AÑO LX (3.ª ÉPOCA). OCTUBRE 1912. NÚM. 22. TOMO XXX.

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

Notas de Pediatría Clínica: *Sobre un caso de espleno-pneumonía infantil*, por el Dr. J. Aguilar Jordán.
Vacuna contra el tifus: Comunicación del Dr. Chicote al Alcalde de Madrid.
Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades: *300 aplicaciones de Salvarsán en el Hospital Provincial de Valencia*, por el Dr. M. López Roméu. *(Continuación.)*
Revista de revistas.

NOTAS DE PEDIATRÍA CLÍNICA

SOBRE UN CASO DE ESPLENO-PNEUMONIA INFANTIL

Por el Dr. J. AGUILAR JORDÁN
Director de la «Gota de Leche»

El 16 de Septiembre del corriente año, veo en mi consulta particular á la niña María C., de 8 años, acompañada de su madre. Esta niña, cuya primera infancia ha sido muy accidentada, á consecuencia de frecuentes transtornos gastro-intestinales de índole alimenticia, tuvo el sarampión á los 2 años y una bronquitis el invierno anterior. Sus padres gozan de buena salud; pero todos sus hermanos, en número de cuatro, han fallecido en los primeros meses de la vida, unos por gastro-enteritis y otro del crup. La enfermita, cuya constitución y desarrollo son bastante satisfactorios, está enferma desde hace 28 días.

La madre refiere que comenzó quejándose de violento dolor de cabeza, que tuvo vómitos, fiebre alta y frecuente tos. Como á pesar de los días transcurridos la niña sigue febril, bastante abatida y ha sido diagnosticada de pleuresía con derrame por el médico del pueblo de la enfermita, es traída á mi consulta para confirmar el diagnóstico del compañero.

La niña, en efecto, aparece bastante abatida, con ligera disnea; pero la temperatura en el momento del examen (por la mañana) no es muy elevada, 37°8.

La inspección no nos descubre nada de particular. Las vibraciones torácicas se exploran con dificultad; sin embargo, fijando mucho la atención, se aprecia que están totalmente abolidas en el lado izquierdo, desde la base del pulmón hasta la espina del homoplato. La percusión da un sonido de macidez absoluta, con desaparición total de la elasticidad pul-

monar, como aparecen en los grandes derrames de pleura. Esta zona de macidez se extiende hasta la axila, en cuyo punto, de arriba á abajo, la sonoridad es normal.

Por delante el espacio de Traube, conserva su forma y dimensiones normales. En la región infra-clavicular, la sonoridad es exagerada, verdaderamente timpánica. En el lado derecho, nada anormal.

En el lado enfermo, en la zona mate, la auscultación descubre que el murmullo vesicular ha desaparecido por completo y está sustituído por un soplo intenso en los dos tiempos. Aunque la auscultación de la voz no es cosa fácil en los niños, sin embargo en esta niña he podido observar modificaciones de la transmisión de la voz alta á través del parénquima pulmonar; en puridad no puede decirse que hay verdadera egofonía, pero tampoco puede negarse que existe este síntoma modificado por un poco de resonancia; es decir, que mejor que egofonía, lo que hay es bronco-egofonía. No he podido apreciar la pectoriloquia áfona, porque me ha sido imposible hacer hablar en voz baja á la enfermita, algo molestada por la larga exploración.

Desde luego, en vista de los síntomas recogidos, mi ánimo se inclinaba á suscribir el diagnóstico del compañero; pero dispuesto á obtener la confirmación absoluta del mismo, me dispuse á buscar el signo que yo reputo como verdaderamente patognomónico de los derrames de pleura, sean serosos, serofibrinosos ó purulentos; porque nunca lo he visto faltar. Me refiero al *signo de la moneda,* que no me dió el sonido metálico, argentino, tan característico que se produce cuando hay una masa líquida interpuesta entre la oreja que escucha y el cuerpo percutor; cierto que el sonido obtenido era diferente y mucho más sonoro que en el lado sano, pero no era claramente metálico. En cuanto á la comprobación del *triángulo paravertebral ó signo de Grocco ó de Grocco-Rauchfuss,* que tan bien estudiado fué por Durante en los derrames pleuríticos de la infancia (1906) y considerado por Berghinz como patognomónico de las pleuritis exudativas, ha resultado negativo. Varias *punciones practicadas* resultaron también negativas.

