

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Inmunización en general. Bosquejo crítico*, por el Dr. Belarmino Rodríguez Arias.—*De clínica urológica. Uretritis por estreptococos simulando una blenorragia*, por el Dr. Sánchez de Rivera.—*Horquilla tolerada en la vejiga urinaria durante diez y seis años*, por el Dr. Emilio Meseguer Pardo.—PRENSA PROFESIONAL: *Sobre la hemoptisis*, por el Dr. Verdes Montenegro.—*Un caso de fístula urinaria congénita del ombligo*, por el Dr. Aurelio M. Arquellada.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Sociedad Oftalmológica de Madrid. Sesión del día 19 de Abril de 1917.*—*Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña: Sesiones de los días 11, 18 y 25 de Octubre de 1916.*—*Instituto Médico-Farmacéutico de Barcelona.*—SECCIÓN VARIA: *En pos de un bello ideal*, por el Dr. Fidel Fernández Martínez.—*Sr. Presidente y Sres. Miembros de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Murcia.*—*De nuestro catálogo.*—*Libro en honor de Rodríguez Méndez. Nuestro Concurso.*—*Estadística.*—*Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores.*

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

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

Jarabe Antiferino Moreno

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

DENTICINA MORENO

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

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

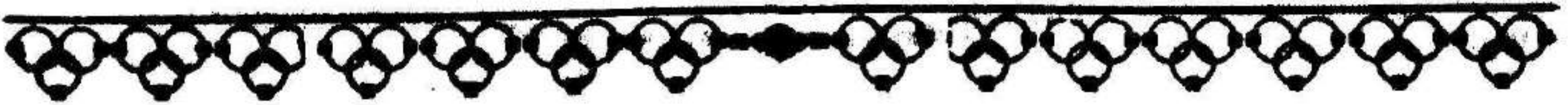
Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias, y en la de su autor

Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



PAPEL
COMERCIAL
DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
 LA MEJOR
SURTIDA
 Y MAS
ECONOMICA



FARMACIA

—+— Y —+—

Dr. Roguería

Viuda de Ruiz Seiquer

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos _____

_____ Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones

—+—+—+—+—

Plaza de San Bartolomé

MURCIA



NUESTROS
COLABORADORES

Dr. Belarmi-
no Rodríguez

Arias :: ::



MURCIA MÉDICA

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

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

Año III .. Septiembre 1917 .. Núm. 30

TRABAJOS ORIGINALES

INMUNIZACIÓN EN GENERAL

BOSQUEJO CRÍTICO

Por el DR. BELARMINO RODRÍGUEZ ARIAS

Lema: A CELLULA INMUNITAS

(Trabajo recomendado en el Concurso de MURCIA MÉDICA, celebrado en 1916)

«.....y haced la apreciación personal de todo lo que se dice, desconfiando de lo ajeno precisamente para aquilatar de la mejor manera posible lo propio, aunque sea en ínfima parte: el pensar *per se* lo que se alcanza, siempre ha sido lógico y beneficioso.....»

I.—INMUNIZACIÓN. CONCEPTO

a) *¿Qué se entiende por inmunización, en tesis general?* Inmunización es «el acto de conferir inmunidad artificial y preventivamente, contra determinadas infecciones.....» Ni la antígenoterapia (bacterio o toxinoterapia), ni la sueroterapia (oro-terapia de Landouzy, orroterapia de Rodríguez Méndez), entendemos que deben considerarse como inmunizaciones en el sentido estricto de la palabra, pues que el concepto preventivo y no terapéutico es el verdaderamente característico y significativo; debían llamarse esas inmunizaciones terapéuticas (?)—si es que lo son—*esti-*

mulino u hormonoterapia, usando aquí más acertadamente del vocablo con que Starling designó los curiosos reflejos químicos (hormonas).

Es así, que creyendo pensar bien y estar en lo cierto, expondremos el asunto de la inmunización, desde un punto de vista meramente higiénico.

b) *¿Es posible inmunizar al organismo contra todas las enfermedades infecciosas.....?* En tanto la patogenia de la mayoría de afecciones infecciosas, intoxicantes o lo que fueren, no se haya precisado puntualmente, la cuestión de posibles y numerosas inmunizaciones antimorbosas será una desconcertante interrogación.

Para valorar la eficacia verdad de una inyección preventiva anti-infecciosa..... —de vacuna o suero— es necesario saber sin ningún género de dudas si el organismo—el que sea— es capaz de reaccionar bajo la forma de inmunidad a la enfermedad correspondiente, en concepto meramente morbooso—la mejor inmunización natural, claro está—pues que si ni a costa de numerosos ataques insanos, el individuo tiene probabilidades de ser refractario, menos lo será a beneficio de una simple inmunización vacunal, engendradora de un sufrir pequeño, en miniatura—valga la palabra. Ejemplo: la erisipela, afección infectocontagiosa, se puede padecer seriamente muchísimas veces (erisipela catamenial o de repetición.....), luego no es inmunizante, no es susceptible del empleo profiláctico de vacunas, ni terapéutico de sueros. El fracaso de muchas inmunizaciones especiales ha sido atribuido con fundamento a un estado de negación de inmunidad, quizás incluso a un hecho natural de anafilaxia o contrainmunidad.

Otro dato importantísimo, con el que hay que contar si el uso de las inmunizaciones artificiales llega a ser—como es de desear—un hecho corriente, integra la cuestión de la posible pluri-inmunización humana. ¿Cómo se comportará el organismo ante la acción de tantas vacunas o sueros? No todos los autores opinan lo mismo, pues en tanto unos se horrorizan ante la visión de esa futura realidad perniciosa a su entender, otros la aprueban en principio como medida la más antimorboosa ideada. Se ha hablado con insistencia del inminente peligro de ciertos hechos de anafilaxia, por sensibilización extrema orgánica, por reacción incesante celular contra tanto germen o veneno, por agotamiento de las aptitudes de defensa,.... en la inmunización plurimorboosa: ¿están en lo cierto los que tal creen?.....

Nada seguro y definitivo puede proclamarse en los actuales momentos, respecto a conveniencia o no de la multi-inmunización; entendemos nosotros, colocándonos en el terreno de la pura lógica, que si no sospechamos de la perfecta inmunidad especial, en tal o cual infección..... o intoxicación—en esencia el proceso patológico no varía —y el organismo deja de reaccionar con efectos nocivos a las variadas y concretas manipulaciones biológicas artificiales, debemos vacunar e inyectar sue-

ro, sin temor a nada, como utilización de un precepto altamente higiénico. No sería extraño que en futuros tiempos, la inmunización además de anti-infecciosa, fuese anti-intoxicante de causas vivas, pues que de ser ciertas las teorías de Abderhalden y Waughan, la trama íntima patológica se reduce a lo mismo en ese grupo extensísimo de insanías: fenómenos mutuos de digestión celular parentérica, producción de fermentos defensivos específicos..... En la época que vivimos, la inmunización artificial antivariolosa, antitifoidea, anticolérica, antipestosa, antitetánica,.... es un hecho; en los venideros, de probables realidades más numerosas, la inmunización profiláctica anticancerosa, antiexointoxicante vital, antiautointoxicante,.... quizás se haya ideado: depende, en esencia, de que el caprichoso organismo conserve o no la aptitud fermentativa antitóxica, como sabemos conserva ciertamente, en los inmunizados, la aptitud antitifoidea, por ejemplo.

c) *¿El estado antimorboso inmunidad es único o vario?* Inmunidad natural e inmunidad artificial (espontánea o provocada) han sido consideradas modalidades orgánicas distintas, en virtud de un concepto etiopatogénico algo equivocado, pues que en la inmunidad artificial la acción previa del agente infectante es notoria y en la natural no se descubre aparentemente ese accidental acto morbooso. En esencia, no obstante, es igual el proceso originador de las hasta ahora dos preciadas defensas anti-infecciosas, en tanto se asegura con fundamento que la herencia es capaz de transmitir la propiedad inmunizante, de crear—dicho en otras palabras—en la descendencia una inmunidad natural.

Desde este nuevo punto de vista, resultan las mal llamadas distintas inmunidades, idéntica función biológica anticelular, bien que una date de más tiempo y haya sufrido la acción beneficiosa o perniciosa del medio generador y la otra no. Además—y esto es un dato de verdadera importancia—créese gracias a demostrativas experimentaciones, que las sustancias inmunizantes existen en pequeñísima cantidad, por modo constante, en inmunizados y receptivos y que la infección o inmunización sólo exalta en la proporción debida y necesaria, esa débil y natural defensa antimicrobiana.

d) *Metchnikoff, ¿cómo comprende la inmunización natural y artificial?* Grauwitz y Klemperer vislumbraron algo de lo que Metchnikoff concibió posteriormente—basado en la experimentación—al objeto de explicar el mecanismo íntimo de la inmunidad.

Cuantas variables defensas, radicales y adjuvantes, acumula el organismo en contra del germen infectante, son exclusivamente celulares, afirma el ilustre sabio Elías Metchnikoff. Ingresan las células vivas (*antígeno*) en el cuerpo receptivo y en virtud del estímulo de sus correspondientes *agresinas* o *antiagresinas*, de la *quimiotaxia positiva* o *negativa* de que están dotadas, determinan una acción reac-

cional de leucocitos y células fijas especiales mesodérmicas (fagocitosis) que tiende a englobarlas o destruirlas (q. positiva) o a paralizar la escasa función defensiva natural que permite a ellas multiplicarse con actividad inusitada (q. negativa). Los *microfagos* (primeros leucocitos que luchan) mueren matando y son *enterrados* con la víctima, seguidamente, por acción de una distinta variedad de fagocitos, los *macrófagos*. Desarróllase entonces una lucha épica entre organismo y agentes agresores. Unos y otros (macrófagos y microfagos), valientes soldados orgánicos, no sólo engloban y destruyen los elementos vivos pues que hacen uso, además, de una nueva clase de armas microbicidas, al morir (fagolisis), la liberación de un conjunto de fermentos no específicos (*macro y microcitasas*) que comunican al plasma sus propiedades de *lisis bacteriana*. Las toxinas microbianas son neutralizadas a beneficio de un sinnúmero de productos antitóxicos (*antitoxinas*) engendrados y segregados por los glóbulos blancos sanguíneos.

Metchnikoff ha experimentado con éxito esa novelesca guerra celular en la simplicísima economía de las *Bipinnarias* y *Daphnias*; en el hombre el examen microscópico de la sangre (hiperleucocitosis total o parcial, fagocitosis....) ha sido concluyente en sentido positivo a pesar de haber dado lugar su interpretación inmunizante, a crasos errores sobre resistencia celular de la inmunidad y grado de intensidad de la misma.

Vence el organismo en la lid entablada y las defensas empleadas durante la más o menos costosa inmunización, las conserva, como arma preventiva eficaz para el accidental caso futuro de nueva infección. Los fagocitos en adelante, al desintegrarse, ya no sólo segregarán *citasas* (*alexina* de Büchner, *complemento* de Ehrlich) sino *fijadores* (*sensibilizatrices* de Bordet, *amboceptores* de Ehrlich) específicos, es decir, sustancias aparentemente humorales, capaces de favorecer la defensa destructiva leucocitaria en alto grado, impidiendo la pululación y reproducción rápidas microbianas.

Las *estimulinas* de Metchnikoff, las *opsoninas* de Wrigth y las *bacteriotropinas* de Neufeld, son un conjunto de productos humorales instigadores de una pronta y segura fagocitosis en caso necesario y existentes en el suero de los inmunizados. ¿Son una misma substancia con diferentes nombres o varias, como creen los citados autores?..... La acción de ellas no está muy precisada y si lo está no parecen cuando menos indispensables, pues que con otros eficaces excitantes fagocitarios cuenta el organismo inmunizado; Metchnikoff atribuye a sus estimulinas, el papel de estimular a los leucocitos su función defensiva; Wrigth cree dotadas a sus opsoninas, del poder de sensibilizar los microbios, haciéndoles más aptos a la presa fagocitaria; Neufeld imputa a sus citotoxinas o bacteriotropinas, el hecho de ser más específicas, por falta de paralelismo con los amboceptores, al actuar sobre el anti-

geno con el fin de hacerle más débil a la fagocitosis. Se reconoce su presencia en los plasmas y no obstante el sabio ruso, les asigna un origen meramente celular. Este conjunto de datos, no muy armónicos, deducidos de la minuciosa experiencia de Denys y Leclef, han podido ser comprobados más de una vez *in vitro*, manipulando esa algo fantástica lucha biológica. Ya lo hemos dicho; ¿tienen esas variadas *celulinas*—valga la palabra—capital importancia en la conservación de la inmunidad?.....

Atribuye Metchnikoff por tanto, el esencial y complicado mecanismo de la inmunidad, única y exclusivamente a la *educación fagocitaria*, adquirida por lucha previa contra los distintos gérmenes; los «fagocitos educados» reaccionan a los nuevos ataques con rapidez y seguridad admirables, englobando a los agresores, digiriéndolos y neutralizando sus variados venenos, que no en vano aprendieron a segregar ellos, esas complejas enzimas, en la suprema y primera lucha célula-orgánica.

e) *La teoría humoral de la inmunización ¿en qué consiste?* Aseguran los que la han ideado y creen en ella, que no es la fagocitosis la defensa única y exclusiva del organismo inmune, sino las propiedades humorales, constituidas a consecuencia de una previa y más o menos sería colisión con el germen inmunizante.

Indudablemente que las células orgánicas son las originadoras de bacteriocidinas o bacteriolisinas, de aglutininas, precipitinas y antitoxinas, pero ¿está vinculada esta función en los leucocitos, como quiere Metchnikoff, o cumplen este preciado acto los más variados y numerosos elementos celulares de la economía? Además, el ilustre ruso del Instituto Pasteur, cree que la liberación de sus productos fagocitarios sólo es posible a la muerte de los engendrados—fagolisis—, en tanto otros están convencidos—por experimentos practicados—de lo contrario, pues que han hallado anticuerpos diversos en los plasmas circulantes de individuos inmunes, independientes ya de cualquiera función celular.

Entra un determinado germen microbiano en el organismo y entabla lucha con las células encargadas de la defensa vital; su audacia es la causante de una notoria reacción celular, originadora de lisinas letales microbianas, aglutininas entorpecedoras de sus activos movimientos, precipitinas anulantes de la acción nociva de los principios disueltos en la sangre, procedentes de ellos, que convierte al estado sólido (*corpora non ayunt, nisi soluta*) y antitoxinas destructoras o neutralizadoras de los elementos celulares segregados.

Si se consigue la inmunización, natural o provocada, esos productos humorales citados, preservarán en todo tiempo y lugar a la economía, del morbo correspondiente, ahogando casi instantáneamente las futuras reproducción y toxicidad microbianas; es curioso el complicado modo de actuar de ese conjunto de sustancias

plasmáticas y en especial de bacteriolisinas y antitoxinas: estudiémoslo sumariamente en estas últimas, que ilustrará grandemente su conocimiento—no lo dudemos—la cuestión.

El conocido y tan comprobado experimento de Pfeiffer—inyección de vibriones de Koch en el peritoneo de un conejillo de Indias, inmunizado contra el cólera—es el argumento más convincente en pro de la eficacia y realidad de las sustancias humorales bactericidas. Büchner asigna a las *alexinas* solas (citasas de Metchnikoff), cuerpos no específicos alterables con facilidad, la propiedad bactericida de los inmunes naturalmente, en tanto considera precisa la intervención de las sensibilizatrices, junto con las alexinas, para conseguir el mismo estado refractario en los inmunes por modo artificial. Es decir, que el sistema trielemental *antígeno—sensibilizatriz—alexina* (*antígeno—amboceptor—complemento*, según la moderna escuela de Ehrlich), es el que constituido, anula la infección en los organismos no receptivos; corrientemente—para simplificar el lenguaje biológico—se llama a ese sistema trielemental *antígeno—anticuerpos*, comprendiendo con esta última denominación el *engranaje*—valga la palabra—sensibilizatriz—alexina o amboceptor—complemento. Bouchard y sus discípulos han hablado de *poder atenuante*—no bactericida—de los plasmas inmunes, frente a la virulencia y multiplicación microbianas; fundan su creencia particular en varios hechos demostrativos, observados exclusivamente en la inmunidad adquirida; nos parece su opinión muy expuesta a excepciones y errores, más o menos notables. La bacteriolisis, en contra de la creencia de Büchner y otros autores, la hacen extensiva Turró y Pi Suñer a los plasmas intercelulares, pues que la labor fisiológica de las células más diversas es la que da lugar a esas lisinas bacterianas, dicen estos cultos españoles, si bien que luego comunican el poderío inmunizante al medio interno (sangre). He aquí—lógica consecuencia—porque el grado de inmunidad vacunal no es susceptible de medición, por el simple examen inmundiagnóstico de la sangre; depende el estado inmune, de la actividad de numerosas células y aun habiendo dejado de verter ellas al torrente circulatorio los anticuerpos, no por eso denotan carencia de función inmunizante, pues que los parénquimas pueden almacenarla.

Las antitoxinas—otra clase de anticuerpos—, productos hipotéticos de origen discutido, ya que mientras unos los hacen proceder de los leucocitos desintegrados (Metchnikoff) otros los consideran resultado de la vida de variados elementos orgánicos, diferentes en cada inmunización especial, se destinan a destruir o neutralizar los tóxicos externos microbianos: no se conoce aún fijamente su malévola acción. De las varias teorías ideadas para explicarla, la de Ehrlich parece ser la más completa y exacta.

