

GACETA MÉDICA DEL NOROCCIDENTE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXI

Bilbao Octubre—1915

Núm. 250

SUMARIO

- Sobre las funciones del bazo*, traducción del Dr. W. L. Albo (Conclusión).
- Conducta que debe seguirse en las retenciones placentarias*, por el Dr. Alvarez Esquerdo
- Una lección del Profesor Reclus sobre la anestesia regional por la novocaina-adrenalina.*
- Diagnóstico precoz de la insuficiencia del corazón*, por el Dr. D Antonio Mut.
- Diagnóstico de las tumoraciones de la mama.*
- Decálogo del español en el extranjero.*

Sobre las funciones del bazo ⁽¹⁾

(CONCLUSIÓN)

En el Hospital Municipal de Moabit, en Berlin. (Sección del Consejero Privado, Dr. G. Klemplerer.)
(Ueber die Funktionen der Miltz) Dr. Hans Hirschfeld, asistente al Instituto para Investigaciones sobre el cáncer. D. m. W. números 37 y 38, 1915. Traducido por el Dr. W. L. Albo.

Pero el organismo soportaría también sin peligro la pérdida de la función destructora sanguínea poseída por el bazo. El hígado se halla asimismo en disposición de transformar la sangre en materia colorante biliar sin que se realice en el bazo una previa preparación de la sangre. Hoy sabemos que lo mismo se determina una preparación anterior de la sangre cuando falta el bazo, la cual se efectúa en otros órganos que obran vicariamente. Los ganglios linfáticos y la médula ósea son los que se encargan de suplir esa

(1) Conferencia dada en la Sociedad para Medicina interna de Berlin, el 3 de Marzo de 1915.



H. MEROTECA
MUNICIPAL
MADRID

SGCB2021

preparación intracelular de los eritrocitos que normalmente tiene lugar en el bazo. Después de la esplenectomía se encuentra frecuentemente una aparición masiva de eritrófagos en los ganglios linfáticos y en la médula ósea. Yo he estudiado cortes de los ganglios linfáticos y de la médula ósea, procedentes de un caso de anemia perniciosa esplenectomizada, en donde eran manifiestos dichos elementos de la manera más clara. Pero el organismo puede también ayudarse de otro modo. Como lo demuestran las experiencias más modernas de M. B. Schmid, el hígado mismo se encarga de las funciones preparatorias del bazo. Las células estrelladas de Klupfers, que ya 24 horas después de la extirpación del bazo practican la fagocitosis, se multiplican con lentitud y acaban por formar en el hígado una especie de tejido esplénico. Yo he repetido y comprobado esas experiencias. En las preparaciones de cortes y frotos hepáticos de ratas esplenectomizadas se ve con claridad una acumulación y eritrofagia de las células estrelladas de Klupfers. Yo no encontré esas alteraciones ni en conejos á los que se les extirpó el bazo, ni en dos casos operados de anemia perniciosa. En el hígado de un tercer caso operado, de anemia perniciosa, vi manifiestas las citadas alteraciones.

Por consiguiente, á causa de su propiedad de órgano destructor de la sangre, el bazo es un órgano coadyuvante del hígado. Si falta el bazo, le reemplazan en su función los ganglios linfáticos, la médula ósea y hasta el hígado en muchos animales. En vista de ser el bazo el sitio donde se destruyen los glóbulos rojos, podría esperarse que su extirpación—impidiendo la destrucción de los hematies—diera lugar á que se presentase una policitemia. En efecto, algunos autores han observado un aumento pasajero de glóbulos rojos á continuación de extirpar el bazo, pero otros, en cambio, no lo han confirmado. La presentación y el tiempo que se mantenga este aumento de los hematies depende, naturalmente, de la rapidez con que es suplido el bazo por los órganos vicariantes. Por otro lado, muchos hechos hablan á favor de que á una menor destrucción de hematies corresponde una menor neoformación.

En la patología del bazo juega por lo tanto un gran papel su cualidad destructora de la sangre. Eppinger llamó primeramente la atención sobre la importancia de la destrucción de los glóbulos rojos en el bazo en los casos de anemia perniciosa y recomendó su extirpación como medio curativo.

Desde entonces ha sido ejecutada la operación en numerosos casos de anemia perniciosa, con más frecuencia—en 13 casos—en el Hospital Moabit, y se puede afirmar con toda seguridad que no

podemos curar la enfermedad por semejante tratamiento. Seguramente la causa primitiva de la anemia perniciosa no reside en el hígado, sino, como siempre ha sido aceptado, en un trastorno de la formación de la sangre en la médula ósea, el cual constituye la verdadera esencia de la enfermedad. Pero con seguridad que la gran importancia que alcanza la propiedad destructora hemática del bazo es un componente de interés en la patogenia de la afección, y por eso es por lo que aquella intervención desempeña en la mayoría de los casos un influjo favorable sobre el curso de la enfermedad; mas por desgracia es seguida generalmente de una recidiva después de más ó menos tiempo. La remisión duradera consecutiva á la extirpación del bazo en la anemia perniciosa, depende con toda seguridad, en gran parte, de la desaparición de la hemolisis. Habla á favor de esto la ausencia de la fuerte urobilinuria y la disminución de la urobilina en las heces. Fuera de eso, ya veremos más tarde qué papel juega una influencia excitante sobre la médula ósea. No obstante, al fin tiene que aparecer la recidiva porque la aptitud regenerativa de la médula ósea y la de otros órganos se encarga vicariantemente de la destrucción de los corpúsculos sanguíneos.

Eppinger ha establecido el concepto de la *hiperesplenia*. Efectivamente, se puede hablar en la anemia perniciosa de una hiperesplenia fuera de los límites fisiológicos, la cual determina una fuerte elevación de los corpúsculos sanguíneos destruídos en el bazo. Sin embargo, hay que hacer la aclaración de que al bazo es llevada una cantidad muy crecida de glóbulos rojos patológicos y de escasa vitalidad. De modo que en la anemia perniciosa no podemos hablar de una hiperesplenia en el mismo sentido que de un hipertiroidismo, es decir, de una propiedad eritrolítica primitiva y aumentada. La causa de su elevada actividad reside fuera del bazo. Igualmente encontramos en la ictericia hemolítica una aptitud destructiva muy elevada para con los corpúsculos sanguíneos, en el bazo. En esta afección ya se puede hablar con gran probabilidad de una verdadera hiperesplenia, pues parece que es posible curar la enfermedad después de la extirpación del bazo, según los informes bastante numerosos que han sido referidos. Con todo, las cosas están aún suficientemente complicadas. En la hictérica hemolítica los eritrocitos circulantes en la sangre son elementos de un valor completamente inferior, células de débil vitalidad, caracterizadas por una gran disminución de su resistencia frente á las soluciones salinas hipotónicas. Asimismo nos podemos imaginar que el bazo perturba la formación de los hematies en la médula

ósea y que los eritrocitos de menos vitalidad así originados, son más fácilmente destruídos por la función eritrolítica del bazo. Se puede afirmar que tanto en la anemia perniciosa como en la ictericia hemolítica juega un papel extraordinariamente importante el fuerte aumento destructivo de los glóbulos rojos en el bazo.

Cosa bien distinta ocurre en la enfermedad de Banti. La anemia es en ella seguramente esplenógena. Así pues, la extirpación del bazo cura la afección. Sin embargo, en la esplenomegalia primitiva no se verifica en modo alguno un aumento destructivo de los corpúsculos sanguíneos en el bazo. Las investigaciones histológicas conocidas hasta la fecha y ejecutadas sobre bazos procedentes de la enfermedad de Banti, especialmente las de Banti mismo, no han sentado de ningún modo un punto de apoyo á favor de la mayor destrucción de los corpúsculos sanguíneos en el bazo. Únicamente cuando ya existe un trastorno de las funciones hepáticas se encuentra elevada la cantidad del urobilina en el segundo y tercer período de la esplenomegalia primitiva. Se acepta más bien, que el bazo forma en la enfermedad de Banti un veneno que dificulta la hematopoyesis en la médula ósea. Por consiguiente, la causa que provoca la anemia en la fibroadenia de Banti no es un aumento en la destrucción sanguínea, sino un cercenamiento en la generación de la sangre. En la hipertrofia crónica primitiva del bazo no nos encontramos ante una *hiperesplenia* sino ante una *disfunción* del bazo. Dicha propiedad destructora sanguínea que posee el bazo, es solamente una función parcial de la actividad general que este órgano tiene para interceptar y destruir los elementos extraños al organismo circulantes por el torrente circulatorio. Mediante su estructura cavernosa y su riqueza en macrófagos, el bazo es, como ha dicho Hell, una glándula linfática regional de la sangre. En el organismo normal, el bazo obra en primer término como un órgano destructor de la sangre. Igualmente son destruidos en este órgano los leucocitos y las plaquetas. El bazo representa un gran papel como glándula linfática sanguínea en las enfermedades infecciosas, pues retiene y hace inofensivas grandes cantidades de microorganismos. La riqueza de la glándula esplénica en plasmodios de la malaria, en bacilos tíficos y en espirilos de la fiebre recurrente, es tan conocida que no necesita recordarla. En las enfermedades infecciosas se encuentra en el bazo, en especial, muchos leucocitos degenerados ó sus residuos, juntos con los gérmenes de la afección. Por esto se ha hablado de una esplenomegalia espodógena. Ahora podíamos pensar que la participación tan notable del bazo en la mayoría de las

enfermedades infecciosas, sería debida al papel importante que él juega para su curación. Pero esto no es cierto. Ha sido demostrado que los animales esplenectomizados forman anticuerpos de igual forma que los animales con bazo, y la mayoría de los autores concuerdan en la conclusión de que los animales sin bazo no soportan peor que los normales las enfermedades infecciosas. Además, Blumreich y Jacob han hecho hasta la observación paradójica de que los caviar sobreviven mejor las infecciones si se hallan esplenectomizados.

