

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:*La vacunación anticolérica y el Dr. García Solá, por el Dr. M. Candela. (Conclusión.)**Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades: Apuntes de nuestro primer año del Salvarsán en la sífilis, por el Dr. Peyrí. (Continuación.)**Revista de revistas.**Varia: Tribunales de honor.**Memorias del Instituto: Exposición del trabajo del Dr. Ehrlich titulado Sobre las funciones parciales de la célula y comentarios acerca del mismo. Conferencia desarrollada por el Dr. D. Antonio Salvat. (Conclusión.)*

La vacunación anticolérica y el Dr. García Solá

Por el Dr. M. Candela

De la Facultad de Medicina de Valencia

(Conclusión)

Para que no se nos tache de ligeros, vamos á reproducir íntegro el párrafo escogido por nuestro docto comprofesor como la prueba más concluyente de laboratorio en contra de la vacunación anticolérica que nosotros defendemos, ó sea de los trabajos de Ferrán, tan á la ligera indicados en su artículo por el prestigioso doctor.

«Es mucho más rigurosa y por ello más digna de tenerse en cuenta la técnica empleada posteriormente (1908) por Choukevitch, quien elige para sus experimentos al conejo común durante la lactancia, en cuya época es sabido contrae este animal, por ingestión del cultivo específico, un proceso colérico muy semejante al del hombre, mientras que cuando ya empieza á ingerir vegetales (unos 25 días después del nacimiento), la concurrencia de la flora criptogámica que entonces pulula en el intestino dificulta el cultivo puro del vírgula contagiado. Vacunan los conejitos (vacuna de Kolle) al tercero ó cuarto día de nacidos, repitiendo la inoculación profiláctica seis días después. Transcurridos seis ú ocho días, provoca la infección, haciéndoles ingerir cultivos puros de vírgulas en agar. Repetido el experimento en distintos meses del año (Febrero, Marzo, Abril y Octubre), y empleando vacunas de distinta concentración (de 1 por 100 la más débil, llegando la más vigorosa á 1 por 10), siempre concordaron entre sí los diferentes lotes sometidos á la prueba, de la que aparece, en cómputo final, que de 19 conejos vacunados sucumbieron 14, y de los 12

testigos no vacunados murieron 6, ó sea un 73 por 100 de vacunados y un 50 por 100 de testigos. Debe advertirse, en prueba de la corrección del experimento, que casi todos los animales muertos, tanto vacunados como testigos, fallecieron después de violentísima diarrea, iniciada á los dos ó tres días después de infestados, y que en la autopsia se descubrió una fuerte congestión intestinal, hallándose el intestino verdaderamente repleto de un líquido seroso, en el que nadaban copos grisáceos que, observados al microscopio, presentaban, así como el líquido, multitud de vibrios colerígenos casi en cultivo puro, pues apenas era apreciable una que otra bacteria extraña. En algún caso excepcional, no comprendido en la estadística anterior, murieron los animales á las 24 horas de infestados, sin previa diarrea y sin ofrecer las lesiones intestinales del cólera, por lo cual debe atribuirse la muerte, que ocurrió lo mismo en los vacunados que en los testigos, á una intoxicación aguda vibrionaria sin ninguna especificación.»

Ante estos hechos de laboratorio, de lógica aplastante, si las premisas del argumento no tuvieran réplica, el Sr. García hasta aparenta sospechar que la vacuna vulnera al intestino y es coautora de los desastres de la experimentación; no, no es vulnerabilidad lo que crea la vacunación anticolérica tal cual su inventor la soñó al ir en 1883 á Marsella y realizarla en 1884 en su improvisado laboratorio de Tortosa, y al aplicarla en 1885 en Valencia, en donde pudo observarse la inocuidad de sus efectos y su poder inmunizante.

Lo que hay en los experimentos llevados á cabo por Choukevitch, es que la vacuna inoculada á los conejos recién nacidos no sabemos qué clase de vacuna fué; desde luego no la de Ferrán ni la de Haffkine ni la de Gamaleña, sino la de Kolle, tan discutida en sus efectos, la que no lleva en suspensión vírgulas vivos sino muertos, en la que todos los bacteriólogos están conformes que no es la que más inmunidad confiere; lo que hay en los estudios del ayudante de Metchnikoff es que el cultivo colérico administrado por ingestión, á los seis ú ocho días de la inoculación profiláctica, no sabemos que esté dosificado según las proporciones de la producción del cólera espontáneo; y que si concordaron los experimentos para sus resultados lo mismo en la administración del cultivo al 1 por 100 que al 1 por 10, es que tanto el primero como el último traspasaron los límites normales de la inmunidad que pudo haberseles conferido al vacunarles, siendo brutal el experimento para tan endebles organismos, ó que la acción de la vacuna pudo sumarse á la de la ingestión colerígena, por no haber desaparecido en los conejitos inoculados la fase negativa de la inyección preventiva.

Y aunque las vacunas, y las proporciones de vírgulas ingeridos no tuviesen reparos, ¿es que porque los vírgulas producen diarreas en los conejitos durante su lactancia ya debe proclamarse que este animal reúne todas las condiciones para poner á los experimentadores á salvo de toda causa de error?

¿No son inmunes para la carbuncosis los carneros de Argen, y sin embargo se les hace sucumbir con dosis masivas de cultivos virulentos de bacterias carbuncosas?

El hecho mismo de que algunos ejemplares de conejos que no han formado parte de la estadística citada fallecieran á las 24 horas de la ingestión sin más síntomas que los de una intoxicación agudísima, ¿no demuestra que la acción de aquellas ingestiones virulentas era tan extremada que los sujetos del ensayo fueran saturados de las toxinas del vírgula mucho antes de que tuvieran tiempo para obrar como antígenos productores de antitoxinas homólogas?

Recuerde ahora nuestro estimado colega cómo apoyándose en estos datos de labora-

torio, Metchnikoff concluye en que: *precisa volver á las precauciones higiénicas usuales y dejar las vacunaciones para circunstancias excepcionales, como por ejemplo tropas en campaña, donde las medidas higiénicas son difíciles de observar. Así como suena.*

Ya ve nuestro apreciable contrincante que no nos duelen prendas y le citamos autoridades que han de halagarle porque piensan como él; pero el error no tiene nacionalidades ni categorías. ¿Si las vacunaciones no hay que emplearlas en las circunstancias ordinarias, para qué tomarlas en las excepcionales como tropas en campaña? ¿Es que los individuos son diferentes en campaña que fuera de ella? ¿Si no proporcionan ninguna ventaja las vacunas, para qué aconsejarlas en campaña? ¿No le parece al Sr. García que hay contradicción en el postulado del sabio francés?

