

ES
STO
CO
BIANO

4

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades: *La Terapia con el Salvarsán, su pasado y su porvenir*, por el Dr. Ehrlich.

Revista de revistas.

Varia: Real Academia de Medicina de Valencia.—La tuberculosis en España.—Gabinetes de Consulta.

Memorias premiadas por el Instituto: *El diagnóstico del Cáncer por la reacción de Elsberg*. Memoria laureada con el primer premio en el certamen correspondiente al año 1911, por los doctores D. Manuel Giménez García de la Serrana y D. Pedro Mayoral Carpintero.

Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades

Pocas veces habrá conseguido la introducción de un nuevo medicamento en la Terapéutica la inmensa resonancia que rápidamente ha obtenido el Salvarsán en el tratamiento de la sífilis. Realmente, constituye un éxito asombroso, mundial, del Dr. Ehrlich, no sólo por los buenos resultados que está dando en esta enfermedad, sino por la nueva orientación que imprime al tratamiento de las infecciones en el sentido de cumplir el bello ideal acariciado por bacteriólogos y clínicos: La antisepsia general del organismo, la *esterilisations magna*.

El tiempo, con la fiel observación de los hechos y su experimentación bien contrastada, demostrará si en la avariosis y otras enfermedades infecciosas se consigue la antisepsia general con el arseno-benzol, como pretende su autor. Mientras tanto, la aplicación práctica de este agente terapéutico ha planteado una serie de problemas, algunos ya resueltos por Ehrlich, que exigen estudio y tiempo para obtener una solución satisfactoria. Tales son: la técnica para su aplicación, cada día mejorada; la dosis según los casos y la edad de los enfermos; si basta una sola inyección para conseguir su curación; procedimiento para evitar las recidivas; si algunas complicaciones en los aparatos auditivo y óptico observadas, son de origen tóxico ó infeccioso; fijar bien las indicaciones, y sobre todo, las contraindicaciones, con el fin de que el Salvarsán pueda entrar en la práctica corriente de todos los médicos y no quede reducido al uso exclusivo de los especialistas.

Por todas estas consideraciones abrimos esta información, en la que expondremos el estado actual de este asunto en el extranjero y en España, y desde luego invitamos á los especialistas valencianos que tienen ya un considerable número de aplicaciones del Salvarsán, á que manifiesten en estas columnas los resultados obtenidos y su opinión, para contribuir al esclarecimiento de los hechos y á establecer un criterio científico y clínico sobre esta materia.

LA TERAPIA CON EL SALVARSÁN, SU PASADO Y SU PORVENIR, por el *doctor Ehrlich*. Conferencia dada en el Colegio Médico de Francfort en 7 Abril 1911.— Traducción directa del alemán autorizada por el autor, por el *Dr. Francisco Santiñá* (1).

Muy gustoso he accedido al ruego de dar una conferencia sobre el Dioxidiamidoarsenobenzol; quiero aprovechar esta oportunidad para explicar en pocas y concisas palabras el estado actual de esta cuestión, porque á mi entender nos encontramos ya, por decirlo así, al final de esta larga y trabajosa campaña.

Repetidas veces he esbozado (tanto en Königsberg como en el libro que he publicado junto con Hata) las reglas que para la aplicación del Salvarsán creía yo indicadas y oportunas. Hasta ahora bastaba, generalmente, que al descubrir un nuevo medicamento, se entregara éste á algunos clínicos que lo aplicaban á unos pocos enfermos, tan pocos que á veces no llegaban á un centenar y en seguida se le asignaba ó nó lugar en la Terapéutica general; este procedimiento lo creo anticuado, poco práctico é incompleto, pues se han dado muchísimos casos en que medicamentos empleados por clínicos experimentados no ofrecían ningún inconveniente, y en cambio, en la práctica general resultaban nocivos y defectuosos. Se está soñando con medicamentos del todo inofensivos; en mi concepto, esto es un error, pues siempre habrá que contar con la relativa toxicidad de las substancias medicamentosas, debiendo elegirse la que á mayor proporción de provecho que en la enfermedad se obtenga, corresponda la menor probabilidad de peligro. Sólo conseguiremos este resultado haciendo previamente una larga y detenida serie de ensayos, encargándose éstos á médicos eminentes y de honradez profesional acrisolada. Este procedimiento se impone sobre todo con los medicamentos arsenicales; yo aconsejo que no se abandone nunca, y permitidme ahora una pequeña digresión. Recordad los inconvenientes que han surgido siempre al descubrirse un medicamento; miles de médicos lo solicitan y las existencias no bastan para satisfacer á la centésima parte de los demandantes; esto pasó con la tuberculina y con el suero antidiftérico y se ha repetido y aumentado con el Salvarsán; yo declaro que en la distribución del medicamento, objeto de esta conferencia, me guí exclusivamente en motivos y razones de orden científico, procurando entregar el preparado á manos aptas; claro es que esto sólo pude hacerlo hasta cierto punto, pues llegó día en que los pedidos se acumularon de tal manera que fué imposible atender á todos, y contra mi voluntad, tuve que desatender á eminentes colegas, pero sus deseos llegaron demasiado tarde. A los que no estaban iniciados en todas estas interioridades, mi conducta quizá les habrá parecido desatenta, y ha sido muy diferente mi intención; de todo esto ha nacido una efervescencia en muchos círculos médicos; pero yo, señores, he de confesaros la imposibilidad absoluta de poderlo evitar.

Mi proceder ha sido blanco de acerbas censuras, especialmente del extranjero, como si yo temiera una especie de competencia comercial peligrosa para mi descubrimiento, ó por otras razones que no quiero especificar para no rebajar mi dignidad de hombre científico. El que ha batido el record en combatirme ha sido el Sr. Hallopeau; en todos mis ensayos y en todos mis artículos profesionales no ha sabido ver otra cosa que un reclamo, y

(1) De la Revista *Terapia*.

debo declarar que he remitido el medicamento en proporción igual, tanto á amigos como adversarios, porque mi objeto no ha sido otro que hacer un ensayo y prueba imparcial del medicamento; he dejado á todos en libertad completa, y si les he molestado ha sido sólo para pedirles que me comunicaran sus observaciones y los resultados obtenidos. No han pesado sobre mí fuerzas ni influencias de ninguna clase, que sólo hubieran servido para velar la imagen de la verdad.

En la actualidad existen ya centenares de publicaciones sobre las ventajas, desventajas y peligros del Salvarsán; eminentes médicos del mundo han escrito á favor y en contra del medicamento. Por estas razones acuso al Sr. Hallopeau de la injusticia más enorme, porque afirma que yo he seguido una política de escondites suprimiendo los informes desfavorables (1).

No cabe duda que los autores tienen la obligación de publicar todo lo que saben; pero habéis de comprender al mismo tiempo la imposibilidad en que me encontraba de desarrollar por mí solo un trabajo material tan inmenso. Me limitaré, en el curso de esta conferencia, á escoger de todas las experiencias que conozco algunos puntos genéricos que son de grandísima importancia para las aplicaciones, indicaciones y contraindicaciones del remedio. Esto es lo que voy á hacer brevemente.

Creo que ha pasado ya el período de prueba; la extensión del tratamiento con el Salvarsán es tan considerable, que es imposible poder abarcarlo todo; he cumplido mi promesa y sólo he dado salida al preparado cuando he conocido el resultado de 30.000 casos observados. Mi trabajo preliminar puede considerarse concluído. Los efectos del medicamento, sus indicaciones, contraindicaciones, dosis y peligros, son públicos.