El corazón no ha sufrido ninguna dislocación, y sus latidos se perciben con toda claridad en el punto fisiológico.

Por parte de los restantes aparatos orgánicos, nada anormal pudo apreciarse, pues las funciones digestivas están poco alteradas, salvo cierta tendencia al estreñimiento. Las urinarias son fisiológicas.

Propuesto el plan terapéutico, la niña marcha á su pueblo, y quince días después la veo de nuevo notablemente mejorada, tanto en su estado general como local. Desapareció la poca fiebre; el soplo había disminuído de intensidad; el murmullo vesicular se hizo más perceptible; la zona mate no era tan extensa y su sonido más claro, y se percibían gruesos estertores húmedos. En una tercera visita en los primeros días de Octubre, la niña estaba curada.

*
* *

Es cosa sabida que la espleno-pneumonía, enfermedad casi exclusivamente de la edad infantil en el período comprendido desde los 2 á los 10 años (Grancher, Queirat, Yovane, Oreffice), es una pneumopatía de diagnóstico casi siempre difícil y que habitualmente se confunde, sobre todo, con las pleuritis exudativas. Claro está que en último término la radioscopia y la radiografía ponen las cosas en su lugar; pero ni esto es siempre posible por diversas razones de localidad, medio social, resistencia de los padres, etc., ni estos medios

auxiliares del diagnóstico son absolutamente necesarios, si el clínico explora bien y analiza concienzudamente los datos recogidos.

El estudio un poco minucioso de ciertas particularidades de los signos físicos recogidos me permitieron pronto rechazar en absoluto la idea de un derrame en la pleura: la macidez era absoluta, francamente hídrica, pero su límite superior no estaba bruscamente marcado, sino que se atenuaba progresivamente hasta la sonoridad. Por otra parte, en la axila, hacia la parte anterior del pecho, no había macidez, cosa que no ocurre en la pleuresía, y el espacio de Traube conservaba su sonoridad normal. En cambio, la clara producción de un sonido skódico en la región sub-clavicular izquierda, más propio es de la pleuritis exudativa que de la espleno-pneumonía, en la que casi siempre falta; pero si se tiene en cuenta la fisio-patología de este signo, no debe extrañar que en las afecciones como en la espleno-pneumonía, en que falta ordinariamente, puede sin embargo presentarse algunas veces. En dos grupos pueden reunirse las diversas causas que pueden determinar la aparición en una zona torácica del *sonido timpánico* mediante la percusión:

1.° Los que determinan una relajación muy acentuada del tejido pulmonar, en cuyo caso el aire vibra como una sola masa, porque la paredes alveolares poco tensas no perturban con sus oscilaciones propias las vibraciones uniformes de la masa aérea. Esta relajación del tejido pulmonar, se produce en las infiltraciones parciales (primero y tercer período de la pneumonía fibrinosa); en el edema pulmonar, en los grandes infartos hemorrágicos, en la bronco-pneumonía, en los casos de oclusión completa de un grueso bronquio cuando comienza á reabsorberse el aire contenido en el territorio pulmonar correspondiente, en la compresión pulmonar por tumores endotorácicos ó por derrames pleuríticos ó pericardíacos bastante copiosos.