No, no es posible que Metchnikoff no crea en la eficacia de las vacunas aunque su entusiasmo por los sueros le haya hecho dudar de aquéllas en un momento de obnubilación de su gran talento de observador.

Metchnikoff es uno de los partidarios más decididos de los sueros fabricados en el Instituto Pasteur, y si cree en la virtud de los sueros anticoléricos obtenidos en el caballo ¿cómo no creer en los anticuerpos desarrollados en la sangre de los vacunados como está ya demostrado?

Más claro; si cree el eminente bacteriólogo que los anticuerpos de los caballos pueden detener la marcha de una invasión colérica *toxémica*, no diremos *infecciosa*, ¿por qué no creer que los mismos anticuerpos previamente provocados por los antígenos de la vacunación pueden impedir la invasión del cólera ó disminuir los efectos del mismo?

Pero aún nos queda un punto de vista que estudiar de reconocida importancia en este debatido asunto.

El mismo Choukevitsh, torturado sin duda por las impurezas del raciocinio y por los quiebras de la lógica en la manera de argumentar de algunos teorizantes, dice lo siguiente: *Il va de soi que la question doit être avant tout résolue par voie expérimentale* (1).

Conformes en un todo con el auxiliar de Metchnikoff y con el Dr. G. Solá, que en su crónica de la vacunación invoca también estos testimonios, vamos á ocuparnos de la experimentación en el gran laboratorio de la Naturaleza, porque ningún hecho fenomenal será más exacto y más conducente á probar la inmunidad que produce la vacunación anticolérica, tal como nosotros la vimos y como la vió nuestro eximio profesor, en 1885, en Valencia, que discurrir sobre las estadísticas de una epidemia, no en la India, ni en Alemania, ni en Persia, ni en Rusia, no acudiendo á las estadísticas de Zelagarotof en Tabriz, ni á la de Zabolotny en Astracán, ni á la de Kachdamoff en San Petersburgo, porque siendo muy respetables sus datos y sus observaciones, no pueden ofrecernos más motivos de credibilidad que lo ocurrido entre nosotros en el año 1885, y el patrón de esta nuestra conducta nos la da el Dr. García Solá, quien á pesar de lo documentadas que están las estadísticas de Ferrán, cual no lo estuvieran otras de ningún país, por todo comentario para rechazarlas, dice á la letra nuestro colega:

«Respecto á las observaciones de nuestro compatriota, ya expusimos y justificamos en 1885 las dudas que nos imponían el sentimiento de no participar de su opinión, contra la cual se pronunció ya más terminantemente la Comisión segunda mandada por el Gobierno á Valencia para justipreciar el valor profiláctico de su método.»

(1) *Anales del Instituto Pasteur*, t. 25, pág. 424.

¡Ah, Sr. García! ¡Cuánto me duele entrar en los comentarios y juicios de aquella época de cuya primera comisión dictaminadora formó V. parte, y no permitiéndole el Gobernador de la Provincia manejarse con la independencia de criterio científico que ella necesitaba, tuvieron que volverse á Madrid, todos los miembros menos uno, sin decir otra cosa que Ferrán era una persona honrada, un hombre de ciencia cuyos estudios debería favorecer el Gobierno de S. M.!

¡Ah, Sr. García! ¡que yo no quisiera recordar la segunda comisión enviada por el litigio entablado entre las exigencias de la muchedumbre que clamaba en vista de los hechos acogerse al beneficio de la vacuna, y el Ministro de la Gobernación que sustentaba que la vacunación anticolérica era una paparrucha y el sabio Ferrán un embaucador! ¡Aquella comisión compuesta de un Sr. Ayudante de clases prácticas de disección, de un especialista en partos y de un sifiliógrafo, todos personas muy dignas y muy apreciables, puestas al servicio del Ministro Sr. Villaverde (porque ya entonces la vacunación Ferrán se había hecho liberal y mandaba el partido conservador) que pudiera haber hecho su informe antes de salir de Madrid! Y perdóneme mi compofesor que testigo de los trabajos de aquella comisión no entre en más detalles para juzgarla.

Ahora comprenderá el Sr. García mi sorpresa al verle pasar como de soslayo sobre el punto de las estadísticas de Ferrán, cuya bondad no pudieron negar los señores de la segunda comisión, á pesar de sus conclusiones todas impregnadas de malevolencia é insidias y completamente en desacuerdo con la primera, de entre cuyos miembros formaba usted parte con bastante más competencia para ello que todas juntas las personas nombradas para la segunda.

¿Es que no ha meditado el profesor de histología y anatomía patológica de Granada sobre la importancia de las estadísticas de Ferrán publicadas después de la epidemia, con firmas de alcaldes, médicos, párrocos y notarios de las poblaciones respectivas, y tan escrupulosa, sabia y favorablemente comentadas por nuestro colega extranjero Dr. Camerón, miembro en aquella época del Parlamento inglés y la única persona que en el mundo científico se ha ocupado de dichas estadísticas?

¿No ha reparado en la significación del *affaire* Gamaleña ya citado, propuesto para el premio Breant, sin más datos clínicos ó experimentales para que Pasteur lo propusiera á la Academia de Ciencias que las inoculaciones en Valencia, de Ferrán, y las de Haffkine en la India?

¿Es que el Sr. García no conoce aún la personalidad científica de Ferrán, quien á pesar de los años transcurridos y de haber marchado el primero en España, pese á quien pese, en las avanzadas del progreso bacteriológico mundial, no ha rectificado ni en un ápice las prácticas de su vacunación anticolérica, como muda protesta á sus adversarios de que ya en 1885 estaba en posesión plena de la verdad, adelantándose por desgracia suya á la ciencia oficial como dice el mismo Courmont, autoridad citada por usted en su artículo?

¿Quiénes como Ferrán y su plagiario Haffkine han obtenido sino de la Academia de Ciencias de París las primicias del premio Breant por sus trabajos sobre las vacunas anticoléricas?

Si el maestro granadino se hubiere tomado la molestia de consultar la veracidad de las estadísticas de Ferrán, no las pondría en litigio ni las hubiera soslayado por manera tan lacónica y escueta.

Dentro de poco se publicará la tercera edición de la obra de Ferrán, «La Vacunación

anticolérica», que allá en 1887 dió á la luz pública en colaboración con el Dr. Amalio Gimeno, y Paoli, su auxiliar.

Renunciamos á reproducir párrafos y datos estadísticos que en ella por manera ingeniosa ha discurrido Ferrán para convencer á los más incrédulos de manera irrefutable con lo que él llama estadísticas familiares, esto es, de grupos de individuos expuestos á las mismas causas y en condiciones análogas, y que son al tenor de la que con amargo recuerdo viene á nuestras mentes en este momento.