Aunque las esperanzas exageradas, que jamás he fomentado ni sugerido, no se han realizado (que la mayor parte de los casos con una sola inyección de una dosis relativamente pequeña, la sífilis pudiera exterminarse), y aunque las utopías han cedido su puesto á un pesimismo no justificado, y si ciertos casos y fenómenos (las recidivas neuróticas de Finger) levantan objeciones contra el medicamento, todas estas circunstancias no son motivo suficiente para que yo retrase en poner el preparado á disposición del público médico, pues sólo á éste incumbe el uso, con la oportuna circunspección y, sobre todo, sin prometer á los enfermos cosas que no pueda cumplir.

Tampoco me hace vacilar la circunstancia de que no haya sido establecida de una manera definitiva la forma más recomendable de aplicación ni la dosis, pues nadie podrá exigirme que un problema tan arduo y complicado como el tratamiento de la sífilis, se resuelva en medio año. Ni del tratamiento con el mercurio puede afirmarse tal cosa, á pesar de llevarse discutiendo esta cuestión más de cien años.

No obstante, puedo decir que ya tenemos un cuadro relativamente bien definido de la dosis, su variación adaptada á la intensidad de la afección y sobre todo la posibilidad de re-

(1) Este proceder de Hallopeau es tanto más de extrañar, cuanto sabemos que respecto al *Hectin*, cuyo promotor y propagandista es él, no existen informes satisfactorios ni numerosos (aunque afirme que hay efectuadas millares de aplicaciones), y referente á los inconvenientes que tiene, por más que dice que es inofensivo comparándolo con el «606», sobre todo en lo que se relaciona con las perturbaciones del acústico, por su parte, no ha dado ninguna clase de explicaciones, y si ha mencionado algunos inconvenientes, los ha mencionado tarde y solamente obligado por interpelaciones que le han dirigido eminentes colegas.

petir las inyecciones sin temor á daños ulteriores. Basándonos en estas experiencias, la terapéutica puede establecerse de una manera racional.

Hechas estas observaciones de orden general, vuelvo á repetir que es imposible aprovechar debidamente todo el material, y sólo trataré algunos puntos que me parecen de importancia suma. Dejo á un lado la parte química y los métodos de preparación de las diferentes soluciones, por ser cosa harto sabida.

Sabemos que el preparado es uno de los específicos más potentes contra la sífilis, que su eficacia supera, en general, á los resultados obtenidos con otros métodos de tratamiento, y si á pesar de estas ventajas se trata el Salvarsán con cierta desconfianza, se explica ésta por los errores y desfiguraciones que algunos médicos han publicado sobre los fenómenos que acompañan al efecto curativo.

En primer lugar, he de tratar de los efectos perjudiciales sobre los sentidos, y en especial la *Amaurosis*. Fundándose en los casos de ceguera sobrevenidos con el Atoxil y Arsacetín, se abrigó desde un principio la sospecha de que el Salvarsán tendría los mismos malos efectos secundarios. En el mes de Septiembre pregunté, por medio de una circular, qué había de verdad en estas sospechas, y resultó que en los 8.000 enfermos tratados entonces, no se había registrado ni un solo caso de *amaurosis*. Me creo, pues, obligado á declarar que Hallopeau desfigura á sabiendas la verdad si vuelve á hablar de tales casos supuestos, y duda de mis asertos sin dar pruebas de los suyos. Los casos de ceguera son un sueño de su imaginación.

De los cuatro casos que menciona, dice que han ocurrido dos en la clínica de Lasar, en Berlín, y esta afirmación no tiene fundamento alguno y ya la rectificué oportunamente.

Cita un tercer caso, en el que el enfermo tuvo, durante diez minutos, la sensación de verlo todo negro, y el cuarto caso es un enfermo de tabes; de éste no cita literatura alguna y por tanto, no puede discutirse ni revisarse. Desde aquel tiempo se han practicado, al menos, cuádruple número de inyecciones, y hasta ahora sólo se ha registrado un caso en el que sobrevino atrofia de la retina á consecuencia de la inyección; es uno de los casos que Finger, de Viena, refiere: Se trataba de una enferma de veintidós años, en tratamiento desde algún tiempo á causa de lúes maligna; fuéronle inyectados en 16 de Julio 0'4 gramos de Salvarsán en forma de emulsión Wechselmann; el 5 de Octubre, es decir, tres meses después, se quejó de perturbaciones de la vista, el campo visual estaba reducido en ambos lados, había diferencia de pupilas, se trataba del principio de una atrofia del nervio óptico. No puedo, sin embargo, dejar de mencionar que la referida enferma había sido tratada durante el año precedente con arsénico ó combinaciones arsenicales; en otra clínica había recibido, del 10 de Abril al 10 de Mayo, treinta inyecciones de Arsacetín y durante el tiempo siguiente cuatro curaciones intensas con Enosol, las últimas en la forma siguiente:

Del 11 Agosto al 19 Septiembre.	8 inyecciones de Enosol.
Del 25 Octubre al 8 Noviembre.	9 » » »
Del 29 Noviembre al 22 Diciembre.	18 » » »
Del 8 Febrero al 28 Marzo.	14 » » »

Se trata, pues, de una enferma que casi durante un año entero estuvo bajo la influencia de substancias arsenicales orgánicas, y esta circunstancia es de sumo interés para la interpretación de lo ocurrido.

El historial clínico de las cegueras causadas por el Atoxil demuestra que bajo la in-

fluencia de los arsenicales se produce fácilmente una ultrasensibilidad específica de la vista, y esto se explica, porque los receptores de la retina adquieren una avidez enorme para el arsénico. Tales ultrasensibilidades son de naturaleza meramente funcional y se manifiestan solamente por la circunstancia de que el arsénico causa alteraciones con mayor facilidad. Se ha comprobado que la Arsacetina empleada como primer tratamiento (es decir, sin haber usado ningún otro arsenical), ejerce, poco más ó menos, los mismos efectos que el Atoxil; pero, en cambio, obra menos activamente si se inyecta después de anteriores curaciones con el Atoxil.

Que el examen del ojo por medio del espejo haya sido negativo en el caso de Finger, no prueba nada; pues las ligeras alteraciones causadas por el Atoxil sólo pueden diagnosticarse por el examen con los colores, y la hipersensibilidad únicamente puede conocerse con la influencia del agente específico. Tengo que decir que he contraindicado casos en que se me consultó respecto de enfermos que habían estado sujetos á tratamientos con Atoxil. Si el Sr. Finger me hubiese hecho conocer los antecedentes de este caso, le habría contraindicado el tratamiento con el Salvarsán.

Además, quiero mencionar que aun cuando en mis instrucciones primeras le desaconsejaba todo tratamiento en afecciones de la vista, más tarde he comprobado que en algunas de estas afecciones el tratamiento se ha llevado á cabo con resultados excelentes; primero se practicaron inyecciones con Salvarsán en casos de *iritis*, y más *adelante* en casos de neurorretinitis é iridociclitis. Los informes de Deutschmann, Gross, Haras, Igersheimer, Römer, Schanz, Wechselmann y Seligoon, refieren en su mayoría efectos buenos y hasta notables (1).