Resumiendo en contadas y significativas palabras el mecanismo humoral, resulta

que la inmunidad es factor de un *engranaje* más o menos variado de *antígeno*—siempre el mismo en cada infección—y *anticuerpos*—numerosos para cada antígeno—; ahora bien, la procedencia de estos productos biológicos no se ha reconocido idéntica por los autores competentes, como tampoco el modo de actuar: esperemos, por tanto, a que se dilucide la *incógnita*.

f) *¿Cómo conceptúa Erhlich el magno mecanismo de la inmunidad?* Erhlich ha ideado una genial teoría, que explica por modo casi completo el estado anti-infeccioso de los inmunes. Erhlich no admite la célula como *unidad viviente*, pues que está integrada de partes desemejantes con funciones diferentes; Erhlich cree en la existencia de *moléculas vivientes o protoplasmáticas*, de composición química compleja, inestable, mutable y desconocida, por tanto: estos son los caracteres—en especial la multiplicidad—significativos y supremos que revelan la vida de ellas, precisamente. Pues bien, buscando la manera de representar la arquitectura de tales moléculas mutables, específicas no obstante, afirma el sabio alemán, que son comparables a los cuerpos orgánicos cíclicos del benceno y que están formadas por un núcleo central fijo—específico—y por cadenas laterales soldadas a este núcleo, de funciones distintas y susceptibles de sufrir varias modificaciones. Ejemplo: el ácido fenolsulfónico está constituido por un núcleo central ($C_6 H_6$) (benceno) y dos cadenas laterales, (O H) (función fenol) y (S O₃ H) (función ácido), en substitución de dos átomos de H; la substitución indicada ha sido la originadora en este compuesto químico—como en todos—de reacciones y cambio de propiedades, sin afectar ellas al núcleo bencénico central intacto: $C_6 H_4 \begin{matrix} O & H \\ & \backslash / \\ & S & O_3 H \end{matrix}$.

La constitución de microbios y toxinas y su correspondiente modo de actuar sobre los elementos celulares de la economía animal, es el otro punto importante y concluyente de la teoría inmunizante de Erhlich.

Las moléculas de las toxinas contienen, según este autor, dos grupos atómicos distintos: *toxóforo*—parte activa del veneno—y *haptóforo*—no tóxico *per se*—o pieza intermediaria soldada de una parte al grupo tóxico y ofreciendo de otra afinidad para las cadenas laterales o *receptores*, de determinadas unidades vivientes protoplasmáticas. Ingresa una toxina en el organismo—por infección o vacunación—y se une mediante el grupo haptóforo a los receptores de la molécula viviente que le está destinada, sobreviniendo la infección—grande o pequeña—inmunizante; la sobreproducción excesiva de cadenas laterales, por la molécula viviente atacada—las existentes han sido saturadas por afinidad y ellas no pueden nunca faltar merced a los fines nutritivos de que están dotadas, entre otras cosas—es en esencia el origen de la inmunidad. Circulando luego, libres, por plasmas y sangre, neutralizarán *engrandándose*—valga la palabra—las futuras toxinas atacantes, haciendo insensible su grupo toxóforo, por tanto, a las células afines. La acción específica de una toxina,

sobre un tejido determinado y no otros, se explica porque haya, o no, afinidad entre los haptóforos y los receptores correspondientes. De ello se deduce, que para incitar a la molécula viviente a la superproducción y movilización de cadenas laterales, es decir, a la formación de antitoxinas o anticuerpos, en términos generales—los anticuerpos no son ni más ni menos que cadenas laterales específicas, circulantes en la sangre—es bastante el grupo haptóforo de las toxinas y sobra el toxóforo. Los *toxoides*—cuerpos desprovistos de toxicidad, constituidos solamente por el grupo haptóforo—immunizarán, con el tiempo, con el máximum de ventajas y mínimum de inconvenientes; en cambio las *toxonas*—moléculas tóxicas que han perdido en parte el grupo haptóforo—son y serán siempre de efectos temibles.

El mecanismo de la inmunización microbiana es, para el sabio alemán tantas veces citado, idéntico a la antitóxica, salvo algunos detalles. La inmunización—infección o vacunación—logra se fijen los receptores celulares a los microbios, como primera hazaña; consecutivamente, la superabundancia de cadenas laterales circulantes, asegurará—es lógico—el estado refractario. Pero la saturación o neutralización de futuros microbios infectantes no la conseguirán únicamente los receptores, como ocurre en la lucha antitóxica preventiva, pues que estos forman parte en el acto de la bacteriolisis—es a lo que tiende el organismo—de un sistema letal algo complejo desde el punto de vista químico: los receptores se adhieren al grupo haptóforo (*citófilo*) de la sensibilizatriz y ésta, mediante su otro grupo (*complementófilo*) al grupo, también haptóforo, de la alexina, integrada además de un conjunto atómico *zimotóxico*. Es decir, que consigue la bacteriolisis el inmune, gracias a los receptores libres que *engranan*—valga la palabra—los microbios a la *sensibilizatriz*—*alexina*, constituyéndose el curioso sistema trielemental, citado al hablar de las defensas y teorías humorales.

g) *La doctrina fermentativa ¿cómo entiende la inmunización?* Abderhalden y Vaughan, ilustrados biólogos contemporáneos, han conceptuado una teoría inmunizante meramente química; consideran a la inmunidad, esos potentes cerebros, como un sencillo hecho de catabolismo celular, como un particular acto nutritivo de las unidades histológicas integrantes del *complexus* animal.

Las células cumplen las peculiares funciones que les están asignadas, en virtud de la acción ininterrumpida de sus distintos fermentos (exo y endofermentos). Los primeros analizan y desintegran el medio circundante anatómico celular—a las veces es el organismo humano—que les proporciona las substancias alimenticias necesarias a su vida; los segundos actúan sobre esos mismos alimentos, ya escogidos y algo preparados por los exofermentos, para transformarlos en materia propia—síntesis—para asimilarlos en una palabra; los primeros sufren más activamente los efectos no beneficiosos de los variados agentes físicos, los segundos resisten bas-

tante a esos perjuicios experimentales; ambos, aunque distintos, son específicos, es así que cambian de constitución en cada elemento vivo animal. Pues bien, la lucha célula-microbiana o infecciosa no es otra cosa que un fenómeno de digestión parentérica anormal; los gérmenes agresores, gracias a la acción digestiva de sus fermentos, intentan desintegrar algunas células del organismo atacado para vivir y reproducirse, manifestándose en tanto, en éste, los fenómenos morbosos; pero he aquí que al propio tiempo sensibilizan a esas mismas células víctimas de los furores digestivos, obligándolas a la producción exagerada de nuevos fermentos modificados, capaces de analizar y destruir los gérmenes perturbadores de la sanidad; los fermentos formados impedirán al inmune, en adelante, sea otra vez objeto de lucha infecciosa. En la digestión microbiana por los fermentos segregados reside el origen de la infección, pues que ellos al desintegrar la célula orgánica, liberan un grupo atómico tóxico no específico, el que lesiona e infecta, y otro no tóxico y específico, el inmunizante; el *desideratum* de la inmunización es, para Abderhalden y Waughan, el vacunar solamente con esa substancia tan inactiva desde el punto de vista tóxico, como conferidora de alto poder refractario antibacteriano.

h) *El argentino Méndez, ¿cómo explica en su teoría biológica la inmunidad?* Cree Méndez, con otros autores, que el proceso de enfermedad, curación e inmunidad infecciosas, es análogo al digestivo, por no decir idéntico. La fagocitosis y la bacteriolisis es lo que tiene lugar en el organismo enfermo durante la incubación del germen: los anticuerpos más variados se producen, precisamente, porque microbios y leucocitos han sucumbido. Hasta aquí lo clásico, pero pregunta a este propósito, y con razón, Méndez: ¿cómo obran o qué hacen los anticuerpos originados?; Metchnikoff y Pfeiffer creen terminado el fenómeno morbozo con el aniquilamiento de los agresores; el profesor de Buenos Aires asigna a ese acto, lógicamente, el comienzo de la enfermedad, pues que la destrucción microbiofagocitaria libera *lysinas* o anticuerpos terciarios—los secundarios son las *haptinas* de Ehrlich—«que al circular en el organismo a medida de su producción se adaptan a las células de los tejidos—afinidad célula-lysínica—, cuya estructura alteran, provocando variados síntomas o fenómenos funcionales». Mueren las células o producen, por el contrario, otra distinta variedad de anticuerpos específicos del género *lysina*—*antitoxinas*—a consecuencia de esa especial acción descubierta por Méndez. La curación se efectúa, pues, por regeneración histológica o excreción de antitoxina. Ehrlich admite que las toxinas obran directamente sobre sus *unidades vivientes*; Méndez cree, opuestamente, en la existencia de un factor intermediario—*lysinas*—y de una particular reacción celular antilyssínica o acto verdaderamente inmunizante.

A las cualidades, especiales y distintas del *ectoplasma* y *endoplasma* microbianos, que han sufrido el embate fagocitario o bactericida, se debe la formación de

haptinas y lysinas, respectivamente. Las haptinas, caracterizadas por la afinidad hacia el antígeno, transforman a éste en nuevas haptinas hasta tanto la regeneración—ciclo de reversión—por diversas causas desaparece: evitan por tanto—hecho importante—la producción fatal de lysinas. Las lysinas—entiéndase que no son las sustancias humorales que Pfeiffer y Ehrlich han dado en llamar así—afines, en cambio, para variables células de la economía, matan o producen antitoxinas neutralizadoras y sanadoras; no se parecen, pues, a las haptinas que terminan donde empiezan y gozan de las cualidades reversibles de los fermentos.

El estudio intencionado de la anafilaxia, ha permitido comprobar a Méndez, la realidad de acción nociva, las más de las veces, de sus lysinas, pues que el shock no se debe a otra cosa que a una liberación brusca de productos tóxicos latentes y anteriores en existencia a la segunda inyección antigénica anafilactizante. Mueren aun enfermos diftéricos tratados con intensidad por el suero o antitoxina de Behring, precisamente porque neutralizadas todas las toxinas y bacilos, quedan activas—sin freno alguno—las lysinas, engendradoras *subrepticamente*—valga la metáfora—de irreparables lesiones celulares y la muerte, por tanto.

La inmunidad para Méndez depende, en resumidas cuentas, de la existencia de antitoxinas—antilysinas—circulantes, neutralizadoras de los probables venenos formados en sucesivas fagocitosis y bacteriolisis.

i) *El estado refractario anti-infeccioso, ¿persiste indefinidamente o se atenúa y desaparece con el tiempo?* Parece que la memoria biológica de producir anticuerpos específicos, la pierden las células animales al cabo de determinado tiempo—no igual—de haberla adquirido. Es así que la viruela, sarampión o fiebre tifoidea, v. gr. pueden padecerla de nuevo los antiguos infectados o vacunados. ¿De qué depende esa atenuación en los inmunes?; lo ignoramos por completo; quizá sea debida, dicen algunos patólogos, a enfriamientos inesperados y traumatismos, a fatigas física o mental y alimentación misérrima, a intoxicaciones y braditrofias adquiridas, etc..... sobrevinidos *a posteriori*..... Lo cierto es que es variable, la duración de la inmunidad, para cada enfermedad infecciosa; ¿acaso el poder inmunizante de las bacterias es mayor o menor, en tanto su composición es distinta y el método inmunizante ha sido más o menos hábil e intenso?..... Méndez asigna a la creación rápida de lysinas, antes de que las antitoxinas hayan tenido tiempo de neutralizar los correspondientes antígenos, el *quid* de las hiperinmunizaciones; ¿influirá ese mismo favorable hecho en la duración persistente de esa rápida y fácil inmunización?.....

j) *¿Existen varios procedimientos de inmunización?* Descontando las brutales prácticas de sifilización y variolización de antaño—en esencia inmunizaciones—, pues que enfermar conscientemente y con posible desastre, para no enfermar luego por accidente, no es lógica e inocua medida, no es inmunizar en el sentido tan mar-

cadamente profiláctico de la palabra, no es higiénico, en suma, tres métodos se usan en la actualidad al objeto de conseguir sin molestia y peligros—esto es lo ideal—ese fin laudable de estado refractario a las infecciones.....: *i. activa* (vacunas), *i. pasiva* (sueros), *i. mixta* (sueros y vacunas).

II.—INMUNIZACIÓN ACTIVA (VACUNACIÓN PREVENTIVA)

a) *Las vacunas, ¿son todas iguales?* Si descontamos la atávica práctica de sifilización y variolización—ya mencionada—y la vacuna por antonomasia o antivariólica—fundada en un hecho empírico discutible de antagonismo de efectos—tres clases de líquidos inmunizantes (Rodríguez Méndez) podemos usar actualmente en el concepto preventivo antimorbo.

a') *Vacunas vivas.*—Temidas por muchos—por lo significativo y peligroso de su nombre—son indudablemente, como luego veremos, las más ideales y menos molestas. La severa crítica—basada en una experimentación continuada y atenta—ha considerado único el procedimiento, eficaz e inocuo, de preparación de ellas. La inyección de dosis infinitesimales de microbios altamente virulentos, la inmunización mediante virus vitales atenuados por la luz, calor, electricidad, envejecimiento, anti-sépticos, etc., han caído en desuso completo, en tanto ha sido notoria la inestabilidad de resultados y manipulaciones, de ventajas y peligros: era lógico. La sensibilización, en cambio—proceder ingenioso y leal—ha elevado la vacunación con gérmenes vivos a alturas que usando líquidos químicos o toxinas, jamás alcanzó, es decir, que ha dirigido este asunto por derroteros quizá seguros, que en lo porvenir nos explicarán posiblemente el mecanismo de la inmunidad adquirida. Consiste en esencia, en mezclar el cultivo microbiano destinado a vacuna (agar—48 horas) con suero específico de animal inmunizado contra la enfermedad correspondiente al germen vacunal, de modo que la sensibilizadora de Metchnikoff o amboceptor de Ehrlich, fijadas sus garras—valga la palabra—al microbio consiguiente, logre al inmunizar, mejor y más pronta fagocitosis individual si creemos al sabio ruso, admita más rápidamente el complemento si nos seduce la teoría del ilustre alemán—judío, o incite sin perder tiempo a las células orgánicas a la producción de fermentos defensivos desintegrantes microbianos si a Abderhalden y Waughan únicamente les concedemos la razón. Inmunizan, por tanto, bien y con escasas molestias: finalidad noble e ideal.

b') *Vacunas muertas.*—Ferrán, el sabio español que las descubrió—por eso se ha propuesto llamarlas vacunas *ferranianas*, en contraposición de las vivas o *pasteurianas*—ya no cree en la infalibilidad de ellas, ya no las estima como el *desidera-*

tum de la profilaxia inmunizante, ya no las recomienda en sus folletos de propaganda, ya las execra del campo racional de la medicina, ... ¿por qué?; por que entiende —y entiende bien— que no todo son juegos de toxinas en la realidad infecciosa, que no es exclusivamente intoxicación extramicrobiana lo que el enfermo sufre, que no hay sólo sustancias humorales defensivas en el organismo, sino fagocitosis comprobada y no pequeña, digestiones perentéricas y catabolismos celulares ávidos de nutrición, fermentos desintegrantes microbianos, etc.....: los hechos e hipótesis nuevas en consonancia con ellos, han dado al traste con las malas creencias, con las insuficiencias de fundamento.

Los microbios inmunizantes, procedentes de variados medios de cultivo, se matan a beneficio de la acción esterilizante del calor —algún tanto diversa según los gérmenes—, de los antisépticos químicos (cloroformo, éter) o de los rayos ultravioletas (Renaut). El calor seco mata a la temperatura de 110° a 130°; el calor húmedo a las más bajas de 43° a 60°. La abstracción vida unicelular patógena no se tiene en consideración en las vacunas muertas, pues que obran porque sus toxinas no modificadas por las manipulaciones, es decir, activas, son vacunantes. Inmunizan ellas, por consiguiente, antitóxicamente.

c') Autolizados o extractos microbianos.—Inseguros hoy, magníficos quizá en lo porvenir, no se ha propagado mucho su uso. Son eminentemente variables, en tanto responden a diversos gérmenes de constitución química distinta y de grupos moleculares vacunantes diferentes y más o menos complejos o sencillos, discutibles incluso en una misma bacteria; la ebérthica v. gr., integrada de una nuclealbúmina y de un lipoide raro, ¿en virtud de la acción de qué compuesto inmuniza?

La autólisis, por maceración microbiana de un cultivo reciente (gelosa—24 horas) en agua destilada (tres días) y filtración consecutiva en bujía, es el procedimiento, que en unión al tan nombrado del éter del Prof. Vincent, ha substituído al antiguo o extracción de principios vacunantes de gérmenes muertos previamente.

Como dice muy acertadamente Martín Salazar en una crítica sobre vacunación antitífica, los autolizados son las vacunas futuras, susceptibles de seria perfección, en tanto sigamos creyendo con Abderhalden y Vaughan en el simple catabolismo celular, más o menos notable, más o menos complicado, como génesis única de los procesos morbosos orgánicos de intoxicación en general.

b) *¿Todos los gérmenes son susceptibles de engendrar indistintamente buenas vacunas?* Cuestión primordial es la planteada, es decir la de elección de germen vacunal, ya que se ha achacado en virtud de erróneo concepto a las razones virulentas, la propiedad especial de inmunizar como es debido, con éxito seguro si queremos hacer notar la finalidad del hecho.

Pensaron mal los que identificándose con Pfeiffer—el de la teoría exclusivista

de las endotoxinas—, tal creyeron alguna vez, pues que precisamente la experimentación en animales de laboratorio y colectividades humanas, ha puesto de manifiesto en múltiples ocasiones, la bondad extrema de la utilización de los gérmenes viejos y recientemente sembrados en un medio sólido, agar de preferencia. Los microbios procedentes de productos patológicos del hombre, son los peores en el concepto de destinarlos a preparación de vacunas; su virulencia es extrema y al liberar en el organismo vacunado, grupos atómicos tóxicos e inmunizantes, dan lugar a sensibles reacciones locales y generales, muy molestas, y escasas probabilidades—es lo cierto—de inmunidad.

