subsiguientes a deformidades congénitas o adquiridas en la infancia. 6.º Degeneraciones en relación con las influencias hereditarias (1).

Y dos grandes leyes dominan la patogenia de las degeneraciones: la ley de la doble fecundación, en el sentido de mal físico y del mal moral, y la ley del incremento de la degeneración, conocida con el nombre de Morel.

Morel dió una vasta concepción etiológica para toda la psiquiatría. La alienación mental, en gran número de casos, no es, según él, más que una degeneración, y resulta, por tanto, incurable. Apresurémonos a añadir que Morel admitía la existencia de alienados sin fondo de degeneración, de sujetos que se vuelven locos por la influencia de una enfermedad intercurrente, de una pena intensa o de la pasión y en los que el pronóstico resulta favorable.

La degeneración, según Morel, no es forzosamente hereditaria. Hay degenerados que heredan de sí mismos. Como también hay, añadiríamos nosotros, criminales natos, a los que se puede llamar adquiridos.

Los alienados hereditarios constituían para Morel el grupo de los degenerados, y la limitación de este grupo es lo que se discute hasta en nuestros días.

«Los individuos predispuestos—decía Morel—sufren períodos de exaltación y de depresión. Tienen una susceptibilidad increíble y una impresionabilidad que les hace tristes, tributarios de los menores cambios atmosféricos, de las menores variaciones en sus hábitos ordinarios. Experimentan cefalalgias intensas y frecuentes y sus sufrimientos del sistema nervioso se resumen frecuentemente en neuralgias, en tics dolorosos, en espasmos y, sobre todo, en laxitudes profundas, que alternan con períodos de excitación. Son, en una palabra, seres sensitivos que, tanto en lo físico como en lo moral, pasan casi sin transición de un estado de bienestar a otro de sufrimiento, de una alegría absoluta a una tristeza indecible, de una seguridad exagerada en sus fuerzas a una pusilanimidad infantil». Cuando estalla el delirio, su aparición es súbita, bajo la influencia de la menor causa determinante, pudiendo cesar también súbitamente; muchas veces llama la atención la fijeza de las ideas delirantes, y otras, la tendencia a la sistematización. «La manía razonadora, la locura

---

(1) Para comparar con el estado actual de la cuestión, véase un trabajo reciente de la cátedra del profesor Rodríguez Méndez, original del Dr. Rosique Cebrián: *Causas de la degeneración física*. Barcelona. Tip. La Académica. 1914.

moral, la locura sin delirio, *las monomanías* de los autores, encuentran en la locura hereditaria sus candidatos más numerosos».

Morel incluía en las locuras hereditarias a ciertas formas de degeneración ligera, al delirio de los sentimientos y de los actos, con conservación aparente de las facultades intelectuales (manía instintiva, manía razonadora de Pinel, moral insanity de Prichard, a las monomanías homicida y suicida, a la kleptomanía, a la dipsomanía, a las perversiones sexuales, a la imbecilidad, al idiotismo y al cretinismo).

Quizá faltaba algo de conexión y de método a la obra genial de Morel.

Falret decía que la misma extensión dada a las locuras hereditarias por Morel, restaba valor a la propuesta. A esto se puede responder que la obra de Morel aportó una vasta concepción patogénica aplicable a toda la patología mental, y reservó a un grupo de enfermos el nombre de locos hereditarios, aunque no sean los de dicho grupo los únicos hereditarios.

Los trabajos de Magnan marcaron otra etapa de las más brillantes. En 1882, en sus lecciones sobre la dipsomanía, puso de manifiesto el importante papel de la herencia en la etiología de este síndrome. Diez años después, desarrolló sus ideas en su libro *Les Dégenerés*, en colaboración con Legrand (1892).

En las alienaciones, es preciso distinguir, según él, dos grandes clases: 1.º Las que sobrevienen en los hereditarios, es decir, en los predispuestos. 2.º Las que no constituyen más que un accidente en la vida de un sujeto, enteramente normal por otra parte. Es una distinción análoga a la que se hace en patología médica entre las afecciones diatésicas y las afecciones accidentales. Esta predisposición no sólo puede ser hereditaria, sino también adquirida.

Los predispuestos se dividen en dos grupos: los predispuestos simples y los predispuestos con degeneración. En los primeros, el mecanismo cerebral es normal, aunque frágil. Presentan generalmente formas simples, de alienación: manía, melancolía y delirios alucinatorios, estados en los cuales no hay delirio intelectual, propiamente dicho, o en los que se trata simplemente de trastornos de las esferas afectiva y psico-sensorial; en ellos, se ven las locuras intermitentes y el delirio crónico de evolución sistemática. El segundo grupo comprende a los predispuestos máximo, a los degenerados, en los cuales el mecanismo cerebral se manifiesta anormalmente desde el nacimiento.

Insistió Magnan en los estigmas físicos y en los estigmas morales del degenerado. No existe entre ellos, según este autor, un paralelismo tan neto como se había admitido y no tienen como carácter común más que su comunidad de origen. Los estigmas físicos traducen siempre una anomalía de desarrollo; son congénitos y permanentes. Lo que caracteriza al estado mental es el desequilibrio en el funcionamiento de los distintos centros del sistema nervioso y por esto dividió a los degene-



rados en espinales, cerebrales posteriores y cerebrales anteriores (Näcke advirtió, sin embargo, que por este camino volvíamos a la frenología).

Más interesante resulta el estudio que hicieron Magnan y sus discípulos de la obsesión y de la impulsión, como constituyentes del fondo común de la mayoría de los síndromes episódicos de los degenerados. Llamaba *obsesión* a toda manifestación cerebral de orden intelectual o afectivo que se impone a la conciencia, a pesar de los esfuerzos de la voluntad, interrumpiendo por algún tiempo, o con intermitencias, el curso regular de las operaciones intelectuales. Llamaba *impulsión* a todo acto que se realiza, pero que no puede ser inhibido por un esfuerzo de la voluntad. La conciencia se conserva, el enfermo es testigo de su impotencia, lucha y, de esta lucha, nace un sufrimiento moral, que se traduce por angustia; sobreviene, por otra parte, un estado de alivio en los casos de obsesión impulsiva, cuando la descarga motora se ha realizado.

He aquí una lista de las obsesiones e impulsiones que se observan en clínica:

Locura de la duda.	Manía del juego.
Delirio del tacto.	Impulsión homicida.
Agorafobia.	Impulsión al suicidio.
Claustrofobia.	Aritmomanía.
Dipsomanía.	Ecolalia.
Piromanía.	Coprolalia.
Kleptomanía.	Perversiones sexuales.
Homomanía.	Abulia.

A continuación del estado sindrómico en el que la lucidez se conserva, estudió Magnan el estado delirante, en el que aquella se pierde. La predisposición es el todo y la causa ocasional es mínima. Unas veces se traduce este delirio por exaltación cerebral, otras por depresión melancólica; desaparece fácilmente y recidiva con frecuencia. En otros casos, la aparición del delirio resulta súbita, y la naturaleza de las ideas delirantes es muy variable; ideas de persecución, ideas ambiciosas, místicas, melancólicas. En fin, otra forma está constituida por el delirio de *evolución crónica de los degenerados* (falta la *lógica del delirio crónico de evolución sistemática*) que puede evolucionar rápida o lentamente hacia la demencia (precoz o primitiva).

Tampoco estará desprovista de interés una investigación detenida de las cuestiones que estudiamos en el campo de la psiquiatría alemana y de la italiana.

Schule (1886) aceptó las locuras hereditarias. Distinguía la predisposición simple y la enfermedad hereditaria transmitida y describió, como formas de la locura hereditaria: 1.º La neurosis hereditaria. 2.º La locura hereditaria simple (estados sin-

drómicos de Magnan). 3.º El delirio sistemático originario. 4.º La locura hereditaria con degeneración (locura moral).

La obra de Kraft-Ebing nos detendrá más:

«Hay una diferencia fundamental—escribía el maestro alemán—entre la producción de un trastorno psíquico en un cerebro bien constituido, sano y que funciona de una manera normal, y la aparición de una enfermedad mental en un cerebro atacado de tara hereditaria o desfavorablemente influenciado por una causa cualquiera, que funciona de una manera anormal, que está en una palabra en estado de inferioridad». Para designar los trastornos psíquicos que sobrevienen en los sujetos de cerebro sano escogió la palabra *psico-neurosis*, y para indicar los que se desarrollan en un cerebro tarado, adoptó el término *degeneraciones psíquicas*. Kraft-Ebing reconoció que hay degeneraciones que no son hereditarias, como ya lo habían admitido Morel y Magnan.

Las psiconeurosis son, según él, enfermedades parasitarias, y accidentalmente adquiridas, en individuos cuyas funciones cerebrales habían sido normales hasta entonces y cuya enfermedad no estaba prevista.