Hasta en los casos de *queratitis parenquimatosas*, que dadas las condiciones histopatológicas son de tratamiento difícil, á veces ha podido notarse una lenta mejoría. Más tarde, animados por estas experiencias, algunos médicos han emprendido, con la circunspección y cautela debidas, el tratamiento con el «606» de las formas más graves de enfermedades de la retina, es decir, de la *atrofia del nervio óptico*. Si el medicamento fuese un tóxico específico de la retina, en estos casos la influencia dañina y aguda del medicamento habría sido inevitable. En verdad, esto no ha ocurrido nunca (el primero que llamó la atención sobre este punto ha sido Gross); la contrario, se ha observado en algunos casos una ligera mejoría, aunque ésta haya sido insignificante. Hirsch habla de este asunto de la manera siguiente:

«Esto prueba que también una enfermedad grave del nervio óptico y que hasta ahora tenía un pronóstico absolutamente grave, experimenta una influencia benéfica bajo la acción de las inyecciones con el Ehrlich-Hata; este hecho comprueba lo inofensivo del medicamento, para con el nervio óptico, de una manera más concluyente que la circunstancia que ninguno de los miles de casos que con él se han tratado haya producido ceguera mientras los nervios estuvieran sanos.»

Sea esto como sea; considerando:

1.º Que perjudicial para los ojos han resultado del 1 al 2 % de tratamiento con Atoxil,

(1) C. Hirsch: *Ehrlich-Hata en enfermedades oculares luéticas*; *Semanario Médico*, de Munich número 49, 1910.

lo cual para los 25.000 enfermos tratados con Salvarsán arrojarían un número de 300 á 600 casos de ceguera;

2.º Que muchas veces se han dado repetidas y aumentadas dosis de Salvarsán sin que hayan ocurrido daños;

3.º Que también en gran número de casos de afecciones sifilíticas de la retina (1), el tratamiento del Salvarsán ha dado los mejores resultados sin perturbaciones de ninguna clase;

4.º Que en el único caso de Finger había un tratamiento anterior con arsénico.

Hay que hacer la conclusión: *Que el Salvarsán no tiene efectos nocivos sobre el ojo.*

De relativa importancia son también los fenómenos que se refieren á las influencias nocivas sobre determinados nervios ó grupos de nervios, alteraciones descritas, en primer lugar, por Wechsellmann, y que posteriormente han sido descritas también por otros experimentadores (Spiethoff, Kowalewski, Werther). Como que la importancia de estos casos aumentó, despertaron la atención general, atención que fué creciendo al ver que en la clínica de Finger, de Viena, se registraban también con bastante frecuencia estas alteraciones.

Finger informa que en diez y siete recidivas, abstracción hecha del caso de amaurosis arriba mencionado, ha habido en tres casos perturbación del acústico; á consecuencia de esto he enviado una circular, y en veinticinco lugares, con un número de 7.000 enfermos tratados, he sabido que se han registrado nueve perturbaciones del acústico solo ó en combinación con otros grupos nerviosos; de esta información resultó:

1.º Las perturbaciones referidas han ocurrido exclusivamente en enfermos que habían sido inyectados una sola vez por el método de emulsión, sin haberseles dado dosis enérgicas.

2.º Que los enfermos tratados estaban al principio de la infección, es decir, de dos á ocho meses después de la manifestación inicial.

3.º Que la reacción de Wassermann en la mayor parte de estos enfermos era negativa.

Estas alteraciones repetidas sugirieron la sospecha de que se tratara de una influencia tóxica del Salvarsán sobre algunos nervios y en especial del acústico. Esta suposición era más justificada, por cuanto otros compuestos arsenicales y en particular el Arsacetín, habían producido también algunas perturbaciones del acústico, causándolas asimismo y en mayor grado la Hectina, empleada á dosis algo crecidas.

A pesar de todas estas aparentes analogías, estoy convencido de que la suposición de que el Salvarsán tenga esta acción electiva perjudicial sobre el nervio acústico, *no es cierta*. Las razones que expondré á continuación la hacen inverosímil:

1.^a Exactamente los mismos fenómenos (perturbaciones de los nervios ópticos y acústico) se han observado en casos de sífilis reciente tratada con el mercurio, cosa que destruye las afirmaciones de Finger. El Profesor Urbantchitsch, de Viena, ha observado también fenómenos parecidos en enfermos sometidos al tratamiento mercurial. El Dr. Benario,

(1) Hay una excepción, y es el caso del Dr. Jordán, de Moscou; se trata de una *neurorretinitis*, en un principio bilateral, en combinación con amaurosis casi completa (0'1 gramo de Salvarsán), después de la inyección hubo una mejoría pasajera, pero poco después se inició en el ojo izquierdo una atrofia.

Sabiendo que la atrofia del nervio óptico suele ser consecuencia de inflamaciones fuertes de la retina, los médicos que vieron y trataron el caso, no infirieron que los fenómenos de atrofia se debieran á la inyección de Salvarsán.

estudiando una serie de historias clínicas, muy bien detalladas, ha logrado coleccionar diez casos en los que los fenómenos descritos por Finger y Rille, han ocurrido exactamente en la misma forma y en el mismo término en enfermos tratados con mercurio. Téngase en cuenta que cito sólo una parte mínima del material recogido (véase el trabajo extenso de Benario sobre las recidivas neuróticas después de los tratamientos de mercurio, pág. 307).

2.^a Hay que notar que los médicos que han administrado dosis más crecidas (Gennrich, Duhot, Weintraud) no han observado ninguna clase de perturbaciones. En cambio, las experiencias con Atoxil y Arsacetín, demuestran que el efecto tóxico es proporcional á la cantidad inyectada; por consiguiente, los señores que acabo de citar habrían tenido más casos de alteraciones que ningún otro.

3.^a Contra este efecto tóxico electivo que ha querido atribuirse al Salvarsán, debo alegar la circunstancia de que muchas veces estas alteraciones se han curado con una ó dos inyecciones más. Esto sería imposible si se tratase de una intoxicación, pues equivaldría á verter aceite en el fuego, cosa que pasa con las alteraciones producidas por el Atoxil, las cuales empeoran enormemente, si se tratan ulteriormente con una inyección de cualquier preparado de arsénico.....

4.^a y última. El hecho de que las enfermedades de los nervios óptico ó acústico se hayan producido independientemente de todo tratamiento, se curen eficazmente por medio del Salvarsán, destruye la errónea suposición de los efectos tóxicos electivos. Si bien algunas veces hay exacerbaciones pasajeras, se explican éstas por aumento de volumen por el estilo de la reacción de Herxheimer.

De todas estas observaciones se infiere:

Que no se trata de efectos tóxicos, sino simplemente de recidivas neuróticas. Respecto á la parte práctica, es de importancia hacer notar que esta forma grave y poco agradable de recidivas sólo han ocurrido en infecciones recientes, lo cual nos da la posibilidad de encontrar una explicación de estos fenómenos, evitándolos en lo sucesivo.

No cabe duda que en el período primario de la sífilis se verifica una dispersión máxima de los agentes de la misma en el organismo, sobre cuya circunstancia ya Hoffmann ha llamado la atención (1).

También se ha comprobado este hecho por medio de experimentos, deduciendo que es muy posible que algún foco haya escapado á la desinfección ó esterilización, posibilidad que crece á proporción de tales focos. Respecto á este punto, tengo exactamente la misma opinión que Wechselmann. Para tratar de la génesis de tales hechos, he de remitirme á las explicaciones detalladas de este autor. Por una parte, creo yo que la recidiva puede ser causada por la reinduración del chancro á causa de determinadas circunstancias anatómicas.