Si Abderhalden está en la senda del buen camino, con un dato más contamos, a favor de la utilización vacunal de gérmenes de laboratorio, sembrados y sembrados varias veces.

c) *¿Es preferible la polivalencia a la monovalencia microbiana?* Si las doctrinas bacteriológicas sobre especificidad de razas, asentaren en los tiempos que vivimos en bases ciertas e incontrovertibles, indudablemente que el problema de la valencia vacunal o sérica se hallaría resuelto, pero como la ciencia de la vida microbiana en muchísimas cuestiones, es una serie ininterrumpida y abrumadora de interrogantes burlones, el asunto citado permanece a corta diferencia en el mismo estado que se planteó.

Se ha dicho por muchos, que las vacunas polivalentes son las únicas eficaces y seguras, en virtud de crear en el organismo a que se aplican, variedad excesiva de anticuerpos específicos; llegado el caso de contaminación accidental del organismo, en la comarca que fuere, afirman los que tal creen, «rara casualidad sería que la raza A. o B. v. gr. microbiana no encontrase la *cerradura* (anticuerpo)—valga la palabra—correspondiente donde encajar y hacer inofensiva la agresiva *llave* (?) del antígeno. Pero ese probable beneficio—probable únicamente—no queda compensado por la reacción marcada orgánica a la vacunación y por la probabilidad de un hecho serio de anfalaxia, si tenemos en cuenta que fagocitos, suero y células en general, luchando y digiriendo numerosos enemigos, pueden ocasionar un inesperado descalabro, por sensibilización extrema orgánica o agotamiento funcional de las defensas o por el mecanismo recién descubierto por Méndez de intoxicación brutal de lysinas casi semejantes.

La vacuna monovalente, exenta en cambio de ese cúmulo de inconvenientes, logra su trabajo mejor y más pausadamente, bien que contra un solo microbio; mas si cuidamos de que ese microbio sea precisamente el de la localidad, el que un día puede fastidiarnos haciéndonos enfermar ¿no habremos conseguido el ideal de nuestras aspiraciones? No puede asegurarse por modo definitivo, no obstante, la eficacia, entre otras cosas porque el contagio puede transmitirlo un portador de gérmenes extraño a la localidad.

En el estado en que están, en los momentos actuales, los hechos bacteriológicos, creemos que la monovalencia es preferible a la polivalencia, no porque sean más o menos numerosas las defensas en unas u otras—el fundamento crítico de antes—sino porque la especificidad de razas no nos convencerá, en tanto la de microbios entre sí no esté del todo dilucidada. El día que la clínica nos indique con notoriedad meridiana que las modalidades sindrómicas o sintomáticas son tributarias exclusivamente del factor raza microbiana y no del enfermo como ente individuo, conjuntamente o en parte; el día que una autovacunoterapia sea superior cien mil veces a una héterovacunoterapia dada; el día que uno de los sueros más específicos que se conocen, el antimeningocócico, deje de modificar y curar palpablemente una artritis con certeza gonocócica.....; ese día, al aceptar sin dudas y probabilidades la especificidad extrema de razas y microbios, creeremos en la eficacia verdad, en la eficacia racional de la polivalencia. En tanto el asunto únicamente se vislumbre o sospeche con más o menos fundamento, sólo nos merecerá entera confianza la vacuna monovalente, que con el minimum de molestias y peligros ocasiona el maximum de beneficios anti-infecciosos.

d) *¿El medio de cultivo en que ha de vegetar el germen vacunal conviene escogerlo?* De antaño se recomienda la preparación de cultivos destinados a vacunas, en medios sólidos—agar o gelosa de los autores franceses—con preferencia al caldo, porque éste intoxica con sus albuminoides al organismo, sumándose pues dos intoxicaciones originadoras de una seria y evitable reacción vacunal. En los medios sólidos el germen vegeta en la superficie—del agar por ejemplo—y al ser recogido para utilizarlo en la confección de una vacuna, apenas si acarreamos (con él) elementos del cultivo, proteínas extrañas como quiere Abderhalden, iniciadoras de un segundo e inútil proceso de digestión y producción de fermentos celulares; Martín Salazar a propósito de la vacunación antitífica insiste, con razón, en la conveniencia de atender a este detalle, insignificante aparentemente.

La adición a las vacunas de antisépticos variados, con el fin de que se conserven puras el tiempo debido, es práctica no muy recomendable, pues que en virtud de su acción irritante contribuyen a que sean los fenómenos reaccionales tan temidos y que tanto daño han causado a la honradez de efectos e inocuidad del método clásico de inmunización activa.

e) *¿Es indiferente usar cualquier vacuna?* Desde dos distintos puntos de vista puede considerarse el asunto: clase de vacuna—viva, muerta o autolizada—y procedencia comercial.

No todos los autores opinan lo mismo respecto a la conveniencia de emplear siempre tal o cual líquido inmunizante, pues que según sean sus convencimientos inmunitarios, serán consiguientemente los resultados o eficacia que asignen a las

vacunas ideales para ellos. Creemos nosotros por modo imparcial, tanto en el concepto meramente teórico como práctico, que las vacunas vivas sensibilizadas son las más beneficiosas y menos molestas, aunque esta afirmación brusca parezca en apariencia una herejía científica: que son las más inmunizantes lo demuestran los hechos categóricos, de muy perfecta imitación infecciosa o morbosa natural, de verdadera digestión parentérica fermentativa—las toxinas ¿cómo realizarían vitalmente, con bondad, este acto?—, de admirables resultados experimentales en conejitos de Indias y monos antropoides—reinfectedos con ensañamiento sin consecuencias morbosas ni letales, al quedar inmunes—, de estadísticas brillantísimas humanas en miles y miles de inoculados sin accidentes..... No debe asustar su uso profiláctico porque sea viva, porque sea vectora al organismo de gérmenes más o menos atenuados; téngase en cuenta—hecho primordial—que está *sensibilizado* su poder microbiano y que inmunizará por tanto al organismo contra la enfermedad específica, en mitad de tiempo; el primer paso inmunizante se ha dado ya, en la ampolleta contentiva del líquido: formación y engranaje microbiano de las sustancias intermedias (sensibilizatrices o amboceptores). Es así que se comprende no ocasione al organismo inoculado violentas reacciones: le inmuniza *amordazados* sus gérmenes—valga la expresión—, no como las vacunas muertas, de toxinas activísimas—análogas en efectos a las de una infección sobreaguda—, bien que limitadas en producción. Un dato más—esencial para bastantes autores recelosos de inmensos peligros—induce a su exclusivo empleo: si la mal llamada *fase negativa* de Wright (*faz negativa* la apellida Rodríguez Méndez) fuese real—que no lo es—con esa variedad de vacunas sensibilizadas, solamente, la impediríamos, huiríamos de sus temidos y desastrosos (?) efectos, en otras palabras.

El que la hayamos defendido con tanto coraje y entusiasmo, no significa que sea la idealidad inmunizante: es la mejor de las que se han preparado hasta el presente y nada más. En lo futuro los extractos o autolizados bacilares, hoy en ensayo, constituirán el *non plus ultra* de la profilaxia activa anti-infecciosa, porque de creer a Abderhalden solo el grupo atómico inmunizante y atóxico, logra el estado refractario bien y sin molestias.

En el comercio circulan número indefinido de vacunas, que responden a procedimientos de preparación los más diversos; no debemos fiarnos de la inocuidad y eficacia de todas. Prefiramos siempre—sin lugar a dudas—las comprobadas en múltiples ocasiones y las procedentes de Institutos biológicos acreditados, por lo formales y escrupulosos, y dirigidos por personas científicas de valía, sin fines industriales de bajo vuelo y conscientes como científicos y como hombres honrados.

f) ¿Por dónde y cómo se administran los líquidos inmunizantes? La vía hipodérmica, con todo y no ser ideal, es la considerada más buena y eficaz a tal

objeto, como resultado de las muchísimas e infructuosas discusiones sobre inconvenientes y ventajas de todas ellas. Claro está que la inyección intravenosa sería el *desideratum* de administración vacunal, pues que imitaría de cerca a las septicemias, en rapidez y eficacia difusivas del germen, mas téngase en cuenta que las embolias—y no serían raras de usar corrientemente esa vía—son muy peligrosas entre otras cosas.

El contagio digestivo de algunas infecciones (fiebre tifoidea, cólera.....) ha inducido a experimentar los beneficios de una inmunización *entérica*; los resultados obtenidos han sido enormemente precarios: era natural. Si la mal llamada *enterovacuna* la constituían gérmenes vivos—atenuados o sensibilizados—aún cabía la disculpa de probar lo desconocido y en cierto modo lógico, pero si ese medio vacunal lo integraban exclusivamente toxinas, no comprendemos lo que perseguían con su ingestión los erróneos experimentadores, ya que necesariamente esas complejas sustancias químicas, esas tenues proteínas, habían de sufrir modificaciones al actuar potentes jugos digestivos. Además—otro argumento aplastante—si diferentes gérmenes, patógenos o no, emigran a través del tubo digestivo y viven bien en él estando sano el individuo, sin perjudicarlo en lo más mínimo, ¿cómo comprender la posibilidad de una vacunación por esa vía, con gérmenes atenuados o semivirulentos?; de ser real la inmunización vacunal entérica, al beber agua hervida o semihervida bacteriana, en tiempos de epidemia, lograríamos insensiblemente un estado refractario anti-infeccioso y este acto forzoso no ha preservado profilácticamente a nadie de sucesivos contagios morbosos. Courmont y Rochaix han llegado a recomendar enemas de bacilos tifoideos muertos por el calor, en el concepto de buena inmunización: no ha alcanzado grandes éxitos esta extravagante práctica profiláctica.

Las inoculaciones hipodérmicas vacunales, se practican preferentemente en las paredes abdominales o en la región deltoidea, pues que son las mejores regiones por muchos conceptos. Los cuidados asépticos más rigurosos en el instrumental a emplear, deben realizarse: el tocar el tegumento cutáneo, antes y después de la inyección, con iodo o ácido fénico diluidos es precaución aconsejable.

g) *¿Cuántas inoculaciones deben hacerse para conferir inmunidad?* Depende del número de inoculaciones inmunizantes de la clase de vacuna que se use y de su titulación microbiana. Por lo general, se inyecta una dosis total de 1.500 a 3.000 millones de gérmenes, exagerando un tanto esa cantidad (3.000 millones) si hacemos uso de vacuna viva sensibilizada y disminuyendo algo la proporción (1.500 millones si el líquido inmunizante empleado es toxínico. Esa dosis variable se reparte en dos o tres veces, inoculando en cada una de ellas—con intervalos constantes de ocho a diez días—500, 1.000 y 1.500 millones de microbios, respectivamente. La titulación:

citada, consta en todas las ampollitas— a ella hemos de atenernos— y la determinan los que preparan esa clase de productos biológicos por comparación a un recuento de glóbulos rojos sanguíneos o guiándose, mediante tablas *ad hoc*, del mayor o menor grado de opacidad de las emulsiones bacterianas (Bruce). Algunos autores, abominadores de lo clásico y establecido por la costumbre, recomiendan mayores dosis y mayor número de inoculaciones, al objeto de inmunizar con más eficacia; no creemos que por buena *cantidad* de agresores, se inmunice más y mejor el organismo animal: no depende el estado refractario, como hemos visto, de ese *despreciable* factor.

h) *¿Qué reacciones locales y generales producen las vacunas?* No todos los organismos reaccionan de idéntico modo a una vacunación determinada, pues que es un fenómeno, el de la reacción, dependiente de variables y numerosos factores; clase de vacuna, dosis, estado de salud y moral del inmunizado, taras orgánicas..... Chicote divide los individuos, desde el punto de vista de las reacciones, en tres clases: que no tienen reacción local ni general, el mayor número; que la tienen sólo local; que la tienen sólo general. Se puede añadir, como dice muy bien Rodríguez Méndez, otra más: con la una y con la otra.

Consiste la *reacción local*, en un dolor o sensación de tensión variablemente intenso; en una tumefacción más o menos marcada, a las veces algo persistente; en un débil o fuerte eritema,.... in situ. Las complicaciones son contadas cuando se vacuna *bien* y con *buena* vacuna. Duran esos trastornos de 24 a 48 horas por lo regular. La *reacción general*, en cambio, es más efímera y aparatosa. Cefalea ligera, quebrantamiento profundo, náuseas y raros vómitos, fiebre (37 grados a 38°), anorexia,.... es lo que se observa en los individuos hipersensibles, en los dotados de idiosincrasias especiales o en los enfermos o tarados. Reacción más fuerte que la descrita es excepcional; de menos alcance que la apuntada más que frecuente en los sujetos completamente sanos. En los soldados en campaña las reacciones son variables y a menudo caprichosas; la moral y la fatiga física las rigen a su antojo. Es práctica aconsejable y bastante usada en concepto preventivo antirreaccional, la administración de aspirina o antipirina (50 centigramos) o cloruro de calcio (1 a 3 gramos) (Wright) a los recién vacunados, durante dos o tres días.

Las vacunas vivas sensibilizadas y los autolizados molestan reaccionalmente poquísimo, no así acaece con las tóxicas provocadoras de un largo y acentuado malestar por lo general. El método actual, de inoculaciones débiles interrumpidas, ha hecho descender a un tanto por ciento casi despreciable, el número crecido—antes— de individuos con fuertes reacciones locales o generales.

i) *La fase negativa, concepción ingeniosa de Wright, ¿existe?, ¿se evita?* Nunca hemos creído en la existencia fantástica de esa manoseada y temida fase ne-

gativa; no dudamos de las observaciones opuestas de Wrigth respecto a este asunto: es posible que en aquel período de *experimentación humana*—si es que así puede llamarse—y de tanteos de virulencia y dosis, fuese real ese estado de mayor receptividad infecciosa en algunos individuos. Actualmente, ni desde el punto de vista teórico ni práctico, puede admitirse. En primer lugar, no todas las hipótesis sobre mecanismo íntimo de la inmunidad la explican y la conciben: ¿por qué?....., porque los hechos de saturación de alexinas (anticuerpos no específicos) preexistentes a la inmunización, ocasionando ese período negativo, y de disminución palpable (?) del índice opsónico en los siguientes días de la vacunación, determinando ese gran peligro receptivo, son los dos sencillísimos fenómenos—ciertos o no: hay diversas opiniones igualmente veraces—invocados para defenderla y considerarla; en segundo lugar, muchos hechos de observación vacunal demuestran lo visionario de esa concepción, anómala precisamente en el apóstol de una de las grandes profilaxias anti-infecciosas.

Los beneficios reales obtenidos en muchos casos con el empleo de la vacunoterapia específica, es una de las pruebas más decisivas en contra de la realidad de esa faz negativa; de existir, creemos nosotros, agravaría al enfermo, pues que también había de manifestarse.....; claro está que se usan en él dosis menores, más hágase cuenta el que tal piensa que su resistencia orgánica no es comparable, ni con mucho, en ese estado, a la de un sano—robusto o enclenque. Vincent asegura—le creemos ya que el fenómeno observado por él ha sido comprobado por muchos—que la inmunización por vacuna preventiva (antitifoidea) ha protegido a varios sujetos receptivos que habían tragado cultivos eberthianos 48 horas antes. Es más, afirman numerosos vacunoterapeutas decididos y conscientes del peligro (?), que la vacuna curativa antitifoidea inyectada en el período de incubación es eficacísima, a las veces en mayor grado que en cualquiera otra oportunidad; si no es eficaz, ¿podemos pensar en una infección concomitante—no rara—por germen paratifoideo? Es así que lo que Méndez llama acertadamente *profilaxis esencial* anti-infecciosa, debe llevarse a cabo sin temor a nada en plena epidemia, pues que además de preservar de la infección reinante—es mucho—cura a las veces fugazmente posibles luchas célulomicrobianas terribles. La faz negativa de Wrigth es un mito en los momentos que vivimos: los actuales procedimientos de inoculación pausada e interrumpida de microbios semivirulentos, han acabado con ella si es que existió (?) en las primicias de esta ideal profilaxia infectiva.

De existir—ya lo anotamos—con la inoculación exclusiva de vacunas vivas sensibilizadas, la evitaríamos; por eso durante la última epidemia de fiebre tifoidea de Barcelona, pensando lógicamente, recomendamos a los recelosos del criterio de Wrigth y amantes de los líquidos inmunizantes tóxicos—de existir la faz negativa,

ellos no la suprimirían—la inmunización antitifoidea mixta: primera inoculación, vacuna viva sensibilizada; segunda inoculación, vacuna muerta.

j) *¿Disponemos de procedimientos diagnósticos seguros para averiguar la realidad de la inmunización?* El grado y persistencia de la inmunidad en un vacunado no los podemos determinar a ciencia cierta y a nuestro antojo, pues que los anticuerpos libres de los plasmas no son las únicas sustancias que la integran. Recordemos lo expuesto a propósito de hipótesis inmunitarias y deduciremos sin esfuerzo alguno, que el estado refractario anti-infeccioso lo constituyen dos fases bien caracterizadas objetivamente: la primera demostrable algo erróneamente por escrupulosos análisis sanguíneos, es como si dijéramos la *real*, palpable; la segunda, imposible de averiguar por procedimientos de laboratorio, la denominaremos mejor *potencial*, impalpable. Ambas—es natural—defienden al organismo contra los fuertes e infructuosos ataques microbianos, bien que amboceptores sesiles y anticuerpos circulantes no tomen igual parte en el conflicto; se agotará con el tiempo, no lo dudamos, la defensa libre (desaparecen entonces las reacciones séricas inmunizantes), más queda escondida, inagotable, fuerte y latente, otra, la integrada por las unidades vivientes de la economía, que no han perdido tan prontamente como el suero sanguíneo la memoria de engendrar vastas huestes, que darán buena cuenta de los agresores si estos—confiando en un avance rápido y aparentemente seguro al principio—se aventuran demasiado en el misterioso laberinto animal. Ni aglutininas (serodiagnóstico de Widal), ni bactericidinas y bacteriolisinas (poder bactericida *in vitro*), ni opsoninas (índice opsónico de Wrigth), ni sensibilizatrices (desviación del complemento de Bordet-Gengou), etc., son capaces de dar aproximada idea de lo que puede el organismo contra un determinado germen; los resultados son variables hasta en los inmunizados con idéntica vacuna y dosis.....; ¿qué cabe esperar, por tanto, de un método tan falaz? Las reacciones cutáneas anafilactizantes a las toxinas específicas—método general fundado en la cutirreacción tuberculínica,— es el único medio moderno susceptible de demostrar algo directamente la realidad de una inmunidad vacunal; los medios indirectos, tan frecuentes como inoportunos, consisten en la observación cuidadosa de lo que acaece a los animales inmunes—de experimentación—reinfectándolos, y en el estudio de grandes estadísticas humanas honrosamente confeccionadas.

k) *¿Por qué debe generalizarse el empleo de la vacunación preventiva?* La vacunación preventiva es el factor único de la lógica *profilaxis esencial* de Méndez. En los tiempos que vivimos, de revolución científica incesante, mucho se puede conseguir con las medidas anti-infecciosas no específicas, pues que destruyen o evitan las destrucciones humanas del germen patógeno agresor, si este obra o actúa *honorablemente*—valga la palabra. No obstante, los *ataques traidores*—y llamamos

traidor al microbio contagiante y virulento de un portador de gérmenes (blastóforo) ignorado—son más que frecuentes y de ellos solamente podemos precavernos con eficacia, haciendo uso de una profilaxia *intra-orgánica*, no *hetero-orgánica*, porque lo difícil, lo imposible mejor dicho, en esas contaminaciones es evitar el acceso a la economía del micro-organismo vulnerante.