Las predisposiciones hereditarias no son imposibles, pero no existen más que en estado latente; el cerebro de estos individuos resulta más fácil de afectar, pero funciona con normalidad. Se observan en ellos: tendencia a la curación de la enfermedad y rareza de las recidivas; poca tendencia a la transmisión por herencia a sus descendientes y, cuando esto tiene lugar, se hereda el mal bajo una forma benigna (psico-neurosis); marcha típica de las formas clínicas; manía que se desarrolla ordinariamente después de un estado precursor melancólico; estados secundarios como terminación de los primarios. El cuadro clínico, cuando aparece como un síndrome, tiene cierta duración y cierta independencia. La marcha total de la enfermedad es bastante limitada, en cuanto al tiempo, y suele llevar a la curación. No se observa tendencia a la periodicidad de los accesos y de las series de síntomas. Enfermedad y salud están muy distintamente separadas cronológicamente y son opuestas una a otra.

Las degeneraciones psíquicas son, según este autor, enfermedades constitucionales, es decir, preparadas por la constitución entera de los individuos que, desde su juventud, han presentado una constitución neuro-psicopática, que ha hecho que el sistema nervioso central y las funciones psíquicas hayan estado siempre en equilibrio inestable e inspirando temores la pérdida de este equilibrio. Para que así ocurra, bastan causas accidentales insignificantes, aun fenómenos fisiológicos (pubertad, menstruos, puerperio, menopausia). La enfermedad resulta producida por predisposiciones patológicas, la mayor parte hereditarias, o por la influencia de lesiones que atacaron a un cerebro en vía de desarrollo. Hay también frecuentemente

enfermedad psíquica, después de una serie de estados neuropáticos, que se hacen más y más graves (neurastenia, histerismo, epilepsia); tendencia mínima a la curación, máxima a las recidivas y a la transmisión por herencia y en formas cada vez más graves. Son posibles, en estos individuos, todas las clases de psico-neurosis, pero la mayoría de ellas aparecen bajo forma orgánica grave; grandes variaciones y formas diferentes, con ausencia de motivos; síndromes de duración efímera y no muy típicos.

La marcha de estos estados es crónica y conduce a la imbecilidad; hay gran tendencia a los accesos periódicos; la locura periódica es un fenómeno degenerativo. Frecuentemente existen una transición imperceptible de un estado de predisposición patológica a una enfermedad real y una mezcla curiosa de lucidez y locura en el apogeo de la enfermedad, hasta el punto de que el enfermo puede reconocer su afección.

En el grupo de las degeneraciones psíquicas, incluyó Kraft-Ebing a la *alienación mental constitucional emotiva*, a la *paranoia*, a la *locura periódica* y a la *alienación mental procedente de psico-neurosis constitucionales* (trastornos mentales en relación con la neurastenia, epilepsia, etc).

En fin, Kraft-Ebing mencionó en los degenerados psíquicos:

«1.º En el dominio de los procesos vitales, en general, gran mortalidad; disminución de la duración de la vida; reacción insólita a las influencias climatéricas y alimenticias; irregularidad en la evolución de las enfermedades cíclicas; excitación nerviosa, que puede conducir hasta trastornos neurósicos graves, con motivo de los cambios fisiológicos (dentición, pubertad, menopausia); pubertad precoz; desarrollo anticipado del espíritu con persistencia de la fragilidad somática; predisposición a la tuberculosis, a las anemias y a las clorosis constitucionales.

»2.º En el dominio de las funciones cerebrales: reacciones muy vivas; torpeza; delirio; alucinaciones a consecuencia de ligeras enfermedades físicas.

»3.º En el trayecto de los nervios sensitivos: facilidad anormal para la excitabilidad; irradiación que obra sobre territorios nerviosos muy alejados.

»4.º En el dominio sensorial: tendencia a la hiperestesia; exageración de los sentimientos de placer y disgusto.

»5.º En el dominio vasomotor: intensa participación del sistema vascular en las emociones psíquicas; reacción viva al alcohol.

»6.º En el dominio motor: nistagmus; estrabismo; contracturas; accidentes epilépticos o epiléptoides.

»7.º En la vida sexual: frigidez; excesos.

»8.º En la pubertad: aparición de neuropatías.

»9.º En el dominio puramente psíquico: gran emotividad o indiferencia, que

a veces alternan; impulsiones; obsesiones; dudas; facilidad de las representaciones; fuerza de imaginación; agotamiento rápido.

»La asociación de las ideas parece entrecortada; hay ausencia de pensamiento lógico y de voluntad; entusiasmo que desaparece pronto. Morel ha dicho, con razón, que son hombres instintivos».

Otro autor alemán más moderno, Ziehen, no hace intervenir en la clasificación el concepto de degeneración. Tampoco Kraepelin la tiene muy en cuenta, aunque la admite en la clase de los estados psicopáticos o psicosis degenerativa, y la extiende a algunas de las formas clínicas en que la estudia Kraft Ebing. «Muchas son las formas clínicas—escribe Kraepelin (1)—en que la degeneración se manifiesta; conocido es el favorable abono que representa para las más diversas variedades de perturbaciones de la mente, entre las cuales descuellan las que observamos en la locura maniaco-depresiva, es el histerismo y en la locura de las obsesiones. Unas veces se declara la degeneración desde la juventud, de un modo permanente, en la viciosa dirección que toman todos los apetitos y deseos; otras, aparece en períodos más adelantados y suele variar en intensidad, con relación a éstos. Así, pues, quizás podamos discernir entre estados morbosos congénitos y estados personales, según que los trastornos aparezcan como correspondientes a los progenitores o como anomalías puramente individuales o adquiridas, aunque no sea tan fácil como parece establecer tan concreta distinción».

Tampoco resultaba olvidado entre los psiquiatras italianos, el concepto de la degeneración. Se consultarán con fruto la obra de nuestro amigo Roncoroni (2) y la de Tanzi (3). Las opiniones de este último son más particularmente interesantes en estos momentos: «Aun cuando sea bien reconocible y definida—escribe—una causa externa como una infección o una intoxicación, quedará siempre un lugar, sea grande sea pequeño, para la disposición individual que conduce a las vías mal explorables de la degeneración y de la herencia morbosa. Categorías enteras de enfermos pasan sin ser casi estudiados y no dejan otras impresiones que conjeturas por exclusión, haciendo pesar sobre los oscuros factores de la constitución ner-

(1) E. Kraepelin: Introducción a la Clínica Psiquiátrica. Traducción española de S. Rubiano. Madrid, editor Calleja.

Véanse también entre los últimos escritos alemanes sobre la degeneración G. Voss: Zur Frage der Entartung und des Entartung irresein s. *Deutsche med. Wochschr.* 1910, n.º 1; Luckerrat: Degeneration-spychosen bei Kriminellen Geisterkrankliesten. *Aerztl. Sachwerst.* 1911, n.º 3; A. Schott: Ueber nervose Entartung. *Viertelj. f. ger. Med.* Bd. 43, 1912; O. Bumke: Ueber nervose Entartung. *Viertelj. f. ger. Med.* Bd. 43, 1912; A. H. Hübner: Pathologie und Therapie de Degeneration. *Deutsche med. Wochenchr.*, 1913, n.º 20.

(2) L. Roncoroni: *Introduzione alla Clinica delle Malattie nervose e mentali.* Turín, 1910.

(3) E. Tanzi: *Malattie mentall.* Milán, 2.ª edición.

viosa o de la estructura interna casi todo, sino todo, el determinismo de la enfermedad mental».

Tanzi reconoce que los mayores esfuerzos realizados por la psiquiatría en estos últimos treinta años han sido precisamente para ver de lograr la diferenciación entre las enfermedades mentales debidas a causas externas y accidentales y aquellas otras que tienen su origen en una herencia degenerativa, y sostiene que, cuando sean mejor conocidos la naturaleza y el mecanismo de los procesos degenerativos, cuando se haya profundizado con mayor fortuna en el análisis somático de los enfermos de la mente, se encontrarán criterios de distinción más decisivos y se podrá prescindir de las diferencias psicológicas, o, por lo menos, no tomarlas como base fundamental de diagnóstico. Y Tanzi llega hasta la afirmación de que, en todos los enfermos mentales, el análisis clínico descubre un fondo de degeneración.