A mediados de Abril de 1885, cuando se vacunaron casi todas las familias de los Ateneístas de Valencia, fué inoculada la mía, compuesta de 12 individuos, excepción hecha de mi padre quien por sus 64 años no quiso someterse á las ligeras molestias de la vacunación, y una joven muchacha de las de nuestro servicio, de sentimientos muy piadosos, por lo que no quiso oponerse á los designios de la Providencia.

Transcurren Abril y Mayo sin novedad, después de haberse practicado más de 1.500 inoculaciones; y cuando la Ribera del Turia fué invadida, á primeros de Junio, se presentó el cólera en Valencia. Unas de sus primeras víctimas fueron mi señor padre y la muchacha de mi casa, que no quisieron vacunarse el día que se vacunó toda la familia. Mi padre fué invadido el día 1.º y falleció el 2 de Junio, la muchacha el día 3 y falleció el 4.

Si este triste relato lo hubiese usted visto ocurrir, Sr. García, en más de 40 ó 50 familias, dentro de la misma Valencia, iría usted comenzando á dudar, al menos sobre la no eficacia de la vacunación anticolérica.

Pues esto es el puro evangelio de lo ocurrido, no solo en la capital sino también en todos los pueblos invadidos donde se contaban anécdotas y casos parecidos al de mi familia, y que Ferrán, con los datos de entonces y los que le han proporcionado los supervivientes de ahora, ha podido coordinar en la tercera edición de su obra esas estadísticas familiares, para convencer si es posible á los dudosos, á quienes por indolencia no han querido percatarse de lo juzgado que está ya el tema en favor de la vacunación, y para dejar sin respuesta á los incrédulos por sistema.

Y para terminar, distinguido colega, ¿cree usted que de no estar en el ambiente científico y clínico del Instituto Pasteur la bondad de las vacunas Ferrán, irreprochables bajo el punto de vista teórico, como hemos demostrado, uno de sus ilustres profesores, Salimbeni, hubiese escrito en un libro de Bacterioterapia que va en manos de todos los alumnos de Medicina, y consignado lo siguiente, que copiamos al pie de la letra?

Tanto la vacuna Ferrán como la de Haffkine cuentan en su favor numerosos hechos comprobados, y que en razón de su inocuidad pueden recomendarse las dos SIN DESCONFIANZA.

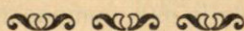
¿Desconocía este párrafo el Sr. García, tan aficionado á inspirarse en autores extranjeros para este asunto?

Y si lo conocía ¿por qué no lo citó en testimonio de su buena fe al detallar los trabajos de Metchnikoff y Choukevitch?

Desengáñese nuestro ilustre compañero y no se preocupe en otro orden de ideas para discurrir sobre las causas de la deficiente cooperación al progreso científico (1).

(1) Causas de nuestra deficiente cooperación al Progreso Científico, por el Dr. Eduardo García Solá.—Granada, Tip. de López Cuevas, 1911.

Mientras haya profesores en España que con oportunidad tendenciosa quieran volcar todo el peso de su autoridad sobre los hombres de ciencia indiscutible, pero no ungidos con el óleo del compadrazgo y de la fama vocinglera, y cuente que no es el profesor de Granada quien ha inventado este género de *boicotage* abusando de una invulnerabilidad decadente, los hombres de ciencia en España no tendrán más remedio que representar el papel de víctima propiciatoria ante las aras de egolatrías insolentes y de concupiscencias cínicamente avasalladoras.



Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades

APUNTES DE NUESTRO PRIMER AÑO DEL SALVARSÁN EN LA SÍFILIS, por el
Dr. Peyri, Profesor de Dermatología y Sifiliografía.

(Continuación)

D) *Accidentes reaccionales y tóxicos.*—Difíciles de separar; entre los dependientes del hipertonismo ó hipercalcinidad, los consecutivos al cambio mecánico de la presión sanguínea y los verdaderamente tóxicos dependientes del arsénico del salvarsán no puede establecerse una línea divisoria.

Aún es más difícil decir cuáles son los tóxicos dependientes de la toxicidad propia del salvarsán y los de las toxinas liberadas por la acción treponemica del medicamento; prácticamente, sea lo primero, sea lo segundo, deben ser tenidos en cuenta y estudiarse las circunstancias en que se producen; no debemos por cuestión teórica olvidar el *primum non nocere*.

Quizá el síntoma reaccional más constante es el *escalofrío*, se presenta entre la una y las tres horas después de la inyección, rara vez más tarde, entre una sencilla sensación de frío y un escalofrío con temblor y castañeteo, de duración de horas; creemos que mejor debe atribuirse á los cambios de presión vascular que significa la entrada en la sangre de 150 ó más cc. de líquido.

El aumento de temperatura sigue en constancia; desde unas décimas sobre 37° á temperaturas cercanas á 40°, si bien raramente; en la intravenosa la temperatura suele durar uno ó dos días, en la intramuscular persiste en ocasiones hasta los 15 días; si quisiésemos ensayar una interpretación, ya que no es constante como debería ser caso de ser debida exclusivamente al salvarsán, pensaríamos que son las toxinas sifilíticas las causantes, es á su favor su forma intermitente; es claro que en la intramuscular serán los focos de reacción local y mejor la presencia de bacterias como ha demostrado Finger.

El *vómito* que sigue en constancia á los otros síntomas, si parece un síntoma arsenical, si bien el cambio de presión podría en ciertos casos explicarlo.

Nosotros hemos visto más frecuente el *estreñimiento* que la *diarrea*, síntomas que pueden ser arsenicales.

La *polaquiuria* que se presenta en algunos casos así como los dolores vesicales parecen síntomas arsenicales, en los casos en que el salvarsán influye sobre los reflejos; sólo tenemos 4 observaciones.

Las *cefaleas* nosotros las hemos visto en cerca la mitad de casos, cefaleas que han persistido muchos días y se han presentado inmediatamente después de la inyección. La interpretación creo que es en muchos casos por aumento de presión intracraneana, es la consecuencia de la sensación de sofocación y congestión cefálica que se observa en toda inyección intravenosa; en cambio en los casos persistentes pensamos que las arteriolas del encéfalo son terminales y que pequeños trombos explicarían bien el proceso.

En los casos de muerte de Almkvist, Ravaut, Kannengieser, Fischer, Oltromare, ha muerto el enfermo con convulsiones y la autopsia ha demostrado encefalitis; es muy dudoso que sea la acción directa del salvarsán, es más probable la reacción local de los focos enfermos ó con latencia específica y más aún un estado de anafilaxia para el salvarsán; respecto á estos casos, el pensamiento de Ehrlich de liberación de toxinas no parece justificado, porque en el caso de Jaffé, de Leven, de Fischer, de Kannengieser, de Ravaut y de Hallopeau ha sido á la segunda inyección.