Además, ¿la mayoría de infecciones son igualmente evitables?, ¿se contagia uno con la misma facilidad de peste bubónica o de fiebre tifoidea?.....: no. La inmunización activa iguala las medidas profilácticas anti-infecciosas. La acción perniciosa e inconsciente de los blastóforos es un hecho de capitalísima importancia; un extifoideo que defeca en un ferrocarril, deja caer gérmenes virulentos, v. gr., al paso de un río no infecto o de una tierra hábil a la reproducción bacteriana exagerada; las medidas no específicas, en caso de infectarse un pueblo por el procedimiento citado, se tomarían a consecuencia de la observación del principio de epidemia, cuando de estar vacunados—por previsión—los individuos atacados, no ocurriría nada, no haría de las suyas el b. tifoideo, depositado al azar en lugar sano.

Compréndase pues—por lo expuesto—el valor preventivo de una vacuna, aplicada sea por temor futuro a un incidente morboso, sea por precaución seria y laudable en una epidemia. No titubeamos—tan hondo es nuestro convencimiento—en afirmar que ella (vacunación preventiva) es el baluarte más seguro en contra de las mortíferas y aterradoras enfermedades infecciosas inmunizantes; su uso debe propagarse de momento, en tanto la multitud humana observe su eficacia y aquilate su verdadero valor, y exigirse gubernamentalmente más tarde, en tanto la mortalidad y bienestar colectivo han de variar en sentido inverso al de antaño.

1) *¿Tiene contra-indicaciones el uso de las vacunas?* Aseguran al unísono *vacunófilos* y *vacunófobos* que la vacunación preventiva no debe practicarse en masa, por temor a accidentes leves, serios o mortales. Efectivamente, los febricitantes, fatigados, alcohólicos, tuberculosos, sifilíticos agudos, palúdicos, cardíacos, renales,.... inmunizados por procedimiento activo, acusan reacciones generales o agravación de los procesos anteriores, en grados alarmantes: es lógico, en la posibilidad de existir simpatías anafilactizantes o exacerbantes morbosas comicrobianas (?).

En los soldados, ese hecho de temor no se ha tenido en cuenta; los resultados obtenidos, a pesar del intencionado descuido, han sido excelentes. A la sanidad casi absoluta de los reclutas puede ser debido el curioso fenómeno. En la población civil no es conveniente prescindir, dicen todos los autores, del previo examen de las personas que han de inmunizarse, pues que así se evitarán molestias, enfermedades provocadas y alguna que otra muerte. Los exenfermos reaccionan anafilácticamente a las inoculaciones vacunales tóxicas: deben vacunarse con líquidos de bacilos vivos sensibilizados, por tanto.

Considerando desde otro punto de vista el asunto de los percances vacunales, no nos parecen lógicas las contraindicaciones formuladas por el mundo médico en general, pues que si daño al individuo tarado orgánicamente produce una vacuna determinada, más le ocasionaría la enfermedad infecciosa de que preservare esa medida, padecida en todo su esplendor. En tanto las asociaciones morbo-infecciosas sean capaces de concluir en poco tiempo con una vida humana, debemos inmunizar activamente, de igual manera que a los sanos, a los señalados peligrosos por muchos vacunófilos—si bien multiplicando inoculaciones y dividiendo dosis—en la creencia de que el trastorno accidental que se les ocasione ha de ser infimo, comparado con el probable de un contagio virulento no atajado.

III.—INMUNIZACIÓN PASIVA (SUEROS PROFILÁCTICOS).

a) *Los sueros, ¿son todos iguales?* No responden a idéntico procedimiento de preparación los sueros preventivos que conocemos hasta el presente, pues en tanto unos gozan de propiedades exclusivamente *bactericidas*, en alto grado, otros sólo ejercen acción manifiesta contra las *toxinas* de microbios o *ponzoñas* de reptiles. *Sueros bactericidas y sueros antitóxicos*, son las dos grandes clases de agentes inmunizantes pasivos sancionados por la ciencia biológica. Proceden unos y otros del líquido sanguíneo de un animal hiperinmunizado por modo artificial; vacunas vivas inoculadas en dosis crecientes, sucesivamente, o toxinas bacterianas activísimas administradas de igual manera, realizan bien la hiperinmunización necesaria para conseguir excelentes y activos sueros profilácticos.

Esos sueros vehiculan al hombre los anticuerpos específicos formados extemporáneamente en el animal de experimentación, es decir que aprovecha el individuo inmunizado por modo pasivo las substancias elaboradas por otro organismo.

b) *¿Qué animales se prefieren para la obtención de sueros?* No todos los animales son aptos en el concepto de servir luego su suero de buen agente inmunizante pasivo. Por de pronto, los pequeños (conejos, conejillos de Indias, ratón, perro,.....) a consecuencia de la exigua cantidad de suero que pueden suministrar, no deben tenerse en cuenta. De los grandes, el caballo es el preferible, pues que la vaca y el buey padecen frecuentemente de tuberculosis y podrían lesionar al inmunizado. Verdad es que el caballo está afecto a las veces de una enfermedad seria, incurable y transmisible al humano—el muermo—mas la reacción cutánea previa a la *maleína* (positiva) hace deshechar por completo a los enfermos en los Institutos de Biología.

El caballo, a la enorme ventaja citada une la no despreciable de ser inocuo su suero a la especie humana, escasa sensibilidad a las molestias mecánicas y reaccio-

nales inmunizantes, poca predisposición a las enfermedades intercurrentes, venas yugulares a propósito para sangrías colosales y frecuentes sin inmediato peligro..... Es, por consiguiente, la especie zoológica de elección para los Institutos que se dedican a la confección biológica de sueros preventivos y curativos.

c) *¿Cómo se hiperinmunizan los caballos?* La inoculación pausada y progresiva de cultivos bacterianos o de toxinas, son los dos métodos empleados en la actualidad con objeto de lograr seguras hiperinmunizaciones.

Los cultivos bacterianos han de ser excesivamente virulentos y recientes; no importa mucho sean vivos o muertos, pues que el resultado será el mismo en ambos casos. Las primeras inoculaciones han de ser infinitesimales y aun quizá con atenuación de su poder patógeno por la acción de sustancias antisépticas (solución de Lugol, tricloruro de iodo,.....) o del calor. Siempre se debe esperar a que hayan desaparecido las reacciones locales o generales de una inyección para practicar la siguiente. Cuando soporte el animal cantidades enormes de cultivos, *sin reacción*, puede decirse que se ha conseguido la hiperinmunización. Los sueros antitóxicos se obtienen de idéntica manera, bien que substituyendo los cultivos vivos o muertos por toxinas preparadas merced al procedimiento de filtración, las más de las veces; las primeras inyecciones las practican algunos con adición de las antitoxinas correspondientes, a fin de atenuar un tanto los efectos.

Téngase en cuenta que la inmunización es sólo pasajera; no debe abandonarse un animal inmune y proceder exclusivamente a las sangrías. Las inyecciones vacunantes deben continuarse para sostener la inmunidad, que de no hacerlo así desaparecería con rapidez al mismo tiempo que las propiedades profilácticas del suero.

d) *¿Cuándo y de qué manera se recoge el suero?* Ya hemos dicho cuando puede considerarse a un animal suficientemente inmunizado, y por tanto, en condiciones de que se utilice su suero como agente profiláctico; en tanto los cultivos o toxinas, inoculados en cantidades crecidas, produzcan algún trastorno, debemos esperar por no ser completa la hiperinmunización.

La extracción de la sangre se hace asépticamente en la yugular, mediante una cánula unida a un tubo de goma, que termina a su vez en un frasco grande *ad hoc*. El suero se recoge posteriormente por decantación y se distribuye con toda clase de cuidados, a fin de que no se infecte—y previas algunas otras manipulaciones—en las ampolletas que han de contenerlo por modo definitivo.

e) *¿Debe determinarse la actividad inmunizante de los sueros?* La actividad inmunizante sérica es operación que no debe olvidarse nunca por los que se dedican a preparar, en grandes cantidades, los modernos agentes biológicos. Consideremos que los Institutos de obtención de vacunas y sueros se multiplican de día en día; que cada uno de ellos confecciona los productos ateniéndose a un procedimiento más o

menos original; que no siempre—por circunstancias sociales o nacionales—estaremos en condiciones de inyectar tal suero de tal o cual casa y país; y deduciremos lógicamente la importancia de esa *titulación* sérica, análoga a la química de los reactivos complejos y delicados. Conociendo con certeza el valor inmunizante de un suero preventivo, podremos determinar aproximadamente la intensidad y duración de una inmunización pasajera, dato de gran importancia lo mismo en las pequeñas epidemias familiares que en las grandes epidemias urbanas o nacionales.

Franceses y alemanes titulan sus sueros por procedimiento distinto; los primeros (Roux) experimentan la eficacia en lotes de conejillos de Indias, inmunes pasivamente e inoculados con diferentes dosis de vacunas viva o toxínica; los segundos (Behring, Ehrlich), hacen reaccionar *in vitro* la antitoxina y las toxinas vacunantes v. gr., hasta completa saturación y deducen de ello la cantidad de *unidades anti-tóxicas o inmunizantes* de que goza el suero manipulado. Las respectivas titulaciones deben propalarse por los Institutos Biológicos, ya en los folletos de propaganda, ya en las reglas de administración del agente que acompañan a todos los tubos de suero.

f) *¿Se administran indistintamente por cualquiera vía?* Desde el punto de vista preventivo, es muy recomendable como vía de administración la inyección hipodérmica, pues que con élla se absorbe el suero bastante rápidamente y sobreviene la inmunización en relativo corto espacio de tiempo. Claro está que la vía intravenosa es más ideal, mas téngase en cuenta que no está exenta de peligros y esas escasas ventajas que ocasiona no quedan compensadas por los percances a que puede dar lugar. Desde el punto de vista curativo, la inyección hipodérmica no es la más usada, pues que algunas enfermedades requieren *manipulación* por distinta vía, para que se obtengan buenos o regulares efectos: iny. intravenosa en la peste bubónica, iny. intrarraquídea en la meningitis meningocócica, iny. intracraneana en el tétanos..... El uso de la vía gástrica debe proscribirse en absoluto, porque se alteran las propiedades inmunizantes de los sueros al contacto de los fermentos digestivos.

La inyección acostumbra a ser única y con la dosis señalada por el Instituto que prepara el suero; no hay inconveniente en repetirla si se quiere asegurar bastante la inmunización.

g) *¿Causan accidentes las inyecciones de suero?* Aunque escasos no dejan de ser molestos y hasta graves los accidentes, anafilácticos o no, ocasionados por los sueros. Cuando la inyección es única apenas si se observan. Erupciones eritematosas en forma de urticaria, dolores articulares intensos, albuminuria,.... son los trastornos primordiales de la mal llamada enfermedad del suero.

Para evitar tamaños percances se han propuesto variados medios: inoculación

de sueros viejos pero activos, administración intermitente y duradera de una poción con cloruro cálcico, inyección previa pequeña de un suero específico de otro animal (*seroterapia analérgica de Arcoli*), adición al agente empleado de ácido clorhídrico en la proporción de un 3,3 por 100, utilización preventiva de la vía bucal (?), inyección prematura de una cantidad ínfima (centésima de centímetro cúbico para un conejillo de Indias) de suero específico (anti-anafilaxia)..... De todas esas profilaxias antiséricas propuestas, nos parecen buenas por haberlas comprobado en clínica, la administración gástrica del cloruro cálcico y la anti-anafilaxia de Besredka.

h) *¿Es recomendable la profilaxia anti-infecciosa sérica?* La inmunización pasiva tiene el inconveniente no pequeño de ser muy pasajera y la ventaja grande de no producir actos reaccionales en el organismo. Como medio preventivo de infecciones graves no inmunizantes debe tenerse muy en cuenta, pues que con rapidez extrema y sin peligro evita la exposición a un contagio no agradable; en este concepto deben utilizarse los sueros preventivos en las personas que cuidan y rodean a un diftérico, escarlatinoso, erisipelatoso..... Cuando la infección decline—si es que a ello llega—la inmunización pasiva, por eliminación de los anticuerpos específicos elaborados y prestados por el organismo de experimentación, ya no será un hecho. Al fin y a la postre habremos logrado lo uno sin lo otro y esto satisface a muchos individuos recelosos de la vacunación y sus consecuencias.

Ahora bien, considerar a este agente pasivo de inmunidad como medida preventiva suficiente en casos de epidemias graves por enfermedad inmunizante, es poco científico y muy ilógico. El que tal piensa no ha reparado con calma en el proceso de preparación de los sueros; si ellos se han obtenido a fuerza de vacunas y son *eficaces* profilácticamente, ¿no lo será también el suero sanguíneo del hombre inmunizado por modo activo y en la misma o análoga forma?

Los sueros antitóxicos se prefieren en la profilaxia de las enfermedades intoxicantes (toxemias) (difteria, tétanos.....), en tanto los bactericidas sólo se emplean con éxito en las septicemias (estreptococia, neumococia,.....)

IV.—INMUNIZACIÓN MIXTA (SUEROS Y VACUNAS). :::

a) *¿En qué consiste el método mixto de inmunización?* La temida faz negativa de Wrigth ha inducido a ensayar a algunos autores—en plena época de epidemia—un procedimiento tan complejo y seguro, como sencillo y de fácil realización. Consiste—considerado desde un punto de vista esencial—en inyectar el suero preventivo correspondiente a la infección epidémica y vacunar seguidamente contra la misma enfermedad, al individuo que se somete a esta práctica mixta; es decir, que

en tanto se inmuniza el organismo por modo activo gracias a la vacuna, lo que ocasiona un estado receptivo peligroso (?) de algunos días, el suero merced a los anticuerpos específicos que presta, preserva al inmunizable de un contagio temible y de un descalabro probable serio.

En las epidemias de peste bubónica de la India, lo ha ensayado Haffkine obteniendo laudables resultados.

b) *¿Se explica debidamente el mecanismo de inmunización desde el punto de vista teórico?* Esta nueva profilaxia permite la consecución de éxitos indiscutibles en las epidemias mortíferas en que se hace uso de ella, afirman aventajados médicos y biólogos. No dudamos de sus asertos—nos parecen leales—pero sí del valor inmunizante de ese ilógico método; en teoría es malo, detestable; en la práctica, no: hay disparidad inexplicable, ignota. En tanto no se modifique el concepto actual sobre inmunidad e inmunización, no comprenderemos el método mixto; si el suero se inyecta para evitar una contaminación morbosa—y la evita—por menor resistencia o receptividad ¿será posible que no neutralice una vacuna de bacterias vivas o de toxinas, en ínfima dosis, inoculada con el exclusivo fin de excitar las defensas orgánicas?

Debe proscribirse en teoría la inmunización mixta, pues que se reduce ni más ni menos a un hecho de inyección de suero preventivo; la vacuna no puede obrar porque el suero específico impide su acción saturándola de cadenas laterales o lo que fuere.

c) *¿Debe recomendarse su utilización, como aseguran muchos, en plena época de epidemia?* No tiene razón de ser la inmunización mixta, desde el momento en que se ha comprobado la no existencia de la faz negativa; las vacunas en épocas de epidemia cumplen su cometido sin peligro alguno y con grandes ventajas. Ya hemos visto que desde el punto de vista teórico, no es aceptable siquiera esta práctica profiláctica. De usarse, por temor infundado a esa pasajera receptividad, no debemos contentarnos con una única inoculación vacunal—completamente inútil—sino repetir las varias veces, hasta tanto tengamos completa seguridad de haber logrado buenos resultados.

Julio de 1916.



DE CLÍNICA UROLÓGICA

Uretritis por estreptococos simulando una blenorragia

Por el DR. SÁNCHEZ DE RIVERA

Académico C. de la Real de Medicina de Madrid. Del Hospital de San Carlos.

El capítulo de las uretritis no gonocócicas, va ensanchándose a medida que se van estudiando mejor los enfermos en Urología y el análisis microscópico y bacteriológico se practica con más frecuencia por los médicos dedicados al tratamiento de estas afecciones.

Pero por lo mismo que las uretritis de que nos ocupamos no son muy conocidas —pocos son los trabajos que recordamos haber leído sobre estos asuntos— queremos dedicar unas líneas a casos por nosotros recientemente observados.

Recomendado por un antiguo cliente, se presentó hace pocos días en nuestra clínica privada un señor con una tarjeta en la que con frase irónica venía el diagnóstico de la afección.

Merece transcribirse como un apunte para el estudio psicológico de estos enfermos (1)

Interrogamos al enfermo; hacía tres días que había tenido un coito sospechoso pasadas 48 horas del cual, comenzó a notar ligero escozor al orinar y salida de pus por el meato uretral.