Wechselmann dice sobre este particular:

«Los focos sifilíticos donde han formado sus nidos las espiroquetas, quedan algún tiempo sin vasos sanguíneos, originándose fenómenos de retroformación por obstrucción de la luz de dichos vasos, fenómenos característicos de las formaciones sifilíticas. Aún hay más: los capilares sanguíneos nutritivos que se pierden en las últimas células conjuntivas, están envueltos por infiltrados ú obstruidos por procesos endoformativos, como puede demostrarse claramente por preparaciones anatomopatológicas. Para la sífilis se-

(1) HOFFMANN: *La etiología de la lúes*.

cundaria, estas circunstancias son de suma importancia. No es, pues, de extrañar que fracase el mejor remedio, si le es posible llegar hasta las espiroquetas.»

Algo parecido debe ocurrir en los casos de recidivas nerviosas. Respecto á este punto, es de importancia recordar que los troncos nerviosos pasan por distritos poco ricos en vasos y que bastan circunstancias relativamente poco importantes para que la circulación sufra mengua, sobre todo tratándose de los nervios de los sentidos que han de pasar por conductos óseos más ó menos estrechos. Edemas en las cercanías de los nervios encefálicos pueden determinar alteraciones en éstos, sobre todo del 2.º, 7.º y 8.º par, menos en el 3.º, 4.º, 6.º y más raramente el 5.º, 9.º, 11.º y 12.º

2.º par.—El nervio óptico pasa en compañía de la arteria oftálmica por el agujero óptico, durante casi todo su curso está encerrado en una vaina estrecha y dura.

7.º y 8.º par.—El facial, propiamente dicho, junto con el acústico y el intermediario de Wrisberg, entra en el conducto auditivo interno. Los nervios están colocados en un canal óseo estrecho; el facial penetra más tarde en las sinuosidades de la base del cráneo.

3.º, 4.º y 6.º par.—Están estrechamente encauzados dentro de la endidura esfenoidal, y el anillo tendinoso común forma alrededor de ellos una vaina dura.

9.º, 11.º y 12.º par.—El glossofaríngeo, el espinal y el hipogloso mayor dentro de su conducto óseo, están en situación más ventajosa respecto á una presión mecánica.

Por otra parte, es la oreja un *locus minoris resistentiae*, y digo esto porque en las frecuentes afecciones de las fauces de los sifilíticos recientes, se presentan á menudo perturbaciones poco graves y pasajeras, como por ejemplo, obstrucción de las trompas, hiperemia constitucional del oído medio. Puedo añadir que en uno de los casos mencionados, hubo una otitis media de un lado, el enfermo sufrió luego de una manera secundaria una recidiva unilateral del laberinto del lado anteriormente atacado; en este caso no podrá dudarse en modo alguno de las conexiones de la localización de la recidiva neurótica con la enfermedad anterior.

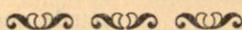
En los fenómenos que acabamos de describir, se trata exclusivamente de recidivas neuróticas sifilíticas, que en sí no tendrían importancia ninguna, llamando la atención solamente por su localización. Como Wechselmann ya ha expresado, estas recidivas indican un tratamiento específico, sobre todo con el Salvarsán, y no puede decirse de ninguna manera que sean indicios de una resistencia especial de los gérmenes restantes contra el arsénico.

Un punto es digno, en mi concepto, de llamar la atención. Las recidivas neuróticas son generalmente el único signo ó la única manifestación de la recidiva, y sucede esto en la mayor parte de los casos con el Wassermann negativo, faltando casi siempre otros síntomas de la infección sifilítica. La circunstancia de que á las recidivas ordinarias exantematosas no acostumbran á acompañarlas fenómenos neuróticos, parece indicar que los gérmenes que en el transcurso de la enfermedad no encuentran terreno propicio en los centros nerviosos, no llegan á desarrollarse, y en cambio, se desarrollan extraordinariamente en otros puntos del organismo (piel y mucosas). Veo, pues, en tales recidivas nerviosas el indicio de que se ha logrado una esterilización casi completa que sólo ha dejado unos treponemas aislados. Se comprende fácilmente eso, porque los mismos fenómenos que se observan después del tratamiento con el Salvarsán, se ven también después del tratamiento con el mercurio. El Dr. Benario, médico de mi Instituto, ha coleccionado una porción de casos.

Si las recidivas neuróticas postmercuriales son relativamente raras, se explica esta rareza porque el mercurio, contadísimas veces, obra una esterilización tan enérgica y completa como el Salvarsán. La prueba de que tales fenómenos no pueden atribuirse al «606», está en el hecho de que estas afecciones se curan por medio de medicamentos antisifilíticos y por el mismo Salvarsán. De las diez recidivas neuróticas del acústico pertenecientes al período secundario, que he mencionado anteriormente, se han curado completamente siete casos, y de éstos, seis por medio del Salvarsán. El tratamiento del séptimo caso no lo conozco. Otro va mejorando; otro, de afección bilateral, se ha curado de un lado. Sólo un caso se ha mostrado refractario. Tanto este último caso como el anterior habían sido tratados con mercurio sin ningún resultado.

La mayor parte de las recidivas neuróticas ocurridas después del tratamiento con el Salvarsán, se curaron por una nueva inyección de este preparado, por un tratamiento con mercurio ó por medio de un tratamiento mixto.

(Se continuará.)



REVISTA DE REVISTAS

CIRUGÍA

Tratamiento de urgencia de los grandes traumatismos de los miembros.—POR EL DR. ELOY DURRUTI (1).

El constante progreso y difusión de la labor mecánica; el rápido aumento en los modernos medios de transporte, y la mayor cantidad de obras y explotaciones mineras que en todos los sitios se acometen, ha aumentado en enormes proporciones la serie de accidentes en que uno ó varios hombres quedan con alguno ó algunos de sus miembros destrozados. Y como esto ocurre en la ciudad y en la aldea, en poblado y en despoblado, será muy raro el médico que no tenga necesidad de intervenir en esta clase de accidentes.

Para los médicos encargados de clínicas de urgencia en los centros fabriles y de gran población, nada nuevo hay en este trabajo que su

experiencia personal no haya puesto en práctica; su finalidad es dar á conocer á los compañeros que no estando en aquellas condiciones, tienen necesidad de intervenir en esta clase de accidentes—verdaderas catástrofes á veces, en condiciones de imposible preparación y en las que, por la misma naturaleza del caso, se imponen rápidas determinaciones—todo lo que puede serles útil y aconsejarles lo que deben evitar.

La casi totalidad de estos violentos tratamientos triturar ó arrancan los miembros sin producir gran hemorragia; esto explica la posible supervivencia de los heridos hasta la llegada de los primeros socorros médicos. Pero si la vida del que sufre una herida de esta naturaleza no se ve amenazada inmediatamente por la temible hemorragia, y el mecanismo de la hemostasia espontánea es de todos conocido, hay, en cambio, otro factor terrible causante de la muerte en estos casos: el shock traumático ó estupor general; tremenda perturbación nerviosa, que, por regla general, acentúa su acción con la intensidad del traumatismo y cuanto más cerca recae del centro del cuerpo.

Dejando á un lado las discusiones sobre el origen y naturaleza del shock, importa en estos

(1) De *La Clínica Castellana*.

momentos saber que el problema vital inmediato al accidente corre exclusivamente á cargo de este trastorno, y que si el herido resiste al shock, la vida es entonces probable.

El shock traumático es el resultado de la violencia del traumatismo, que llega, en los casos mortales, al agotamiento de la función de los centros nerviosos. La vida en el herido con shock parece suspendida de un hilo: su temperatura es hipotérmica; el pulso, incontable, apenas si el tacto lo percibe; la respiración es tan superficial y frecuente que casi no mueve las paredes torácicas; aparece la piel de color pálido y la cara es verdaderamente hipocrática; las funciones de relación no están abolidas, pero hay una especial indiferencia y postración en el herido; la impresión general es de muerte próxima.