\* \* \*

A medida que se estudiaba la degeneración y que ésta, según algunos autores, constituía una de las bases de la psiquiatría, sirviendo para la creación de las locuras hereditarias, o más propiamente heredadas, exponía Morel la noción de la pluralidad de los estigmas, reconocía la existencia de deformidades internas, e insistía especialmente en los estigmas físicos. Falret hablaba de los estigmas intelectuales y morales; Gall, en algunas partes de su obra, se expresaba como pudiéramos hacerlo hoy. Näcke, en el Congreso de Roma de 1894, declaraba que, siendo la degeneración una anomalía, la enfermedad y los estigmas morfológicos son la expresión anatómica de este estado morboso-funcional, que no constituyen la causa de las alteraciones de la función, pero que las anomalías aparentes hacen suponer otras ocultas. Que la degeneración morfológica no es más que la expresión de una degeneración del sistema nervioso. Que debemos comprender entre los signos de degeneración a las suspensiones de desarrollo y a los verdaderos atavismos. Y que la acumulación de los estigmas es la que tiene valor diagnóstico.

Dallemagne ha aportado también otro elemento a la discusión. Existe una jerarquía de dignidad entre los estigmas de la degeneración; su valor disminuye a medida que se trata de elementos menos estables en estado normal. El estigma morfológico es más grave que el fisiológico, y éste lo es más que el psíquico, y el estigma sociológico tiene aún menor significado. «La dificultad de adaptación sociológica constituye un criterio de desequilibrio, de debilitación, de degeneración».

Antes de pasar a las conclusiones que se desprenden de esta larga exposición, insistamos un momento en otros problemas, que se han tratado de explicar por la degeneración. Infinidad de autores antiguos, y modernamente Lombroso y Max

Nordau, sostienen la naturaleza degenerativa del genio. Quizá haya en esto un profundo error. Nosotros consideramos al genio como evolutivo; se fija en los hechos, los descubre, alcanza relaciones que para todos eran desconocidas, es el equilibrio por excelencia. «El verdadero genio nada tiene que ver con la emotividad e intelectualidad morbosa».

La noción de la degeneración tiene muchos puntos de contacto con la de la criminalidad. Precursores de Lombroso fueron Galeno, los fisionomistas y los frenólogos. Gall el primero de todos. Al explicar Morel la tercera clase de degenerados, decía: «Estos desgraciados, que ordinariamente no son fecundos ni desde el punto de vista moral ni desde el punto de vista físico, y que resultan ser los representantes más directos de las transmisiones hereditarias de mala naturaleza, pueblan, en grandes proporciones, las cárceles y los institutos penitenciarios para la infancia». Lombroso trata después de aplicar y extender genialmente las ideas morelianas al vasto campo de la criminalidad. Remitimos al lector a nuestro trabajo «El estado actual de la Antropología criminal. Madrid». «Los Progresos de la Clínica», 1915, en el que hemos resumido los últimos trabajos publicados en Alemania, Francia, Italia, acerca de Antropología criminal. Por el momento, nos interesa reconocer que Lombroso se acerca a Morel, cuando sostiene que la anomalía del criminal procede de una perturbación del desarrollo, de una desviación del tipo común. Según Lombroso, esta desviación revela unas veces atavismo, otras degeneración, enfermedad. La escuela francesa no admite la teoría del atavismo y considera a los criminales como hereditarios degenerados. Legrain ha añadido además: «el crimen es un síndrome que forma parte de la historia de los degenerados, del mismo modo que forma parte de la historia de la parálisis general. En una y otra no es más que un accidente».

Además, la lucha contra la degeneración debe figurar en el capítulo «Remedios del crimen» de toda obra de Antropología criminal.

Y procederemos ya a sentar conclusiones. Nadie pone en duda el valor que en la etiología de las enfermedades mentales tiene la degeneración y, cuando se realiza el estudio de las fases por que ha pasado la noción degeneración, preciso se hace admitir que, en el momento actual, su campo no está cercenado. Algunos psiquiatras tratan de volver a las ideas de Morel, para el que la alienación mental, toda entera, era, en suma, un estado de degeneración. Esto es lo que viene sosteniendo Maestre desde hace tantos años.

Cuando estudia este autor el largo proceso de la degeneración, pasando desde el estrábótico, el lunático, el desequilibrado, el histérico, hasta el imbécil (estéril por naturaleza y en el cual acaba la rama tarada), no hace más que sostener, en forma más o menos análoga, las concepciones de Magnan.

Magnan escribía: «En los degenerados de orden nutritivo, la decadencia es irremediable; la vida aparece atacada en su mecanismo esencial. Son verdaderos degenerados, candidatos a un fin próximo. Sus días están contados. Muy pocos de ellos conseguirán procrear. Muchos mueren antes de llegar a la edad adulta, y los que tienen la inmensa desgracia de tener hijos, dan vida a productos de una viabilidad débil y rápidamente agotada. En este primer grupo, colocamos al cretino, al mixodematoso, al idiota y a sus transiciones a los diferentes grados de imbecilidad.

»Los degenerados del segundo orden serán los desequilibrados de la motilidad, de la sensibilidad, de la actividad en todas sus formas y sobre todo los desequilibrados de la vida efectiva, entre los cuales figuran en primera línea los psicópatas sexuales.

»Y, en fin, los desequilibrados del intelecto, toda la serie de los fóbicos, de los obsesionados, encuentran su puesto en la última categoría de nuestros anormales. Son el eslabón final de la cadena, desde el que se pasa a la vida normal y en el que se encuentran los gérmenes del desequilibrio en todas sus formas».

Hemos visto, en cambio, que el valor nosológico de la idea degeneración resulta muy diversamente apreciado. De gran importancia según Kraft-Ebing, es casi nulo en opinión de Kraepelin; Vallon (y con él Regis), en Francia, han tratado también de limitar este cuadro de la degeneración. Por el contrario, otros clásicos franceses, representan la tendencia opuesta, comprendiendo en la degeneración a las psicosis, a las enfermedades nerviosas y a los accidentes diatésicos. Opina Joffray que, para sufrir una psicosis, es preciso ser desequilibrado. «Ahora bien—dice Toulouse,—que unos están más desequilibrados, más degenerados que otros; esto es evidente y el porvenir, utilizando los documentos ya analizados y otros que se estudiarán más, los caracterizará con mayor seguridad que se los ha caracterizado hasta ahora y los dividirá en tipos clínicos diferentes». A eso tienden las continuas afirmaciones de Maestre.

Preciso es concluir que las ideas sostenidas por el profesor de Madrid no son ideas aisladas y que, por el contrario, encuentran apoyo en la orientación que señalaron autoridades científicas dignas de respeto.

Nosotros opinamos—aunque él no lo haya dicho—que al asignar esta importancia tan grande y esta extensión tan considerable a los estudios acerca de la degeneración se funda también en consideraciones didácticas. El que estudia las etapas por que ha pasado la noción degeneración, hace, sin quererlo, la historia del estudio de la locura; estudia toda la psiquiatría. Y cuando insistimos en la cuestión de los estigmas «obligamos al alumno a que examine a los enfermos de la cabeza a los pies, a que no olvide ninguno de los detalles físicos que pueden después adquirir importancia y a que se habitúe, en fin, a no contentarse con un simple exa-

men psicológico, que aun en los alienados es notoriamente insuficiente». (Lucien-Lagriffe).

Diremos, por último, que lo que interesa es el estudio individualizado de los alienados, como decía recientemente nuestro Fernández Sanz, tratando de sostener otra tesis, que podría muy bien relacionarse con la que acabamos de defender nosotros.



**Revista Vallisoletana**  
(Núm. 8.-Diciembre 1915)

## TERAPÉUTICA

### Empleo del suero antidiftérico por vía gástrica

Comunicación presentada al V Congreso de las Ciencias en Octubre de 1915 en Valladolid por el Dr. D. ROMUALDO CALVO HERNÁNDEZ, Médico titular de Valderrey (León).

No pretendemos modificar el tratamiento clásico de la difteria por las inyecciones del suero específico; únicamente tratamos de exponer nuestra observación personal, por si comprobado por médicos más autorizados y competentes diera el mismo resultado.

Nuestra observación nació de la necesidad en que se encuentra el médico rural, en partidos formados por varios anejos, distantes de las farmacias y desprovistos de medicación urgente. En estas condiciones nos encontramos una noche, en un anejo con un niño que llevaba tres días enfermo; presentaba temperatura de 38'5°, tos cruppal, amígdalas y faringe cubiertas de pseudo-membranas, infarto ganglionar submaxilar.

Ante este cuadro pensamos en la inyección de suero antidiftérico, pero nos encontramos que la farmacia más próxima, estaba a ocho kilómetros y dispusimos:

Dp. de suero antidiftérico, 10 centígramos; poción gomosa, 60 gramos; me. para tomarlo de una sola vez; a más de esto, otro frasco de 10 centígramos para ponerlo en inyección a la mañana siguiente, pero cuando volvimos con este objeto nos encontramos al enfermo, casi apirético, las pseudo-membranas, desprendidas en parte, la tos más blanda y el estado general satisfactorio. Desistimos de practicar la inyección; adicionamos a los 10 centígramos de suero, unos 60 gramos de agua y dis-

pusimos lo tomase a cucharadas, una cada hora; al día siguiente el enfermo estaba bien, la faringe completamente limpia, el infarto ganglionar había desaparecido y la tos perdido los caracteres de cruppal.