En el reconocimiento local encontramos un fimosis muy pronunciado, que impedía llevar la piel del prepucio mas allá de algunos milímetros del meato. Los labios de éste rojizos algo edematosos y todo embadurnado por esa mezcla de pus y esmegma tan frecuente en los fimósicos con gonococia.

En el resto de los genitales y ganglios inguinales, nada anormal que hiciera pensar en cosas venéreas.

Según nuestra costumbre con todos los enfermos de estas afecciones, procedimos al examen microscópico del exudado uretral.

(1) Querido Doctor: tengo el gusto de presentarle y recomendar a sus cuidados, al Sr. X... que está aterrado ante la representación de la Tragedia «Los gonococos mandan» que ha comenzado *su primer acto*. Le he tranquilizado asegurándole que V. etc., etc.

Lavado del meato con una torunda impregnada en solución de sublimado; recogida con el asa de platino de una partícula del exudado obtenido por ligera expresión uretral, coloración, y al examinar al microscopio..... vimos esfumarse la *tragedia* a que aludía el cariñoso amigo.

En la preparación constituida por leucocitos y escasas células uretrales sólo se apreciaban *estreptococos*, algunos en cadenas perfectas y limpias, como si procedieran de un cultivo.

Así lo participamos al enfermo, convenciéndole para la operación del fimosis, que le pondría a cubierto de nuevas y análogas uretritis.

Pruebas diagnósticas y exámenes ulteriores, confirmaron la naturaleza estreptocócica de aquella infección (que por la fecha de su aparición y todos los síntomas podía haberse tomado por una blenorragia) que cedió a los lavados de oxicianuro, pero mucho más fácil y prontamente que suelen hacerlo las uretritis químicas de las que vamos a citar otro caso, como complemento de este esbozo de estudio de las uretritis no gonocócicas.

Un joven e ilustrado colega (farmacéutico) de los de *gonofobia*, al regresar a su laboratorio después de haber tenido relación sexual sospechosa, se propina una inyección de un medicamento cáustico. Uretrorragias que se repiten a cada micción y una uretritis tan enormemente dolorosa que tenía que ponerse inyecciones de cocaína a cada momento y el estado de ánimo que pueden VV, imaginarse, pensando que todo aquello eran los síntomas *agudísimos* de una gonococia.

Exámenes repetidos del exudado sanguinolento uretral, no acusaron ninguna especie bacteriana. Con lavados débiles y sin presión ninguna de oxicianuro y nitrato muy diluido al comienzo y después con astringentes más enérgicos (alumbre y zinc) para hacer desaparecer la hipersecreción glandular tan frecuente después de estas grandes irritaciones de la mucosa (por infección o medicamentosas como en el caso presente) terminamos la curación haciéndole dilataciones con las bujías (Ditel) para evitarle estrecheces consecutivas.

Estos casos de uretritis químicas, lo mismo que los producidos por traumatismos de los que también hemos tratado algunos (por atascos de cálculos, por masturbación con horquillas y lápices etc. en el canal uretral) son más frecuentes que el anterior objeto de estas líneas.

Las consideraciones que nos sugiere y la etiología asignable a esa uretritis estreptocócica son las siguientes:

O el enfermo tuvo relación sexual con mujer afecta de erisipela genital o proceso útero-vaginal estreptocócico, o lo que es más sencillo y probable, las bacterias que anidan en las vaginas de mujeres de este género de vida, encontraron terreno abonado para su cultivo en el esmegma que se acumula en el prepucio de este en-

fermo. La falta de limpieza (muy difícil en los fimósicos) y la mucosa prepucial aportando la secreción al orificio mismo del meato, hicieron lo demás.

Y que es admisible esta hipótesis lo prueba el mecanismo de esas uretritis que tan frecuentemente observamos en los niños.

La fimosis congénita da lugar al acúmulo de secreciones en el glande, por irritación de la orina; viene cosquilleo primero, verdaderas molestias después, que les obligan a encoger las piernecillas al orinar, llanto a veces, interrupción del chorro por el escozor que les produce la orina en el meato inflamado etc. Pensando en la existencia de un cálculo las madres los llevan al médico. Y si este no les observa con detenimiento y se deja sugestionar por el cuadro sintomático que le describen—análogo al de la calculosis—e introduce la sonda exploradora, queda constituida la uretrocistitis, que secundariamente puede ser entonces la causa productora del cálculo, si el niño es pequeño y tiene alguna concreción úrica en la vejiga, que pueda servir de núcleo a las sales de la orina alteradas por la cistitis.

Algún día nos ocuparemos de estas clases de cálculos, que podríamos calificar de *calculosis por imprevisión*.

La necesidad de reconocer lo más minuciosamente a los enfermos, no descuidando nunca la investigación microscópica por claros y típicos que los síntomas clínicos parezcan, y el aconsejar la circuncisión—operación sencillísima siempre y hoy absolutamente inocua con los medios asépticos—en todos los niños y adultos en que veamos el menor grado de fimosis.

Madrid-Febrero-1917.



HORQUILLA TOLERADA EN LA VEJIGA URINARIA DURANTE DIEZ Y SEIS AÑOS

Por el DR. EMILIO MESEGUER PARDO

Del Hospital Provincial de Murcia.

El caso que voy a presentaros es curioso solamente por su duración.

Sólo por su duración, pues ya se sabe cuán frecuentes son los cuerpos extraños introducidos en las diversas cavidades y en la uretra desde donde más tarde pasan a la vejiga.

La mayoría de los cuerpos extraños introducidos en el aparato urogenital son introducidos las más de las veces con fines lúbricos pues los restos de sonda y otros aparatos médicos son por fortuna muy raros. No he de hablar aquí tampoco de las balas y cuerpos introducidos traumáticamente.

En la historia presente se trata de una horquilla, introducida por una niña en la uretra de donde pasó a la vejiga.

He aquí la historia: El día 29 de Julio de este año, estando yo de guardia en el Hospital de San Juan de Dios me llamaron para que viese y recetara a una enferma que estaba con un *calenturón* en una sala de Medicina.

Una vez en su presencia me encontré con una mujer joven, demacrada, de color cetrino y cara de ansiedad; presa de temblores, al interrogarle me manifestó con palabra poco firme y entrecortada que se llama Justa Reverte Pérez de 23 años, casada y natural de Lorca. Que no ha padecido enfermedad ninguna a excepción de que, cuando siendo niña y la vacunaron, estuvo bastante tiempo con fiebres.

No hay nada de particular en lo que se refiere a antecedentes familiares.

Cuando tenía 7 años estando jugando con otras niñas se introdujo una horquilla de las corrientes, pero *corta*, por el caño de la orina (meato) no pudiendo sacársela. No dijo nada por no sentir grandes molestias más que los primeros días, cuando orinaba; pero aquello pasó y si bien no ha dejado nunca de acordarse, a nadie le refirió el caso.

Fué mujer a los 16 años; casándose a los 21, sin que los cambios sufridos en su aparato genital, produjeran trastorno alguno; y se hizo embarazada, sin sentir otras molestias que el miedo a la horquilla que su estado le producía; parió normalmente y tampoco este acto produjo accidente alguno. El puerperio fué normal, lo mismo que la lactancia.

Refiere que hace unos meses no podía orinar en la posición en que normalmente lo hacen las mujeres (en cucullas) teniendo que sentarse o hacerlo incorporada y hace unos días no pudo efectuar la micción, sintiendo grandes dolores en el bajo vientre, frío intenso y fiebre alta, durando este estado cuatro días, viéndose obligada a llamar al médico, el cual a juzgar por lo que la enferma dice, debió pensar que se trataba de un estado gastro-intestinal infeccioso.

Empezó a orinar en pequeñas cantidades, con gran tenesmo y los sufrimientos inherentes a la infección vesical.

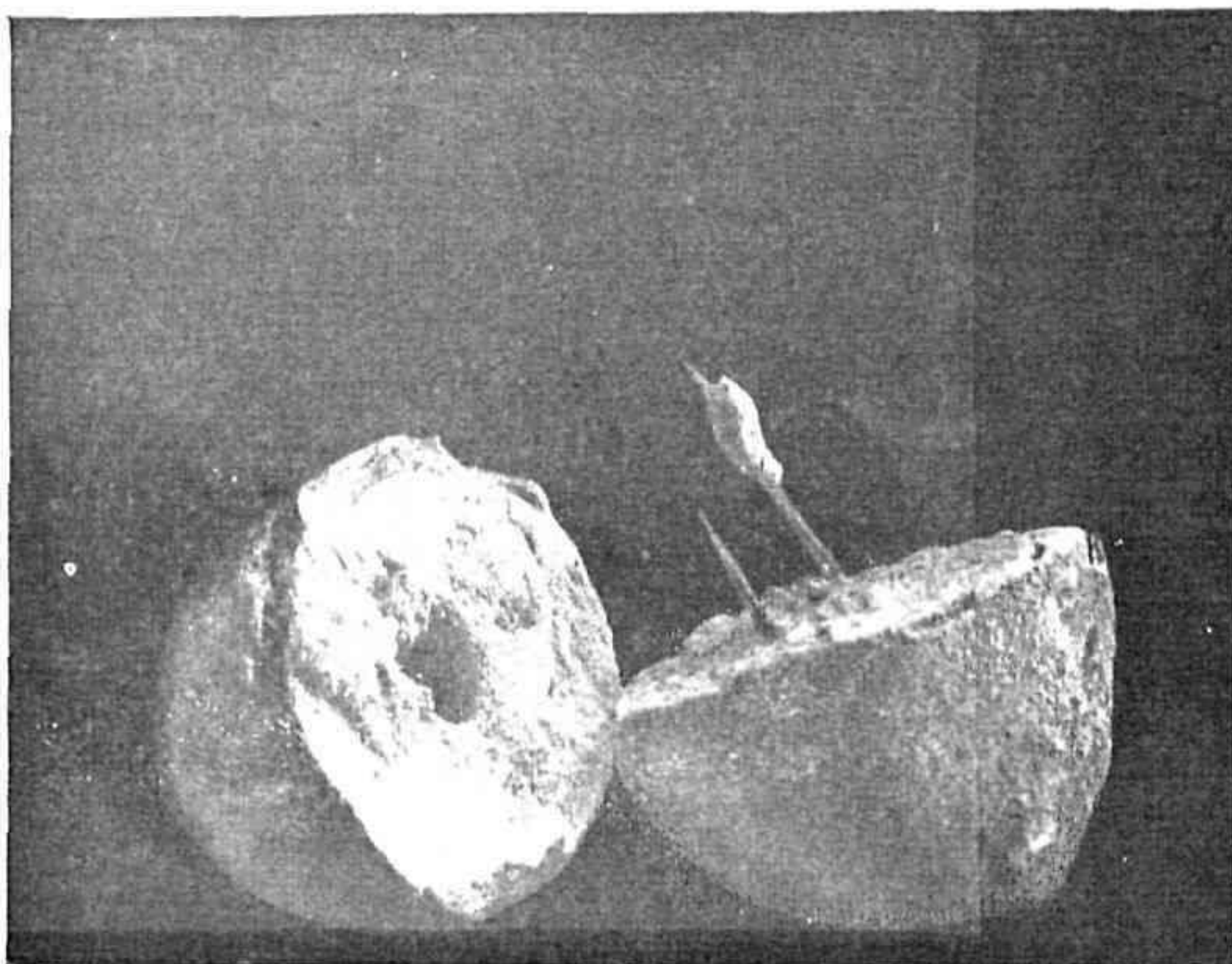
Aquello iba de mal en peor, las fiebres se sucedían siempre precedidas de violentos escalofríos y los sufrimientos aumentaban de día en día, hasta que viéndose morir (después de sacramentarla) dijo a sus padres, lo de la horquilla y ante esta manifestación, decidieron traerla a este Hospital, donde ingresó el 27 de Julio en una Sala de Cirugía donde no creyeron lo de la horquilla y diagnosticaron a la enferma de fiebre tifoidea (!!) pasándola a la sala de Medicina para su tratamiento.

Estado actual.—Después de este interrogatorio pasé a la exploración, encontrando la lengua seca y roja, respiración anhelosa, pulso de 124 por minuto y fiebre de 40.° Aunque su estado era de semi-inconciencia no atribuí a delirio sus manifestaciones, entre otras razones porque el olor urinoso que se percibía y el estado de su boca, en relación con los accesos febriles me hicieron pensar en una intoxicación urinosa y procedí a hacer diagnóstico diferencial con la fiebre tifoidea, toda vez que de esto estaba diagnosticada.

Fuíme en busca del bazo y después del hígado y encontrando a estos órganos normales así como la fosa ilíaca derecha y teniendo presente la forma y marcha de la fiebre, deseché el diagnóstico que tenía hecho la enferma y dirijí mis pesquisas al aparato urinario, encontrándome, con que a invitación mía orinó la enferma, con grandes sufrimientos, una pequeña cantidad de orina, turbia y fuertemente amoniacal, el hipogastrio doloroso por encima del pubis, encontrándome por tacto vaginal la vejiga distendida por la orina a pesar de que terminaba de evacuarla y en vista de esto practiqué el cateterismo con sonda metálica descubriendo un cálculo vesical.

El diagnóstico estaba hecho, cálculo vesical con infección de vejiga; y cálculo que debía de ser grande teniendo en cuenta que lo que había servido de núcleo era una horquilla y que hacía 16 años que empezó su formación.

Ante este diagnóstico cierto, la indicación era clara y terminante, librar a la paciente de su cálculo y desinfectar la vejiga; pero si la indicación era clara, no lo era tanto a mi vez el modo de realizarla pues tanto la talla vaginal, como la suprapubiana tenía sus inconvenientes; el gran tamaño de la piedra así como la posibilidad de su enclavamiento contraíndicaba la vaginal y la falta de capacidad vesical era para mí, que sólo dos cistotomías llevaba hechas, una dificultad técnica, pero con todo



Horquilla tolerada en la vejiga urinaria durante diez y seis años.

(DR. EMILIO MESEGUER PARDO)

me decidí por esta vía y sin pérdida de tiempo mandé preparar lo necesario para esta intervención, que llevé a cabo de un modo reglado y clásico, por lo que no paso a describir la operación, extrayéndole un cálculo liso, ovoideo, constituido por fosfatos y con un peso de 42 gramos.

El período post-operatorio fué magnífico en los dos primeros días pues el segundo día estaba apirética (al operarla tenía 40°5); pero al tercer día cuando iba a lavarle la vejiga me la encontré sentada en la cama peinándose, que había sacado la sonda y los tubos de Guyon Perier, justificando esta enormidad porque decía que no había orinado desde que se operó (la orina que salía por la sonda era muy poco purulenta en este período); hubo necesidad de volver a poner los tubos y la sonda; esto hecho, en una herida que había estado ocho horas en contacto con la orina que salía y las manos de la enferma, motivó un ascenso térmico y que se volvieran las orinas muy purulentas, pero fácilmente se combatió esta infección con unos sellos de urotropina, y lavados con permanganato potásico al 1 por 4000 y una vez al día con nitrato de plata al 1 por 1000.

A los 6 días de operada se le quitó el tubo de Guyon quedándose con sonda permanente y a los 15 días estaba completamente curada habiendo sido dada de alta a los 20 días de la operación.

Volviendo al cálculo diré que quedé extrañado, pues creía que sería alargado, correspondiendo al núcleo formador, mas para convencerme de la realidad de la horquilla, partí con una sierra el cálculo, encontrándome conque en efecto el núcleo era la horquilla.

Todo esto pudo diagnosticarse con rayos X, pero no funcionaba.

Como se ve por esta historia puede la vejiga ser portadora de células y cuerpos extraños voluminosos, que son tolerados sin dar síntomas, hasta que se produce la infección que en este caso a mi entender fué motivada por la retención de orina, que al descomponerse en el interior de la vejiga exacerbó los síntomas y hubiera terminado por una uretero-pielitis ascendente y con la vida de la enferma a no haber extraído el cálculo.

Esta es la historia que no tiene de notable más que los 16 años que la horquilla estuvo dentro de la vejiga, contemplando silenciosamente, todo el cambio y transformación de un cuerpo infantil hasta convertirse en madre.

31-Agosto-1917.



PRENSA PROFESIONAL

Segovia Médica
(Núm. 66.--Septiembre 1917)

SOBRE LA HEMOPTISIS

POR EL DR. VERDES MONTENEGRO

Tema vulgar, pero siempre interesante. Precisa fijar la atención de los médicos de partido sobre algunos hechos; por eso elijo este asunto de preferencia a otros más lucidos y sugestivos.

En la juventud la causa más frecuente de hemoptisis es la tuberculosis pulmonar; después vienen la estrechez mitral y los quistes hidatídicos, pero la primera prepondera de tal suerte que en la práctica profesional no se comete un grave error atribuyendo a la tuberculosis toda hemoptisis que ocurra antes de los 35 años, *aun aquellas que sobrevienen por traumatismos torácicos.*

Ante una hemoptisis inesperada, el médico debe pensar lo primero, que se halla en presencia de un tuberculoso y disponerle el plan adecuado. Después, con calma podrá auscultarle detenidamente el corazón para averiguar si tiene una lesión valvular y hacer las exploraciones y hasta los trabajos de laboratorio conducentes a fijar el diagnóstico de quiste. No pierde nada el enfermo en que, entre tanto, se le considere tuberculoso y este diagnóstico resultará firme en la inmensa mayoría de los casos.

Sucede a veces que los médicos pasada la hemoptisis, no encuentran al reconocer al enfermo nada de particular y entonces se tranquilizan pensando que se ha tratado de una congestión pasajera, de un vaso roto en la garganta, o atribuyendo lo ocurrido a cualquier otra causa tan banal como las anteriores. Ninguna de estas explicaciones vagas debe satisfacer a un médico celoso del bien de sus enfermos. Cuando pasada una hemoptisis no se encuentra nada, *es que no se ha buscado*

bien, y hay que seguir buscando: Allí existe una lesión casi seguramente tuberculosa, y el médico que se adormezca con explicaciones banales despertará de su error seis u ocho meses más tarde, o al año siguiente cuando el enfermo tenga un nuevo ataque o se le presente con fiebre, demacración, sudores, con manifestaciones graves de una tuberculosis ya probablemente incurable.