Y, en efecto, si con relativa rapidez el organismo no empieza á reaccionar, á levantarse de aquella caída nerviosa, la muerte sobreviene. Es el shock el que mata inmediatamente á estos heridos, pues el que se defiende de esta agresión del sistema nervioso, podrá morir de cualquiera de las complicaciones propias de los traumatismos, pero es en plazo más largo y se puede luchar.

Si este cuadro se repite con constancia desesperante en esta clase de heridas, la consecuencia inmediata y lógica es: que en todos estos heridos lo primero, lo verdaderamente urgente es combatir el shock; las demás indicaciones son secundarias, puesto que la muerte rápida es consecuencia de aquella complicación.

Tan lógica y natural consecuencia terapéutica es olvidada muchas veces. ¿Causas? Creemos proceden del medio, de la misma situación tan crítica en que el médico encuentra al herido.

Cuando se trata de otra clase de heridas, incluso algunas mortales, no impresionan tanto en los primeros momentos; pero en esta clase de traumatismos el destrozo es tan grande, el aspecto del miembro triturado es tan emocionante, que todos los que acuden para recoger el herido sufren una penosa impresión ante aquellas carnes magulladas y aquellos huesos triturados, y desean instintivamente la rápida desaparición de aquella visión macabra. Si el médico

que acude en aquellos primeros momentos no tiene una gran dosis de sangre fría ó no está acostumbrado á tales espectáculos, sufre la misma impresión y es sugestionado por igual idea: suprimir, separar rápidamente aquella porción de miembro que es imposible siga viviendo y, por tanto, deja de pensar en el resto del organismo, que, aun agonizante, es lo que puede seguir y más importa que siga viviendo.

Esta es, en nuestro concepto, la causa principal de las numerosas amputaciones inmediatas, hechas á veces en el mismo lugar del accidente.

¿Están justificadas estas amputaciones tan rápidas é inmediatas al accidente? ¿Cumplen las verdaderas indicaciones que se asignan á las operaciones de urgencia? Toda operación de urgencia tiene por fin atacar un accidente que puede ser mortal: ligadura de una arteria, traqueotomía, cateterismo, etc. Pero la amputación inmediata en esta clase de traumatismos, la mayoría sin grave hemorragia, en que la muerte del herido es consecuencia del estupor general, nadie podrá sostener que es capaz de combatir el shock. Y es el shock lo que compromete la vida; combatirlo á todo trance es la verdadera indicación de urgencia en estos traumatismos, puesto que si no lo podemos dominar, son completamente inútiles y casi siempre peligrosas, como luego veremos, las intervenciones que recaigan sobre el miembro lesionado.

¿Por qué consideramos inútiles y aun peligrosas las amputaciones inmediatas? Por mucha que sea la habilidad técnica del cirujano, amputar un miembro triturado ó regularizar el muñón de un miembro arrancado es una operación de importancia. Si se hace bajo la acción de la anestesia, á nadie se le ocultará el grave peligro de muerte inminente que existe en someter á la acción de un anestésico á un herido próximo á morir por agotamiento de los centros bulbares.

Si, efecto de este estado, se hace sin anestesia, como no está abolida la sensibilidad en el shock, necesariamente ha de acentuarse el agotamiento nervioso; en cualquiera de los dos casos se suma á un traumatismo accidental otro que, aun reglado, es un traumatismo al fin que sumará su acción deprimente á la del primero y que dará por resultado, como sucede casi siempre, la muerte del herido. Ante esta contra-

indicación las demás huelgan; pero aun suponiendo que resista el herido tanta violencia traumática, todavía la amputación inmediata sigue teniendo graves inconvenientes. De todos es sabido que los grandes traumatismos tienen, además de la repercusión sobre el organismo en general representado por el shock, una acción especial sobre los tejidos que rodean á las partes magulladas y se conoce con el nombre de estupor local, transtorno imposible de apreciar, especie de muerte aparente de las zonas inmediatas á las destruídas, estado de penumbra, que lo mismo puede volver á la vida, como el organismo en general cuando triunfa del shock, que puede morir revelándose por la gangrena de aquellos tejidos. Pues bien, como no hay manera de calcular hasta dónde llega esta zona de estupor, aunque el cirujano tenga en cuenta esta posibilidad de muerte local, puede ocurrir, y de hecho sucede, que en el propio muñón de esas amputaciones aparezca la gangrena y exigir otra nueva operación.

Son suficientes, nos parece á nosotros, las anteriores consideraciones para justificar la inutilidad y aun nocividad de las amputaciones inmediatas en esta clase de traumatismos.

Por lo tanto, ante un herido de esta naturaleza, la conducta que hay que seguir es la siguiente: Desde que el médico se hace cargo del herido, aunque sea en el campo, procurará rápidamente hacerlo reaccionar, rodeándole de una atmósfera caliente, poniendo á contribución cuantos medios tenga á mano para conseguirlo. Si hay que trasladarlo, se hará del modo que más se eviten las bruscas sacudidas. Se darán bebidas aromáticas calientes, adicionadas de líquidos alcohólicos y se aplicarán inmediatamente inyecciones hipodérmicas de cafeína, éter, aceite alcanforado ó digitalina. En los casos leves de shock suelen ser suficientes los medios anteriores para obtener la franca reacción general; en los casos graves hay necesidad de apelar á otros recursos, pero siempre los medios anteriores irán sosteniendo el organismo hasta que podamos estar en condiciones de desarrollar todo el plan terapéutico que exige el shock.

Entre los médicos de los Estados Unidos figura la estricnina como medio clásico para tratar el shock; nosotros hace años que también

la usamos, sea sola, sea asociada á la atropina, con objeto de regular en lo posible el estado de la resistencia periférica; pero nunca hemos llegado á las dosis que algunos americanos han recomendado de un centigramo de estricnina por miligramo de atropina, limitándonos á dosis de 2, lo más 3 miligramos por inyección.

Otro medio que empleamos sistemáticamente en los casos graves de shock es la solución salina al 7 por 1.000 ó suero de Hayem en inyecciones también subcutáneas. Como la hipotensión del shock no es función de la pérdida sanguínea, sino del agotamiento nervioso que debilita la resistencia periférica, á excepción de aquellos casos que se acompañan de anemia aguda, nos limitamos á dosis moderadas de 20 á 30 c. c., que se repiten según las necesidades.

A pesar de los notables trabajos experimentales de Crile (de Cevaland), fundado en los cuales ha negado acción positiva sobre la hipotensión del shock lo mismo á la estricnina que á todos los demás estimulantes (cafeína, éter, alcanfor, digital, etc.), y que sostiene que todos estos medios, incluso el suero, á dosis terapéuticas ó suficientes para producir modificación sobre la tensión sanguínea, hacen más perjuicio que beneficio, los resultados prácticos obtenidos por nosotros no están conformes con esa manera de ver del autor americano; y aunque Crile haya hecho tabla rasa de estos recursos clásicos para tratar el shock, limitándose al uso de un compresor neumático que se adapta á las partes libres del organismo con objeto de aumentar la resistencia periférica, y á la inyección troncular de cocaína como modificador, nosotros seguimos aconsejando el uso de los indicados medios, en unión, en aquellos casos de mayor gravedad, de la adrenalina, agente de gran importancia y que desde el conocimiento de su acción hipertensora se viene empleando en todos los casos de muerte inminente por desfallecimiento ó hipotensión—muerte aparente de los asfixiados (Crile); colapsos del clorofórmico y estovaína (Kothe); peritonitis sépticas (Rothschild); shock (Crile), etc.—En estos casos siempre se ha empleado la vía intravenosa, y la dosis máxima por inyección ha sido de 10 gotas de la solución al uno por mil.