2.° Las que dan origen á la formación en el seno del pulmón de cavidades aéreas amplias, tales como las cavernas pulmonares tuberculosas, las dilataciones bronquiales, las excavaciones patológicas residuales de focos purulentos vaciados, de gangrena ó de empiemas intercalares abiertos en los bronquios, y hasta por un pneumotórax en el que el aire contenido no está sometido á una presión demasiado elevada (pneumotórax abierto). Desde luego, debía desecharse la idea de que en nuestro caso tuvieran intervención alguna ó algunas de las causas de este segundo grupo, puesto que ni la evolución del padecimiento, ni la existencia de otros signos pleximétricos ó de auscultación autorizaban á edificar el síndrome cavitario, del cual el sonido skódico forma parte. Sólo nos resta, pues, pensar en las causas que pueden determinar una condensación del tejido pulmonar en extensa zona, es decir, en algunas de las que fueron reunidas en el primer grupo: Infiltraciones parciales del *primero y tercer período de la pneumonía fibrinosa*. Por lo que se refiere al sonido timpánico de la pneumonía en el primer período, no hay que hablar, porque el período evolutivo del padecimiento de la niña objeto de esta historia no correspondía al de una pneumonía en su primer período (por la fecha, por el síndrome torácico y general). En todo caso, habría que hacer el diagnóstico diferencial con el timpanismo de las pneumonías en tercer período, es decir, con el llamado por Brun (1) *timpanismo satélite*. Brun distingue tres clases de timpanismo torácico en los pneumónicos: 1.°, *timpanismo premonitorio,* que indica la presencia de una zona pulmonar sana entre el foco pneumónico y la

(1) H. Brun (Étude sur les résonnances tympaniques dans la pneumonie aigüe.—*Révue de Médecine*. Nov. 1901).

pared torácica; 2.°, *timpanismo satélite,* de patogenia más complicada y no muy clara, que se aprecia en el ápice, en la región *sub-clavicular,* ó en la axila, ó en estas dos últimas regiones á la vez, y más ó menos lejos de la zona hepatizada, que generalmente en estos casos es la parte ínfero-posterior del pulmón; y 3.°, el *timpanismo pleximétrico*, que corresponde al foco; pero no es en este caso el pulmón el que produce el sonido, sino que el órgano hepatizado no hace mas que servir de vehículo al sonido que produce la percusión de órganos huecos situados debajo de él; en la fosa supraclavicular, los gruesos bronquios; en la base del tórax posteriormente, el aire contenido en las vísceras huecas del abdomen ó el otro pulmón. Solamente, como se ve, podríamos pensar en un *timpanismo satélite,* en una pneumonía fibrinosa en 3.er período, según la clasificación de Brun, si los síntomas generales y los signos locales de la pneumonía en tal período no hubiesen faltado; pero admitiendo, no obstante, que el mecanismo de producción del signo que me ocupa, en nuestro caso es idéntico al que interviene en la pneumonía fibrinosa, esto es, relajación del tejido pulmonar previa infiltración inflamatoria y dilatación alveolar, sin duda por hiperfunción compensadora. Al fin y al cabo, la espleno-pneumonía es también un proceso inflamatorio pulmonar; y si su evolución sindrómica, tórpida, lenta, crónica, muy crónica á veces, está condicionada por una etiología y una patogenia muy poco definidas y claras, su evolución anatomo-patológica, igualmente tórpida y crónica, no deja por ello de seguir el camino para llegar á la resolución que sigue todo foco inflamatorio pulmonar, dando origen al síndrome correspondiente (disminución paulatina de la macidez, desaparición del soplo bronquial, aparición de los estertores de retorno y de otros estertores mucosos, etc.). Todo esto ha ocurrido en nuestra enfermita *á los 43 días de iniciarse su padecimiento.* Ahora bien: por este último dato ya debe desecharse en nuestro caso la idea de una vulgar pulmonía, si en la evolución del padecimiento no hubiesen habido otros varios elementos de juicio para ello.

Si no se trataba, ni de una pleuresía con derrame, ni de una pneumonía fibrinosa, ¿podía pensarse en la congestión pulmonar tipo Woillez, en la fluxión de pecho de Dieulafoy, en la pneumonía congestiva de Potain, en la pneumonía intersticial crónica?