Según las investigaciones de Pugliese y de Joamovics, los animales á quienes se ha extirpado el bazo soportan las intoxicaciones con venenos sanguíneos mejor que los animales con bazo. Todavía no ha sido aclarada la causa de estos resultados tan notables. Tal vez la digestión origine en el bazo un rápido nacimiento de productos destructivos procedentes de los hematies y de los microorganismos, y la inundación del círculo sanguíneo con estas sustancias tóxicas concentradas obre deletéreamente sobre la totalidad del organismo, mientras que cuando falta el bazo, los órganos vicariantes cumplen muy lentamente aquella destrucción. La última palabra sobre estas cuestiones tan difíciles no ha sido todavía dicha.

Es ahora muy notable que el bazo se comporte de modo bien diferente en los tumores malignos. Podía aparecer como probable el papel del bazo como una glándula sanguínea si las células tumorales lanzadas á la circulación fueran retenidas en él y desarrollaran allí tumores metastásicos considerables. A decir verdad, el bazo tendría que ser un órgano favorito para las metástasis. Mas es una experiencia anatomo-patológica antigua, que precisamente sucede todo lo contrario. Los tumores metastásicos son extraordinariamente raros en el bazo. Se ha hablado también de una inmunidad de este órgano frente á los tumores malignos, y sobre ello se han propuesto medidas terapéuticas. Como demostró Braunstein, púedese quizá curar ratones con carcinoma por medio de la sustancia esplénica de ratones á los que se les había inoculado el tumor cuatro ó cinco días antes. Estos ensayos fueron comprobados en ratones y conejos por Levoin y Meidner. Se trata, muy probablemente, de una producción de anticuerpos en el bazo. Pero debe ser recordado que únicamente posee poder curativo el bazo de aquellos animales que tienen tumores jóvenes. Cuanto más antiguas y grandes son las neoplasias, tanto menor es el poder curativo del bazo. Esta experiencia ha sido comprobada asimismo por Oser y Pribam. También encontraron estos autores que los sarco-

mas crecen más de prisa en las ratas esplenectomizadas que en las que tienen bazo. Apolant halló que la extirpación del bazo produce en los animales inmunizados una disminución y á veces hasta una supresión de la inmunidad frente á los injertos tumorales.

Hemos visto cómo el bazo tiene estrechas *relaciones funcionales con el hígado* como órgano destructor de la sangre. Pero una sencilla consideración nos enseña que también precisan existir las más íntimas é importantes *relaciones correlativas entre el bazo y la médula ósea*, lugar, este último, donde se forman los hematies. La neoproducción de glóbulos rojos en la médula ósea debe estar en una relación constante con el grado de su destrucción en el bazo. Cuanto mayor es la destrucción, tanto más grande debe ser la neoformación, y la hematopoyesis se verificará con más lentitud en la médula ósea cuanto menor sea la destrucción de los hematies en el bazo. Pregúntase ahora por qué mecanismo es mantenida la necesaria regularidad para el organismo normal entre el consumo y la formación de hematies. Verosimilmente los productos puestos en libertad al destruirse en el bazo los eritrocitos son los que regulan, según su cantidad, la actividad de la médula ósea. Por la certeza de esta hipótesis habla la observación de que los venenos hemolíticos, que ya producen una destrucción de los eritrocitos, obran excitando la hematopoyesis más fuertemente que las meras extracciones de sangre, las cuales causan la anemia en igual ó mayor grado. Una extirpación total del bazo, ó la pérdida de su función destructora de los corpúsculos sanguíneos, debía influir paralizando la actividad de la médula ósea. Positivamente pasa todo lo contrario. La extirpación del bazo produce más bien un estímulo en la médula ósea, como lo demuestran algunas observaciones recientes. Como pudo mostrar H. Vogel bajo la dirección de Asher, una pequeña sangría produce una pasajera elevación de la hemoglobina y de los eritrocitos en los animales sin bazo, mientras que en un animal normal se aprecia una disminución ligera de ambos valores. Estas observaciones solamente pueden aclararse aceptando una excitabilidad elevada de la médula ósea cuando falta el bazo. En los estados patológicos es aún más intensa la excitabilidad de la médula ósea. Todos los autores que han extirpado el bazo en las anemias perniciosas, llaman la atención sobre las fuertes crisis sanguíneas que siguen á la intervención, las cuales se hacen patentes por la aparición masiva de todas las formas de hematies nucleados. Puesto que no pueden ser suplidas las funciones destructoras sanguíneas que posee el bazo, inmediatamente después de haberle extirpado, por otros órganos, hay evidentemente otras

sustancias que regulan la actividad de la médula ósea además de los productos de la destrucción de los glóbulos rojos. En este sentido hablan todavía otras observaciones muy importantes é interesantes, de las que me ocuparé ahora.

Como ya hemos visto, en el bazo humano jamás se forman normalmente hematies. Pero á pesar de eso, el bazo juega un papel importante en la génesis de los glóbulos rojos, el cual no fué conocido hasta que lo han demostrado experiencias y observaciones recientes. Con mucha probabilidad él influye, por medio de la formación permanente de un hormón, retardando la eritropoyesis en la médula ósea. Por G. Klemperer y nosotros pudo ser demostrado con ocasión de numerosas esplenectomías practicadas por nuestro consejo en el curso de la anemia progresiva, que después de la extirpación aparece una gran cantidad de eritrocitos acompañados de numerosos elementos rojos nucleados, de los que los más pequeños contienen residuos puntiformes del núcleo. Estos elementos son ya conocidos desde hace muchos años y fueron llamados conforme á su descubridor cuerpos de Jolly. Se encuentran en cantidad escasa en el embrión y en la médula ósea del adulto, y ocasionalmente, pero siempre en número muy pequeño, en la sangre de los anémicos. Mientras que, en nuestros enfermos que habían sido esplenectomizados por padecer anemia perniciosa, los hematíes nucleados desaparecieron lentamente de la sangre ó se hicieron más escasos, los cuerpos de Jolly, en cambio, permanecieron en la misma proporción ó hasta aumentaron. En vista de que los cuerpos de Jolly fueron descritos ocasionalmente también en afecciones esplénicas ó después de la extirpación del bazo, según algunos otros datos recogidos en la literatura, nosotros creímos deber concluir en la existencia de una relación entre la decadencia funcional del bazo y la aparición de eritrocitos nucleados de Jolly en la sangre. Esos casos de aparición de eritrocitos nucleados de Jolly en la sangre fueron los siguientes: los de Huber, después de la extirpación del bazo en la policitemia y en la ictericia hemolítica que transcurre con esplenomegalia; un caso de Roth, de ictericia hemolítica, cuyo bazo se había extirpado años antes, y otro de Schur, en el cual se trataba de una anemia perniciosa que tenía un bazo atrofiado en alto grado, como demostró la autopsia ulterior.

Nosotros hemos hecho con Weinert la demostración de que los eritrocitos nucleados de Jolly no aparecen solamente en los enfermos del bazo, sino también en casos sin alteraciones del bazo, después de su extirpación. La existencia de los cuerpos de

Jolly fué observada aún después de muchos años en todos los enfermos operados. Esos casos fueron: siete de rotura del bazo; ocho de extirpación esplénica, consecutivos unos á la enfermedad de Banti, otros á la ictericia hemaolítica, otros á la pseudoleucemia infantil, y los demás á la tuberculosis esplénica. Además, yo tuve ocasión de encontrarlos en dos casos de esplenectomía debida á la tuberculosis. De todo lo dicho resulta que el bazo ejerce una influencia sobre la desaparición del núcleo de los eritrocitos en el sentido de que su extirpación provoca por largo tiempo un aumento de los eritrocitos nucleados de Jolly. Lo mismo experimenta modificaciones la fórmula de los leucocitos después de la extirpación del bazo. No obstante, éstos retroceden relativamente con rapidez.

Según nuestras actuales experiencias parecen durar muchos años las modificaciones descritas de los hematíes. En uno de nuestros casos todavía eran apreciables después de nueve años de la esplenectomía

Por medio de esos hallazgos aparece ahora una anomalía sanguínea muy interesante, que ya ha sido observada ocho veces después de la extirpación del bazo. Me refiero á la *policitemia* comprobada en los ocho casos citados. (Se trata allí de una policitemia duradera, diferente de la policitemia pasajera que algunas veces se observa inmediatamente á la esplenectomía, pero que desaparece de nuevo con rapidez.) Naturalmente, se podría estar inclinado, en primer lugar, á considerar una alteración sanguínea de esa naturaleza, consecutiva á la extirpación del bazo, como una disminución de la función destructora de la sangre debida á la ausencia de las funciones vicariantes. Pero hablan contra esto los casos de Cominotti y Lethaus en los cuales hicieron resaltar sus autores la presencia de elementos rojos nucleados, y también en nuestros propios casos hallamos numerosos eritrocitos nucleados de Jolly. Por consiguiente, en la sangre de tales individuos circulan muchísimas células jóvenes, y eso habla á favor de una neoformación aumentadora y en contra de una disminución. Es evidente, por lo tanto, que la policitemia aparecida después de la extirpación del bazo, es solamente un caso especial del trastorno general de la hematopoyesis, que tan sólo se apoya en una anomalía de la destrucción de los núcleos. Yo creo que para aclarar estas relaciones interesantes y correlativas entre el bazo y la médula ósea es preciso admitir la hipótesis de una acción hormonal del bazo en la forma más amplia, aunque todavía no hemos logrado determinar el hormón esplénico que regularía la eritropoyesis

de la médula ósea en el sentido de una acción paralizante.