Como resumen de todo lo dicho expondremos

la marcha que nosotros seguimos en el tratamiento de los heridos con shock.

Después de acondicionado el herido en su cama y de haber establecido una atmósfera artificial caliente, mientras se disponen los recursos más enérgicos, se le aplica alguna inyección de aceite alcanforado ó cafeína. Después se empieza con el suero Hayem ó Chéron á dosis de 20 c. c. y en el mismo suero agregamos 50 centigramos de citrato de cafeína y 2 miligramos de sulfato de estricnina; por este procedimiento y de una sola vez llevamos al interior del organismo tres grandes agentes estimulantes.

Estas inyecciones se repiten cada 3 ó 4 horas, según la marcha del herido; en los intermedios no hay inconveniente en seguir aplicando inyecciones de aceite alcanforado.

Si el enfermo no presenta ningún signo de reacción, á pesar de estos medios, entonces se recurre á la inyección intravenosa del suero con 8 ó 10 gotas de adrenalina.

Este plan de tratamiento general en nada se opone á la cura del miembro lesionado, cura que hoy se puede hacer con garantías, con grandes probabilidades de evitar que por causa local se comprometa la vida del herido, dando tiempo para la reacción general, momento único en el cual ya se puede pensar en la indicación quirúrgica.

Por aislado que el médico se encuentre, le será fácil proporcionarse los medios de hacer hervir agua, en la cual se pueden esterilizar trozos de tela procedentes del mismo herido ó de otra persona, y con aquel agua y lienzo puede lavar y cubrir el miembro lesionado, resultando una cura provisional muy útil hasta poder proporcionarse los medios de curación definitiva.

El procedimiento de cura por nosotros seguido y con el que hemos obtenido buenos resultados es el siguiente: Separación rápida, con bisturí ó tijera, de todas las porciones de miembro que aparezcan simplemente sostenidas por pequeños colgajos; liberación de todas las esquilas de fácil é inmediato arranque; lavado esmerado de toda la superficie cruenta con la solución de sublimado al uno por mil y mejor con la solución salina fisiológica caliente; inyección de agua oxigenada en todos los huecos y anfractuosidades de difícil limpieza; hemostasia de las

arteriolas que den sangre y de los vasos principales si están muy expuestos. Concluidas las operaciones anteriores se procede al embadurnamiento de la herida con sustancias antisépticas, de preferencia la pomada de Réclus ó la tintura de iodo; mas hay que hacer esta aplicación procurando que el agente antiséptico penetre perfectamente en todos los rincones de la herida, pues las partes peor ventiladas de las heridas son las que ofrecen más peligros para el porvenir de las mismas. Por último, con gasa aséptica siempre que se tenga de confianza, iodofórmica en caso contrario, se procede á rellenar y cubrir esmeradamente toda la herida y buena porción de las partes inmediatas. Una abundante cubierta de algodón aséptico y un vendaje moderadamente comprimido completarán la cura. El momento de su renovación está supeditado á la marcha del herido.

Con la anterior conducta, ante esta clase de heridos, no tendremos que lamentar tantas muertes inmediatas al accidente, y tantas reamputaciones, y conservaremos miembros que en los primeros momentos se hubieran sacrificado, pues cuidando, como se cuida, de reaccionar al organismo y al órgano, la intervención quirúrgica cuando ya hay vida, además de soportarla el organismo, cumplirá su verdadera indicación: separar lo vivo de lo muerto.

Nuevas medicaciones antileprosas

Como se carece de un medicamento específico de la lepra, es preciso emplear el que hasta la fecha ha resultado ser el más eficaz, el aceite de ginocardio ó de chaulmoogra, que se administra á la dosis de 100 gotas, cuando menos, por día. Pero á estas dosis, á pesar del régimen lácteo absoluto que favorece su absorción, es mal tolerado, y se emplea en inyección intramuscular, la cual tiene la desventaja de producir nódulos, que obligan al poco tiempo á suspender el medicamento. Para remediar este inconveniente, el Dr. Jeanselme aconseja utilizar la siguiente fórmula:

Aceite de ginocardio (lavado con alcohol filtrado por algodón y esterilizado á 100°)	} aa. 1 parte.
Aceite compuesto.	

La fórmula del aceite compuesto es como sigue:

Guayacol.	} esterilizados y filtrados. aa. 5 gramos.
Alcanfor.	
Aceite de vaselina.	
Vaselina.	

De esta mezcla se inyectan 6 cent. cúb. tres veces por semana.

Las inyecciones no son dolorosas y, como no provocan induración, pueden continuarse indefinidamente.

En las Indias, Rost emplea la leproína extraída de los cultivos del bacilo leproso. Inyectada, produce en los lepromas reacción local é hipertermia, seguidas de mejoría notable, que termina por la curación completa si se continúa el tratamiento. La dosis que debe inyectarse al principio es 10 cent. cúb.

La nastina es una grasa bacterica que se extrae de los cultivos del *streptothrix leproides*. Se emplean dos soluciones, números 1 y 2, que se inyectan á la dosis inicial de 1 cent. cúb. una vez por semana. El núm. 1 no provoca fenómeno alguno general ni local; el núm. 2, solución concentrada, produce infarto y necrosis de los lepromas. El Dr. Jeanselme sólo ha empleado la nastina en un caso, y el resultado fué negativo. No obstante, aunque no hay unanimidad de opiniones, se cree que la nastina es el único medicamento que, prolongado el tiempo necesario, puede curar la lepra.

Se ha empleado también el salvarsán, pero sus resultados han sido negativos.

Unna es partidario del tratamiento externo y

emplea contra los lepromas el calor aplicado por medio de una plancha común, interponiendo entre el leproma y la plancha un trozo de franela hecho varios dobleces. La plancha debe aplicarse muy caliente y mantenerla aplicada mientras pueda resistirlo el enfermo. Los nódulos salientes los congela, después los extirpa al rape de la piel con una navaja de afeitar, y al día siguiente cauteriza la herida con ácido fénico concentrado, ácido clorhídrico que contenga cloro libre, pasta cáustica, etc. De este modo quedan cicatrices de superficie lisa y al nivel de la piel sana. Para movilizar las masas bacilares incluídas en las vías linfáticas, aconseja comprimir y amasar los tubérculos, práctica peligrosa porque los bacilos disgregados y diseminados por la sangre pueden producir nuevos focos bacilares. Contra las lesiones esclerosas recomienda las inyecciones de tiosinamina, que exponen también á las mismas complicaciones, por dejar libres los bacilos al reblandecer la esclerosis. El tratamiento local es, por lo tanto, peligroso é incapaz de curar la lepra.

Se han ensayado, con más ó menos éxito, la radium y radioterapia y las corrientes de alta frecuencia. La radioterapia puede curar los lepromas recientes, y las chispas de alta frecuencia son capaces de curar las sensaciones patológicas (punzadas, etc.) y el mal perforante. La neuritis leprosa debe ser combatida por la reeducación motriz combinada con la corriente galvánica.

(*La Presse Médicale.*)

F. TOLEDO.

VARIA

Real Academia de Medicina de Valencia

Con severa solemnidad celebró esta docta corporación, la sesión inaugural del presente año, bajo la presidencia del doctor Don Francisco Castell.