Respecto de las tres primeras, todo el mundo sabe que no son mas que una sola y misma enfermedad, con diferentes nombres, y evidentemente no puede persistirse durante mucho tiempo en la idea de que en nuestro caso se trate de esta afección polinominada. Basta sólo recordar lo dicho tan magistralmente por Grancher primero y por Queirat después, á propósito de los caracteres diferenciales entre la congestión pulmonar de Woillez y de Potain y la espleno-pneumonía. Abreviando: la afección de nuestra enfermita ha durado alrededor de 50 días; la congestión de Woillez es más breve, más fugaz, más móvil; no se encuentra en ella una macidez tan compacta, tan *hídrica;* el soplo es menos agudo y de tonalidad más baja; finalmente, la broncofonía es un fenómeno claro y constante.

Respecto á la pneumonía congestiva de Potain, que este ilustre clínico trató de asimilar (1) á la afección de Grancher, afirmando que esta última no era mas que una variedad de aquélla, ofrece sin embargo caracteres diferenciales suficientes para poder construir su individualidad clínica. La pneumonía congestiva se diferencia de la espleno-pneumonía, por los caracteres siguientes: Disminución ó aumento de las vibraciones torácicas, *jamás abolición;* sonido de submacizo á la percusión en una zona sin límites precisos, en

(1) *Bulletin Médical* (25 Agosto 1895).

vez de macidez clara, *hídrica;* soplo suave, de baja tonalidad, en lugar de soplo agudo *pleurítico;* á veces broncofonía, *pero nunca egofonía;* crepitaciones finas, frecuentes, muy apreciables desde los primeros momentos, en vez de la falta casi constante de estertores crepitantes, por lo menos en los primeros períodos de la espleno-pneumonía. Como el mismo Potain ha dicho, en el tipo al que ha dado su nombre lo que sobresale son los *signos de la pneumonía*; en el de Grancher, en cambio, *son los signos de pleuresía con derrame, aunque ni haya pleuresía ni haya derrame.* De aquí que el diagnóstico diferencial de la espleno-pneumonía, sea ya algo más difícil, cuando se trata del tipo morboso creado también por Potain y apellidado *congestión pleuro-pulmonar.* En tal caso, sólo la punción exploradora puede aclarar el diagnóstico, porque en los casos más favorables para el clínico, en que la lesión radica en el lado izquierdo, el derrame no es generalmente bastante grande para borrar la sonoridad del espacio semilunar de Traube.

La *pneumonía intersticial crónica* tiene los siguientes caracteres: vibraciones torácicas casi siempre reforzadas; macidez menos graduada en base y vértice, con zonas diseminadas de timpanización; murmullo vesicular casi normal ó poco debilitado y prolongado en la espiración; mejor que verdadero soplo, hay respiración bronquial, y en muchos casos, signos de bronquiectasia; estertores de pequeñas, medianas y grandes burbujas; egofonía, como en la espleno-pneumonía, pero más ligera y más persistente; expectoración purulenta y abundante, especialmente matutina. Como se vé, el error diagnóstico no cabe; puede resultar más ó menos difícil el diagnóstico de la espleno-pneumonía de Grancher, porque con varias enfermedades puede tener caracteres comunes, por lo cual el clínico no debe dejarse impresionar por la identidad de dos ó tres síntomas; pero si se estudia el complejo sindrómico en conjunto, el error de diagnóstico no cabe, porque esta afección es una verdadera entidad morbosa, pese á la opinión de Potain.