En vista de esto tratamos de ensayar el procedimiento en alguno de los nuevos casos que se presentaron, muy pocos en un principio, por temor a que no nos diese resultado, pero viendo que curaban igualmente los enfermos en donde se les administraba el suero de inyección subcutánea, que aquellos en que se había empleado la vía gástrica, fuimos ampliando el número de éstos y siempre nos dió excelentes resultados.

Como lo que tratábamos de comprobar era si el primer caso había sido una casualidad, o que se tratara de una difteria tan benigna, que curase gracias a su benignidad, como pudiera haberlo hecho sin el suero, no teníamos prejuicio ninguno y contrastábamos los resultados de los dos procedimientos, en enfermos que presentaban los mismos síntomas, dispuestos siempre a practicar la inyección en el momento que viésemos la más pequeña diferencia en contra del que tomaba el suero, pero veíamos los mismos resultados y esto nos fué animando a extender los ensayos a mayor número de enfermos, hasta el extremo que los últimos ya no fueron tratados en otra forma.

La mayoría de las pruebas se hicieron en enfermos de una misma familia, pues las hubo hasta de seis atacados a la vez.

El número de enfermos, con expresión de la edad, sexo, vía de administración del suero y resultados obtenidos se detallan en los estados siguientes:

**ESTADO demostrativo de los atacados, fallecidos y curados, con expresión de sexos y edades.**

		Menos de 2 años	De 2 a 5 años	De 5 a 10 años	De 10 a 15 años	De 15 a 20 años	De 20 a 25 años	De 25 a 30 años	De 30 a 35 años	De 35 a 40 años	De más de 60 años	Total
VARONES . .	Atacados . . . . .	4	10	13	7	4	3	2	•	1	1	45
	Fallecidos . . . . .	1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	1
	Curados . . . . .	3	10	13	7	4	3	2	•	1	1	44
HEMRAS . .	Atacados . . . . .	3	9	14	8	7	2	1	3	2	•	49
	Fallecidos . . . . .	1	•	2	•	•	•	•	•	•	•	3
	Curados . . . . .	2	9	12	8	7	2	1	3	2	•	46

**ESTADO demostrativo de la vía de administración del suero y resultados obtenidos.**

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Número de atacados	Número de fallecidos	Número de curados
En inyección subcutánea . . . . .	28	3	25
Por vía gástrica . . . . .	66	1	65
TOTALES. . . . .	94	4	90

No empleamos ningún tratamiento local ni general, más que el suero antidiftérico. A propósito del suero, diremos con verdadera satisfacción que todo el suero empleado, fué del Instituto del Dr. Llorente de Madrid, y en esto como en muchos casos, somos tributarios del extranjero por rutina y falta de confianza en nuestras propias fuerzas.

Como decimos anteriormente, la necesidad fué la que nos impulsó a emplear el suero por la vía digestiva y consultando diversos textos en busca de opinión autorizada para ello, no encontramos ninguno que nos hablase del empleo del suero más que en inyección subcutánea intramuscular o intravenosa, (1) y si alguno cita la vía gástrica es sin resultado como Zahorsky «ha ensayado más de cincuenta veces la ingestión gástrica, la acción ha sido más lenta (de veinticuatro a treinta y seis horas) atenuada y seguida de los mismos incidentes, no parece pues que haya ninguna ventaja en emplear la vía digestiva».

Otros dicen que aun paralizando la acción de los jugos gástricos, es muy escasa la cantidad de antitoxina que pasa al torrente circulatorio.

En cambio vemos que casi todos, recomiendan tocar las amígdalas con el suero para aprovechar los efectos aglutinante y bacteriolítico del mismo, y según el doctor Llorente, ingerirlo además de la inyección para combatir las ulceraciones de la mucosa gástrica y evitar que se absorba la toxina, hechos que dice ha comprobado experimentalmente repetidas veces.

¿Si se admite la absorción de la toxina a través de la mucosa gástrica, por qué se ha de negar la de la antitoxina? Además el efecto que se proponen al tocar las amígdalas con el suero, estará aumentado al ingerirlo porque se pone en contacto, no sólo con la mucosa bucal y faríngea, sino con la esofágica y gástrica, con los exudados que han sido deglutidos, en donde aglutinará y destruirá los bacillus difté-

(1) Wassermann ha confeccionado unas pastillas con suero desecado que llama antimiosóbico o bactericida y antitóxico y recomienda doce pastillas en el día en las difterias benignas.

ricos y anulará sus toxinas, disminuyendo la cantidad de éstos, de modo que el tiempo que se pierde por la lentitud con que obran todas las medicaciones que se emplean por esta vía, se gana por otra parte desde el momento que se pone en contacto inmediato con los bacillus, los aglutina y destruyendo sus toxinas evita que aumente la infección.

Esto que a primera vista parece que no tiene importancia y que realmente es escasa para las poblaciones en que el médico no tiene que visitar anejos, y puede estar dispuesto en cualquier momento a practicar la inyección, que por otra parte hay farmacia y dispone de suero; es de gran trascendencia en los partidos rurales, en donde el médico, aun imponiéndose los sacrificios que a diario se impone toda la clase, no puede obrar con la rapidez que requiere el caso, unas veces por carecer de suero; otras, porque los muchos y variados deberes que recaen sobre el titular, le retienen en otro pueblo (la asistencia a un parto, práctica de una autopsia, etc., etc.) y en tanto, pierde la oportunidad de la inyección.

Pero la ventaja más grande del nuevo método, está en que por esta vía, se evitan los inconvenientes de la anafilaxia, y sobre todo que puede emplearse como profiláctico, en esta forma, lo que no puede hacerse en inyección por el corto tiempo que dura la inmunidad y los peligros de la reinyección que es lo que expone a los fenómenos anafilácticos, todo lo cual se evita por la inyección, que puede repetirse cuantas veces sea necesario sea el más ligero inconveniente.

Citaremos un caso curioso del efecto profiláctico del suero ingerido.

Una mujer de 38 años afectada de amigdalitis hipertrófica, durante los días que padecieron la difteria seis de sus siete hijos, sufrió una agudización de la amigdalitis y como se la presentaran puntitos blancos en las amígdalas, la aconsejamos tomar 10 c. c. de suero, con lo que curó; estaba criando una hija de tres meses, y fué el único de los hermanos que no se vió atacado de difteria; nosotros lo atribuimos al suero tomado por la madre.

Los síntomas predominantes fueron: pseudomembranas que cubrían las amígdalas, muchas veces también los pilares y úbulas y en algunos casos toda la faringe y casi todo el paladar; tos ronca, infarto ganglioso submaxilar, temperatura de 38 a 39° y en algunos casos hasta 40°; crupp y en la mayoría de los casos epistaxis.

En una niña de tres años, supuraron los gánglios que hubo necesidad de abrir.

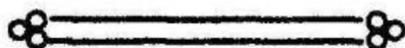
En todos los enfermos hubo parálisis del velo del paladar; en una enferma de 31 años y un enfermo de 21, paraplejia y en un niño de cuatro años, parálisis laríngea, que nos obligó a emplear enemas alimenticios y curó en muy pocos días, no así las restantes parálisis que duraron algún tiempo; todas curaron con tónicos y buena alimentación.

La cantidad de suero que necesitaron para su curación fué de 5.000 unidades.

antitóxicas la mayoría de los enfermos algunos, muy pocos, 2.500 u. a. y hubo casos que necesitaron 10 y hasta 15.000 u. a.

En resumen; nuestra manera de proceder durante la epidemia fué; en presencia de un enfermo de difteria 10 c. c. de suero antidiftérico en sesenta gramos de posición gomosa para tomar de una vez; si el caso nos parecía más grave, doble dosis, o si por el contrario muy benigno, dábamos la fórmula de dos veces con intervalo de dos horas, y si era necesario continuábamos dando una cucharada cada hora de la repetida fórmula, hasta que se desprendieran por completo las membranas, desapareciera la fiebre y el enfermo recobraba su aspecto normal.

Mi agradecimiento a los señores Fernández Guerra, Fernández-Corredor y Chicote (don Mariano) y Rodríguez Martín por sus atenciones y razonadas observaciones con que honraron mi modesta comunicación, y a los señores Congressistas en general, por el inmerecido honor que dispensaron a este mal hilvanado trabajo de un anónimo rural.