Las observaciones de la aparición ocasional del policitemia después de la extirpación del bazo, hacen sospechar que también la policitemia corrientemente observada en los casos de esplenomegalia debe su origen á la pérdida de la función esplénica y á la falta de la suplencia vicariante de otros órganos. Si así fuera, se debería encontrar cuerpos de Jolly en semejantes policitemias. Hasta la actualidad sólo tuve ocasión de hacer experiencias en esa dirección en dos casos típicos, las cuales fueron negativas. Naturalmente, este asunto necesita todavía ulteriores estudios. De todos modos se deduce de lo expuesto que en la policitemia no está autorizada la extirpación del bazo de ninguna manera, pues ella podría agravar muchísimo la afección.

Además de las relaciones descritas, existen aún otras entre el bazo y la eritropoyesis de la médula ósea. Como lo han probado más modernas experiencias, debemos reconocer que el bazo procura que exista siempre en el organismo material suficiente para la formación de la materia colorante sanguínea. El bazo es un órgano en donde se verifican los cambios del hierro, como lo han probado las investigaciones de Asher y sus discípulos, así como también los ensayos hechos por M. B. Schmidt, independientemente de ellos. Según Asher y sus discípulos, los animales esplenectomizados expulsan más hierro que los animales con bazo, en igualdad de alimentación. Conforme han demostrado las investigaciones practicadas hasta hoy, esa anomalía continúa siempre muchos meses, y ha sido también comprobada por Bayer en los hombres esplenectomizados. Si ella desaparece á causa de la suplencia funcional por otros órganos, pueden enseñarnoslo numerosas observaciones. Los animales normales no se hacen anémicos tampoco con una alimentación pobre en hierro, pero los animales sin bazo, se vuelven rápidamente anémicos. Por consiguiente, el bazo es un órgano que retiene y almacena el hierro que queda libre en los cambios orgánicos y lo guarda como una reserva para el organismo. Según las observaciones de M. B. Schmidt, en la alimentación pobre en hierro, al fin desaparece en todos los órganos el hierro demostrable microscópicamente, mientras continúa siendo demostrable en el bazo.

Actualmente no se puede todavía comprender hasta qué punto es posible aclarar las anomalías descritas anteriormente de la eritropoyesis en la médula ósea sobrevenidas después de extirpar el bazo y considerarlas como un apoyo para explicar su función como órgano de los cambios materiales del hierro, ni tampoco la eleva-

da excitabilidad funcional de la médula ósea, ni la proporcionada aparición de cuerpos de Jolly, ni la policitemia que á veces se presenta.

Pero yo quisiera indicar, á propósito de eso, que M. B. Schmidt hace resaltar que el hierro del hígado se conduce, después de la extirpación del bazo, de un modo microquímico diferente que el hierro corriente de la hemoglobina. (Hämosiderin.) Por lo tanto se podía deducir que la diversa constitución de los residuos sanguíneos cuando falta el bazo, produciría asimismo una excitación distinta sobre la médula ósea que la ejercida por los productos de destrucción normales en los casos de existencia del bazo.

Yo creo que la antigua doctrina según la cual el bazo era una glándula sanguínea, se ha afirmado sobre una base exacta en virtud las experiencias más modernas que hemos expuesto.

Entre los aparatos aislados formadores y destructores de sangre, existen análogas relaciones que entre las demás glándulas con secreción interna. Ciertamente se puede hablar de efectos aceleradores, reguladores y paralizadores. Los trastornos tan grandes de la eritropoyesis en la médula ósea después de la pérdida de las funciones esplénicas y la transformación mieloide del bazo luego de la supresión de las funciones de la médula ósea, no pueden apenas ser aclaradas sino es admitiendo relaciones secretoras internas.

Estoy al final de mi conferencia y creo haber probado que nuestros conocimientos sobre el mecanismo funcional del bazo, bajo condiciones normales y patológicas, ha hecho en estos últimos años extraordinarios progresos. Debemos añadir que, indudablemente, se desarrollaron más problemas que los resueltos. El número de las nuevas cuestiones demostradas por las investigaciones más recientes, es extraordinariamente grande. Es de esperar que serán alcanzados, por la doble vía de la medicina experimental y de la medicina clínica, y en muy poco tiempo, mayores progresos sobre esta difícil é interesante cuestión.

Como final, resumiré en las siguientes conclusiones el estado actual de nuestros conocimientos sobre las funciones más esenciales del bazo.

1.º El bazo humano es un órgano generador de la sangre. En estado normal no tiene ninguna participación en la formación de los hematíes; de los glóbulos blancos sólo forma los linfocitos y los grandes mononucleares. El tránsito de éstos á la sangre no ha sido todavía probado con exactitud, pero, sin embargo, es muy probable que ocurra, pues de lo contrario se observaría la des

trucción de estas formas celulares en el bazo. El bazo puede formar también glóbulos rojos bajo ciertas circunstancias patológicas: en las leucemias, en las anemias y en las enfermedades infecciosas.

2.º El bazo es el sitio donde se verifica la destrucción de los hematíes. El prepara la hemoglobina para su ulterior transformación en bilirrubina al pasar por el hígado. El bazo juega, por lo tanto, un papel importante en los cambios de la hemoglobina, siendo por tal motivo un órgano coadyuvante del hígado.

3.º El bazo es un órgano en donde se fraguan los cambios del hierro. El retiene el hierro que circula libremente por el organismo, el cual también en una alimentación pobre en hierro es en general suficiente para conservar por largo tiempo en estado normal la hemoglobina del cuerpo.

4.º El bazo es una glándula sanguínea regional que no es solamente la tumba de los glóbulos rojos, sino también la de los glóbulos blancos, y además retiene á cuantos elementos extraños circulen en la sangre, especialmente los microorganismos, á quienes hasta cierto punto hace inofensivos. De ahí sus conocidas alteraciones en las enfermedades infecciosas. Es asimismo el lugar de formación de sustancias defensivas contra las bacterias.

5.º El bazo es un regulador de la función eritroplástica de la médula ósea. Los animales y los hombres esplenectomizados tienen permanentemente en su sangre eritrocitos nucleados de Jolly, los cuales representan un síntoma de un tipo de regeneración patológica de los eritroblastos. Este trastorno conduce en casos raros á una policitemia permanente, sostenida por la sobreexcitabilidad funcional de la médula ósea.

6.º Todavía no está determinada la importancia de las relaciones entre el bazo y la digestión, ni por qué el bazo aumenta de volumen en plena digestión y es al mismo tiempo más rico en sangre. El tiene además, al menos en algunos animales, la propiedad de contraerse; pero sobre este punto hay pocas observaciones seguras en el hombre. Estas contracciones dependen de un influjo nervioso. En todo caso, ellas influyen la cantidad de sangre contenida en el bazo.

7.º Todas las funciones del bazo son en general supérfluas. Muchos órganos se encargan con rapidez de ellas, y el organismo continúa generalmente viviendo sin trastorno visible de su fisiologismo después de la extirpación del bazo.

8.º No obstante, la proposición de que el bazo es un órgano inútil debe limitarse y ser formulada, en vista de las experiencias

más recientes, en la forma siguiente: el bazo es un órgano supérfluo para la mayoría de los hombres; pero existen individuos que no soportan la extirpación de él, reaccionando á ella con el grave trastorno de una policitemia.

CONDUCTA QUE DEBE SEGUIRSE EN LAS RETENCIONES PLACENTARIAS

POR EL

Dr. Álvaro Esquerdo.

Desde hace treinta años tengo que bregar en mi visita de Ginecología del Hospital de la Santa Cruz con retenciones de placenta, consecutivas unas á partos naturales y otras á abortos, teniendo que tratar á muchas de estas enfermas, unas veces agotadas por las persistentes hemorragias, otras en plena infección séptica, y de vez en cuando algunas con salpingitis y peritonitis. Como es natural, la conducta que debía seguir en estos casos me ha preocupado bastante, por tener que luchar entre la necesidad de intervenir y los peligros de la intervención.

Indudablemente, cuando la retención de la placenta se soporta bien puede uno tomarlo con calma, esperar á que se elimine espontáneamente ó escoger el momento más oportuno para proceder á la extracción. Aun así, no siempre podrá responderse de la inocuidad de la intervención, porque las manipulaciones que tienen que practicarse en el útero producen siempre desgarros y despellejaduras que son heridas abiertas para la infección; y como puede darse el caso que haya gérmenes sépticos con virulencia atenuada, es casi seguro que con la trasudación que se provoca, por los coágulos que se forman y por el trastorno que se produce en los tejidos, se exalte la virulencia, se despierte la infección y sobrevengan fenómenos inflamatorios, tanto en el útero como en las trompas, cuyas consecuencias no pueden preverse.

Por eso teníamos que andar siempre con vacilaciones, con recelo y con miedo, pendientes de que apareciese el escalofrío, el dolor del bajo vientre y la elevación de temperatura. Sobre todo el miedo de provocar ó exacerbar la salpingitis nos hacía ser muy cautos en la intervención; pero viendo que si las enfermas venían á reclamar nuestra asistencia en cierto estado de gravedad, pro-

ducido precisamente por la retención de la placenta ó fragmentos placentarios, que si persistían las hemorragias, se sostenía la endometritis y se desarrollaba la salpingitis era debido á la presencia del cuerpo extraño retenido y á la infección que por este hecho se desarrollaba; que muchas de esas enfermas, á pesar de estar bien vigiladas y atendidas, empeoraban, sin que pudiéramos contener el curso de la salpingitis ó evitar la muerte por septicemia ó por peritonitis, pensé si no sería más conveniente intervenir con decisión, y haber intervenido desde un principio, que esperar, dando ocasión á que se desarrollasen los acontecimientos que habían de obligarnos á intervenir en peores condiciones.