El académico secretario doctor D. Francisco

Villanueva, leyó una luminosa Memoria sobre los trabajos realizados por la Academia durante el año anterior, entre los cuales sobresalen, aparte de los asuntos judiciales y gubernativos que se han sometido á su deliberación por las respectivas autoridades, los estudios sobre la endemia de tracoma, que tantos ciegos ocasiona

en el reino de Valencia, y manera de combatirla; las experiencias sobre esterilización del agua potable por medio de los rayos ultravioletas; la información aportada cuando se trataba de ceder á particulares terrenos de la Dehesa de la Albufera, y otros muchos que revelan el interés de la corporación por los asuntos higiénico-sociales que afectan á nuestra región.

El discurso doctrinal estuvo á cargo del distinguido farmacéutico doctor D. Agustín Trigo.

En el brillante y razonado discurso que leyó este ilustre químico, expuso con su peculiar modestia, pero con un gran fondo de cultura científica, algunas consideraciones acerca de *los compuestos de fósforo usados en terapéutica*.

Tras un breve resumen histórico de la medicación fosforada, citó y comparó los procedimientos de preparación de los compuestos fosfoorgánicos que mayor interés ofrecen, proponiendo el uso terapéutico del ácido monometilfosfínico, que es el cuerpo de la serie fosforada correspondiente al ácido arrhenal en la serie arsenical, de cuya preparación, no exenta de dificultades, se ocupa actualmente en su laboratorio.

Terminó su hermoso discurso, indicando la conveniencia de cultivar determinadas plantas en suelos abonados *ad hoc*, para obtener de ellas compuestos orgánicos fosforados y ferruginosos, de acuerdo con las ideas más modernas sobre estos asuntos y haciendo votos por la prosperidad de la farmacia española, que quisiera ver emancipada de la tutela de las grandes potencias industriales.

A continuación se publicó el anuncio de un certamen que abre la Academia para premiar con 250 pesetas y título de académico correspondiente, al autor del mejor trabajo que se presente sobre tema libre de investigación personal, que verse sobre un asunto de Medicina, Farmacia ó Veterinaria.

Se concederán además, dos accésits, y los concursantes podrán presentar sus trabajos, hasta el 31 de Octubre de este año.

Finalizó la sesión, con un oportuno y elocuente discurso del presidente, doctor Castell, que, como los demás trabajos leídos, mereció unánimes aplausos y felicitaciones.

La tuberculosis en España

Los inspectores generales de Sanidad han publicado una interesante Memoria sobre la *Tuberculosis en España en el quinquenio de 1901 á 1905*. Según en ella se hace constar, de todas las enfermedades infecciosas, la que alcanzó en España más alta mortalidad durante el expresado quinquenio, fué la tuberculosis. En ese periodo de tiempo ascendió dicha mortalidad á 181.418 óbitos, que corresponden á 9'62 por cada 1.000 habitantes, siendo la cifra proporcional, con relación á la mortalidad total, de 7'40 por cada 100 defunciones.

Con relación al sexo, aparecen 94.963 varones y 86.455 hembras fallecidos de tuberculosis, resultando una diferencia de mortalidad de los primeros, en relación con las segundas, de 8.508 defunciones.

Respecto á la mortalidad por clase de tuberculosis, no hay que decir que ha sido pulmonar la que ha dado mayor contingente en el quinquenio, elevándose á la cifra de 138.900 defunciones, de las cuales 72.577 recayeron en varones y 66.323 en hembras.

Del examen comparativo de las cifras consignadas en los cuadros de la estadística, se puede deducir la mayor ó menor mortalidad por cada 1.000 habitantes en cada provincia, y lo que es más elocuente aún, la proporción de muertos por tuberculosis por cada 100 defunciones. En este último sentido se pueden dividir las provincias en cuatro grupos con el siguiente resultado:

1.º *Grupo de mortalidad máxima*; que comprende: Vizcaya, 13'70 por cada 100 defunciones; Guipúzcoa, 13'10; Cádiz, 11'39, y Sevilla, 11'36.

2.º *Grupo de gran mortalidad*; comprendiendo: Madrid, 10'46; Oviedo, 10'46; Santander, 9'95; Baleares, 9'84; Coruña, 9'46; Barcelona, 9'35; Málaga, 8'26; Huelva, 8'24; Pontevedra, 7'94; Lugo, 7'76; Alava, 7'42; Navarra, 7'34; Zaragoza, 7'34, y Valladolid, 7'12.

3.º *Grupo de mortalidad media*: Canarias, 6'97; Palencia, 6'96; Orense, 6'92; Valencia, 6'92; Tarragona, 6'74; Alicante, 6'55; Gerona, 6'39, y León, 6'08.

4.º *Grupo de pequeña mortalidad*: Salamanca, 5'99; Logroño, 5'91; Córdoba, 5'85; Cas

tellón, 5'82; Toledo, 5'77; Murcia, 5'76; Burgos, 5'62; Cáceres, 5'62; Zamora, 5'61; Badajoz, 5'54; Almería, 5'52; Lérida, 5'39; Avila, 5'28; Huesca, 5'26; Segovia, 5'22, y Granada, 5'06.

5.º *Grupo de mortalidad mínima*: Ciudad Real, 4'87; Soria, 4'83; Jaén, 4'70; Guadalajara, 4'64; Albacete, 4'46; Cuenca, 4'26, y Teruel, 4'12.

En uno de los últimos estados expresan comparándolos con los de España, los datos correspondientes á la mortalidad por tuberculosis registrada en varios países del mundo, durante el mismo quinquenio de 1901 á 1905, señalando la proporción por 1.000 habitantes y cada 100 defunciones de la mortalidad total.

De este juicio comparativo, resulta que la tuberculosis en España, durante el quinquenio de referencia, ha sido bastante menor que la de otros países, pues de 18 estados que se han tenido en cuenta en el caso comparativo, nuestro país ocupa el noveno lugar, con una proporción de 1'92 por 1.000 habitantes.

Gabinetes de Consulta

(Apuntes del natural)

Despacho pequeño en casa de alto piso de calle de tercer orden. Sobre una mesa escritorio, atestada de libros y periódicos profesionales, se inclina una cabeza de espaciosa frente apoyada de codos sobre el tablero. Unos ojos vivos y penetrantes, protegidos por lentes de miope, pasa con avidez por los renglones de una revista, buscando afanosamente algo con que satisfacer los anhelos de un cerebro ansioso de saber. El resto del mobiliario, de estilo anticuado ya, y naturalmente no en muy buen uso, consiste en una gran librería cargada de volúmenes de todos tamaños, antiguos y modernos, y una de cuyas estanterías la ocupan algunos instrumentos de uso corriente; hay, además, media docena de sillas y un lavabo. Algunos diplomas de premios encuadrados en sus marcos respectivos adornan las paredes de la estancia, y en el sitio de honor, el gran cuadro con las fotografías de los compañeros de licenciatura. Sobre casi todas las sillas hay también libros y hasta apilados en un rincón en el

suelo hay unos cuantos que no tienen cabida en ninguna parte. Todo aquello, unido al rostro serio, grave y observador del médico que allí está aposentado, revela tratarse de un hombre aplicado y laborioso, pero cuyos ingresos no le permiten grandes lujos.

Suena la campanilla, va él mismo á abrir la puerta y á poco penetra en el despacho un grupo de seis personas, cuatro de los cuales se sientan y dos que permanecen en pie porque no hay sitio para todos.