Nosotros, las convulsiones no las hemos observado en ningún caso, sólo en algún caso calambres, es verdad que hemos cuidado dentro de lo posible el no inyectar enfermos de lesiones antiguas cerebrales, y hemos limitado la inyección en los sifilíticos antiguos en general, ya que todos los casos de muerte han acaecido en sifilíticos antiguos, ya lo podemos decir, en sifilíticos en los cuales la toxina sifilítica había principiado probablemente la degeneración de los parénquimas.

Molestias visuales no las hemos observado en ningún caso; alteraciones auditivas en dos casos, en los dos transitorias; una de ellas fué ligerísima, se presentó desde el primer momento y duró dos días, en el otro persistió la disminución de la percepción acústica dos semanas.

La neuralgia del maxilar superior, en forma de odontalgia la hemos visto en 8 ó 10 casos, ni muy intensa, ni muy persistente; ha recaído en individuos con lesiones alvéolo-dentarias no específicas.

El síncope nervioso inmediato á la inyección lo hemos observado en un 10 por 100 de casos; lo creemos siempre debido al shock por el aumento de presión vascular y en ocasiones emocional; siempre sin consecuencias.

El caso más serio de nuestra observación fué el de un enfermo que resultó luego ligeramente *hemofílico*, pero que al explorarlo é interrogarlo antes de la inyección no pudimos prever las propiedades de su árbol vascular; desde entonces interrogamos concretamente sobre este punto á nuestros enfermos antes de la inyección.

Era el enfermo A. R., de 29 años, sífilis de un año; medicado con mercurio; Wassermann negativo á los tres meses; á los 6, después del primer Wassermann, condilomas hipertróficos y Wassermann positivo; buen estado del riñón, corazón, hígado, integridad del sistema nervioso. Inyección de 606 intravenosa de 50 centigramos, á las 11 de la mañana; por las malas condiciones vasculares del brazo hubo de repetirse la punción; al final de la inyección una cefalea brutal y escalofrío, inyección de las conjuntivas marcada, pulso hipertenso. El escalofrío duró 5 horas; hubo calambres, la cefalea cedió algo á las 6 horas; á las siete de la tarde 39°2; vómitos á media tarde, los últimos teñidos de sangre; orinas hematúricas.

Al día siguiente habían cedido los síntomas; fuerte equimosis alrededor de la mediana basílica, se notan en las piernas y brazos ligeras purpuraciones, la cefalea cede lentamente, la excitación ha cedido ya, la orina se va aclarando, deposiciones sin rastros de sangre, el pulso menos tenso, la temperatura de la tarde á 37°8.

El tercer día el enfermo ha recobrado casi su normalidad; no obstante, hay algo de cefalea, poco apetito y se encuentra totalmente quebrantado; han desaparecido casi los condilomas objeto de la inyección.

A la semana desaparecieron los síntomas, incluso los equimosis; el enfermo recobró el apetito y actualmente (mes y medio) el enfermo se halla en excelente estado de salud.

Este caso indica la necesidad de saber en cada enfermo el estado del árbol vascular; no creemos el caso debido al salvarsán, lo creemos debido á la inyección intravenosa, al aumento de tensión vascular en un sistema vascular friable; quizás estos casos serían los que autorizarían y abonarían la sangría previa que algunos preconizan si en el conocimiento de la afección no debiera ser una contraindicación formal del salvarsán ya intravenosa, ya intramuscular por razones fáciles de comprender.

Finalmente, según me han informado, tengo en mi pasivo del salvarsán un caso de muerte que puede ser debido al medicamento; no puedo responder de ello porque por razones profesionales escapó en sus últimos días á nuestra observación. He aquí su historia:

J. S., de 22 años; constitución débil, dispéptica y antigua. Infección específica de hace un año, con manifestaciones genitales y sífilide papulosa, desapareció con aceite gris; después de la primera tanda de inyecciones fué mercurializada irregularmente.

Entra en el Hospital el 4 de Marzo 1911; al momento de nuestra observación, placas mucosas bucales y genitales, sífilide papulosa generalizada con puntos escamo-costrosos, algún elemento ulcerado en el cuello, en el cuero cabelludo y algunos puntos del cuerpo, escamas y un eritema que ha sido más intenso y parece de hidrargirismo cutáneo, estomatitis hidrargírica, decaimiento, falta de apetito, orina normal, aparato circulatorio igual y Wassermann positivo.

1.^a inyección el 10 de Marzo de 1911, intramuscular de 50 centigramos, muy dolorosa, pero con pocos síntomas generales; temperatura que se sostuvo 8 días. Desaparecieron las lesiones mucosas y la sífilide papulosa dejando descamación y el eritema antedicho; mejoró algo del estado general.

2.^a inyección el 7 de Abril 1911, intravenosa de 40 centigramos, la reacción común de los otros casos; mejora la descamación y el eritema con aplicaciones locales de reductores; el estado general sigue lo mismo. El 2 de Mayo 1911 sale del Hospital con la misma falta de apetito, pero con las lesiones cutáneas curadas. Durante 3 semanas fué visitada por nuestro ayudante Sr. Tragant, el cual notó que á los 6 días de salir del Hospital se reprodujo la lesión eritemato-escamosa en cabeza y cuello, por haber dejado de hacer aplicaciones y sin nada de nuevo, poco apetito y decaimiento, á los 5 días notó hinchazón de los tobillos, menos apetito y orina normal, no hubo albúmina; durante la semana siguiente los edemas fueron aumentando, aparaciendo en los párpados y disminuyendo la cantidad de orina; se le puso á dieta láctea y reposo, régimen que no obedeció la enferma; la última vez que vió la enferma seguía con el estado antedicho y fué diagnosticada de miocarditis específica ó tóxica al notar frecuencia y debilidad de pulso y apagamiento de los tonos cardíacos.

Llevaba siete semanas de la última inyección cuando un día al ir á visitarla cerraron

el paso á nuestro ayudante, á causa de que había ido á visitarla uno de nuestros colegas, que les dijo que la habían intoxicado y que aquella enferma nunca debió inyectarse; no pudo saber el fundamento de esta segunda afirmación; sólo pudo averiguar que seguía con edemas de las extremidades inferiores, oligúrica y más postrada; hemos averiguado que murió unos días después.