Al reflexionar sobre los hechos que iba observando, pensé si el temor á las complicaciones que pudiera determinar la intervención sería debido más á la manera de tratar posteriormente á la enferma que á la misma intervención. En realidad, haciendo embrocaciones ó aplicando paños calientes en el bajo vientre, empleando medicaciones internas de efecto inseguro ó más bien ilusorio, y dando irrigaciones vaginales, nos entregábamos á un plan expectante que equivalía á no hacer nada, haciendo ver que hacíamos alguna cosa.

Cuando nos lanzábamos á intervenir, confiados en las irrigaciones intrauterinas y en el taponamiento con mecha de gasa, veíamos que las irrigaciones, aun dadas cuidadosamente, no siempre eran eficaces ni evitaban algún escolofrío con subida de temperatura, lo cual se comprende muy bien teniendo en cuenta que el agua de la irrigación no siempre toca todas las paredes, y que algunas veces como en los úteros no reducidos y en los casos de anteflexión y retroflexión, puede quedar líquido retenido: veíamos que los taponamientos tenían que hacerse con mucho cuidado, dándonos el aspecto aparatoso de una nueva operación, y que por esto no podían evitarse las heridas del cuello al cogerlo con las pinzas para sujetarlo, ni las rasgaduras y destrucción de granulaciones al sacar y volver á colocar las mechas. Con todo esto no siempre se dominaba la infección y algunas veces se exacerbaba la salpingitis, lo cual se comprende, pues si bien la gasa desagua bien los líquidos, impide la salida de coágulos y detritus. Por esto es tan temible un raspado en los casos de endometritis con infección, y sobre todo si hay salpingitis.

Todos estos inconvenientes me condujeron á pensar si sería más conveniente dejar un drenaje bien establecido, para no tener que tocarlo hasta que estuviese dominada la infección y reducida la cavidad uterina, al objeto de que no pudiera haber retención. Te-

niendo presente lo que hacemos en todas las heridas cuando quedan espacios muertos, cuando no podemos evitar el rezumamiento, sobre todo si existía ó es de temer la infección, y sabiendo los excelentes resultados que nos dan los tubos de goma si están bien colocados y dirigidos á los recodos de la herida, pensé que lo mismo podría hacerse en el útero. Lo difícil era mantener los tubos fijos el tiempo necesario para evitar la retención, facilitar los lavados y dar tiempo á que se redujese la cavidad uterina. Esto podía conseguirse colocando tubos de buen calibre y paredes duras, agujereados de los lados sólo en la parte intrauterina, y sosteniéndolos con hilo de crin de Florencia, que atravesando el cuello del útero y la pared de los tubos los retuviese en la misma posición.

No insistiría sobre este punto del desagüe uterino por medio de tubos, del cual me ocupé en una conferencia dada en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña (1) y en una Memoria presentada al Congreso de Tocología, Ginecología y Perinatología celebrado en Valencia en el mes de Abril de 1913 (2); pero la indiferencia con que ha sido acogido el procedimiento por el público médico, y el desdén ó casi hostilidad con que fué oída la lectura de la Memoria en el citado Congreso, me obligan á insistir sobre lo fundamental, lamentando que algunos tocólogos y ginecólogos allí presentes no se hayan tomado el trabajo de ensayarlo si no necesitaban leer cómo se practicaba. Es sensible que no puedan estudiarse las ideas nuestras porque no vienen avaloradas con el marchamo de haber pasado las Aduanas. Como casi siempre tenemos alguna enferma en tratamiento en mi visita del Hospital, delante de los alumnos y de los médicos que asisten á ella hago consideraciones sobre este punto, haciendo notar la sencillez, la inocuidad y la seguridad del procedimiento. Otros habrían podido leerlo y comprobar los resultados.

El Dr. Guillermo Ribas, médico interno de la visita, que goza ya fama de inteligente y experto tocólogo y ginecólogo, tiene tal confianza en el desagüe por los tubos, que ya en 1912 (3) publicó un trabajo haciendo notar sus ventajas y encomiándolo, y animado por los resultados obtenidos después de seis años de experiencia no ha vacilado en declararse partidario decidido de la intervención pronta y radical en las retenciones placentarias abortivas (4). Los

(1) Publicada en la *Revista de Ciencias Médicas* (Marzo 1912) y en los *Anales de l'Académie i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya* (Febrero 1912).

(2) Publicada en el libro de actas de este Congreso.

(3) *Revista de Medicina y Cirugía* (Junio 1912).

(4) Véase el número de Junio de la *Revista de Ciencias Médicas*.

doctores Juan Soler y Luis Bosch, médicos internos, también de la visita, no vacilan en practicarlo, y algunos médicos que lo han visto practicar quedan encantados de la sencillez de la técnica y de la seguridad de los resultados.

Contando con este procedimiento no he vacilado en recomendar á todos los que asisten á mi visita la intervención inmediata para extraer la placenta así que pase un tiempo prudencial sin ser expulsada. El tiempo éste debe conocerlo el tocólogo mejor que el médico, y precisamente porque lo conoce no abandona á la partera sin tener la placenta en las manos, ó si se ve obligado á dejarla dentro, se marcha receloso y preocupado. Es porque si la placenta no se expulsa antes de una ó dos horas después del parto se debe á alguna anomalía de sus inserciones, de la fuerza de contracción del útero ó á alguna imprudencia cometida. Es porque sabe que la placenta retenida ni favorece al útero ni á la enferma y en cambio puede ser motivo de hemorragia, de infección uterina ó de reacción inflamatoria. No la deja por gusto, sino por miedo á que su intervención pueda resultar perjudicial.

Las reflexiones que yo me he hecho varias veces delante las retenciones placentarias y siempre que he tenido que intervenir en infecciones intrauterinas, bastante frecuentes en la visita, porque allí acuden enfermas no atendidas ó atendidas en malas condiciones, tanto por el personal como por la falta de medios, me han conducido á pensar que, al fin y al cabo, el útero después de un parto ó de un aborto reciente no deja de ser una herida cavitaria, con la agravante de que háy senos abiertos ó boquillas venosas en que pueden fijarse los gérmenes sépticos para difundirse por las venas; de que hay boquillas linfáticas, fondos glandulares é instersticios musculares por donde pueden insinuarse los gérmenes sépticos y absorberse los productos de descomposición; de que hay las aberturas de las trompas con sus conductos largos y tortuosos por donde pueden penetrar los gérmenes sépticos, acantonarse en activa virulencia ó correrse al peritoneo; y de que el cuello del útero, sea por efecto de la ingurgitación propia de la reacción inflamatoria ó por exceso de contracción, propende á cerrarse, determinando la retención de lo que haya dentro de la cavidad. Si nos fijamos en las modificaciones que ha sufrido el tejido uterino por efecto del embarazo y parto, y por las manipulaciones que algunas veces han tenido que hacerse para terminar el parto, es fácil convencernos de que la herida uterina sale perjudicada para defenderse de la infección. En cambio el proceso de infección está siempre favorecido: por la poca resistencia del tejido uterino cuan-

do el parto ha sido lento y accidentado; por las pérdidas de sangre que ha sufrido la enferma; por la retención de coágulos, debido á la dificultad del desagüe; por la retención de detritus (tejidos ó elementos celulares muertos), y por la retención de placenta ó trozos de ella. Precisamente en los partos lentos, cuando han tenido que hacerse manipulaciones y cuando el útero está atónico, que es cuando hay más propensión á que se retenga la placenta por la falta de reducción rápida, sobrevienen las retroflexiones y ante-flexiones que hacen tan difícil la limpieza y el desagüe.

Hasta suponiendo que el parto ó el aborto se hayan verificado sin intervención, y por lo tanto sin manipulaciones que hayan podido llevar la infección de fuera á dentro, en cuanto haya retención uterina lo más probable es que el útero se infecte, tanto por los gérmenes patógenos de que no puede librarse en absoluto la vagina, como la proximidad á aberturas de excreción.

En cavidades naturales sin herida, como son la vejiga urinaria, la vejiga biliar y la pelvis renal, en cuanto hay un cuerpo extraño retenido se produce una irritación, y si penetran gérmenes sépticos se desarrolla la infección. En cambio si se establece un desagüe directo al exterior, la infección se domina fácilmente. Si de paso se extrae el cuerpo extraño, curan los trastornos que se hubiesen desarrollado. En la cavidad uterina, que está en comunicación directa con el exterior, la presencia del cuerpo extraño (placenta, detritus ó coágulos) y su descomposición forzosamente han de dar motivo á la infección por la penetración de gérmenes que existen en la vagina. Los mismos líquidos retenidos, aunque sea el agua que queda después de una irrigación mal dada, se convierten en productos sépticos. Prueba de ello es el escalofrío que algunas veces sobreviene después de una irrigación intrauterina en que la evacuación haya sido incompleta. Suerte que cuando el útero está en buenas condiciones de defensa, con la trasudación abundante que la misma irritación provoca y las contracciones repetidas es expulsado el contenido y se cierran las boquillas venosas y linfáticas. Por esto, en las parteras de abundantes loquios é involución rápida del útero son poco de temer las infecciones puerperales, mientras que en las de útero atónico con ante-flexión ó retroflexión la escasez de loquios hace temer que se presente la calentura, signo de la infección.