Esto indica que con tratar la hemoptisis no se ha hecho en rigor nada por el enfermo: el problema viene después; la hemoptisis no es una enfermedad, es un síntoma y dominado éste empieza el verdadero tratamiento de la afección que lo motiva. Algunas veces he oído decir a los enfermos: tuve hace dos años una hemoptisis, *pero se me pasó*. Naturalmente; si no se le hubiese pasado, habría muerto de hemorragia. Pero *al pasarse* la hemoptisis, no se pasó la enfermedad, la cual continuó su curso. Se ha de advertir a los enfermos que abandonarse cuando el síntoma ha sido vencido, darse por curados, es por lo tanto una cosa que no pueden ni deben hacer, porque con ello decretan su muerte para un plazo más o menos lejano.

Ahora bien: ¿qué hacer para combatir una hemoptisis? A pesar de la extensa literatura que acerca del particular existe, lo verdaderamente útil se puede decir en muy pocas palabras. Es fundamental reducir al mínimun las oscilaciones de la presión arterial y para ello el enfermo debe estar en cama, completamente quieto, como dormido, sin leer, hablar ni hacer ningún movimiento. Esta medida, absolutamente rigurosa durante las primeras 24 o 36 horas, se va atenuando poco a poco a medida que va transcurriendo el tiempo. De todos modos no debe levantarse de la cama hasta seis ú ocho días después de no haber vuelto a echar sangre en los esputos.

Como el calor y el frío alteran la presión sanguínea, debe rechazarse el empleo del hielo al exterior y al interior; el enfermo tomará *todos los alimentos tibios*. Los dos primeros días *se le alimentará*, para que él haga los menores movimientos posibles; después puede alimentarse él mismo, con el mayor cuidado; y durante cuatro o cinco días se excluirán los líquidos de su régimen alimenticio. *Es un error poner a leche a estos enfermos*. La absorción de más o menos grandes cantidades de leche, eleva la presión arterial y favorece la repetición de las hemoptisis.

El enfermo puede tomar purés espesos, huevos pasados por agua, gelatina, coque, pescados blancos, carnes blancas, frutas cocidas, cosas, en fin, de fácil digestión, tibias y con escasa cantidad de líquidos. La fiebre que algunas veces acompaña a la hemoptisis tampoco obliga al régimen lácteo y a pesar de la fiebre debe ser sometido el enfermo a la alimentación que hemos indicado.

He aquí lo fundamental: quietud absoluta, alimentación tibia, de cosas fáciles de digerir y pocos líquidos. Todo lo demás es discutible; esto no lo es; todo lo demás puede variarse según las preferencias individuales; esto debe ser reconocido y practicado por todos.

Después de esto ¿qué se debe hacer? Recorra cada cual a los medicamentos que prefiera: yo en general empleo el cloruro de calcio, a veces la emetina y si la hemoptisis es muy pertinaz, las inyecciones de gelatina o de suero (suero equino normal, suero de conejo, a falta de otra cosa en la práctica rural, suero antidiftérico, habida cuenta del peligro de la anafilaxia.) No he de discutir estas preferencias, ni las que otros muestren, nacidas como supongo todas de la experiencia individual, de una variedad infinita.

Solamente indicaré lo que no debe hacerse y de esto refiriéndome a lo más grave que es lo que más importa evitar, señalaré tan sólo el régimen llamado descongestionante porque todavía goza de cierto crédito. En el tratamiento de la hemoptisis nada de revulsión inmediata ni lejana: nada de botones de fuego; nada de purgantes. Si el enfermo tiene estreñimiento, irrigaciones de agua templada.

En punto a derivación no conozco sino un caso en que me parezca indicado, como preventivo. A las mujeres que tienen hemoptisis coincidiendo con el período (prácticamente estas hemoptisis son siempre tuberculosas), las recomiendo que todos los meses, desde tres o cuatro días antes de la menstruación, hasta otros tantos días después, tomen baños de pies calientes al acostarse (sin mostaza ni ningún otro ingrediente). Con este régimen muchachas que venían sufriendo hemoptisis todos los meses, han dejado de tenerlas.



Un caso de fístula urinaria congénita del ombligo

Por el DR. AURELIO M. ARQUELLADA

Cirujano del Hospital del Niño Jesús

El día 28 de Mayo de 1917, ingresó en mi servicio de Cirugía del Hospital del Niño Jesús, un niño de seis años, natural de un pueblo de la provincia de Madrid.

Cuenta el padre del enfermo que notaron en el niño que tardó mucho tiempo en curarse por completo la cicatriz umbilical, que siempre observaron que a través de esta cicatriz salía un líquido claro y de olor de orina y que el médico de la localidad después de hacerle algunas cauterizaciones con nitrato de plata en distintas épocas sin obtener resultado alguno, les aconsejó la intervención quirúrgica.

En la exploración nos encontramos con un niño perfectamente constituido, que tenía en la región umbilical una depresión con un orificio en el centro por el que salía un líquido de color de orina, saliendo mayor cantidad de líquido cuando el niño hacía esfuerzos para la micción.

Recogido líquido del que salía por la fístula y del expulsado por la uretra y remitidos al laboratorio del Dr. Escudé, en el análisis que hizo los encontró de composición análoga.

Queriéndonos cerciorar de la comunicación de la fístula con la vejiga, introdujimos por la fístula una sonda de Nélaton del número 8 y a través de ellas unas gotas de una disolución de azul de metileno al uno por ciento, con lo que vimos que la orina salía teñida de color verde azulado.

Con estos hechos no dudamos en hacer el diagnóstico con que encabezamos esta nota clínica y el día 31 de Mayo procedimos a la operación, para la cual, y previa la anestesia general con cloroformo y la asepsia de la región, introdujimos por la abertura de la fístula una sonda de Nélaton y entonces, y partiendo de la fístula hicimos en la línea media una incisión de unos ocho centímetros que por la parte superior rodeaba la fístula y el tejido cicatrizado. Profundizamos la incisión hasta llegar al trayecto fistuloso y entonces, de arriba abajo fuimos disecándola hasta llegar

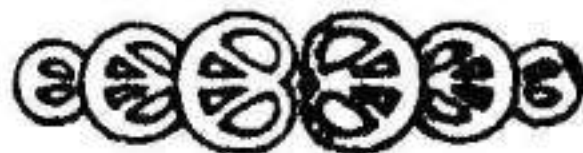
al vértice de la vejiga, procurando no incindir el peritoneo. En este punto pusimos una ligadura, estirpamos toda la fistula, dimos con catgut unos puntos a lo Sembert por encima de la ligadura y suturamos los planos musculares y la piel.

El curso post-operatorio fué normal dándosele de alta curado el día 14 de Junio.

La pieza anatómica fué remitida al laboratorio para hacer de ella un análisis histológico completo.

* * *

La explicación de la formación de este vicio de desarrollo es por la permeabilidad anormal del uraco, pues sabido es que la vesícula alantoides se adelgaza, siendo una prolongación de la porción de la misma vesícula que está en el interior de la cavidad abdominal y que más tarde formará la vejiga urinaria; pues bien, normalmente hacia la mitad del embarazo, el uraco se oblitera y cuando por una causa, que variará en cada caso, como ocurre en las demás deformidades congénitas y que la mayor parte de las veces es desconocida, esta obliteración no tiene efecto y entonces se produce la variedad de *fístulas urinarias permeables* que es a la que pertenece nuestro caso, y en otras ocasiones la obliteración es temporal (casos de Petit, Méry) y entonces pasando algún tiempo de la vida, años en la mayoría de los casos, se establece la salida anormal de la orina, recibiendo esta variedad el nombre de *fístulas urinarias obliteradas*.



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Sociedad Oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL DÍA 19 DE ABRIL DE 1917

Pterigion: su etiología y patogenia

DR. FERNÁNDEZ DE LA CRUZ.—Hasta el presente nadie ha explicado satisfactoriamente cuál es la causa y cuál es la patogenia del pterigion a pesar de todas las teorías. Hay unanimidad al afirmar que es enfermedad que ataca preferentemente, por no decir de manera exclusiva a las gentes que trabajan por mucho tiempo bajo la influencia de la luz solar viva, como ocurre en los climas calientes y de mucha luminosidad.

En esto parece haber acuerdo, pero nadie pasa de aquí, por lo que con la luz se relaciona; no escudriñan más sobre la influencia cierta de este factor. Arlt y Wecker creen se trata de una enfermedad producida por úlceras preexistentes de la córnea, que en su lento proceso de reparación y cura atraen sobre sí a la conjuntiva inmediata. Esta opinión no es admisible, porque las úlceras de la córnea no son patrimonio exclusivo de las gentes más expuestas a padecer de pterigion, y aun admitiendo la posibilidad de que lo fueran, los niños y la extrema ancianidad serían más castigados que las demás edades, por el pterigion; resultando todo lo contrario, no obstante ser en esta época de la vida cuando más se sufre de procesos ulcerosos corneales; y son edades en las cuales no se conoce el pterigion. Fuchs con toda su autoridad niega la hipótesis de Arlt y Wecker y asegura que la causa y génesis hay que buscarla en las lesiones degenerativas de la pinguécula y del limbo corneal, pues dice que después de haber examinado muchos casos de pterigion en el vivo y en más de 50 cadáveres puede afirmar que nunca encontró las úlceras citadas por Arlt y Wecker. A la opinión de Fuchs pueden oponerse razones y hechos de bastante consistencia.

Las lesiones degenerativas del limbo corneal, a que alude dicho autor, pueden reducirse al gerontoxon, que el mismo cita por ser la más frecuente y casi la única, y si bien se mira pues así nos lo viene demostrando la observación: se presenta en el meridiano horizontal sólo cuando es completo, porque siempre hace su aparición arriba o abajo, o en los dos sitios a la vez, es decir, en el meridiano vertical, lo contrario precisamente al pterigion. Por lo demás la pinguécula rara vez se la verá acompañando al pterigion.

Panas asegura que el pterigion verdadero, es espontáneo, no se presenta sino en el meridiano horizontal, es decir, en el que está expuesto a la acción de los agentes externos, y considera a todas las demás como falsas ocasionadas por traumatismos, úlceras, quemaduras, etc.

Como puede comprenderse fácilmente, la opinión de Panas difiere mucho ya de los demás pues establece una distinción que de manera indudable, aunque implícitamente, asigne importancia grande a los agentes externos en la producción del pterigion, pero ciertamente, no los nombra, por lo menos de la acción de la luz, no se ocupa, a pesar de colocar al pterigion en el único meridiano influenciado por tan importante agente.

Yo tomo el problema tal cual lo deja Panas, y de sus afirmaciones parto para dar validez a mis juicios personales.

Pero antes de seguir, hagamos un deslinde, una separación formal de las dos variedades principales de pteriones, verdaderos o espontáneos y falsos. Desde luego quedan descontados, como falsos, conforme con la opinión de Panas, todos aquellos que se desarrollan fuera del meridiano horizontal, que tienen formas varias, irregulares, y que siempre son consecuencia de lesiones preexistentes. Nos concretaremos a los del meridiano horizontal, a los que Panas engloba con el apelativo de espontáneos o verdaderos. Si nos fijamos en las distintas formas y circunstancias que acompañan a estos, sin ser un observador muy sagaz veremos que se les puede dividir en dos sub-grupos: 1.º El formado por todos aquellos que nunca llegan al centro de la córnea, que son más membranosos, más irregulares, como truncados, y bajo los cuales frecuentemente encontrábamos la córnea más o menos opacificada. A estos yo los llamaré falsos estacionarios, sintomáticos, favorecidos por lesiones precedentes o concomitantes.

2.º Aquellos otros que ofrecen siempre forma de triángulo; que llegan hasta el centro de la córnea que nunca traspasan, y que generalmente asientan sobre una córnea sana y transparente.

Comprobados estos dos grupos tan diferentes, creo que se está en el caso de asimilar los primeros a los considerados por Panas como falsos, y llamarlos a todos falsos, estacionarios, sintomáticos, etc.

La agrupación de más interés es la de los que no se estacionan hasta haber alcanzado el centro de la córnea, donde suelen expandirse un poco, como para limitar mejor la entrada de la luz ¿Qué significa esto? ¿Porqué esta variedad crece sin perder su forma triangular hasta el mismo centro de la córnea, donde se expande ligeramente que pasa de allí, propendiendo después, a hacerse membranoso? Esta es la pregunta que yo me hice la vez primera que paré mi atención en el hecho. Yo respondo a mi curiosidad de la siguiente manera: El pterigion lo padecen los que viven bajo la influencia de una intensa luminosidad, los campesinos, los hombres de mar, etc. Sabemos que los rayos químicos del espectro lumínico son en alto grado nocivos para el ojo humano; esto lo saben prácticamente los que trabajan con los rayos violeta y ultra-violeta; nos lo dicen también los experimentadores que han conseguido usando dichos rayos producir lesiones importantes y hasta la ceguera en los animales; el pterigion debe ser pues, un proceso defensivo del organismo que entre dos rivales, sustituye el mayor con otro menor, de lo que tenemos tantos ejemplos en Medicina.

¿No es un proceso defensivo, que en ocasiones hasta mata, la hiperproducción de tejido conjuntivo en las tuberculosis peritoneales llamadas fibrosas? De la misma manera, cuando si se sube a una altura considerable sobre el nivel del mar, como les ocurre a los alpinistas, ¿no se produce una hiperglobulia compensadora del enrarecimiento del aire?

Así por el estilo tenemos otros muchos procesos semejantes que nos acreditan de cuanto es capaz la energía vital en lucha con las causas morbosas. Sintetizando. Mientras no se pueda demostrar lo contrario, hay que considerar a los rayos violetas y ultra-violetas como a los únicos y verdaderos causantes del pterigion, de todos los desarrollados detrás de la abertura palpebral, pues los restantes responden como ya hemos dicho y aserta el mismo Panas, a quemaduras, traumatismos y algún otro proceso agudo de la córnea.

Mirando las cosas desde este punto de vista procede el uso de cristales absorbentes de dichos rayos, iniciado que sea el mal y en aquellas personas muy sensibles a la acción de la luz; cristales amarillos, de Tienzol y grises.

DR. CERDÁ Y CERDÁ.—Algunas veces el vértice del pterigion no se detiene en el centro de la córnea, sino que avanza más como lo demuestra el caso siguiente en el que tuve que intervenir; era un enfermo que tenía dos pterigiones—externo e interno en cada ojo, el interno llegaba hasta el tercio externo de la córnea, dificultando la visión de tal modo, que este enfermo cuando se presentó en la consulta, tenía que ser conducido, pues no percibía nada más que la claridad con dificultad, la disección la empecé por la parte interna y al llegar al limbo esclero-corneal, con sólo tirar del pterigion con la pinza, se desprendió con suma facilidad, de su adherencia con la

córnea. Otro caso en que tuve que intervenir; era una enferma que tenía un pterigion interno en el ojo derecho; se extirpó dos veces, seguidas de recidiva, después se hicieron aplicaciones de sodio, sin resultado, creciendo de día en día, hasta convertirse en un sarcoma de globo ocular que engloba párpados y mejilla, sobresaliendo por fuera de la cavidad orbitaria, teniendo un tamaño como de una manzana.

DR. CASTRESANA.—Los histólogos no están de acuerdo sobre cual es el punto de donde procede primitivamente el pterigion. Hay quien supone que nace en el borde de la córnea, a consecuencia de pústulas periqueráticas con lesión destructiva, pero como estas lesiones corneanas no se comprueban y además como en la infancia donde son tan frecuentes las lesiones del limbo corneal, no se presenta el pterigion, esta teoría no es muy aceptable. Suponen otros como Fuchs, que tiene su punto inicial en la pinguécula de donde el proceso avanza hacia la córnea, adherido a la conjuntiva, apareciendo más tarde la vascularización en forma triangular pero la oscuridad que reina a propósito de la naturaleza de la pinguécula no permite dar gran importancia a la relación que puede tener ésta con el pterigion. Sachs alber cree que la pinguécula y el pterigion son dos procesos que tienen su origen en frotamientos repetidos sobre el globo ocular por los pelos finísimos del pliegue semilunar, pero Sachs alber no puede explicarnos por este mecanismo porque se presenta el pterigion en la región temporal.

La teoría de Porcet que admite como causa de pterigion gérmenes parasitarios, hasta la fecha no se ha comprobado.

Heineken en 1874 pudo observar gran número de casos de pterigion en la isla de Madera, siendo los marinos los más frecuentes atacados. La influencia que admite Laurence de los países cálidos en el desarrollo del pterigion, no puede negarse por ser en estos países mucho más frecuente el pterigion, como asimismo la ejercen también las profesiones, los yeseros, los picapedreros, los campeones y en general todos los que hacen sus trabajos en atmósferas pulverulentas padecen con más frecuencia el pterigion. La relación que Morax quiere establecer al producir la conjuntivitis crónica el pterigion por su diplo-bacilo no está tampoco demostrada.

El Dr. Fernández de la Cruz presenta esta tarde a nuestra consideración otra teoría patogenética del pterigion en la que supone es producido por una acción fotoquímica de la luz, viniendo a ser el pterigion, una especie de defensa del órgano ocular, contra la acción física de la luz intensa. Esta teoría me parece sumamente ingeniosa y digna de tenerse muy en cuenta, puesto que el pterigion es más frecuente en los individuos que practican sus trabajos durante el día, bajo la acción de los rayos solares.

Sin embargo, esta explicación no puede admitirse para aquellos obreros, que trabajan en las fábricas de hilados, alambres, clavos, papel y otras materias fabriles,

que se producen en locales cerrados con escasa luz y en cuyos obreros se presenta el pterigion como he tenido ocasión de observar en algunos. Esto no obstante, repito que la teoría merece plácemes y debemos examinar muy atentamente los enfermos que se nos presentan a nuestra observación para formar juicio exacto de esta nueva patogenia del pterigion, que presenta a nuestra consideración tan distinguido colega.



Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña

SESIÓN DEL DÍA 11 OCTUBRE DE 1916

Sarcoma del cerebelo al año de la intervención.

DR. RAVENTÓS—Es el primer caso que se presenta de intervención en el cerebelo con sobrevida. La exploración detenida permitió el diagnóstico preciso de localización de las lesiones.

La sintomatología que presentaba antes de la intervención resumida es la siguiente: hemiparesia izquierda, marcha cerebelosa, hemiparesia de la lengua, hiperestesia con anestesia al tacto, hemisordera, papilitis atrófica con congestión venosa.

Diagnóstico: Cuerpo extraño intracraneano con localización cerebelosa.

Wassermann negativa, ausencia de temperaturas, crecimiento continuo.

Tratamiento yodurado sin ningún efecto.

Intervención en dos tiempos. En el primero, anestesia general y trazado del colgajo ósteo-cutáneo amplio en forma de U invertida. Se emplea el escoplo por resultar el instrumento más conservador y más obediente. Con la intervención en dos tiempos se evita la molestia de la hemorragia y se limita el gasto orgánico del enfermo. Dejóse taponamiento con gasa. A los nueve días había cicatrizado.

Quince días más tarde procedióse al segundo tiempo. Anestesia local. Descubrióse un trozo de gasa que había permanecido después de retirado el antiguo taponamiento, lo que debe prevenir contra su uso.

En la cara inferior del cerebelo, bajo el lóbulo medio tumoración enclavada y profundizando 3 cm.: era circunscrito. Eucleacion.

Examen histológico: Sarcoma.

Después de la intervención pérdida constante de líquido céfalo-raquídeo que cesa con la cicatrización. Sin taponamiento.

Desaparecieron los fenómenos de compresión.

Al cabo de un año: marcha cerebelosa, nistágmus lateral, sin vértigos, hemiparesia izquierda. Cefaleas disminuidas. Curación de la papila con estigmas atróficos.

No se ha verificado la consolidación de la escama ósea. Existe una hernia de líquido céfalo-raquídeo. Esto constituye una ventaja por facilitar el acceso en caso de ser necesaria una reintervención por recidiva, siendo una válvula de seguridad para la compresión en tal caso.

El Dr. Suñé y Medán hizo notar, que como ya había expuesto a propósito de un caso propio, la temperatura puede faltar aun en caso de absceso, si bien el presente carecía de antecedentes auditivos.

El Dr. Falgar ratificó las ventajas del colgajo amplio del uso del escoplo como instrumento preferente y la inutilidad del taponamiento ya que la sangre al coagularse tapona mejor que la gasa.

El Dr. J. Soler y Dopf. Convino en lo perjudicial del taponamiento citando un caso en que la evacuación de la serosidad retenida por el mismo produjo la desaparición inmediata de los síntomas alarmantes que había provocado.

La falta de consolidación del colgajo es mejor un peligro que una ventaja porque si bien ha de facilitar una segunda intervención, también ocultará la presentación de los síntomas compresivos que revelarían a tiempo la reproducción neoplásica.

Rectifica el Dr. Raventós recordando la dificultad que representa la curvatura de los huesos del cráneo para la fácil basculación del colgajo. Este hecho desmiente la posibilidad de ciertas plastias preconizadas a base de la inversión de segmentos óseos.

En caso de reproducción neoplásica en el presente enfermo vendrán nuevos síntomas locales, pudiéndose entonces intervenir sobre un punto determinado.

SESIÓN DEL DÍA 18 DE OCTUBRE DE 1916

Extirpación total de la laringe por cáncer

DR. ESTAPÉ.—El enfermo de 45 años. hacía 10 meses que tenía modificación en la voz, ronquera; 4 o 5 meses después, disfagia. Saliveo. Esputos sanguinolentos.

El Dr. Massip le diagnosticó en el Dispensario del H. de Sta. Cruz, de cáncer de las bandas ventriculares, ventrículo y epiglotis. A los 20 días fué precisa la traqueotomía por acentuada dificultad respiratoria. Ingresado en mi servicio presentaba la laringe gruesa, movable, endurecida y sin ganglios. Glotis casi imperceptible. Quince días después de traqueotomizado se procedió a la extirpación.

Anestesia local con novocaína al medio por ciento. Adicionada de suprarenina. Extirpación por el procedimiento de Cluc.

Sutura continua del esófago y faringe incindidos acundado cada 3 puntos.

Aproximación de los músculos externo-deido-moideo y externo-tiroideo, conservados con puntos de seda fina. Dos puntos profundos pasando por debajo de los músculos y sujetos con fiadores. La unión de la piel con garrafinas.

Abocamiento traqueal al exterior valiéndose de la antigua traqueo-tomía. Taponamiento en el ángulo superior de la sutura para prevenir la posibilidad de que ocurriera algún líquido procedente de una posible fístula esofágica produciendo una neumonía. A los 15 días curación.

SESIÓN DEL DÍA 25 DE OCTUBRE DE 1916

Un caso de estómago radiológico en el cadáver de un adulto.

DR. TORRES CARRERAS.—El empleo del bismuto en el examen radiológico del estómago ha revolucionado el antiguo concepto que se tenía de la forma y discusión del mismo, ya que en las investigaciones cadavéricas están aquellas alteradas por la posición, falta de tono muscular, acción de gravedad sobre el contenido, falta de presión intraabdominal como consecuencia de la abertura del vientre. La fijación rápida por el fórmol a que se había reunido era insuficiente por estar ya alterada la forma en el momento de la fijación.

El estómago descrito por Rieder, fundado en la radiología era vertical en sus dos tercios superiores e incurvado hacia la derecha y arriba en su tercio inferior: la mayor parte está situada a la izquierda de la línea media y sólo la región pilórica está a la derecha. La parte más baja del estómago de Rieder corresponde a un punto de la gran curvatura que esté aproximadamente en el punto donde se pasa de la parte media a la pilórica.

Holz kuecht comparó el estómago a un cuerno de buey.

Creyóse que el elevado peso específico de las pastas de contraste obraba sobre la situación y forma de modo distinto que los alimentos ordinarios, pero administrando una mezcla de clara de huevo y bismuto (de peso específico inferior al agua) vióse que no ocurría tal cosa.

Para la denominación de las diferentes partes del estómago, la clasificación de Faulhaber, que considera a la vez el aspecto anatómico y fisiológico, parece la más generalmente adoptada.

El estómago presentado tiene toda su semejanza con el esquema que se proyecta. Ha sido fotografiado y radiografiado procurando que guarde la misma posición que en el cadáver. Hay cámara de aire, cuerpo, antro, piloro y bulbo duodenal.

Es un caso curioso, ya que siendo de un cadáver tiene la forma del estómago del vivo, en una de sus variedades más frecuentes.

Ha sido aplazado su examen histológico para dar lugar a su presentación.

El Dr. Proubasta habló de las sorpresas que proporciona el cadáver bien estudiado. El duodeno distendido del caso presentado dióle ocasión de hacer patente una observación propia repetida o sea el completo prolapso del duodeno en forma de V y arrastrando al mesocolon transverso. Observación semejante ha tenido ocasión de hacer el Dr. Corachan en el vivo.



Instituto Médico-Farmacéutico de Barcelona

SESIÓN DEL DÍA 4 DE DICIEMBRE DE 1916

La albumino-reacción en los esputos y su valor clínico.

DR. D. R. DARGALLO.—Concretándose a lo que la experiencia le enseña, por lo que respecta al valor clínico de dicha reacción, empieza exponiendo con todos los detalles la técnica propia, cuyos principales puntos son los siguientes: 1.º Recoger los esputos en un recipiente seco, sin adición de líquido alguno, y en lo posible sin mezcla de saliva. 2.º No emplear los esputos que aparentemente contengan sangre por poca que sea, pues entonces la reacción siempre sería positiva. 3.º Usar esputos emitidos recientemente. 4.º tomar siempre poca cantidad de esputos (20 c. c. como máximo) y con preferencia utilizar las partes sólidas. 5.º Utilizar siempre igual técnica.

Pasa luego al estudio de los resultados obtenidos en clínica deduciendo de los mismos que esta reacción sólo tiene un valor negativo, es decir que su ausencia, comprobada por análisis repetidos todo el tiempo que sea menester, tiene valor en contra de tuberculosis, pero su presencia nada afirma. Al revés del bacilo de Koch, cuya presencia afirma y cuya ausencia no niega.

La albumino-reacción, fuera de la tuberculosis, dice que tiene poca aplicación, pues únicamente sirve para diferenciar entre sí el edema pulmonar (reacción muy intensamente positiva), la bronquitis albuminúrica (r. positiva) y el catarro pituitoso verdadero (r. negativa).

Esta reacción es también negativa en la tuberculosis curada, lo cual es de suma importancia pronóstica.

Fuera de estos casos, cualquiera que sea el período de la tuberculosis la reacción siempre es positiva; pero es más o menos francamente positiva según la forma clínica y la retención y profundidad de las lesiones. Así, la neumonía caseosa da el máximo, la bronquitis tuberculosa y las formas esclerosas, dan el mínimo. Cuanto mayor sea la profundidad y extensión de las lesiones, mayor será la cantidad de albúmina.

Hay que hacer notar que el valor pronóstico de las distintas curvas evolutivas

de esta reacción, sólo es relativo a cada enfermo, pero no para comparar las de varios enfermos entre sí.

El Dr. Gallar dice que sólo con una técnica cual la expuesta por el conferenciante es como se puede dar valor a dicha reacción.

El Dr. Durán Arróm analiza las dificultades de obtención de esta reacción y deduce de ellas que apenas tendrá valor diagnóstico.

El Dr. Dargallo al rectificar insiste en diversos detalles de técnica, haciendo notar que usa el calor preferentemente porque parece menos sensible en precipitar derivados albuminoideos.

En cuanto al valor que se le debe dar, dice que es sólo pronóstico, pues permite seguir por medio de una curva la evolución de las lesiones tuberculosas.

SESIÓN INAUGURAL DEL PRESENTE CURSO DE 1917

El Dr. Durán Arróm presenta, como secretario general, la memoria resumen de los trabajos realizados durante el curso de 1916.

Empieza poniendo de relieve las muchas mejoras que ha realizado el Instituto, la intensa vida cultural que desarrolla y que va en aumento cada año y después de enumerar los distintos temas y casos clínicos, muchos de verdadera importancia, presentados en el transcurso de 1916, termina exponiendo los planes a desarrollar para el presente curso, entre los que sobresalen la creación de Laboratorio, y las «Conversas Médicas» sobre sueros y vacunas.

El Dr. E. Viñamata desarrolla el tema reglamentario, tratando de «La gimnasia Médica».

Hace una explicación completa del carácter de la gimnasia en la antigüedad demostrando con textos de remotos tiempos que la gimnasia era usada de una manera científica y curativa: ya en la India, Grecia y Roma. Pero hasta que Ling fundó en Estocolmo el Instituto Central de Gimnasia puede decirse que no empieza a practicarse la verdadera gimnasia curativa racional.

Explica las 3 fases de gimnasia curativa. 1.º La de Ling, y dice que su gran mérito consistió en establecer 1.º la localización del movimiento en cada una de los segmentos del cuerpo. 2.º La dosificación del mismo, graduando para ello los llamados movimientos pasivos.

La 2.ª fase es la de Zander cuyo método, enteramente nuevo, representa un gran adelanto para esta rama del saber humano, puesto que descansa sobre principios fisio-mecánicos de verdadero valor terapéutico. De este método procede el nombre de mecanoterapia.

Hace un completo estudio de la mecanoterapia y sus efectos y dice que si bien casi todo cuanto hace la mecanoterapia, puede ser efectuado por el médico, sin embargo aquella tiene sobre éste la inmensa ventaja de la exactitud en la dosificación, de la uniformidad de la excursión articular y del ritmo del movimiento, mientras que el médico por hábil que sea, no alcanza la perfección de una máquina. Analiza, después, las 3 clases de máquinas usadas por Zander, activas, pasivas y de Ortopedia exponiendo los fundamentos de las mismas.

La 3.^a fase de la gimnasia curativa racional está representada por la doctrina de Máximo Hery, de Viena, que se funda en la interpretación de los fenómenos fisiomecánicos del movimiento muscular bajo un punto de vista enteramente nuevo y deduce de ellas leyes de valor positivo que le conducen a la invención de máquinas de una exactitud admirable. Estas máquinas no se fundan en el principio de la palanca como en el método de Zander, sino que utiliza recientes procederes que adapta a las leyes fisio-patológicas por él descubiertas. Termina citando modernos autores que han enriquecido el material mecano-terapéutico como Frenkel, Leiden, Lorenz, Hoffa, etc., etc.





DR. RUIZ MEDINA

Redactor de MURCIA MÉDICA





SECCIÓN VARIA

En pos de un bello ideal

Entre los más gratos recuerdos que el Congreso de las Ciencias de Sevilla dejó en el ánimo de la juventud médica que a él acudió, figura, sin duda, y perdurará para siempre un suculento banquete que *Policlínica Sevillana*, con el simpático Blas Tello a la cabeza, ofrendó a unos cuantos de los que con nuestras aportaciones científicas contribuimos a nutrir el índice de trabajos de la Sección de Medicina.

Llegada la hora de los brindis, cúpome el honor de hablar a aquel cenáculo de médicos entusiastas que, al calor de los vapores del banquete, organizaban en sentido moderno y racional las orientaciones de la enseñanza médica, preparaban fecunda y provechosa labor personal, reformaban y mejoraban el espíritu de nuestra clase y fundían en el crisol de su entusiasmo juvenil todo un sistema arcáico y rutinario, para construir con materiales reformados un edificio intelectual digno de los progresos de la época y de las condiciones en que la ciencia nacional debiera desarrollarse.

Y yo toqué en aquel brindis mi tema favorito; el que en periódicos, revistas, sociedades y congresos vengo manteniendo hace tres años; el que ha merecido siempre calurosos elogios, siquiera pocas veces haya obtenido resultados más positivos; el que fué recientemente expuesto ante la Real Academia de Madrid; el que constituye mi más constante preocupación y mi más bello ideal.

Nosotros —dije yo en síntesis— no nos hemos preocupado nunca en serio de estudiar la Medicina nacional, contentándonos con creer ciegamente lo que nos dicen los extranjeros, utilizando como obras de texto y de consulta las que en su propio idioma o infamemente traducidas nos envían de más allá de las fronteras, guiando siempre nuestros pasos por las normas y por las trazas que nos dan los maestros de los grandes centros de cultura.

Y sin embargo, ni la anatomía en sus medios y detalles, ni la Fisiología en sus

reacciones vitales, ni la Clínica en sus manifestaciones sintomáticas, ni la bacteriología en la virulencia y caracteres biológicos de los gérmenes patógenos son absolutamente idénticas en las distintas regiones del planeta.

Hay una serie de factores de todo orden, desde los que integran el clima de un país, con su altitud, su régimen de lluvias, su proximidad al mar, su temperatura media, su limpidez atmosférica, hasta los que se refieren a la herencia, alimentación, género de vida, costumbres, relaciones con otros países, etc. etc. que influyen de un modo poderoso sobre el modo de ser de los habitantes y repercuten en su constitución anatómica, en sus maneras reaccionales, en sus idiosincrasias, en su fisiología, en fin, y en los caracteres somáticos o plásticos de su organismo.

Y si a ello se agrega que esos mismos factores y otros mil de todos conocidos, actúan a veces como agentes causales de estados patológicos o modifican la actuación de otras causas de enfermedad; y si se tiene en cuenta que no hay más ciencia en Medicina que la Fisiología aplicada al estado sano y al estado patológico, se comprenderá fácilmente que no pueden ser en absoluto idénticas, desde nuestro punto de vista, las características que ofrezcan las diversas regiones que integran la nación.

Al tenor de ese criterio, y sometiendo a revisión las verdades que de otros países nos envían como intangibles yo he tenido ocasión de comprobar, para muchas de ellas, la imposibilidad de su aplicación al nuestro, y sin salir de la región granadina he descubierto enfermedades nunca señaladas en ella (kala-azar infantil) o nunca conocidas en España (beri-beri y disentería tropical); he estudiado focos indudables de otras (paludismo, poliomiелitis, pelagra, lepra, botón de oriente, bocio) y he conocido modalidades especiales y propiamente regionales de otras muchas (paratífus, colibacilosis, anaclorhidrias, raquitismo, oftalmías, etc.).

Creo, pues, tener motivos suficientes para sostener la tesis que vengo defendiendo y que tan favorablemente viene siendo acogida y fué admitida por los entusiastas colegas reunidos en el banquete que nos ofreció la juventud médica de Sevilla.

Todos los periódicos profesionales a quienes envié trabajos en tal sentido orientados, los acogieron con aplauso y los admitieron sin reservas. *Archivos de la Facultad de Medicina de Granada, Archivos brasileiros de Medicina, Actualidad Médica. Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Boletín de la Real Sociedad Española de Historia Natural, Especialidad Práctica, Gaceta Médica Catalana, Gaceta Médica del Sur, Higia, Medicina y Libros Médicos, Progresos de la Clínica, Presse Médicale, Pediatría Española, Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, Revista Barcelonesa de Conocimientos Médicos, Revista Clínica de Madrid, MURCIA*

MÉDICA, *Segovia Médica*, *Semana Médica de Buenos Aires*, *Siglo Médico*, *Terapéutica del Clínico* se han hecho siempre eco de mis puntos de vista y han merecido por mi parte una gratitud que no les es regateada.