No podemos, por falta de datos finales, concretar el caso para atribuirlo al pasivo del salvarsán; pasaron dos meses después de la última inyección y si bien es verdad que hay un caso de Leipzig citado por Ehrlich de esta misma fecha no tiene con él ningún parecido, ya que aquél murió con un cuadro de insuficiencia hepática que no existía en el nuestro; además la erupción que persistió aun después del salvarsán hemos dicho ya que no tenía carácter específico sino tóxico; razonando el caso, no sabemos atribuirlo directamente al salvarsán; pensamos que una degeneración de los parénquimas específica ó no anterior al tratamiento arsenical podría explicarlo.

Quisiéramos resumir nuestro parecer referente á algunos fenómenos tóxicos producidos por el salvarsán, los más graves quizás, á un momento de anafilaxia. Nos explicaremos: *generalmente la segunda inyección produce menos reacción que la primera, pero hay un tanto por ciento respetable de casos en los cuales la segunda produce una reacción mucho más violenta que la primera; además, los casos de muerte generalmente se han producido á la segunda inyección y, en este caso han sido fenómenos de intoxicación general rápidos con convulsiones ó con síntomas urémicos; parecen uno y otro hecho los fenómenos de la inyección tóxica en animales anafilactizados, hasta si se quiere con las graduaciones del síndrome anafiláctico.* En este caso la 1.^a inyección de salvarsán obraría como INYECCIÓN ANAFILACTIZANTE; el período de cerca un mes como PERÍODO DE INCUBACIÓN; y la 2.^a inyección obraría como la INYECCIÓN TÓXICA con los tres grados que se le asignan, desde las cefaleas y los calambres á la muerte en medio de convulsiones.

En consecuencia, desde que pensamos así, la segunda inyección la hacemos lo menos 10 centigramos más pequeña que la primera y ó la hacemos antes de las tres semanas ó más allá del mes y medio.

E) *Nuestra estadística.*—Algunos de nuestros inyectados, por descuidos involuntarios ó por ausencia nuestra durante dos meses por enfermedad, dejan de figurar en ella; sólo exponemos los documentados. No puede extrañar tampoco la falta en un 40 por 100 de casos de datos posteriores porque muchos de ellos han desaparecido de nuestra observación poco tiempo después de inyectados; creo que esto debe ser común á las observaciones de enfermos de dispensario en todas partes y en todas las especialidades.

Número de enfermos inyectados. 271

Número de inyecciones practicadas. 393

(Descontamos más de un centenar de inyecciones practicadas por lepra, psoriasis, pitiriasis rubra.)

Se descomponen en los casos siguientes:

Esclerosis iniciales genitales. 26 (un caso de chancro redux y uno simultáneo genital y extragenital).

Esclerosis inicial, extragenitales. 8 (dos cara, una mucosa del carrillo, una amígdala, una labio superior y tres labio inferior).

Manifestaciones cutáneas secundarias.	74	(dos casos de sífilide palmar y plantar psoriasiformes, los demás casos vulgares de las diversas formas).
Manifestaciones cutáneas terciarias.	30	(1 caso de fagedenismo de los genitales).
Sífilis maligna precoz.	2	(forma galopante en uno de ellos).
Manifestaciones mucosas secundarias.	68	(14 casos de recidivantes; 6 de condilomas persistentes).
Leucoplasia.	6	
Glositis y epiteloma.	4	(indicación de la inyección procedente de otros servicios hospitalarios).
Oseo-terciarias.	10	(tres óseo-articulares).
Mielitis.	3	
Cerebral.	5	(infiltración meníngea, infiltración gomosa, goma y dos arteritis).
Esofágica.	1	
Pulmonar.	3	
Sífilis latente.	19	
Heredo-sífilis.	6	

F) *Nuestros casos.*—A) Todos aquellos enfermos con *esclerosis* inicial, en los cuales no existe contraindicación alguna, creemos que deben inyectarse de arseno-benzol á fuerte dosis, porque si un momento puede haber oportuno para ejercer este medicamento la *therapia sterilisans magna*, es éste; en las sífilis que se inician y en las cuales la siembra general de treponemas está aún por hacerse ó está fraguándose en aquellos momentos.

Frente á la *esclerosis* inicial de menos de un mes, creemos que es momento de reunir cuanto de intenso nos suministre la terapéutica antisifilítica y creemos que es indicación ormal la del *salvarsán*, como es medicación indicada el mercurio en la forma llamada abortiva, el *calomel*; como asimismo creemos sobre todo, en aquéllas sin infarto ganglionar indicación positiva la extirpación amplia.

Son estos los casos que más se parecen á la sífilis experimental de conejos y monos que curó Hata con 606; aquellos en los cuales el treponema no ha producido la perversión de los tejidos que se traduce por reacciones diferentes irritativas simples ó destructivas; *salvarsán*, *calomel* y *extirpación*, vale la pena de acumular cuanto sepamos que pueda ser útil y probar de conseguir en un momento la solución de problema tan interesante como hacer abortar la infección.

Nuestros casos han sido de 8 *esclerosis* extra-genitales, á las cuales hemos creído indispensable el uso del medicamento dada la seriedad de los chancros faciales. Hay 26 *esclerosis* genitales de variable aspecto, desde la forma ulcerada al edema indurado fimótico. En más de la mitad de los casos se ha empleado el *salvarsán* solo; en los otros, *salvarsán*, *calomel* y si se ha prestado la extirpación.

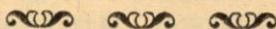
Los resultados respecto á la curación presente del chancro han sido buenos y generalmente rápidos, más que con el mercurio; hemos visto en cuatro días cerrarse uno del carrillo; en uno de ellos *chancro redux* tratado con mercurio, se cerró definitivamente el chancro y no ha vuelto á abrirse más; en cambio hemos visto dos recidivas de chancro genital, con fracaso por lo tanto hasta de curación del accidente inicial.

Estamos en absoluto satisfechos del salvarsán, seguido del calomel; pero los casos más antiguos sólo datan de seis meses y medio; dejamos de hacer comentarios.

B) 74 casos de manifestaciones cutáneas secundarias; resultados buenos, pero no extraordinariamente rápidos en la mayoría de los casos, en los otros regulares ó menos que regulares; en una sífilide palmar y plantar psoriasiforme el resultado fué lento, pero bueno, desapareció á la segunda inyección.

c) 30 casos de manifestaciones terciarias cutáneas; resultados inmediatos desde maravillosos hasta buenos, pero no rápidos; como han reconocido todos el éxito es en las formas húmedas. En la mayoría de ellos se ha podido parangonar con el mercurio porque precisamente eran casos fracasados del mercurio; son los casos de más amplia indicación del salvarsán; sífilides gomosas ó tubérculo gomosas, sífilides tuberculosas secas por orden obedecen al salvarsán; si quisiésemos precisar más diríamos que en las localizaciones de las piernas preferentemente.

(Se continuará.)