No puede negarse que hasta estando el útero en buenas condiciones de defensa y verificándose bien el desagüe, la existencia del cuerpo extraño, placenta, fragmento placentario ó coágulo, obrando como cuerpo extraño tiene que provocar reacción de de-

fensa que se traduce por congestión crónica (infarto uterino) con proliferación celular alrededor de los orificios glandulares (endometritis fungosa), que evita la completa involución y produce dolores, sostiene leucorreas y hemorragias, pudiendo ser causa de reacción febril. También á fuerza de persistir el hecho puede causar salpingitis y salpingo-ovaritis. En mujeres de pocas energías y mala conformación de las trompas es casi seguro que una endometritis ó una infección sostenidas por el cuerpo extraño acabarán por producir lesiones anexiales, inutilizándolas para nuevas concepciones, si no obligan á una intervención para curar los sufrimientos consecutivos.

De consiguiente, la retención placentaria, aun siendo benigna y no provocando fenómenos sépticos, dolores ni trastornos circulatorios, es un peligro para la sanidad y buen funcionamiento del aparato sexual.

En las heridas de las otras partes del cuerpo, aun las que nosotros producimos asépticamente y podemos tratar asépticamente, es regla de buena cirugía que se dejen bien limpias, y si no puede evitarse el rezumamiento de sangre ó de linfa, sobre todo si no pueden coaptarse y mantenerse bien coaptadas las paredes, que se deje establecido un buen desagüe, dando la preferencia á los tubos de goma sobre las mechas de gasa, á no ser que sea necesaria la compresión para contener la hemorragia. Sólo en las heridas infecciosas que podemos mantener abiertas sin peligro acudimos al taponamiento. Es porque los tubos de goma, á la par que facilitan la salida de los líquidos, nos permiten dar abundantes lavados si por desgracia se infecta ó está infectada la herida. Nadie duda respecto á la conveniencia de sacar los coágulos ó tejidos muertos, si los hay, llegando hasta abrir de nuevo la herida si conviene para dominar la infección. Se dirá que procedemos así en estas heridas porque las tenemos á la vista y al fácil alcance de la mano, cosa que no ocurre con la herida uterina. Precisamente por esto debemos empeñarnos más en prevenir y dominar la infección del útero.

Si admitimos este criterio para las heridas comunes, no debiéramos discutir la conveniencia de limpiar bien la cavidad uterina y asegurar un buen desagüe. Lo único que puede detenernos en la aplicación de este criterio es la molestia que puede producir la intervención. el peligro que ésta lleva consigo por la dificultad de poner el útero al alcance de la vista y de la mano y la inseguridad de que la maniobra sea inocua y la limpieza perfecta. Para poner el útero á la vista tenemos que colocar á la enferma en posición

ginecológica, cosa que casi siempre le repugna y molesta, tenemos que colocar valvas y coger el cuello con pinzas, lo cual es más ó menos doloroso; la presa de las pinzas, sobre todo si no se hace cogiendo bastante tejido y se tira con cuidado, puede producir rasgaduras de alguna consideración. Algunas veces tiene que dilatarse el cuello para proceder á la exploración de la cavidad y extracción de lo que haya, acto que por ser bastante doloroso puede requerir anestesia general. Así es que la sola preparación ya representa un acto operatorio en el cual se ve algún peligro. Además, para proceder á la extracción tienen que hacerse maniobras intrauterinas que requieren cuidados y preparación asépticos, pues por más pericia que se tenga y por cuidados que se pongan no puede evitarse producir rasgaduras ó destrucción de granulaciones que dejen una nueva herida en tejidos ya infectados ó en disposición de serlo. Es indudable que la intervención, por bien hecha que sea, ha de producir un trastorno y puede avivar una infección amortiguada. En esto se apoyan los que sostienen, como Winter, que mientras la infección esté en actividad, ó sea mientras haya dolores y temperaturas, no debe intervenir, porque el efecto puede ser contraproducente. Creo que si no fuera por estas consideraciones, todo el mundo sería partidario de la intervención inmediata. Lo que debiera hacerse es averiguar si bien medidas las cosas la abstención ó sea la espera á que sobrevengan accidentes que obliguen á la intervención, es ó no más peligrosa que una intervención bien hecha.

Puede esperarse un tiempo prudencial, cuya medición se debe dejar al buen criterio del tocólogo, para cada caso; pero cuando pasadas cinco ó seis horas la placenta no se ha desprendido y eliminado debe pensarse en extraerla, sobre todo si provoca dolores y sostiene hemorragias, y en cuanto se vea que por su retención aparece reacción febril, no debiera dilatarse la intervención. Si por no haber procedido oportunamente se desarrolla la infección, en lugar de esperar á que ésta se atenúe, exponiendo á la enferma á contingencias desagradables y hasta á un peligro de muerte, debiera procederse á la extracción.

He visto casos de retención placentaria prolongada bien soportada por la paciente. Recuerdo á una enferma á la que tuve que extraer la placenta de un aborto de tres meses á los trece meses de haber abortado; á otra que vi en consulta en Alicante á los siete meses de haber abortado, y en la cual diagnosticué un fibroma intersticial, engañado por la persistencia de las hemorragias y la apreciación de un bulto duro en el fondo de saco posterior,

cuya enferma expulsó poco tiempo después una placenta y quedó curada; á otra que vi en mi consulta particular, con dolores y leucorrea sanguinolenta persistente, cinco meses después de un aborto, encontrando el fondo de saco posterior lleno de masas abollonadas que tomé por salpingo-ovaritis, la cual poco tiempo después expulsó la placenta y quedó curada. Podría citar varios otros casos de enfermas que ingresaron en la visita del Hospital tres ó cuatro meses después de haber abortado, motivando el ingreso los dolores y la leucorrea sanguinolenta, en las cuales se ha encontrado la placenta retenida. De consiguiente no puedo creer que en todos los casos de retención placentaria haya de haber septicemia, salpingitis y peritonitis; pero aun en los casos antes citados que toleraron bien la placenta, las mujeres no volvieron al buen estado de salud hasta que expulsaron la placenta ó les fué extraída. De modo que si la tolerancia puede servir de argumento á los partidarios de la intervención, la invalidez de la enferma, las molestias y sufrimientos que tiene y el peligro que corre por la retención han de ser un argumento de peso para decidirse por la intervención.

En donde está más justificada la pronta intervención es en las retenciones postpartum. Hemos tenido ocasión de ver enfermas que han ingresado en la visita del Hospital, á los tres ó los cuatro días y hasta una á los ocho con la placenta retenida; pero ¿en qué estado vienen estas enfermas? Extenuadas por la hemorragia, en plena septicemia y con peritonitis mortales. Algunas hemos conseguido salvar procediendo á la extracción y colocando el desagüe uterino con los tubos de goma, pero en las más ha sido inútil la intervención. Se comprende que cuando una enferma lleva la placenta más de dos días retenida, aun cuando el parto haya sido normal, la placenta acaba por descomponerse y ser presa de los gérmenes sépticos, dando lugar, como cuerpo extraño y como tejido infectado, á una endometritis séptica que se propaga fácilmente por las trompas y por las venas. Es probable que una intervención pronta hecha en estas enfermas con poco cuidado, con poca pericia y en malas condiciones hubiese dado el mismo resultado, pero si se hubiese hecho la intervención pronto, de la manera debida, es lo más probable que se hubiesen salvado todas.

(Se concluirá)



UNA LECCIÓN DEL PROFESOR RECLUS

SOBRE LA ANESTESIA REGIONAL
POR LA SOLUCIÓN DE NOVOCAINA-ADRENALINA

Esta lección del malogrado cirujano francés fué dictada delante de un auditorio de cincuenta cirujanos pocos días antes del fallecimiento de Reclus.

Tomada taquigráficamente, conserva todo su sello de simplicidad y de ciencia y esperamos que será leída con verdadera complacencia por nuestros profesionales.

Distinguidos colegas y amigos míos:

Es para mí un gran honor, el tener que hacer una demostración práctica de mi procedimiento de anestesia local con la Novocaína y adrenalina ante un tan selecto auditorio. Nunca he sentido un placer tan intenso como el que ahora siento, pero es cierto también que nunca he tenido frente á mí, un número mayor de notabilidades en el órden quirúrgico.

Vais á ver, colegas y amigos, como es posible con la anestesia local, verificar casi todas las operaciones que son del dominio del arte quirúrgico en el día, y no os extrañe verme tan excitado y tan ardiente defensor de mi método de anestesia local; habéis de saber que ya se elevan á más de 5.000 el número de operados por mí, y nunca tuve un fracaso y me afoano cada día más en divulgar sus excelencias por todas partes, quiero que todos lo conozcan, que todos lo apliquen, que goce de sus beneficios la humanidad doliente.

Vais á juzgar por vuestros ojos la calidad del procedimiento y al efecto, me permitiréis que os ofrezca presenciar cuatro operaciones todas de distinta naturaleza y las cuatro practicadas por diferentes personas, es decir, por mí y por mis amigos ayudantes.

PRIMER CASO

Diagnóstico. — *Varicocele* con tendencia á la atrofia del testículo.