Antes de terminar el estudio del diagnóstico diferencial, creo cosa importante llamar la atención sobre algunos puntos del mismo. En primer lugar, ¿en todos los casos debe recurrirse á la punción exploradora, para hacer el diagnóstico diferencial entre un exudado pleurítico y un caso de espleno-pneumonía? No obstante la opinión de Capuccio, que con el método de *percusión vertebral de Signorelli,* supone poder adquirir elementos de juicio suficientes para un diagnóstico diferencial, creo que no puede prescindirse de este medio de exploración por la razón siguiente: Porque el método Signorelli no puede dejar de ser falaz en muchos casos. Recordaremos brevemente en qué consiste este método (1). Persistiendo sobre las apófisis espinosas de las vértebras dorsales, *la esplenización pulmonar da un sonido claro, y á veces timpánico*; mientras *que en un derrame pleurítico, se obtiene un sonido macizo.* Desde luego, si el proceso de esplenización hubiese invadido todo un pulmón, de arriba á abajo, entonces el sonido claro provocado por la percusión de las vértebras, bastaría para excluir la existencia de un derramamiento pleurítico *muy abundante.* Pero en los derrames poco abundantes, también la resonancia vertebral es clara, porque falta en ellos la condición física indispensable: la interposición de una gruesa lámina líquida entre la columna vertebral y el mediastino posterior. ¿En tales casos, estamos autorizados á prescindir de la punción exploradora? También resulta indispensable en los

---

(1) SIGNORELI.—Di un nuovo metodo d'indagine diagnostica. La percussione de la colonna vertebrale. (*Il Policlinico.* Anno IX.)

casos en que se establece un proceso muy circunscripto en un pulmón, que puede suscitar la duda de si se trata de un foco de espleno-pneumonía ó de una pleuresía enquistada.

***

Recientemente, Mosny ha intentado establecer relaciones patógenas y anatomo-patológicas entre la pleuresía y la espleno-pneumonía, con tanta laboriosidad diferenciadas por Grancher, Queyrat, etc. Mosny no ve en la enfermedad de Grancher otra cosa que una pleuresía en la fase pleuro-pulmonar, unas veces, y en otras una congestión pleuro-pulmonar. De su diagnóstico diferencial con esta última afección, no volveré á ocuparme porque ya antes se hizo este trabajo, y á él me remito; pero necesariamente he de volver á ocuparme de la pleuresía, porque las recientes tendencias de Mosny, para identificar nosológicamente esta afección con la espleno-pneumonía, se fundan en algunos hechos clínicos observados por él. Mosny admite «*que en todos los casos de supuesta espleno-pneumonía existe un derrame seroso pleural, poco abundante generalmente, pero que no pasaría desapercibido si se tomase la precaución de hacer más fácil su evacuación, mediante dos punciones próximas una de otra*». En efecto: *en algunos casos,* pero no *en todos,* como afirma Mosny, el proceso pulmonar puede difundirse hasta la pleura, y dar lugar á la *formación de una pequeña cantidad* de exudado seroso ó serofibrinoso. En una de las dos observaciones de Yovane, comunicadas á la sociedad de Pediatría de Nápoles en 1906, la punción exploradora dió salida á unos 20 cc. de un líquido serofibrinoso; en cambio, ni en su segunda observación, ni en otra de Ausset (de Lille) *comprobada por radioscopia,* ni en otra de Oreffice también llevada á la radioscopia, ni en la que es objeto de estas líneas, por no hablar mas que de la casuística moderna que he podido recoger, había la menor cantidad de líquido en la pleura.

Esto no obstante, el resto del complejo sistemático, y *el curso de la dolencia,* basta para afirmar una vez más, á pesar de la opinión de Mosny, la individualidad nosológica de la espleno-pneumonía.

***

Cuatro palabras acerca del Tratamiento. En el período de invasión, y durante todo su curso febril la dietética propia de todas las pirexias, sobrado conocida.

En el período afebril (entendiendo por tal aquél en que la fiebre no alcanza mucha altura y hay fuertes remisiones), es decir, en el período de estado, alimentación reparadora y más completa, sopas, purés, pescados blancos, huevos, etc., prescindiendo de las elevaciones térmicas si no son muy graduadas. Respecto de medicamentos, hay lo siguiente: La espleno-pneumonía de Grancher puede ser función del pneumococo solo ó asociado con diplococos, pneumo-bacilos, bacilos de Pfeiffer, etc. Puede reconocer como causa etiológica el bacilo de Koch, y finalmente, no ser otra cosa que una manifestación de la sífilis pulmonar, mejor dicho, *de la sífilis pulmonar difusa,* según la clasificación de Balzer. Como fácilmente se comprende, el tratamiento ha de ser distinto en unos y en otros casos, y para fundamentar, pues, una racional terapéutica curativa, hay que hacer antes un concienzudo diagnóstico etiológico-patogénico.