REVISTA DE REVISTAS

CIRUGÍA

Un caso clínico, por el DR. D. ISMAEL ALONSO DE VELASCO. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Mayo, 1912.)

El caso que voy á exponer debía darle apellido, bien de raro, curioso, emocionante, etc.; pero como entiendo que en Medicina todo se explica, resultaría con una presumida paternidad.

En una de mis múltiples guardias en el Hospital de la Princesa, se presentó una noche una mujer con la cara cianótica exageradamente, elevando los brazos, como si por instinto de conservación pretendiera hacer una autorrespiración artificial, la boca desmesuradamente abierta, respiración casi imposible, pupila dilatada y el pulso imperceptible. Venía acompañada de su marido, el cual, además del terror fenomenal que había decolorado su faz, era portador de una tarjeta del Dispensario laringológico; en cuyo diagnóstico se leía «sífilis traqueal para operación de urgencia». Dada la angustiosa situación de aquella víctima de la infección luética, sin detenerme á reconocerla y menos á malgastar un precioso tiempo en inte-

rrogatorio, ordené que con toda urgencia prepararan la sala de operaciones y enferma, lo que con su habitual maestría realizaron como por magia los inteligentes internos de guardia. La situación de la enferma era tal, que en la escalera casi me obligó á traqueotomizarla, pero pudo llegar á la sala de operaciones.

Previas las prácticas de asepsia y sin anestesia, procedí á practicar la traqueotomía. Extendida la cabeza; que apoyaba sobre una botella que tenía por funda una pequeña sábana, practiqué una incisión como de 2 centímetros en línea media, tomando como punto de partida el borde inferior del tiroides, seccioné rápidamente el tejido celular y partes blandas, las que separé con retractores é incindiendo los anillos traqueales en la forma acostumbrada. Un ligero silbido casi imperceptible siguió á esta incisión, el cual, por su escasa intensidad sonora, me llamó la atención de manera alarmante; coloqué en seguida la cánula en la abertura de la tráquea, la cual era por cierto muy blanda, como el tejido infiltrado, lo que unido al silbido tan pequeño, me hacía dudar de que estuviera en la región traqueal. La mujer respiraba ya perfectamente por su cánula, y por ésta, con los accesos de tos, expulsaba detritus mucopurulentos.

La respiración era ya normal, de la cianosis ya no quedaban vestigios, y este momento de resurrección respiratoria fué el más emocionante de mi vida quirúrgica. La mujer, sentada en la mesa y dispuesta á que la trasladaran á su sala, me coge una mano, y con lágrimas en los ojos y la fisonomía del agradecido, y sin taparse el agujero de la cánula, me dice con voz sonora: «Gracias, doctor; ¡qué á gusto me he quedado!». Mi asombro fué tremendo, y sólo hice mirar á mis internos de guardia, los cuales, con caras de estupor, que parecían pedirme cuentas de lo que había realizado, me asediaban con su mirada. Tuve un momento de duda, no había suturado todavía el resto de herida infracanal y por allí introduje mi dedo para cerciorarme si era la tráquea donde se hallaba alojada la cánula.

Los bordes de la herida traqueal eran blandos, como todos ellos, estando como infiltrado, y me convencí que á pesar de esta alteración patológica estaba en plena zona traqueal, y, además, existía un detalle poderoso; la enferma respiraba, habían desaparecido sus fenómenos asfícticos, y si yo hubiera colocado la cánula en territorio pre-traqueal, las causas determinantes serían mayores, pues á la estenosis traqueal se hubiera unido la presión de un cuerpo extraño apoyado sobre la cara anterior de la tráquea.

Comprenderán mis queridos compañeros mi situación; colocada la enferma en su cama, respirando perfectamente y hablando mejor, y por lo visto con ganas, pues llevaba muchos días sin hacerlo bien, aumentaba mis dudas, y mi cerebro estaba como una devanadera en manos de un epiléptico. No confié el cuidado post-operatorio de aquella enferma durante la noche á nadie; yo en persona limpiaba su cánula, y una de las veces no pude sustraerme á quitarla por completo y reconocer el hueco traqueal, introduje mi dedo meñique por el trayecto de la cánula y me dí perfecta cuenta de que estaba colocada en el espesor de una tumoración intratraqueal. La operada, sin cánula y con su herida abierta, hablaba igual. Coloqué de nuevo la cánula y diagnosticué de un goma traqueal. Con este detalle renació mi calma, pues ya estaba, para mí, explicado todo, estaba en presencia de una manifestación terciaria de sífilis traqueal. Este goma ocupaba todo el diámetro de la tráquea,

quedando reducida la luz traqueal á algunos milímetros, por donde no pasaba el aire. Al incindir la tráquea caí con el bisturí en pleno goma, el cual seccioné, y en su espesor coloqué la cánula, quedando la parte inferior del goma íntegra y sirviendo de apoyo á la extremidad terminal de la cánula. Como es natural, y siendo un goma infiltrado, estaba reblandecido en algún punto, y al incindirlo y salir al exterior sus detritus disminuyó de volumen considerablemente, dejando, por lo tanto, expedita, por su parte posterior la luz traqueal para que pasara el aire, y de ahí que la enferma pudiera hablar después de operada de traqueotomía, ó mejor dicho, de hemigomotomía traqueal.

Al día siguiente se quitó la cánula, se suturó la herida y sometiendo á la enferma á un plan mercurial adecuado, se la dió de alta muy mejorada.

Como de esta enferma no he vuelto á saber de ella, lo cual lamento, no puedo hacer más que exponer el caso, sin entrar en las consideraciones que me sugieren de este caso de sífilis traqueal. Es de suponer, que si no fué esclava del tratamiento, después de la ulceración consiguiente del goma, al cicatrizar daría lugar á estenosis retráctiles, y como mi objeto sólo es exponer el caso, tampoco hablo de las complicaciones bronquiales, tan frecuentes en estos casos, y que en mi enferma ya se iniciaban la última vez que la ví á los pocos días de la salida del Hospital.

Consideraciones sobre el valor práctico de la reacción de Wassermann, por el DR. FRANCISCO CONEJERO. (*Revista de Medicina y Farmacia.*)

Acerca de la significación que debe darse á los resultados de la reacción de Wassermann para imponernos una determinación diagnóstica ó terapéutica, hay que tener en cuenta que sólo ponemos en evidencia una cosa: que en la sangre del sujeto que se examina existen anticuerpos amboceptores, que se unen con un antígeno sifilítico, ó que hace sus veces, fijando un complemento. ¿Qué significación debe darse á la exis-

tencia en la sangre de anticuerpos amboceptores? La de ser producida á consecuencia de existir en ella un antígeno sifilítico; mas si tratamos de inquirir con más exactitud las relaciones recíprocas que puede haber entre antígeno y amboceptores, por ejemplo; si intentamos saber al cuánto tiempo de existir en la sangre el primero se producen los segundos, ya no se pueden hacer sino conjeturas, suponiendo que se necesita algún tiempo, que éste es variable, etc., contestaciones vagas y cuyo exacto conocimiento sería importante. Y decimos que sería importante, porque de que aparezcan más ó menos pronto los anticuerpos, depende que la reacción pueda hacerse en una época más ó menos precoz con relación al comienzo de la enfermedad, permitiéndonos establecer un tratamiento que atacara á los espirochetos en sus formas jóvenes, destruyéndolos más rápidamente.