Previa desinfección de la región con la tintura de yodo, se coloca sobre el sitio donde debe hacerse la incisión, una gasa impregnada con la solución anestésica, espero uno, dos ó tres minutos mientras mis ayudantes arreglan las jeringas para la inyección,... ya está... ahora pongo la primera, muy suavemente... y sobre el sitio en donde ya he inyectado líquido, allí pongo otra

inyección y así sigo siempre en la línea operatoria... bien, señores, ya he terminado de inyectar el anestésico, ahora voy á prepararme para la operación... como ustedes ven... todo está listo... mis guantes... y un poco de yodo... y vamos á dar comienzo.

Con la pinza de presión curva, mi ayudante me señala toda la porción de escroto que debo reseca... ya está colocada la pinza, y deben tener presente que el borde convexo de la pinza, siempre debe quedar arriba.

Ya está la pinza puesta y el sujeto no ha sentido el dolor de la fuerte presión de la pinza; ahora mi ayudante me dá una aguja de Reverdin y vamos á colocar unos puntos de sutura en U por debajo del borde cóncavo de la pinza; uno... dos... tres... cuatro y cinco... es suficiente; ahora anudamos estos hilos y ya podemos reseca el escroto, sin temor á perder una gota de sangre... mi ayudante va á hacerlo con las tijeras .. ya está reseca la parte de escroto sobre el dorso de la pinza.

Ahora quitamos la pinza... ya está... ni una gota de sangre... mi ayudante va á poner unos cuantos agrafes en la piel... y está la operación terminada.

Tiempo empleado en la operación: 5 minutos.

He ahí, señores; este enfermo no ha sufrido absolutamente nada. Ustedes han visto su fisonomía durante todo el tiempo de la operación, no se ha dado cuenta de lo que se le hacía; ni dolor.. ni sangre... y la tensión sanguínea que estaba un poco baja, como lo demostraba el «Pachón», ha aumentado por efecto de la adrenalina de la solución anestésica.

Ustedes podrían creer, que tal vez yo, por mi mucha práctica en este asunto, seré el único que consiga tan buen resultado, pero no;... éstos jóvenes amigos míos, ayudantes míos van á repetir la anestesia en los casos que ahora mismo y con el permiso de ustedes van á operar y ruego á ustedes que cuando salgan de acá, (me refiero sólo á los pocos que no hayan usado este método de anestesia) lo practiquen, no dejen de hacerlo, que de esa manera tendré yo el placer que venga á la mente de ustedes el recuerdo para el viejo profesor Reclus, de Paris, que siempre estará á las órdenes de ustedes.

Y basta de palabras...

Mi ayudante Mr. Schwarz, profesor agregado de la Facultad, va á practicar la operación de la hernia inguinal (cura radical).

En este caso, señores, la anestesia local se va haciendo por planos; es decir, piel... tejido celular... aponeurosis y por último cuello de la hernia.

Como ustedes ven, el operador comienza á poner la primera inycción de anestésico y sigue... sigue siempre... sobre la línea operatoria, después de hacer esto, hay que esperar un instante, mientras se hace la absorción del líquido, cosa un poco morosa por la vaso constricción que produce la adrenalina.

Hay que tener paciencia, amigos míos, no temamos que pasen los efectos de la anestesia local, pues ésta dura hora y media... bien señores... comienza en este instante la operación, como ustedes ven, se ha incidido la piel y tejido celular, no sale una gota de sangre.

Ahora va anestesiar las aponeurosis, para abordar el conducto inguinal... ya está hecha la anestesia y observen ya que el operador va derecho á buscar el saco de la hernia, después de puestos al descubierto los elementos del cordón.

Ya está abordado el saco y está lleno en su cavidad de epiplón,... fíjense ahora, cómo el enfermo siente la maniobra del operador que busca con su dedo, si el saco está adherido y esto es señores, á causa de que el peritoneo es sumamente sensible... se va anestesiar ahora, el cuello de la hernia... ya está... ahora va el operador á reseca la porción de epiplón que está en el saco y van á ver ustedes cómo el enfermo va á sentir dolor, cuando se anuden los hilos de las ligaduras... ahí está.. el enfermo siente, es señores, el plexo solar que se irrita.

No olviden, que cuando se trabaja con el peritoneo, al tiempo de cerrar los nudos, no deben de hallarse los hilos á distancia porque esto excita el plexo nervioso... deben de tomarse los hilos muy cerca de la gazada y ajustar con el pulgar y el índice de cada mano para abajo por decirlo así... y suavemente, de lo contrario produciremos dolor.

Bien señores... ya está libre el saco y reseca el piplón, ahora... se vá á cerrar el peritoneo y dejarlo que entre al vientre, por último mi amigo Shwartz va á terminar la operación reconstituyendo la pared y quedará el operador libre para poder salir de la sala de operaciones, porque siempre digo yo á mis alumnos, como principio general tratándose de hernia: *que el cirujano no debe de salir de la sala de operaciones mientras la hernia no haya entrado.*

OBJECION HECHA POR UN CIRUJANO AMERICANO:

Profesor, en el caso de que en el curso de la operación de la hernia inguinal, el enfermo contrajera los músculos de la pared

del vientre ¿cómo se afrontaría? ¿dando al enfermo anestesia general?

RESPUESTA DEL PROFESOR RECLUS:

Señores: la contracción muscular es un signo de defensa, desde luego si el enfermo se defiende es que sufre; si la anestesia local está bien hecha, el enfermo no debe sentir, si siente es por culpa del cirujano, que no supo esperar el tiempo necesario para que el anestésico produzca sus maravillosos efectos.

Yo señores, tengo por principio, *que cuando se tiene la vida de un enfermo entre nuestras manos, no hay derecho para apurarse.*

Y contestando á la última parte de la interrogación, diré que, no queda otra cosa que, hacer de nuevo la anestesia de ese plano muscular, y esperar entonces un poco para seguir la operación; es decir, perder 10 minutos de tiempo precioso, por no haber tenido antes la paciencia de esperar 5.

Y vamos, señores, al tercer caso porque el tiempo vuela.

Se trata, señores, de una desgarradura incompleta del periné á consecuencia de un parto, hace de éste seis meses, porque han de saber ustedes, que á pesar del adelanto que hay en Francia en lo que respecta á la asistencia de la parturienta, siempre tenemos que lamentar accidentes como el presente, pero nada más que éstos, pues las fistulas vesico-vaginales que también se originan á consecuencia de un mal parto, son rarísimas entre nosotros.

En estas operaciones del periné, es en donde debe aplicarse un método de anestesia local, sin exclusión de ningún caso; es aquí donde he obtenido mis más brillantes resultados.

Tiene las ventajas siguientes:

1.^a No hay sangre en el campo operatorio durante un solo momento y bien saben ustedes, lo fastidioso que es en estas operaciones, no ver lo que se hace, que es lo que pasa cuando se opera con anestesia general.

2.^a La inyección de la solución anestésica debajo de la mucosa vaginal, es una especie de *hidrotomía* que dá un plano de clivaje admirable y que solo con el dedo permite hacer la separación de la mucosa vaginal, que hay que resecar.

3.^a Las enfermas siempre vienen á la sala de operación deprimidas, por efecto mismo de la operación que van á sufrir, y la adrenalina de la solución anestésica levanta la tensión sanguínea.

Mi ayudante el señor Kendirjy va á verificar en la paciente, la

operación de la Colporrafia anterior y de la Colpo-perineorrafia.

Ya está la enferma en la posición operatoria; ven ustedes, señores, que el operador coloca dentro de la vagina una gasa impregnada en la solución anestésica (por supuesto que ya está la vagina desinfectada al yodo), se espera unos minutos para que la mucosa vaginal esté anestesiada... y una vez que lo está, se comienza á hacer la inyección de la solución anestésica, haciéndola muy suavemente y en diferentes sitios, para que así la difusión se haga con mayor rapidez.

El operador comienza como ustedes pueden ver por anestesiar la porción anterior de la vagina en donde va á ser la colporrafia anterior... ya está hecha la anestesia... ahora con el bisturí, señala la porción de vagina que va á resecar y vean cómo con el dedo; separa con toda facilidad la túnica vaginal... ya está separada ésta... ahora hace la sutura con crin de Florencia y está terminada la primera parte de la operación. La Colpo-perineorrafia»;... ya comienza á inyectar el anestésico... espera unos instantes... ya está hecha la anestesia... ahora con las tijeras corta el reborde exterior de la vagina, que está comprendido entre las dos pinzas que sirven de límite, señalando lo que hay que resecar... vean ustedes cómo, con la uña de su índice, despeja la mucosa vaginal... ya está levantada toda la porción que es necesario resecar; ahora ven ustedes cómo es que no habiendo en el campo operatorio sangre, levantando la mucosa vaginal, se pueden abordar fácilmente los músculos elevadores del ano... hay que anestesiar ahora estos músculos y una vez que lo estén, el ayudante va á suturarlos para dar de esa manera resistencia al piso perineal y con esto queda terminada la operación, por supuesto que es entendido ya, que después de hecha la sutura ó unión del músculo, se reseca la porción vaginal que excede y se sutura ésta al crin como la anterior.

La intervención ha durado 45 minutos.

Señores: por ser la hora avanzada, me limito sólo á estos tres casos, el cuarto caso era un método especial que tengo para operar por medio de la anestesia local, las hemorroides, pero les haré gracia de él por ser un poco tarde.

Para terminar, daré á ustedes algunos detalles necesarios en la preparación de la solución anestésica.

Adjunto á mi servicio de Hospital, tengo un Farmacéutico á quien debo de agradecer el gran interés que se ha tomado en la preparación de la solución novocaina-adrenalina y es quien ha reglado la técnica de su modus operandi y ha conseguido además

la esterilización de la solución de novocaina á 132° centígrados, sin descomponerse.