La mocita, que acompañan padres, abuela, dos tías y una vecina, padece un *desmenchament* y una *toseta* hace ya unos cuantos meses, rebelde á todo lo que el *meche del pòble* les ha dispuesto y quien les ha recomendado que le consulten porque dice que sabe mucho y que era el más inteligente y juicioso de todos los que seguían el mismo curso.

La exploración que éste realiza es minuciosa y reglamentada; interroga largamente, ausculta con detención y percute con cuidado. Al terminar da un sinnúmero de consejos y escribe unas cuantas prescripciones. El pronóstico que hace ante el padre de la enfermita, que se detiene, al marcharse los otros, para recogerlo, es sombrío. La chica, según el sabio, está ya en el tercer grado de tisis, no la saquen del pueblo, no gasten dinero en buscar remedios que no existen y procúrenle consuelos de orden moral que alegren un poco los últimos meses de su vida.

¿Qué vale su *trabajo*?

Deme lo que quiera, responde el doctor, y el huertano deja sobre la mesa dos miserables pesetas que, después de grandes trabajos y vacilaciones, saca de uno de los extremos de su faja y que le salen del fondo de su alma.

* * *

Regia escalera de luciente mármol, conduce á un magnífico principal de calle céntrica; desde su primer escalón, hasta la propia puerta, hay aguardando turno un tropel de enfermos que paulatinamente van entrando á medida que salen otros. Grandes rótulos grabados en cristal anuncian en las jambas el nombre y apellido de un doctor especialista. El vestíbulo está repleto de gente, como asimismo el salón contiguo á la sala

de consulta. Todo el decorado, lo mismo que los muebles, son riquísimos y del más moderno estilo. El grupo de nuestros labriegos que ha aguardado sólo cuatro horas á que les llegue la vez, no espera más que la salida de un paciente para entrar.

Fueron allí, porque de ningún modo les satisfizo la consulta con el *meche de les ulleretes*, á pesar de la fama de sabio que el de su pueblo le había puesto. ¡Que no tenía cura la chical! Pues que acaso ¿no estaban dispuestos á gastar lo que *fora*, aunque tuvieran que hipotecar el *campet* ó *vendre* la *vaqueta*?

Suerte que Chimo el *Belluter*, con quien toparon tan luego como iban á tomar el tren para volverse á casa, les habló de aquel *dotor* como el único acaso, que entre todos los de la capital conocía su obligación. Chimet, su hijo mayor, también decían que *anaba pa tísic* y sin ninguna medicina, con *cuarenta punchaes* lo puso como un reloj, de sano y rollizo.

Abrese el consultorio y entran en él. Un señor bajito y regordete, recubierto de blanca bata, les recibe. Dirige á cada uno de los seis una escrutadora mirada algo impertinente á fuerza de ser investigadora, y deteniéndola en la presunta tísica, ¿con que esta es la enferma? les dice, cogiéndole la barba. Estupefacción de la familia al observar el poder adivino de aquel hombre y misteriosos signos mutuos de admiración.

Bien, bien, la curaremos, dice el galeno con meliflua voz y beatífica sonrisa. ¿Tendrá fatiga, eh, y tos, y sudará á la *matinaeta*? Bueno, sí, ya sé lo que tiene, un catarro que le han descuidado los médicos que le han visto antes que él. Le cuentan el interés y afecto con que ha sido tratada por el médico del pueblo. ¿De dónde son? De Benimuchim. Ah, sí, ya conoce al colega que allí ejerce; es una acémila. Que el doctor Fulano, á quien vieron el día antes, les aseguró que no tenía remedio y que estaba tísica; él sí que estaba tísico del *servell*, y qué tontos

eran de haberse fiado de un médico que apenas tenía visita.

¿Que la *rechistrara*? para qué, pues y el *ojo clínico*, ¿no le había de servir de nada? Y con tantísima gente como aguardaba turno, ¿les parecía que podía *perder* media hora en exploraciones inútiles?

A ver, Sánchez, dice á su ayudante. Póngale á esta enferma una inyección de cacodilato de sosa. ¿Que se ha terminado? Bueno, pues una de gomenol ó de lecitina ó de lo que le dé la gana, y que pase otro mientras tomo nota.

¿Qué debo? 10 pesetas y otras 10 de la inyección, 20, cuatro duros, y es absolutamente preciso que venga lo menos treinta días seguidos.

* * *

A los tres meses, en la barraqueta de *Tòfol*, el de Benimuchim, no se oían, durante la madrugada de un hermoso día de primavera, más que ayes continuos y prolongados lamentos. Roseta se moría, la víspera la habían viaticado y no esperaban mas que aquella agonía terminara. Ocho días hacía que volvieron de la ciudad en vista de la ineficacia curativa del doctor regordete, al que en los tres meses le entregaron doscientos duros, mas otro tanto que la permanencia en el *hostal* les costó, y que hizo que la *vaqueta*, el *campet* y hasta muchos aperos de labranza, pasaran á manos de la usura.

La mirada que iba ya apagándose en el fondo de aquellas socavadas órbitas, la nariz afilada cuyas fosas iban recubriéndose de tenue polvillo, el círculo amoratado que se ensancha en torno de la boca, el sudor abundante y viscoso, la respiración entrecortada, todo, en fin, anunciaba la pronta extinción de una vida.

Tòfol, dijo María Rosa mirando ansiosamente el cadavérico rostro de su hija, mientras estrujaba la endurecida mano de su marido: ¡*Qué rahó tenía el meche de les ulleretes!*

DR. TOMÁS ALCOBER.

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

Contribución al estudio de la Sínfisis del Pericardio. Conferencia del Dr. Rafael Pastor Reig.

Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades: *La Terapia con el Salvarsán, su pasado y su porvenir*, por el Dr. Ehrlich. (Continuación).

Revista de revistas.

Varia: El Montepío de los titulares y la Sociedad de Socorros mutuos del Colegio de Médicos de Valencia.

Memorias premiadas por el Instituto: *Indicación de la intervención quirúrgica en la litiasis biliar.* Memoria laureada con el primer premio en el certamen correspondiente al año 1910, por el Dr. D. Emilio Casas Arriola.

Contribución al estudio de la Sínfisis del Pericardio

CONFERENCIA DEL Dr. D. RAFAEL PASTOR REIG

Catedrático auxiliar de la Facultad de Medicina

Comenzó justificando la elección del tema, haciendo notar las ventajas de las conferencias con eminente sabor clínico sobre aquellas otras puramente doctrinales, documentadas en revistas y obras al alcance de la mayoría y que no vienen á ser otra cosa que un derroche de memoria y elocuencia.

A seguida, hizo notar la actualidad del estudio de la patología del corazón, que, merced á las nuevas concepciones fisiológicas de Engelmann, His y Hering, ha progresado notablemente en estos últimos tiempos.

Reseñó la escasez de datos clínicos á propósito de las afecciones del pericardio; citadas éstas en las obras antiguas de Baudalet, Rioloano y Morgagni, fueron individualizadas por Senac en 1749, completando su estudio anatomo-patológico y bacteriológico Auenbrugger, Covisart, Collin, Louis, Bouillaud, Andral, Stokes, Skoda, Bamberger, Letulle, Netter, Talamon, etc.

Puso de relieve la evidente semejanza existente entre todas las afecciones de las serosas de la economía, tanto bajo su aspecto etiológico, como de su anatomía patológica, expresión clínica, evolución, etc.

Después de breves consideraciones sobre anatomía y fisiología del pericardio, hizo