Otro punto de vista que hay que tener en cuenta es si la existencia en la sangre de amboceptores va unida íntimamente y de una manera coetánea con la presencia del antígeno, ó una vez desaparecido éste persisten aquéllos, y, en caso afirmativo, durante cuánto tiempo. Porque de ocurrir esto así, puede suceder muy bien que desaparezca el antígeno de la sangre y persistiendo los anticuerpos se produzca una reacción positiva, induciéndonos al error de suponer enfermo y sujetarle á tratamiento á un individuo curado ya.

Además, ¿puede estar el antígeno acantonado en algún territorio limitado del organismo y no haber amboceptores en la sangre, ó haber anticuerpos de otra especie que, no fijando el complemento, nos den reacción negativa? ¿Se sabe si son inseparables en el antígeno las dos propiedades, de producir anticuerpos y de engendrar manifestaciones morbosas, ó puede persistir la una habiendo desaparecido transitoria ó definitivamente la otra? Los hechos observados permiten contestar afirmativamente esta última pregunta. Lo que ya no se sabe es, si una vez desaparecidos los anticuerpos de la sangre por atenuación ó destrucción del antígeno, éste al cabo de algún tiempo readquiere su virulencia y con ella la facultad de originar anticuerpos y manifestaciones morbosas.

Los estudios que se han llevado á cabo sobre

los procesos íntimos de química patológica, desvirtúan un tanto la especificidad de la reacción al ver que, como antígenos, pueden obrar sustancias que no tienen nada que ver con la sífilis (lecitinas, etc.).

Hay, por último, que considerar los dos hechos siguientes, de observación clínica y más de una vez comprobados: 1.º, individuos probados sifilíticos, tanto en clínica como por ser positiva la prueba de la fijación del complemento, al cabo de algún tiempo quedan curados clínicamente y con examen serológico negativo; se suspende el tratamiento, y después de algunos meses, reaparición de las manifestaciones específicas; 2.º, individuos con evidentes lesiones específicas dieron resultado negativo con el examen serológico. Estos hechos son de difícil interpretación científica hoy día, si bien en el segundo cabe invocar la falta de energía del organismo para producir reacción contra el antígeno.

Después de lo expuesto, el autor del artículo deduce: que mientras no se haga un estudio completo de los anticuerpos amboceptores desde el punto de vista de sus relaciones con el antígeno, con las manifestaciones morbosas habidas ó existentes y de las manifestaciones que son susceptibles de experimentar ambos elementos en el largo período que dura la infección sifilítica, no cabe, sin exponernos á error grave, la afirmación tenida por axiomática entre muchos médicos, de que, reacción de Wassermann positiva, sífilis indudable, y reacción negativa, ausencia de sífilis ó sífilis curada.

Equimosis transversal del pliegue del codo como signo de fractura de la extremidad inferior del húmero, por el DR. KIRMISSON.

Las fracturas del codo constituyen los traumatismos por excelencia en los niños. Su frecuencia, sus variedades numerosas, las dificultades del diagnóstico, todo contribuye á darlas, en cirugía infantil, grandísima importancia.

En lo referente á la fractura supracondiliana del húmero, la modificación en las relaciones

entre el olécranon y las elevaciones epicondilaria y epitroclear, constituye un signo que permite diferenciar estas fracturas de las luxaciones del codo hacia atrás; la elevación anormal es también más estrecha y más irregular y se halla por encima del pliegue del codo en la fractura, mientras que en la luxación es mucho más ancha y reproduce por su forma la de la extremidad inferior del húmero; finalmente, se encuentra por debajo del pliegue del codo.

Además de estos signos diferenciales existe un tercero que, por su frecuencia, tiene verdadero valor. Me refiero al equimosis transversal que existe en el pliegue del codo en las fracturas supracondilarias del húmero con dislocación hacia adelante del fragmento superior.

Este equimosis es producido por el borde cortante del fragmento superior que contunde, de dentro á fuera, las capas profundas de la piel, en el sitio en que, cuando la violencia es considerable, el fragmento superior atraviesa los tegumentos. El equimosis es típico poco después del accidente, de dirección transversal, como si hubiera sido producido por un golpe dado en la cara anterior del codo por un instrumento estrecho, de borde cortante. Después se hace más difuso y sus caracteres menos característicos. Su modo de producción explica por qué no se observa con caracteres tan típicos en las luxaciones del codo, en las que el derrame es mucho más difuso. Al observar los caracteres tan especiales de este equimosis sorprende que no figure en el cortejo habitual de los síntomas de las fracturas supracondilarias del codo, con dislocación hacia adelante, del fragmento superior. Me induce á llamar la atención sobre este síntoma su constancia, gracias á la cual tiene un gran valor clínico.

MEDICINA

Carácter virulento y contagioso del sudor de los tuberculosos, por el DR. PIÉRY. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas.*)

Según dicho autor, el sudor de los tuberculosos es virulento y contiene el bacilo de Koch. Esta virulencia ha sido comprobada en el 50'76

por 100 de los tuberculosos afectos de lesiones quirúrgicas, de reumatismos tuberculosos, de peritonitis tuberculosa, es decir, de lesiones seguramente cerradas y poco evolutivas.

El sudor de los tuberculosos es en el 41'66 por 100 de los casos, y con mayor frecuencia quizá, el vehículo del bacilo de Koch. Esta eliminación sudoral de dicho bacilo se relaciona con la naturaleza septicémica frecuente de la infección tuberculosa; es siempre un argumento en favor de esta idea. Los sudores de los tuberculosos pueden ser considerados como crisis de eliminación bacilar.

El sudor es un agente de contagio peligroso por sí mismo por vía directa ó indirecta. Este carácter contagioso obliga á adoptar medidas profilácticas; desinfección permanente de todos los objetos manchados por el sudor (lienjos, vestidos, etc.), aislamiento de los enfermos, realizados al menos en su principio, haciéndoles dormir en lecho aparte.