La técnica es la siguiente:

Se toman 100 c. c. de solución fisiológica y allí se disuelven 0,50 grs. centígrados de novocaina, y se colocan en un baloncito para llevarlo al autoclave.

Y aparte, se tiene en ampolletas, bien esterilizadas y cerradas á la lámpara, 25 gotas de solución al milésimo de adrenalina.

Estas dos substancias sólo deben de ponerse en contacto en el momento mismo de usarse, de esto depende el éxito de la anestesia, pues mi amigo el Jefe de la Farmacia del servicio, ha hecho estudios al respecto, y ha puesto fuera de discusión el que, la novocaina y adrenalina en contacto durante más de 15 minutos, generan entre sí cuerpos de distinta naturaleza y de propiedades físicas y químicas, diferentes á las de los cuerpos que les dieron origen, debido esto á fenómenos de doble descomposición y resulta que, si hacemos la mezcla mucho antes de usarla, inyectamos al paciente, un líquido que no es anestésico ni es hémotático. Estos son, señores, los fracasos ruidosos de mi procedimiento, hoy felizmente bien explicados y fácil es de evitar.

Voy á suplicarles, señores, que sean indulgentes, si algo he omitido en el transcurso de mi conferencia, sabrán disimularlo ustedes y tengo además que pedirles que me dispensen por el tiempo que los he tenido en la sala de operaciones para presenciar tres operaciones, las tres muy sencillas y les digo esto, porque vienen ustedes del país en donde el *time ist money* está á la orden del día y en donde los cirujanos operan con una rapidez portentosa, haciendo un verdadero sport del Arte Quirúrgico, pero yo y mis ayudantes, estamos habituados á la tranquilidad, y sacrificamos el tiempo al bienestar del enfermo, y á mis alumnos les repito todos los días que:

*«la bien aise du malade se produit avec
la malaise du chirurgien.»*

No me queda otra cosa, mis amables colegas, que darles las gracias, por la atención con que han oído mi conferencia é invitarles á concurrir todos los días á esta clínica, en donde encontrarán ustedes la misma hospitalidad y el cariño que en los países de América dispensan á los médicos de la Francia.

París, 23 de junio de 1914.

RAÚL FLORES.

(*La Reforma Médica*, de Lima.)

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INSUFICIENCIA DEL CORAZÓN

Por el Dr. D. ANTONIO MUT

Los ligeros desórdenes que revelan las primeras desviaciones morbosas, constituyen una categoría de situaciones especialísimas, de un interés clínico extraordinario; porque es lo cierto que la práctica médica, frente á esas situaciones, no opone la actitud modificadora de la higiene ni el oportuno esfuerzo terapéutico. Dada nuestra manera corriente de «hacer», lo general es que el médico no vea más que enfermedades que terminan, escritas con tan gruesos caracteres, que el diagnóstico, y sobre todo el pronóstico, puede hacerse desde lejos. Esperamos generalmente á que se presente una sintomatología orgánica á troquel, y dejamos pasar, con bastante frecuencia, la fase curable de las enfermedades, por nuestro desconocimiento de esas primeras delineaciones morbosas, en las que no se puede decir que la enfermedad existe en estado latente, sino que de hecho ha empezado ya, y progresivamente caminará hacia la ruina.

Este es el lado malo de nuestra educación científica actual, basada casi exclusivamente en el anatomismo localizador, creado por las escuelas francesa y alemana, como base de estudio de las enfermedades. Eso de que la cuestión de *sitio* es más importante que la de *naturaleza*; eso de las *patologías locales*; eso de que de las perturbaciones funcionales no se pueden obtener más que trastornos *mecánicos* y *químicos*; eso de que el corazón no es más que una bomba aspirante-impelente, y eso de que para diagnosticar una lesión cardíaca haya que esperar á que se presente un soplo ó á que el individuo se ponga anasárquico, ha traído á la clínica un perjuicio transcendental y positivo, porque nos ha hecho olvidar el estudio de lo que llama J. Héricourt *enfermedades menores*, más numerosas y de cierto más curables que los estados mórbidos confirmados ó *enfermedades mayores*.

Esta es la razón de que el pronóstico sea tan negro en muchas dolencias y de que las cardiopatías gocen fama de enfermedades incurables. Para que el médico establezca el diagnóstico de una enfermedad, generalmente, es preciso que ésta se halle marcada por alguno de los signos de mayor relieve, cuando ya la gravedad es cierta. Será preciso, por lo tanto, si queremos contribuir de algún modo á que la gente no se siga muriendo del corazón lo mis-

mo que hace siglos, poner especial cuidado en la observación de fenómenos, quizás más sutiles que los comunes y ordinarios que hemos aprendido en los libros, pero que, permitiéndonos diagnosticar más precozmente los grados ligeros de insuficiencia cardíaca, nos pongan en camino de establecer la debida terapéutica, con mayor oportunidad y mayores probabilidades de éxito.

Así lo han entendido hace tiempo ya los fisiólogos, los cuales se esfuerzan en buscar signos reveladores de las primeras fases de la enfermedad, convencidos de que únicamente en estas etapas es cuando un tratamiento bien dirigido puede mostrarse eficaz, y así también los ginecólogos, los urólogos, etc., etc.

Todo el campo de la patología cardíaca está dominado por el hecho de que el corazón sea suficiente ó no á cumplir su trabajo en las debidas proporciones. Sea cualquiera la lesión que sufra el órgano, mientras éste pueda suministrar á los demás tejidos la cantidad necesaria de sangre para sus cambios nutritivos, aquélla, la lesión no pasará de ser un hecho anatómico muy interesante, sin duda para el diagnóstico, pero sin transcendencia terapéutica. La llamada *compensación* no es más que esto; es decir, que el corazón dispone de una cantidad de energía que se transforma en cinética cuando es necesario, y esa fuerza de reserva es precisamente la que permite aumentar el trabajo del órgano, siempre que algún obstáculo, resida donde quiera, exige que aumente el rendimiento. El pronóstico y tratamiento de las enfermedades del corazón se basa sobre este principio de la energía acumulada.

Que el corazón sea afecto de una válvulopatía, de una perturbación en sus funciones fundamentales, de procesos arteriales con repercusión cardíaca, en tanto el músculo del corazón disponga de suficiente cantidad de fuerza de reserva para luchar contra esas anomalías, el enfermo no se considerará enfermo; mas, así que dichas reservas de energía comiencen á agotarse, aparecerán los signos clínicos, el enfermo comenzará á sufrir, la insuficiencia miocárdica se declara y la terapéutica activa debe intervenir cuanto más pronto mejor. En descubrir á tiempo los primeros signos de la insuficiencia cardíaca reside todo el éxito del tratamiento en los enfermos del corazón.

¿Y cuáles son estos signos? Pues, señores, véase aquí una prueba de la sinrazón de las razones de las escuelas extranjeras, que pretenden que el diagnóstico topográfico usurpe el lugar jerárquico del clínico. Los primeros signos de la insuficiencia del corazón, ni en el examen físico de este órgano nos dice absolutamente nada, en una gran mayoría de ocasiones. Estos signos precoces hay

que buscarlos en otros sitios, muy principalmente en el aparato respiratorio.

Síntomas por parte del aparato respiratorio.— Llevo ya bastantes años, como saben ustedes, de práctica de auscultación, y aun cuando no he llegado, ni seguramente llegaré nunca, á descubrir todos los secretos de este medio exploratorio ni su exacta interpretación, algunas consecuencias he podido obtener de esta experiencia; y una de ellas, relacionada con la cuestión que nos está ocupando, es la de que á estos propósitos, la auscultación de la región torácica posterior es, con mucho, más interesante que la anterior.

A los queridos compañeros que conmigo trabajan en el Dispensario les deben «doler los oídos», como suele decirse, de oirme repetir innumerables veces las siguientes palabras: «Auscultar la espalda». Y, en efecto, esos compañeros son verídicos testimonios de que muchas veces la auscultación de la espalda les ha dado cuenta y razón del por qué de los síntomas subjetivos que acusaban los enfermos, en tanto que el reconocimiento anterior no había dado resultado alguno. Muchos, muchísimos enfermos que se quejan de que les molesta la tos y se fatigan cuando hacen algún ejercicio, y en los que el examen de la pared anterior del pecho no demuestra anomalía alguna, ofrecen signos físicos evidentes cuando se ausculta la espalda. Tan frecuentes son estos signos, que se puede afirmar los presentan el 90 por 100 de los adultos que pasan de los cuarenta años, y cuya respiración se hace difícil ó trabajosa al esfuerzo.

Los vértices del pulmón son, á no dudarlo, los puntos menos ventilados y más expuestos á la infección tuberculosa; pero, mecánicamente, hidrodinámicamente, son las bases, las partes en que más pronto se observan los signos del éxtasis venoso.

En cuanto el corazón comience á perder su función tónica, en cuanto el miocardio se debilite por la causa que quiera, es la circulación pulmonar la que primero se resiente, ya porque éste árbol se encuentre más próximo y más relacionado anatómico fisiológicamente; ya porque el ventrículo derecho, menos potente que el izquierdo, se deje dilatar más fácilmente; ya porque aquella cavidad es la que lleva el peso de la compensación en todas las lesiones mitrales, y en las arteriales que se utilizan en los últimos períodos.