**Revista de Medicina y Cirugía Prácticas**  
(Núm. 1.384.-Octubre 1915)

## PARASITOLOGÍA

### La leishmaniosis dérmica conocida por "Botón de Oriente" en las costas de Granada y Málaga

POR EL

**DR. FRANCISCO CAMACHO ALEJANDRE**

DE ALMUÑÉCAR

En Diciembre de 1912 y primeros meses del 13, al iniciar mis estudios sobre el kala-azar infantil, cuyos trabajos vieron la luz en colaboración con el Dr. Fidel F. Martínez, adquirí el convencimiento pleno de que, juntamente con la leishmaniosis visceral, se daba con mucha frecuencia en nuestra costa la leishmaniosis cutánea, conocida de antiguo como enfermedad exótica, con la denominación de botón de Oriente.

La necesidad de documentarme debidamente, me hizo conocer al detalle las características de esta dolencia, que desde luego en nuestros climas se aparta, con mucho, de las descripciones clásicas que se encuentran en las obras de patología tropical.

Así como el kala-azar de la India difiere tanto del del Mediterráneo, a pesar de la unidad específica entre ambas dolencias, casi unánimemente admitida hoy día, de igual modo las lesiones cutáneas del botón de Oriente, de Alepo, de Biskra, del Nilo, de Delhi, etc., que tantos han sido los nombres cuantos los lugares en que se le ha observado, se diferencian enormemente de lo que yo tenía idea y recuerdo de haber visto en alguna ocasión y después tuve motivos de estudiar detenidamente.

La enfermedad cutánea en Oriente ofrece en sus lesiones locales gran extensión; son unas úlceras grandes, en ocasiones del tamaño de la palma de la mano, de forma serpigínea, de larga evolución, que afean y mutilan el rostro si en él recaen, recubiertas de sanies y secreción abundante, y complicadas con fagedenismo

en ocasiones. Era lo que yo recordaba haber visto cosa más modesta y menos aparatosa, hasta el extremo de pasar desapercibida, que, si así no fuera, tiempo ha que habría sido señalada, y sólo era notable por su larga evolución y rebeldía a todo tratamiento.

Recordaba yo haber visto en niños en la primera y segunda infancia una especie de forúnculo acuminado, que aparecía en la mejilla, que se ulceraba superficialmente sin supurar, con una base de induración areolar que progresaba excéntrica y muy despacio, pese a los raspados, toques y cauterizaciones, que de nada servían, hasta que, pasados unos meses, palidecía la lesión, que era de color rojo obscuro, se epidermizaba y curaba, dejando como vestigio una cicatriz redondeada como el hoyo de una viruela grande.

Su frecuencia y caracteres; su pertinacia y la eliminación que hice de esta lesión, separándola del grupo de las dermatopatías sifilíticas y tuberculosas, me hicieron pensar en algo nuevo, que, por asociación de ideas con los trabajos que entonces realizaba sobre el kala-azar, me trajeron a considerarla como botón de Oriente, un botón de Oriente indígena, modificado por el medio y la virulencia del germen o por las condiciones especiales de raza e higiene.

Ello es que, ya prevenido, investigué en este camino, y en unos cuantos meses recogí siete observaciones de niños con la citada lesión, en la que pude encontrar un corpúsculo en todo semejante, morfológicamente, al tantas veces visto en el material de las punciones esplénicas de los enfermos de kala-azar. Estas investigaciones fueron publicadas en la Revista médica «Los Progresos de la Clínica», números de Julio y Septiembre del año anterior.

La lesión es un granuloma parasitario, y nada tiene de común con las ulceraciones cutáneas que todos hemos visto en los enfermos de kala-azar, *en las que nunca se encuentra el leishmania infantum*, y quiero sentar bien esta idea porque existe algo de confusión sobre ella, y parece haberse tergiversado el carácter de esta dermatopatía, en nada semejante a la otra, que no tiene más significación que la de una infección y supuración banales en un organismo empobrecido.

El botón de Oriente se ofrece en niños de salud floreciente, la que no altera; *no tiene relación alguna con el kala-azar, con el que jamás coincide en el mismo enfermo*, y precisamente fué considerado por Patrik Manson como la vacuna con relación a la viruela. Aunque esta afirmación nos parece algo atrevida, a pesar de la enorme autoridad del que la expuso, se comprende la gran importancia que tiene en el orden de la inmunidad, de la profilaxis y quizás de la terapéutica de una afección tan mortífera como el kala-azar infantil.

Se presenta como un pequeño granito, que en los primeros tiempos semeja una picadura de mosquito, y al que no se le concede importancia, pues no provoca mo-

lestias de ninguna clase, salvo algunos ligeros picores y comezones intermitentes.

Poco a poco crece y se acumina, y, pasados cuatro o seis meses, parece un forúnculo de regulares dimensiones. Después se excoria la punta y fluye una ligera serosidad sanguinolenta que se concreta en una costra amarillenta o blanquecina. La base está indurada y roja y recubierta de escamas epidérmicas, y por ella se extiende la lesión excéntricamente.

La ulceración de la punta aumenta y el forúnculo se aplana.

Levantando la tenue costra se observa el borde ulcerativo cortado a pico y el fondo de un color rojo, granuloso, tomentoso, que se extiende por la areola indurada, dando, por transparencia, a través de las escamas y de la piel adelgazada, una coloración rosada que se diferencia de la de la piel sana.

Me he extendido algo en estos detalles, que no son de este lugar, para aclarar un poco las ideas de lo que representa la lesión descrita.

Raspando este tejido rojo, tejido de granulación, hacia la periferia, se hacen brotar unas gotas de sangre que, enjugadas ligeramente con una gasa aséptica, dejan lugar a una serosidad sanguinolenta, que es la que necesitamos para nuestro objeto de buscar el parásito específico.

Claro que en la sangre primera que fluye también existen, pero en menor número, por la dilución que experimentan y presentando numerosas formas en citolisis.

La serosidad se deposita en varios portas, con los que se preparan frotos que, fijados y coloreados por el método de Giemsa, para mí el preferido, dejan luego percibir a un fuerte aumento de 2.500 diámetros el parásito y sus detalles de estructura.

Es un protozoo del género *leishmania*, grupo éste muy afín del de los tripanosomas que, según algunos parasitólogos, constituye un estudio evolutivo más avanzado. Ambos son *flagelados*, con un apéndice o flagelo que les sirve para la locomoción y progresión en el medio en que viven. En el tripanosoma que se encuentra libre en la sangre, el flagelo es largo, ondulado y reforzado por una membrana; en el *leishmania*, cuya existencia en el hombre es endocelular, el flagelo desaparece por innecesario, recobrándolo solamente en las culturas.

En los frotos de serosidad procedente del raspado de los botones, se aprecia entre los hematíes y leucocitos un organismo redondeado, piriforme o más generalmente de forma oval, de un diámetro de 3 a 5 ó 6 micras, tan parecido al del kala-azar que no es posible diferenciarlos, y frotos de una y otra dolencia se confundirían si los otros elementos celulares que acompañan a los parásitos no sirvieran para distinguirlos.

En los medios de cultivo parece que el flagelo es más largo en el *leishmania*.

*forunculosa* que en el *infantum* y también más flexuoso, así como ofrece una división longitudinal más precoz.

El núcleo es voluminoso y ocupa gran parte del cuerpo celular. Frente a él e igualmente teñido de un púrpura vivo, existe un bastoncito más o menos redondeado, que es el blefaroplasto, en ocasiones tan adaptado al núcleo que parece no existir, por formar un solo cuerpo con éste.

El protoplasma es finamente reticular y no siempre se colorea bien. Cuando lo hace es de un color celeste o gris pálido y deja ver su estructura de mallas anchas y finas ocupadas por vacuolas claras.

Los leishmanias están a veces aislados y libres; otras agrupados en zoogreas de 6 a 12 ó más individuos, no habiéndome parecido tan numerosos como en los frotos esplénicos de kala-azar. Frecuentemente son endocelulares, encontrándose en el interior de los leucocitos mononucleares grandes.

El cultivo del parásito se realiza en el medio de Bezançon y Griffon, modificado por Nicolle, dándose también en los medios citratados. Los individuos en cultura son de mayor tamaño, gozan de movilidad y están provistos de un flagelo, y en ocasiones de dos, aunque esto parece ser debido a un artificio de la técnica.

La inoculación experimental de hombre a hombre es muy sencilla de realizar utilizando la serosidad extraída por raspado y aplicándola a una ligera escarificación de la piel.

En los países de origen de la endemia, los padres inoculan a los niños la enfermedad en las partes ocultas del cuerpo, para evitar su aparición ulterior en la cara, en la que dejará una marca rebelde, ya que pasada la enfermedad, que allí es frecuentísima, queda inmunidad permanente para toda la vida.

La transmisión se realiza verosímilmente por un mosquito o por varias especies distintas. Los *grabhamia*, *phlebotomus* y *stegomia* pudieran ser los vectores del virus, no siendo inverosímil tampoco la participación de las chinches, eliminándose la transmisión por las pulgas, pues da la casualidad que el sitio de elección y casi exclusivo es el rostro para la presentación de la enfermedad, y no es esta región del cuerpo la predilecta para las picaduras de estos hematófagos.

# ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

## **Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona**

SESIÓN DEL DÍA 12 DE DICIEMBRE DE 1915

### **Recepción del Dr. D. José M.<sup>a</sup> Bartrina**

Abierta la sesión bajo la presidencia de los Dres. Carulla, Calleja y Comenge y dada cuenta por este último de la elección por unanimidad para el cargo de académico del Dr. Bartrina, ocupó el recipiendario la tribuna, disertando acerca de «Notas sobre cirugía gástrica. Afecciones benignas gastro-intestinales».

Después de tributar un sentido recuerdo a su antecesor, el sabio Dr. Bonet, entra en materia el conferenciante, estudiando detenidamente los distintos puntos de su tesis: *localización y naturaleza de las lesiones gastro-duodenales; la retención gástrica; la gastro-enterostomía y sus complicaciones; gastrolisis; exclusión del píloro; etc.*; aportando en su meritorio trabajo el juicio personal deducido de su larga experiencia y brillante estadística.

Termina afirmando que precisa aún hacer mayor número de estudios para poder concluir definitivamente sobre la terapéutica quirúrgica que debe seguirse en los procesos ulcerosos gastro-duodenales.

El Dr. Fargas contestó al académico electo, elogiando su trabajo y felicitándose por contarle entre sus compañeros.



# Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña

SESIÓN DEL DÍA 6 DE OCTUBRE DE 1915

**Caso de ptialismo grave debido al aceite gris y curado extirpando la zona inyectada.**

DR. SERRALLACH.—Se trata de un sifilítico que se le dieron en las nalgas siete inyecciones hebdomedarias de aceite gris a pesar de que a la quinta el enfermo ya acusaba ptialismo. Semejante proceder determinó tal intoxicación que ni las aguas sulfurosas de la Puda de Montserrat, ni los dialíticos pudieron desvirtuar los efectos del mercurio. En semejante situación fué llamado el disertante, quien percibió además de los síntomas graves del envenenamiento mercurial, tres induraciones en la masa glútea derecha, que a su juicio, eran la fuente de absorción mercurial; en la izquierda no se pudo descubrir ningún nódulo.

Por medio de la anestidermina se extirparon, sin dolor alguno, los focos de absorción mercurial, que más tarde, examinados radiográficamente aparecieron impregnados de mercurio metálico.

El éxito fué satisfactorio hasta el quinto día, pero después recrudecieron los síntomas de ptialismo, sin causa conocida, hasta que reconocida la nalga no operada, se distinguió un nódulo que fué aumentando de volumen de un día a otro, hasta que se decidió de nuevo a extirparlo. Desde esta fecha el enfermo entró en franca convalecencia. Además del hecho interesante, de que la extirpación de las zonas inyectadas, puede detener un ptialismo mercurial, aquí resulta de mucha importancia el fenómeno de que una vez extraído el depósito hidrargírico que residía en un lado, entra en acción otro que estaba latente en el opuesto como si el organismo pusiera una valla a la entrada de los cuerpos insolubles cuando en exceso los absorbidos circulasen ya por la sangre. Dice que yacía latente, porque un examen cuidadoso practicado por el Dr. Presta y el disertante, antes de la primera operación, no pudo descubrirse en la nalga izquierda el más pequeño vestigio; de lo contrario, se hubieran operado las dos en una misma sesión.

El Dr. Borrás afirma que este hecho merece una comprobación experimental.

### Algunas consideraciones sobre la oto-esclerosis.

DR. PRESTA.—Se ocupa de la oto-esclerosis y dice que desde mucho tiempo ha observado que unos esclerosos con el tratamiento local mejoran; y otros, pierden el oído, les vienen ruidos de oídos e incluso cefalalgia, de manera que el tratamiento tópico les es funesto. A su entender esto es debido a que esta sordera no procede de una misma enfermedad, sino que son dos afecciones distintas. En efecto, estudiando la etiología, la anatomía y la fisiología patológica de este afecto, se ve que existe un grupo de otoesclerosis que empieza difusamente en todo el oído medio, de manera que la esclerosis de las articulaciones de la cadena de los huesos del oído se desarrolla al mismo tiempo, y por lo mismo se establece también la anquilosis de la base del estribo con la ventana oval, hecho que en sí ya significa la sordera definitiva.

Formando contraste con este grupo, hay otro en que el proceso esclerótico del oído se desarrolla de una manera parcial y ordenada, de modo que la anquilosis de la base del estribo, es el último término de la carrera esclerótica; antes se han consolidado paulatinamente las articulaciones de los demás huesecillos del oído, debido siempre a procesos inflamatorios locales.

Es natural que el tratamiento local aplicado a una afección que tiene sus raíces en los humores, ha de ser indiferente si no violento, empero, cuando se intenta el masaje de estas articulaciones ya petrificadas, como alguien recomienda, empleando ganchos traumáticos, para tirar de los huesos del oído, el masaje timpánico, etcétera, puede ser perjudicial y éstos son los enfermos que salen empeorados de la intervención del especialista. Semejantes sujetos sólo benefician de los regímenes y medicamentos antitóxicos.

Las esclerosis evolutivas y oriundas de los procesos locales, benefician y aun retrogradan, si se interviene antes de que se llegue a soldar el estribo a la ventana oval.

Los Dres. Borrás, Balcells y Bosch Ucelay intervinieron abundando en las mismas ideas.

SESIÓN DEL DÍA 13 DE OCTUBRE DE 1915

### Adenoides, adenoiditis y adenoidianos.

DR. MASSOT.—Hace hincapié en las consecuencias y complicaciones a que puede dar lugar la hipertrofia del tejido adenoideo, especialmente en lo pertinente a la amígdala de Luschka. Hace notar la variada sintomatología por que pueden

manifestarse todos estos trastornos y la cesación de éstos en cuanto se han atajado sus orígenes respectivos, sentando la conveniencia de la intervención operatoria en ciertos casos.

**Valor clínico de la desviación del complemento en los quistes hidatídicos del hígado.**

DR. GALLART.—Presenta una serie de casos clínicos en los que se había estudiado la desviación del complemento. Se ocupa de la técnica seguida y deduce las siguientes conclusiones:

Que la reacción de Weinberg es positiva en 67 % de los casos, quedando un 33 % cuya negatividad puede atribuirse, bien a la presencia en el suero de sustancias que impiden la manifestación del complemento. Que las condiciones especiales de la membrana quística pueden impedir la difusión del contenido. Que el antígeno desaparece del suero a los 25 o 30 días de extirpado el quiste. Que la reacción tiene valor absoluto cuando es positiva. Que no hay relación entre la eosinofilia y la desviación del complemento. Que se obtienen los mismos resultados usando dosis variables de suero y fijas de antígeno que haciendo lo contrario; y finalmente, que el procedimiento debe aplicarse en todos los casos en que exista sospecha.



# Sociedad de Pediatría de Madrid

---

SESIÓN DEL DÍA 18 DE NOVIEMBRE DE 1915

El Dr. LLORENTE desarrolló su comunicación sobre *Algunas consideraciones sobre purificación de la vacuna Jenner*. Después de ligeras consideraciones sobre la vacuna hizo constar que una de las primeras condiciones que debe buscar en la ternera es que ésta no haya padecido la vesícula de la vacuna con objeto de no obtener en la práctica resultados negativos.

Siendo uno de los puntos de más importancia en lo que a esta vacuna se refiere su purificación y exaltación de su virulencia, manifestó que respecto a este último se habían empleado diversos procedimientos, uno de ellos haciendo pases por el asno; pero sus resultados han sido inseguros.

Con objeto de purificarla se han empleado diversos procedimientos, entre otros, la glicerina, que ejerce una acción bactericida sobre el strepto y stafilococo, pero no sobre el agente del tétanos; también se han empleado soluciones de ácido fénico, etc.

Se podría evitar que el virus fuese impuro haciendo vacunas directas, pero a más de que una ternera no se puede emplear más que durante su cuarto o quinto día de vacunación, este procedimiento no está exento de que pudieran producirse infecciones secundarias.

Para conseguir con seguridad su pureza, el Dr. Llorente pasó a exponer el procedimiento que actualmente sigue en su Laboratorio, medio que, de acuerdo con Noguchi, colaborador suyo en estos asuntos, sigue en el Instituto de Rokefeller.

Teniendo en cuenta que la vacuna es de los gérmenes que anidando en el epitelio producen epiteliosis, se ha pensado emplear el testículo por ser éste de igual estructura histológica que la piel.

Las razones de empleo de este órgano son: 1.º, que el testículo es de naturaleza epitelial; 2.º, que está a reserva del aire e infecciones, y 3.º, que su tejido vivo reacciona sobre todos los gérmenes que acompañen al virus, destruyéndolos, dejando íntegra la vacuna.