La Real Academia Nacional, el Instituto Rubio y la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias me han honrado con el encargo de conferencias en donde he expuesto puntos de vista de mis modos de pensar; una carta particular del Dr. Tello me anuncia el comienzo de una labor seguramente fecunda, que para el estudio de la Medicina regional sevillana, han empezado desde sus respectivas especialidades, cada uno de los jóvenes que forman la redacción de *Policlínica*; multitud de maestros y de amigos me animan a cultivar el tema desde todos los rincones de la península, y finalmente, el Excmo. Sr. Subsecretario de Instrucción pública y bellas artes, al contestar mi discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Granada, ha ofrecido todo su concurso y toda su valía para cooperar a la realización de esta labor regeneradora de la Medicina nacional, y sólo espera concretas peticiones para llevar a la práctica, en cuanto de él dependa, todo lo que facilite el desenvolvimiento de nuestra aspiración.

Creo, pues, llegado el momento de dar impulso a estos estudios de generalizar la labor a todos los puntos del territorio español, de recoger lo mucho y bueno que anda diseminado por nuestra efímera literatura médica; de estudiar los caracteres de cada provincia y de cada comarca y de reunir las todas para integrar con ellas lo que debería ser meta y suprema aspiración de la renaciente Ciencia médica nacional. La creación de una Medicina española; escrita por y para los españoles; que no dependa del extranjero; que sea fiel reflejo de lo que aquí pasa y norma infalible para cuantos en el solar hispano ejercen la profesión.

Si los médicos de cada región encauzaran sus trabajos en ese sentido; si el botánico, como el entomólogo; el geólogo como el anatómico, como el clínico, como el hombre de laboratorio, se dedicarían dentro de su esfera, y en límites de su especialidad, a estudiar lo regional, a compararlo con lo que se da en otros países y a señalar concordancias y divergencias, entre lo que aquí vemos y lo que de allá nos cuentan, quedaría constituida una verdadera escuela médica, que sería honra de nuestra patria y daría gloria y prez a sus prosélitos.

A la realización de este ideal quedan invitadas corporaciones, publicaciones y profesionales, cuya opinión solicita, y cuya colaboración desea con el mayor interés,

FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Director del Instituto de Medicina tropical de Granada

Sr. Presidente y Sres. Miembros de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Murcia.

Muy señores nuestros y distinguidos compañeros: Constituido desde principios del mes de Junio el Patronato del Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos, que tan estrecha relación ha de tener con los Colegios Médicos oficiales, obligatorios desde el R. D. de 15 de Mayo último, se han venido recibiendo en esta Secretaría y Presidencia, comunicaciones de adhesión, en que, al par que se participaba la constitución de los Colegios provinciales, se hacían fervorosas protestas de entusiasmo en pro de la benéfica y útil Institución y se pedían instrucciones relativas a detalles de correspondencia y planteamiento, que desde luego han de constituir en su resolución la base y nervio de la Institución misma. El Patronato nos ha confiado la agradable misión de responder a estas dudas con un plan sencillo, que debiéramos someter a la consideración de ustedes y que ha de responder a los principios fundamentales, constitutivos de la atmósfera de desarrollo de la empresa a que dedicamos todos nuestros esfuerzos.

En primer lugar nos cumple, al responder al encargo del Patronato y a las múltiples correspondencias referidas, recordar que el Colegio de Huérfanos, aunque por las necesidades de su instalación depende de la Junta del Patronato, es una Institución principalmente confiada a los desvelos y cuidados de los Colegios Médicos Provinciales; es decir, de los médicos todos de España. Sin este primer convencimiento, será inútil toda labor, todo esfuerzo, toda paternal intervención gubernativa, toda iniciativa generosa pero aislada. El Colegio de Huérfanos, por ser anhelo de todos los médicos, ha de ser obra de todos y cada uno de ellos. El éxito que representa la entusiasta acogida, que de toda España llega hasta nosotros, hace inútil el insistir en este punto.

Otros hay, que aunque al parecer de menor importancia, la tienen grande para el funcionamiento de la complicada organización que significan las fuentes de ingresos, su diseminación y las relaciones de todos los organismos, con el central ejecutor del pensamiento. Por esto, teniendo en cuenta las diferentes iniciativas propuestas, las dificultades apuntadas y lo que la experiencia ha enseñado en casos análogos, nos permitimos someter a ustedes el siguiente plan para su ejecución desde el 1.º de Agosto próximo, rogándoles que desde luego lo ejecuten, pues si de su ensayo resultare, como resultarán, enseñanzas que muevan a reformarle, cabrá su modificación en el transcurso del tiempo.

1.º La emisión y tirada de los sellos, que por muchos Colegios se nos ha consultado como difícil, ha sido resuelta por el Patronato, obteniendo de la Fábrica Nacional del Timbre una tirada de un millón de los correspondientes al precio de cincuenta céntimos de pesetas, o sea de los que necesariamente han de ponerse en las partidas de defunción (que no sean de pobres de solemnidad) y cien mil de los de dos pesetas (correspondientes a los demás certificados facultativos). Este sistema unifica, abarata y simplifica la contabilidad, en beneficio de todos y especialmente de la Institución que nos preocupa.

2.º Estos sellos depositados desde primeros de Agosto en la caja correspondiente del Banco de España y bajo la custodia de este Patronato, están a disposición de todos los Colegios Oficiales. Estos no tendrán más que dirigirse a este Patronato, haciendo el pedido de ambas clases que crean necesario para las necesidades de su provincia. Este pedido deberá ir acompañado del importe en documento de fácil cobro del valor representativo total de los sellos pedidos de 0'50 pesetas y la mitad del mismo para los de 2 pesetas. Los pedidos se dirigirán al Tesorero del Patronato (1) D. Enrique de Isla, Decano de la Beneficencia provincial de Madrid.

3.º Los gastos que ocasiona la emisión y tirada de sellos, su custodia en el Banco de España y su remisión al Colegio de cada provincia, son de cuenta de la Caja del Patronato.

4.º Los gastos de giro de la cantidad expresada, de distribución de los sellos y de expendición y comisiones (si las hubiere) dentro de cada provincia, serán de cuenta del Colegio de la misma.

5.º Cada Colegio provincial planteará a discreción la forma de distribución y expendición de los sellos en su provincia.

6.º También cuidará cada Colegio de remitir los pedidos de vacuna que para el cumplimiento del artículo 5.º del R. D. de 15 de Mayo último les sean hechos por los médicos de su provincia, si en esta no hubiera instituto que gratuitamente la proporcionara.

7.º Los gastos de remisión de la linfa a las capitales de provincia, serán también de cargo del Patronato.

8.º Los Colegios que desearan por sí mismos dotar una plaza o más en el Colegio, lo comunicarán al Patronato, remitiendo anualmente mil pesetas por cada una de ellas y teniendo el derecho de designar el huérfano o huérfana que la ha de disfrutar.

9.º También los Colegios podrán recibir los donativos de corporaciones o particulares comunicándolos al Patronato, así como las ofertas de cesión de dere-

(1) Hospital provincial.

chos de autopsias o de otros honorarios no cobrados, que hiciesen los facultativos en beneficio de la Institución, acompañándolos en tal caso del documento de cesión autorizado y firmado por el donante.

Con estas sencillas y previas disposiciones creemos que es dable comenzar con relativo desahogo a la realización de una idea que, constituyendo aspiración unánime de nuestra clase, venía reputándose por irrealizable. Los hechos autorizan ya a desmentir tal pesimismo; pues los donativos, a nadie solicitados, acuden con inverosímil largueza; el local, que constituía una dificultad casi insuperable está adquirido, y aunque necesitado de importantes y costosas obras, se hallará habilitado en el próximo otoño.

El convencimiento de la bondad de la obra, la decisión de voluntades decididas y el imperativo del deber hacia los seres desvalidos que nuestros compañeros han dejado en el infortunio, lo han de poder todo y harán que la clase médica española se presente ante las otras clases sociales, habiendo llevado a cumplimiento una obra de solidaridad, de caridad y de justicia.

No dudando que en ustedes encuentren el mismo calor nuestros sentimientos, esperamos, con sus órdenes, lo que ellas significan en la mutua colaboración de nuestra obra. Se ofrecen con este motivo de ustedes affmos. ss. q. l. e. l. m., *El Secretario Director.—El Presidente.*

De nuestro catálogo

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

Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades Internas,

para estudiantes y médicos, por el **Dr. Adolfo Strümpell**, Profesor y Director de la Clínica Médica de la Universidad de Leipzig; con numerosos grabados intercalados y láminas en negro y colores, traducido directamente de la última edición alemana por el **Dr. Pedro Farreras**.

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

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

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

OPINIONES DE VARIOS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA : : : :

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

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

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

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

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

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

* * *

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



LIBRO EN HONOR DE RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Sres. Directores de MURCIA MÉDICA.—Muy Sres. nuestros: Lecha-Marzo, el culto profesor de la Universidad de Sevilla, en su reciente conferencia de Oporto, ha emitido la idea de dedicar al maestro Rodríguez Méndez un *Libro en honor* en el que se consigne la inmensa y fructífera labor del sabio catedrático de la Universidad de Barcelona. Con tal motivo nos ha invitado, a los que convivimos con el maestro, para la organización del homenaje.

Inmensa ha sido la satisfacción que hemos experimentado con tal encargo, que supone para nosotros una ofrenda cordial al maestro, dentro de la afinidad más íntima con el profesor Rodríguez Méndez, cumbre feliz de una vida consagrada por entero al estudio y vida fecunda en fértiles enseñanzas.

El *Libro en honor* de Rodríguez Méndez será merecido homenaje que tributan al sabio todos los médicos españoles y sudamericanos; es decir, todos aquéllos que aprendieron del maestro el concepto concreto de la ciencia, prodigada en cálida oración, en el libro, en la prensa o en la cátedra; donde oyeron de sus labios las delicias del maravilloso léxico del hispano idioma.

Pero esta condición no significa que los profesionales de otros países a quienes sea simpática la idea, no cooperen en la medida de sus entusiasmos al mejor resultado del homenaje; de todos modos, el *Libro en honor* de Rodríguez Méndez será un homenaje hispano-americano.

El *Libro en honor* de Rodríguez Méndez, editado lo más lujosa y artísticamente posible, constará de las siguientes secciones:

- 1.ª Fotografía del Maestro.
- 2.ª Biografía.
- 3.ª Párrafos del discurso del doctor Lecha-Marzo, pronunciado en Oporto, en el que se emite la idea del libro.
- 4.ª Artículos originales, inéditos, de tema libre, cuya extensión máxima sea de 30 cuartillas.
- 5.ª Opiniones de maestros españoles y extranjeros sobre la personalidad científica de Rodríguez Méndez.
- 6.ª La obra del maestro: Títulos científicos: Trabajos originales: Informes: Traducciones: Labor en la cátedra: Extensión universitaria.
- 7.ª Lista de donantes.

Esto es, en síntesis, lo que hemos de hacer. Labor que, si se realiza, será des-

pués de haber vencido la suma modestia del doctor Rodríguez Méndez, modestia que ha podido ser combatida en esta ocasión, como no lo ha podido ser en ninguna otra (al ofrecerle grandes cruces, representaciones políticas, etc.), porque ahora son sus alumnos, los que de él aprendieron bondad y sabiduría, los que han solicitado la aquiescencia, y el maestro nunca se niega a lo que le piden sus discípulos.

La Comisión que *subscribe* es la encargada de recopilar los trabajos del catedrático doctor Rodríguez Méndez, de solicitar las diversas opiniones médicas y la de recibir los donativos para la edición.

Respecto a los donativos, se establecen tres cuotas.

Cuota corporativa, de 10 pesetas en adelante, para los Ateneos, centros de enseñanza, instituciones oficiales, médicas o no, que deseen contribuir a la obra.

1.^a *Cuota*. De 5 a 10 pesetas para los señores catedráticos, profesores, médicos y particulares.

2.^a *Cuota*. De 1 a 2 pesetas para los estudiantes.

La *Cuota corporativa* da derecho a uno o más ejemplares a tenor de la importancia del donativo.

Cuotas 1.^a y 2.^a sólo dan derecho a un ejemplar.

Todos los donativos se enviarán al señor Tesorero de la Comisión, doctor A. Galcerán Granés, en su domicilio, Ronda de la Universidad, 4, Barcelona, empleando el giro postal los donantes de fuera de Barcelona.

Los originales deben obrar en Secretaría antes de Noviembre del corriente año.

Barcelona, Mayo 1917.

La Comisión: Antonio Lecha-Marzo, Andrés Martínez Vargas, Antonio González Prats, Arturo Galcerán Granés y Ricardo Rosique Cebrián, Secretario; Valencia, 262, pral., Barcelona.

* * *

N. de la D.—Hemos recibido la visita del doctor Rosique Cebrián, quien por autorización de la Comisión ha encargado a MURCIA MÉDICA del cobro de las cuotas que los compañeros de esta provincia destinen a tan loable idea.

Nuestro Concurso

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

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

Estadística

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

Población calculada 131.535

Nacimientos. { Vivos 193.—Var. 131.—Hem. 62.—Leg. 184.—lleg. 6.—Exp. 3
 Muertos 0.—Var. 0.—Hem. 0.—Leg. 0.—lleg. 0.—Exp. 0.

Natalidad por 1000 habitantes, 1'47.—Matrimonios, 43.—Nupcialidad por 1000 habitantes, 0'33.—Mortalidad por 1000 habitantes, 1'58.

Defunciones

Varones, 116.—Hembras, 92.—Menores de cinco años, 104.—De cinco y más

años, 104.—En hospitales y casas de salud, 16.—En otros establecimientos benéficos, 17.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 2.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 3.—Viruela, 0.—Sarampión, 2.—Escarlatina, 0.—Coqueluche, 3.—Difteria y crup, 0.—Gripe, 0.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 2.—Tuberculosis de los pulmones, 11.—Tuberculosis de las meninges, 0.—Otras tuberculosis, 1.—Cáncer y otros tumores malignos, 2.—Meningitis simple, 6.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 7.—Enfermedades orgánicas del corazón, 10.—Bronquitis aguda, 1.—Bronquitis crónica, 1.—Neumonía, 5.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 5.—Afecciones del estómago (menos cáncer), 1.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 46.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 5.—Cirrosis del hígado, 2.—Nefritis aguda y mal de Bright, 5.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 0.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 0.—Otros accidentes puerperales, 0.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 6.—Senilidad, 7.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 3.—Suicidios, 0.—Otras enfermedades, 70.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 2.—Total de defunciones, 208.

Correspondencia administrativa

con nuestros suscriptores * * *

Hemos recibido el importe de la suscripción por el año 1917 de los señores siguientes:

- D. Ramón González, Vélez-Rubio.
- › Manuel González, Córdoba.
- › Eduardo Amorós, Alicante.
- › Joaquín Sirvent, Almoradí.
- › Antonio López Salazar, San Pedro del Pinatar.
- › Manuel Almela, Palmar.
- Dr. Desfilis, Valencia.
- D. Cástor Mayoral, Casas-Ibáñez.
- › José Gozalvo, Madrid.
- › Valentín Rodríguez Zúñiga, Madrid.

- D. Joaquín Rubio, Sevilla.
- › Angel Sirvent, Barcelona.
- › Manuel Torres, Hellín.
- › José Esteban, Sevilla.
- › Ciriaco Esteban, Sevilla.
- › Vicente Joyanes, Santiago.
- › M. Benito Pastor, Muchamiel.
- › Lázaro Cuenca, Barcelona.
- › Aniano Gómez, Valencia.
- › Salvador Naranjo, Madrid.
- › Alvaro Esquerdo, Barcelona.

D. Angel Ferrer, Cádiz.

- › Antonio Hernández, Granada.
- › Pablo González, Madrid.
- › Fidel Alvarez, Jaén.
- › Antonio de Leiva, Sevilla.
- › Francisco Galnares, Sevilla.
- › José Bilbao, Madrid.
- › Leocadio Durán, Cáceres.
- › Juan Valdivia, Madrid.
- › Florestán Aguilar, Madrid.
- › Antonio Aparisi, San Sebastián.
- › Wenceslao L. Albo, Bilbao.
- › Joaquín López, Bilbao.
- › Enrique Gómez, Madrid.
- › Ildefonso Sanz, Madrid.
- › Amancio Meseguer, Orihuela.
- › José López Venegas, Cobdar.
- › Salvador Carlos López, Sevilla.
- › José Pallarés, Lorca.
- › José Gómez, Vélez-Blanco.
- › José Vidal, Cartagena.
- › Enrique Mateo Barcones, Madrid.
- › José Fropoli, Sevilla.
- › Manuel Muñoz, Salamanca.

D. Pedro Forquera, Santa Lucía.

- Dr. Barraquer, Barcelona.
- D. Arsenio Arona, Madrid,
- Dres. Coca y Maldonado, Madrid.
- D. Antonio Martínez, Madrid.
- › José Pérez, Mazarrón.
- › Tomás Bueno, Orihuela.
- › Fulgencio Meseguer, Mula.
- › Manuel Gómez, Orihuela.
- › Miguel Vallés, Altea.
- › José Entrecanales, Bilbao.
- › Juan Martínez Pons, Gandía.
- › Javier Varela, Santiago.
- › Julián de la Villa, Madrid.
- › Rafael Giménez de Cisneros, Lijar.
- › Sebastián More, Archena.
- › José María Campa, Barcelona.
- › Juan Ardeval, Barcelona.
- › Enrique Tejero, Barcelona.
- › Manuel Pascual, Elche.
- › José Arigo, Almería.
- › Antonio Ballestrín, Lorca.

(Continuará).





Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1883



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

Vacunas directas en dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales

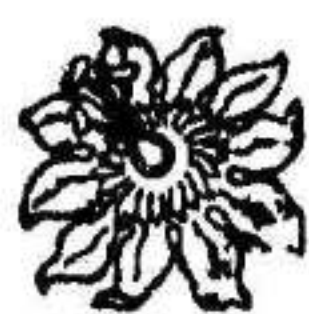
DIRECTOR:

D. Martínez Ladrón de Guevara

CALLE DE ZOCO

MURCIA

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



Laboratorio Guillamón



Reacciones
de Wassermann,
Widal, etc.



Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

MURCIA