La experiencia enseña que la auscultación de las bases, cuajadas de finos estertores, constituye uno de los más precoces de la insuficiencia cardíaca. Pero, ¿todos los estertores que se perciben en la espalda indican la impotencia del corazón? Evidentemente,

no. El reconocimiento de la espalda, pródiga en signos físicos, da mucho que hacer al clínico, porque plantea numerosos problemas de significado é interpretación difícil y delicada. Sin contar la existencia de derrames pericardíacos posteriores, capaces de hacer caer en el error al médico más experimentado, los derrames pleuríticos enquistados, la hipertrofia de la aurícula izquierda y los soplos valvulares, sólo auscultables en esta región, ofrece la espalda, sobre todo por su parte inferior, signos anormales, que es preciso distinguir para formular un diagnóstico acertado. Estos signos son los más frecuentemente: macidez á la percusión, aumento de las vibraciones vocales, soplo bronquial y estertores de chisporroteo. Ahora bien; estos fenómenos pueden observarse en la induración pulmonar y en las pneumonías y broncopneumonías crónicas, para no tener en cuenta más que los estados que puede presentarse sin fiebre. ¿Cómo sabremos, pues, cuándo estamos frente á una insuficiencia cardíaca incipiente y cuándo no?

Pues es sencillo. La insonoridad pulmonar, la broncofonía y el soplo tubario, son los tres signos cardinales de la condensación pulmonar, llámesela hepatización, esplenización, induración, cirrosis, impermeabilidad, etc., etc., que en esto de nombres nunca andamos escasos. Ello indica una anaireación pulmonar; que un territorio más ó menos extenso del campo alveolar se ha transformado en una masa sólida, bien por la presencia de exudados, bien por producciones neoplásicas, bien por compresiones exteriores. Ahora, esta impermeabilidad pulmonar de las bases, acompañada ó no de estertores de finas burbujas, es muy frecuente hallarla en los cardíacos; pero, digámoslo pronto, dicha lesión no constituye un síntoma *precoz* de la insuficiencia del corazón, sino una lesión ya avanzada del parénquima pulmonar, de un verdadero proceso flogístico.

Debemos, por consiguiente, incluir aquí todos los residuos, los vestigios de inflamaciones pulmonares agudas, las inflamaciones crónicas lobulares, lobulillares, peri bronquíticas y tuberculosas, y el llamado pulmón cardíaco.

En este punto surge á la mente del clínico otra cuestión, que no desarrollaré para no involucrar asuntos, pero que he de mencionar, y es la de distinguir cuando la condensación del parénquima pulmonar es consecutiva á la lesión cardíaca concomitante y cuando el proceso del pulmón es primitivo, y, por tanto, causante directo de la afección cardíaca. Se repite aquí el mismo problema que con tanta frecuencia debe resolver el médico en las alteraciones renales que acompañan á las cardiopatías. ¿Es un corazón re-

nal ó un riñón cardíaco? Porque no basta, no debe bastar hacer el diagnóstico de que ambos órganos están enfermos, sino conocer cuál lo ha sido primeramente, esto es, saber cuál es el origen del padecimiento, porque eso es lo que interesa al terapeuta en acción y á la salud del enfermo en primer lugar.

(Se concluirá).

Diagnóstico de las tumoraciones de la mama

Tres reglas de exploración:

- 1.^a Inspeccionar, desnudo, el tronco de la enferma, los dos pechos, el tórax, axilas y las fosas supraclaviculares.
- 2.^a Palpar el tumor con la palma de la mano y no con los dedos.
- 3.^a Palpar las axilas y los espacios supraclaviculares buscando los infartos.

La palpación se facilita colocándose el facultativo detrás de la enferma, estando ésta sentada.

Prácticamente, las tumoraciones de la mama son inflamaciones y tumores.

Mastitis aguda.—Ocurre durante la lactancia, y á veces durante el embarazo. Causa: infección por microorganismos entrando en la glándula por las rasgaduras del pezón. Hay escalofríos, fiebre, sensación de peso en el pecho enfermo, luego dolor agudo. La presión del pezón puede dar algunas gotas de pus amarillo y más espeso que la leche. Más tarde, fluctuación. Si no se incide á tiempo, el pecho se transforma en un saco de pus.

Mastitis crónica.—Comienza con dolores vagos y á la presión. Se coge la tumoración fácilmente con los dedos; pero si se aprieta contra la pared torácica es menos distinto que el carcinoma (maligno) ó que el fibroadenoma (benigno). A veces hay infartos axilares, más precoces que en el cáncer. El otro pecho está atacado también muy frecuentemente.

El diagnóstico diferencial con el cáncer es muy difícil.

En aquél el tumor es más duro y la piel se adhiere á éste, pero la mastitis crónica á veces es el comienzo del cáncer. En una mujer de mediana edad, con tal situación, la demora y tratamiento por pomadas es injustificable y el único camino en caso de duda, es enviar un trozo del tumor al laboratorio.

Quistes del pecho.—Sigue á la mastitis lobular y uno ó los dos pechos se llenan de quistes pequeños ó mayores como nueces. To-

do el pecho está muy dolorido y los dolores irradian hacia el brazo. Muchos cirujanos autorizados consideran esta afección como un estado inicial de cáncer.

Tuberculosis de la mama.—No es tan rara como se pensaba, y cierto número de casos de mastitis crónica y abscesos crónicos son tuberculosos. Se inicia poco á poco, sin dolor, una tumoración irregular, el borde duro y el centro blando; más tarde la piel se colorea y el absceso se forma y rompe, dejando una fístula. Los bordes de tumoración son duros y hay en la axila infartos ganglionares. Se puede confundir con el cáncer. Para diferenciarlo, lo mejor es abrir el absceso y extirpar un trozo de la pared para el reconocimiento histológico.

Tumores benignos.—El único frecuente es el *fibroadenoma* (los fibromiomas puros, los lipomas y encondromas, son rarezas patológicas). Es un tumor encapsulado, con bordes bien definidos, tamaño como una nuez ó una naranja, muévase libremente debajo de la piel, sobre el músculo y en el tejido mismo del pecho. No hay infartos en la axila, ni dolor. Se da en mujeres de veinte á treinta años.

Como todos los tumores, pueden éstos, más tarde, transformarse en cáncer y, como á veces el diagnóstico es dudoso, es un error dar un pronóstico hasta que se haga un examen histológico del tumor después de extirpado. Un tumor de esta clase puede enuclearse. Sería un error colosal extirpar todo el pecho como en caso de carcinoma.

Tumores malignos.—Son carcinoma y sarcoma (éste es raro). La mayoría de los casos se dan entre treinta y cinco y sesenta años, y más en mujeres casadas. El diagnóstico tardío es inútil. El precoz antes de la formación de los infartos en la axila es el que debe y puede hacerse.

Diagnóstico precoz del carcinoma de la mama.—La enferma no siente dolor á veces. En muchas ocasiones el hallazgo es casual; con ocasión de lavarse se nota el bulto. *No puede saber, por lo tanto, el tiempo de existencia del tumor.* Es pequeño, fácilmente palpable con la palma de la mano. Su borde no está bien definido y es duro, como piedra. Primero se mueve libremente debajo de la piel y sobre el músculo; pero pronto contrae adherencias que lo fijan á la piel. Si el tumor está en el centro del pecho, los conductos lácteos se retraen y determinan la retracción del pezón. En el tipo usual, *escirro*, no hay flujo del pezón; pero en el carcinoma del conducto galactóforo puede haber, á veces, un flujo teñido de sangre. Al cabo de algunos meses aparecen los in-

fartos; pero no hay que fiarse de su ausencia, porque si la enferma es obesa es fácil no encontrarlos y, además, porque el diagnóstico precisa hacerse antes de la aparición de los infartos.

Palpar el tumor. La dureza que acusa es el signo diagnóstico. El diferencial debe hacerse entre *fibroadenoma*, tumor de bordes bien definidos, elástico y movable, y *mastitis crónica*, en la cual no se encuentra un tumor distinto con la palma de la mano; es más blando y todo el pecho es nodular. Como las dificultades de diagnóstico son grandes, el único plan á seguir, en caso de dudas es incindir el tumor y mandar un trozo á un laboratorio competente.

Un error de diagnóstico, puede costar la vida á la enferma. Ello trae la consecuencia de que en caso dudoso debe quitarse el pecho entero, sobre todo si la enferma se halla en la edad media de la vida, época del cáncer.

Recordamos nuevamente que el cáncer, á veces, *tiene su origen en una mastitis crónica* y que nunca debe tratarse una tumoración del pecho como enfermedad baladí.

(R. Médica de Sevilla.)

DECÁLOGO DEL ESPAÑOL EN EL EXTRANJERO

- 1.º No dejes de leer la prensa de tu país con preferencia á la extranjera.
- 2.º Lee libros de autores españoles, en español escritos y en España impresos, é inspira tus actos en lo que en ellos aprendas.
- 3.º Contribuye á que las obras y libros españoles sean conocidos, propagados y vendidos en el país en que te encuentres.
- 4.º Enseña á tu mujer y á tus hijos á que nutran su inteligencia con la savia de buenos libros españoles.
- 5.º Aprovechará más á tu patria la propaganda de un libro español, que mil bayonetas.
- 6.º Con la propaganda del libro español contribuirás al prestigio de tu patria.
- 7.º No olvides que el libro español es para tu patria y para tu familia, lo que la semilla es en la tierra: el medio de que fructifique y se desarrolle el pensamiento español.
- 8.º Leyendo libros y periódicos españoles contribuirás á la prosperidad intelectual de España y al desarrollo de su comercio é industria.
- 9.º En cada libro español que recibas de tu patria has de ver el cariñoso beso que ésta te envía.
- 10.º Habla, lee, aprende, piensa y escribe, en el más puro y castizo lenguaje español, para gloria tuya, de tu patria y del idioma

(«El Eco Médico Quirúrgico»: Valladolid.)