Su técnica, sencilla, consiste en inyectar vacuna en el testículo; se ve que éste reacciona, llegando al máximo al quinto día; en esta fecha se castra el animal con todas las precauciones de asepsia, se tritura el testículo con arena, haciendo disolu-

ciones al 1, 2 ó 5 por 100, con las cuales una vacunación produce en el conejo las vesículas típicas.

Prueba de que no contiene otros microbios es que haciendo cultivos en diversos medios no se producen cultivos.

Este procedimiento tendría, a más de su pureza, su gran economía.

Terminó diciendo que estas son las razones y el fundamento del procedimiento, pero sin decir la última palabra hasta no ver el resultado en Inclusas, Maternidades, etcétera.

El Dr. González Álvarez hace notar el gran número de edemas, adenitis, etcétera, que se suelen observar en los niños; recuerda lo difícil que es recoger vacuna de la ternera sin gérmenes extraños. Un estudio hecho con vacunas de diferentes procedencias le lleva a la conclusión de que las que más garantías le ofrecen son las del Dr. Llorente y las del Instituto de Berna.

Felicita al Dr. Llorente por el gran paso que representa en la inmunización y termina preguntando: ¿La inmunización en los primeros meses de la vida por qué desaparece a los cuatro, seis u ocho meses?

El Dr. Hernández Ruiz felicita al Dr. Llorente, ofreciéndose para que haga estudios comparativos en los niños de la Inclusa.

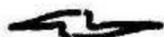
Repite su felicitación el Dr. Romeo y expone que en las vacunaciones que él hace no tiene que lamentar estas infecciones, debido a que la practica con todos los cuidados de una intervención quirúrgica, exponiendo su opinión de que si bien la vacuna puede llevar gérmenes extraños, la mayor parte de las infecciones son debidas a defectos en la operación o en la limpieza de los vestidos.

Rectifica el Dr. Llorente, excitando al trabajo común para que España, que se encuentra en mejores condiciones que otras naciones, no tenga que ser tributaria de éstas.

A la pregunta del Dr. G. Álvarez manifiesta que siendo una vacunación pasiva, en la cual su organismo no toma parte activa alguna, va éste poco a poco perdiendo lo que ha recibido, sin poder dar hoy datos más concretos.

Anuncia una próxima comunicación sobre difteria, diciendo que trabajos muy recientes permiten conocer la receptividad para esta infección por el número de unidades antitóxicas que hay en la sangre.

El Dr. Velasco Pajares presenta un niño con un herpes-lona en el borde cubital del miembro superior derecho consecutivo a una quemadura de los dedos.



## SECCIÓN VARIA

# Homenaje a D. Tomás Maestre

---

La clase médica de Murcia y su provincia ha saldado una vieja deuda que tenía contraída con su ilustre paisano el Dr. Maestre. Sus constantes triunfos, sus méritos indiscutibles, sus elevados cargos profesionales y políticos, siendo muchísimos, no han sido suficientes para que los médicos murcianos dedicaran al maestro tributo de admiración cual mereciera; ha sido preciso un ruidoso éxito, que de seguro ha repercutido en el mundo médico, el triunfo de su Instituto de Medicina Legal, en el reciente Congreso de Valladolid, para que despertando de su letargo el Cuerpo profesional, haya expresado su deseo unánime de homenajear al sabio murciano.

El día 9 del actual y en el salón de actos del Círculo de Bellas Artes, se celebró un banquete en honor del Dr. Maestre, al que concurrieron todos los médicos de la provincia, pues hubo comisiones de toda ella.

A dicho acto concurrieron representaciones del Excmo. Ayuntamiento, presidida por el Alcalde Sr. Llanos; de la Real Academia de Medicina y del Colegio Médico, presididas respectivamente por los Dres. Medina y Albaladejo; del Cuerpo Médico de las Beneficencias Municipales de Murcia y Cartagena, con sus Decanos Doctores Ayuso y Cándido; de la Beneficencia Provincial, representada por el Dr. Hernández-Ros; del Colegio de Farmacéuticos, con su Presidente Sr. López Gómez; Prensa política, con sus directores; la Prensa profesional, aunque no asistió como tal, pues involuntariamente se omitió su invitación, por lo que a nosotros afecta, y una comisión de alumnos del sexto curso de Medicina.

A la hora de los brindis se expresaron elocuentemente el Alcalde, los Doctores Albaladejo, Pérez Mateos, Medina y D. Nicolás Ortega, éste en nombre de la Asociación de la Prensa.

D. Tomás habló después y nos emocionó sencillamente con su discurso; más tarde, trocó su refinada elocuencia por su amena charla didáctica y nos expuso algo de los muchos trabajos de su Instituto, de su triunfo de Valladolid; haciéndonos re-

cordar en aquellos breves momentos sus conferencias de cátedra, aquellas que en nuestra época de estudiantes escuchábamos de sus labios con claridad de exposición sublime e ilustradas con las más floridas galas de su fecunda imaginación.

Enseñar deleitando es el lema del maestro; y para Maestre, es además su emblema.

Satisfecho debe estar el ilustre murciano y saldada debe quedar la doble deuda de admiración e ingratitud que con él teníamos. La primera ha sido liquidada por el Excmo. Ayuntamiento, que le ha declarado hijo predilecto, y por la manifestación espontánea de Murcia entera que deseó sumarse al homenaje. La segunda la saldó con su abrazo, en nombre de la clase médica, el prestigioso Presidente de la Real Academia de Medicina, y a ésta en realidad hubo de corresponder, pues no es tan docta Corporación quien menos obligada estuviera por ingratitudes de antaño.

Por lo que a MURCIA MÉDICA se refiere, ¿qué no hemos de hacer constar aquí?— Maestre es para nosotros nuestro padrino. Él patrocinó la idea de nuestra publicación. Él nos dió las primicias de su teoría de «La Degeneración», con cuyo trabajo vió la luz primera esta Revista.

MURCIA MÉDICA que profesa a D. Tomás Maestre un cariño filial y siente profunda admiración por él, se asocia al homenaje que se le rinde.

---

---

## Noticias

Hemos tenido el honor de saludar en ésta al sabio histólogo Prof. S. Ramón y Cajal, quien se ha ofrecido atentísimo a colaborar en esta modesta Revista.

Siendo innumerables las peticiones que nos vienen haciendo del primer número de MURCIA MÉDICA donde publicamos la hermosa teoría de «La Degeneración» suscrita por el sabio Prof. Maestre, y agotada ya la edición del referido número, hemos impreso en edición aparte el susodicho trabajo que tan alto galardón le ha valido a su autor en el reciente Congreso de las Ciencias de Valladolid.

Gustosos hacemos esta nueva tirada como tributo de agradecimiento al doctor Maestre, con cuya publicación en el pasado Abril otorgó a esta Revista las primicias de su labor.

Nuestro compañero de fundación D. Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara, ha sido admitido en la Sociedad Española de Especialistas en las enfermedades del pecho.

Por tratarse de tan querido amigo, nos vemos privados de poner de manifiesto sus dotes de inteligencia.

Reciba nuestra enhorabuena.

---

# Concursos para 1916

---

## El de MURCIA MÉDICA

Abrimos un concurso entre médicos para premiar dos artículos elegidos entre los que nos remitan, con arreglo a las siguientes condiciones:

- 1.<sup>a</sup> El tema es de libre elección.
- 2.<sup>a</sup> Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
- 3.<sup>a</sup> Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
- 4.<sup>a</sup> Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc., que el tema requiera.
- 5.<sup>a</sup> Los trabajos premiados quedan de propiedad de esta Revista.
- 6.<sup>a</sup> Los premios son dos, consistentes cada uno de ellos en **100 pesetas**, 100 ejemplares del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en MURCIA MÉDICA.
- 7.<sup>a</sup> El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Septiembre de 1916, 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. (1)

## El de REVISTA BARCELONESA

Deseando «Revista Barcelonesa de conocimientos médicos» corresponder con su gratitud a los colegas que se dignen honrar sus páginas, propone el siguiente Concurso para el año 1916:

(1) Solicitamos de nuestros compañeros en la Prensa, la reproducción de las bases de este concurso que anunciamos.

1.º Se entregará la cantidad de **150 pesetas** a título de *agradecimiento*, nunca a título de *recompensa*, al autor del mejor trabajo o artículo referente a Ciencias Médicas que, escrito en castellano o catalán, se remita a la Revista hasta finalizar el primer semestre de 1916.

2.º Estos trabajos, que han de ser inéditos, no deberán exceder de 6 a 7 páginas de la Revista, llevarán la indicación «Concurso» y serán remitidos al Dr. Claudio Bassols (Montesión, 5, principal). La Dirección, debidamente asesorada, se reserva el derecho de devolver los que no crea publicables.