Tratamiento médico del cáncer del estómago, por el DR. R. OPPENHEIM. (*Le Progrès Médical.*)

Sólo se refiere este tratamiento, dice el Dr. R. Oppenheim, á los casos que rehusa operar el cirujano ó á los de recidiva postoperatoria.

1.º Se aconsejará el régimen teniendo en cuenta, sobre todo, los gustos y el apetito del enfermo. Es inútil imponer el régimen lácteo absoluto, excepto en los casos de hematemesis reciente. La repugnancia de los enfermos para la carne, invencible muchas veces, obliga á suprimirla por completo y á emplear un régimen lacto-vegetariano, insistiendo sobre los feculentos azoados en forma de purés, de legumbres secas, etc.

2.º Contra la anorexia, casi siempre grandísima, se emplea el persulfato de sosa, el metavanadato sódico ó el condurango.

Persulfato de sosa.	2 gramos.
Agua destilada.	300 gramos.

Una cucharada grande media hora antes de las dos comidas principales.

Para no anular demasiado pronto la acción del medicamento, se le suspende durante algunos días después de una semana de empleo.

Metavanadato de sosa. 5 centigramos.
Elixir de Garus. 100 gramos.
Agua destilada, cantidad suficiente para. 300 cent. cúb.

Una cucharada pequeña antes de las dos comidas principales; suspender su administración después de una semana. (Es útil alternar esta preparación con la precedente.)

El condurango, aunque no tiene la acción específica que se le atribuye antes, es un buen aperitivo:

Extracto fluido de condurango. . . }
Tintura de nuez vómica. . . . } aa 5 gramos.
— de cuasia amarga. . . . }

XX gotas antes de las dos comidas principales.

O bien:

Corteza de condurango blanco. . . . 15 gramos.
Agua. 350 —

Hágase hervir hasta que quede reducida á la mitad; una cucharada grande media hora antes de cada comida. (*A. Robin.*)

3.º Facilitar las digestiones, procurando remediar la insuficiencia del jugo gástrico por las proporciones opoterápicas (gasterina, dispeptina) ó por el ácido clorhídrico:

Acido clorhídrico puro. 2 gramos.
Agua destilada. 200 —

Una cucharada grande en medio vaso de agua para tomar á bocanadas á mitad y á fin de la comida.

Simultáneamente los siguientes sellos:

Pepsina en escamas. 50 centigramos.
Acido cítrico pulverizado. . . . 10 —

Para un sello; se toman dos en cada comida.

4.º Contra las crisis dolorosas que suelen

seguir á la ingestión de los alimentos, se aconseja la cura por el bismuto:

Carbonato de bismuto. 20 gramos.

Para un paquete: se toma por la mañana en ayunas, mezclado con un vaso de agua; si esta dosis es mal tolerada, se la reparte en tres tomas, tomando una antes de cada comida.

O el agua cloroformada:

Clorhidrato de cocaína. 2 centigramos.
Agua cloroformada saturada. . . }
— de azahar. } aa 60 gramos.
Jarabe simple. 30 —

Una cucharada grande durante la crisis dolorosa.

O bien cualquiera de las preparaciones siguientes:

Clorhidrato de morfina. }
— de cocaína. } aa 2 centigramos.
Agua de cal. 300 gramos.

Se toma á cucharadas grandes durante los accesos dolorosos.

Clorhidrato de cocaína. 5 centigramos.
Codeína. 10 —
Agua cloroformada. 40 gramos.
— de cal. 160 —

Una cucharada grande, de hora en hora, hasta la sedación de los dolores.

5.º Cuando hay vómitos continuos suele ser necesario someter el enfermo al régimen lácteo absoluto, muchas veces hasta á la dieta absoluta con alimentación rectal por medio de enemas desalterantes y nutritivos. En estos casos, que coinciden casi siempre con estenosis del píloro, debe recurrirse también á los lavados del estómago, que, practicados con prudencia, evitan los peligros de la retención y permiten alimentar poco á poco á los enfermos.

6.º El tratamiento general, destinado sobre todo á combatir la caquexia cancerosa, comprende:

El empleo de las inyecciones de quinina á grandes dosis, á cuyo medicamento se atribuye una acción casi específica contra los cánceres,

y al parecer, al menos en ciertos casos, mejora el estado general y retrasa el enflaquecimiento.

Se formula:

Biclorhidrato de quinina. 10 gramos.
 Agua destilada y esterilizada, cantidad
 suficiente hasta formar. 20 —

De esta solución se inyecta cada día 1 ó 2 centímetros cúbicos.

Pueden usarse también las preparaciones arsenicales, en particular el arrhenal, que se administra por la vía subcutánea ó por la bucal:

Arrehnal. 1 gramo.
 Agua destilada. 20 —

Se toman X gotas antes de las dos principales comidas.

O bien el glicerofosfato de sosa, en solución al 25 por 100, de la que se inyectan cada día 2 cent. cúb. Pueden asociarse á la medicación arsenical, formulando:

Cacodilato de sosa. 5 centigramos.
 Glicerofosfato de sosa. 50 —
 Agua destilada, cantidad suficiente para formar. 2 cent. cúb.

Para una ampolla, cuyo contenido se inyecta diariamente.

VARIA

TRIBUNALES DE HONOR

Los Colegios médicos pueden, según el fallo del Tribunal Supremo, actuar como Jurados profesionales.

Hace unos meses, el Colegio de médicos de la provincia de Barcelona, actuando como Jurado profesional, declaró que ciertos escritos publicados por el Dr. Queraltó, constituían un caso de inmoralidad profesional y le condenó á la pena de amonestación pública. El interesado interpuso recurso de alzada ante el Ministro de la Gobernación, quien revocó lo hecho por el Colegio y absolvió al apelante. Entonces el Colegio acudió á la sala de lo Contencioso, sosteniendo que contra su fallo como Jurado profesional, similar al de los Tribunales de honor, no cabía recurso de ninguna clase. Celebrada la

vista, el Tribunal Supremo ha dictado fallo definitivo, anulando la R. O. de Gobernación y declarando que los fallos de los Colegios provinciales, cuando actúan como Jurados profesionales y absuelven ó corrigen en caso de inmoralidad profesional, no son susceptibles de recurso alguno. Queda, por lo tanto, proclamada la autoridad inapelable de los Colegios para juzgar de la moral de sus colegas.

Desconocemos en absoluto el caso de nuestro colega el Dr. Queraltó, y por lo tanto nos abstendremos en absoluto en esta cuestión; así es que no puede afectar al Dr. Queraltó el que celebremos ver á los Colegios médicos investidos de unas funciones que, llevadas con la seriedad é independencia propia de tales Corporaciones, han de ser base de la dignificación de la Clase y nos permitirán resolver en familia asuntos que jamás deberían llegar á ser del dominio público.