3.º La designación del trabajo que deba obtener la indicada cantidad será hecha por un jurado constituido por un Catedrático de nuestra facultad de Medicina, un socio de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía y un Subdelegado de Medicina.

4.º Se enviará (Montesión, 5, principal) un número de muestra de la Revista a quien lo solicite para hacerse cargo de la extensión de los trabajos.

#### El de LOS PROGRESOS DE LA CLÍNICA

Esta interesante publicación abre un concurso entre los médicos españoles y extranjeros para premiar seis artículos, elegidos entre los que se remitan, bajo las siguientes bases:

1.ª Los artículos habrán de ocupar de 16 a 30 páginas del periódico.

2.ª Deberán ir escritos a la máquina o con letra muy clara y acompañados de las ilustraciones en negro o en colores que el asunto exija, si lo exigiere.

3.ª Irá cada artículo en sobre cerrado y con un lema, y en otro sobre, también cerrado y con el mismo lema, el nombre del autor.

Se abrirán los sobres que tengan el mismo lema que los artículos premiados, a fin de conocer el nombre del autor, y se devolverán intactos los de los no premiados, a la vez que el artículo de su mismo lema que no haya merecido premio. El plazo para la devolución de los artículos no premiados expirará a los tres meses de adjudicados los premios. Los artículos y sobres con los nombres de los autores que no hubiesen sido reclamados en dicha fecha, se quemarán, sin abrir dichos sobres.

4.ª Los artículos deberán remitirse al Sr. Administrador de *Los Progresos de la Clínica*, en la forma indicada, antes del 1.º de Noviembre de 1916.

La adjudicación de los premios se verificará en el mes de Diciembre del mismo año y quedará encomendada a un Jurado, compuesto por los señores siguientes:

D. Luis Guedea y Calvo, D. Antonio Simonena y Zabalegui, D. José Grinda, D. Ramón Jiménez y D. José Núñez Granés.

El Jurado se reserva el derecho a premiar los seis artículos o menos, o ninguno, si no los creyera aceptables.

5.ª Los artículos premiados quedarán de la exclusiva propiedad del periódico.

6.ª El premio consistirá en:

- I. Entrega de **250 pesetas** al autor de cada artículo premiado.
- II. Publicación del artículo en el periódico con todas las ilustraciones; y
- III. Entrega al autor de 200 ejemplares del repetido artículo, en edición aparte y en papel couché.

7.ª El tema de los artículos será de libre elección de los señores médicos y se tendrán también en cuenta la forma y estilo de la redacción y el valor práctico del trabajo

# Murcia Médica

Desea infinitas prosperidades a sus  
lectores, Prensa y clase médica, en  
: : : : el presente año 1916 : : : :

**Farmacia** *~ ~ ~*

*~ ~* **y Droguería**

DE

**A. Ruiz Seiquer**

*Especialidades nacionales y extranjeras*

*Sueros y Vacunas*

*Medicamentos modernos* ~~~~~

~~~~~ *Aguas minero-medicinales*

*Oxígeno puro para inhalaciones*



**Plaza de San Bartolomé**

**MURCIA**



LABORATORIO  
GUILLAMÓN

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



REACCIONES DE WAS-  
SERMANN, WIDAL, ETC.

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

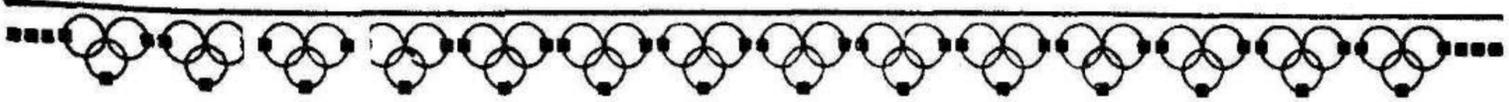
# **Tomo II**





**FAMILIA**  
**CATALANA**  
**DE**  
**M. REBOROSO**

(MURCIA)  
LA MEJOR  
**SURTIDA**  
Y MAS  
**ECONOMICA**



CONSULTA

→ DE ←

**Enfermedades** ≡  
≡ **del PECHO**

A CARGO DE

**D. J. A. Martínez Ladrón de Guevara**

DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE MURCIA  
Y DE LA  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN LAS  
ENFERMEDADES DEL PECHO

— — — — —  
**Calle de Zoco**  
**MURCIA**

# MURCIA MÉDICA

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

Año II

MURCIA-ENERO-1916

Núm. 10

DIRECTORES-FUNDADORES

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

**D. Juan A. Martínez Ladrón de Guevara**

*Académicos Corresponsales de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia*

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO

**REDACCIÓN.**—F. ALEMÁN, *Oftalmología.*—F. CANO, *Medicina general.*—M. S. CARRASCOSA, *Ginecología.*—F. CONEJERO, *Sifiliografía.*—J. EGEA, *Urología.*—J. GALLEGO, *Pediatría.*—F. GINER, *Aparato digestivo.*—A. GUILLAMÓN, *Biología.*—J. A. MARTÍNEZ L. DE GUEVARA, *Aparato respiratorio.*—J. A. MOLINA NIÑIROLA, *Electrología.*—E. PALAZÓN, *Dermatología.*—M. PRECIOSO, *Cirugía general.*—A. ROMERO, *Oto-rino-laringología.*—J. RUÍZ MEDINA, *Neurología.*—J. SÁNCHEZ POZUELOS, *Aparato circulatorio.*—J. VINADER, *Medicina general.*

**COLABORADORES.**—DOCTORES: ALBALADEJO, Murcia.—ALBASANZ, Madrid.—AROCA, Murcia.—AYUSÓ, Murcia.—AZÚA, Madrid.—CAMPOS FILLOL, Valencia.—CAÑIZO, Salamanca.—CODINA CASTELLVÍ, Madrid.—CUBELLS, Albacete.—DECREP, Madrid.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GÓMEZ OCAÑA, Madrid.—GÓMEZ, Murcia.—GONZÁLEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAEZ, Salamanca.—HERNÁNDEZ-ROS, Murcia.—LECHA-MARZO, Granada.—LÓPEZ SANCHO, Valencia.—LOZANO, Zaragoza.—MAESTRE, Madrid.—MANERO, Alicante.—MARAÑÓN, Madrid.—MARQUEZ, Madrid.—MATEO MILANO, Madrid.—MEDINA (ALFONSO), Madrid.—MEDINA (FRANCISCO), Murcia.—PARDO, San Javier (Murcia).—PASCUAL, Madrid.—PESET (JUAN), Sevilla.—PESET (TOMÁS), Valencia.—PIGA, Madrid.—PIQUER, Murcia.—PITTALUGA, Madrid.—RAMÓN Y CAJAL (SANTIAGO), Madrid.—RECASENS, Madrid.—RODRÍGUEZ FORNOS, Valencia.—ROYO GONZÁLVEZ, Salamanca.—SANCHEZ DE RIVERA, Madrid.—SANCHEZ GARCÍA, Murcia.—TOLOSA LATOUR, Madrid.—VERDES MONTENEGRO, Madrid.

**COLABORACIÓN AMERICANA.**—DOCTORES: MIGUEL ANGEL.—KRAUS.—RAGUSIN.

=====  
Suscripción por un año, 5 pesetas.—Número suelto, 1.50 id.  
=====

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

## SUMARIO 》 》 》 》 》

TRABAJOS ORIGINALES: *De la gestación extra-uterina llegada a término*, por el Prof. Recasens.—*Algunas consideraciones sobre la fisiología del corazón*, comunicación presentada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia por D. José Sánchez Pozuelos.—*Un caso de aspergilosis pulmonar*, por el Dr. D. José Verdes Montenegro.—*Cuerpos extraños del esófago*, por D. Eusebio Escolano y D. Angel García Rogel.—PRENSA PROFESIONAL: MEDICINA LEGAL: *Acerca de la degeneración y la locura*, por el Dr. D. Antonio Lecha-Marzo.—TERAPÉUTICA: *Empleo del suero antidiftérico por la vía gástrica*, comunicación presentada al V Congreso de las Ciencias en Valladolid por D. Romualdo Calvo Hernández.—PARASITOLOGÍA: *La leishmaniosis dérmica conocida por «Botón de Oriente» en las costas de Granada y Málaga*, por el Dr. D. Francisco Camacho Alejandro.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona (sesión del 12 Diciembre 1915)*.—*Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña (sesiones de los días 6 y 13 Octubre 1915)*.—*Sociedad de Pediatría de Madrid (sesión del 18 Noviembre 1915)*.—SECCIÓN VARIA: *Homenaje a D. Tomás Maestre*.—*Noticias*.—*Concursos para 1916 de MURCIA MÉDICA, «Revista Barcelonesa» y «Los Progresos de la Clínica»*.

---

**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**