VACUNA CONTRA EL TIFUS

Por tratarse de un asunto de actualidad y de verdadera importancia científica, reproducimos la comunicación que el Dr. Chicote ha dirigido al Alcalde de Madrid.

«Excmo. señor: Debo poner en conocimiento de V. E. que desde diciembre del año último, con motivo del recrudecimiento que se observó en la endemia de fiebre tifoidea, nos hemos venido ocupando de la preparación de una vacuna contra tan temible enfermedad. Para ello nos hemos servido de bacilos tíficos aislados de la sangre de enfermos del hospital general y de bacilos tíficos aislados de deyecciones de enfermos del mismo hospital. (Sala del Dr. Marañón.)

Se trata, pues, excelentísimo señor, y lo consigno como detalle importante, de bacilos, tres de sangre y tres de deyecciones, propios de la fiebre tifoidea que se padece en Madrid. Además, hemos utilizado bacilos tíficos procedentes de cultivos del Instituto Pasteur, dos razas, y cultivos de bacilos paratíficos A y B, del mismo origen.

Para la preparación de la vacuna hemos empleado idéntico procedimiento al seguido para la de la anticolérica en este Laboratorio, cuya descripción omito por no molestar con exceso la benevolente atención de V. E.

Sólo consignaré sobre este particular, que la vacuna que se ha preparado y ensayado en el Laboratorio, no es otra cosa que una mezcla de cultivos puros en medio líquido de diversas razas de bacilos tíficos y paratíficos, muertos por la acción del cloroformo.

De esto se desprende que se trata de una vacuna polivalente completa, porque contiene, además de las toxinas intraprotoplásmicas, las existentes en el medio de cultivo que ha servido para la vida de los bacilos tíficos y paratíficos.

Independientemente de la experimentación de laboratorio se ha ensayado la acción de la vacuna en la especie humana, habiéndose prestado gustosamente á ello cinco profesores del Laboratorio.

Las investigaciones llevadas á cabo demuestran que la vacuna antitífica, preparada en el Laboratorio, proporciona una inmunidad tan considerable, como lo prueba el hecho siguiente: Cuatro cobayos (1) fueron inoculados en el peritoneo con dos centímetros de cultivo de tres días en caldo de bacilo tífico, agregando, para dos de ellos, al cultivo 0'1 de suero humano, procedente de un profesor del Laboratorio inmunizado con la vacuna de éste; antes de las veinticuatro horas murieron los cobayos á los que se inoculó cultivo con suero normal, permaneciendo bien los inoculados con cultivo y suero de persona inmuninizada, que todavía viven.

Los cobayos muertos fueron autopsiados, y en el líquido del peritoneo, pulpa del bazo y sangre, se encontró el bacilo tífico en cultivo puro. Con el líquido peritoneal se sembraron directamente dos tubos con caldo, y después de estar dos días en la estufa se mezclaron los cultivos de ambos tubos, y con la mezcla se inocularon seis cobayos, inyectando á cada uno centímetro y medio en el peritoneo; tres de los cobayos recibieron el cultivo mezclado con 5 por 100 de suero humano normal, y los otros tres, en la misma

(1) Conejillos de las Indias.

proporción, con suero de persona inmunizada artificialmente; antes de las veinticuatro horas murieron los tres cobayos inoculados con cultivo y suero normal, viviendo, lo mismo que en la primera experiencia, los cobayos inoculados con cultivo y suero procedente de persona inmunizada.

Estos hechos, que bien pueden ser calificados de notables, al evidenciar el poder preventivo de la vacuna del Laboratorio, nos han animado á acometer la preparación de un suero curativo, de cuyo nuevo trabajo daré cuenta á V. E. oportunamente. El Laboratorio puede poner á disposición del vecindario cuanta vacuna sea necesaria.

Lo que tengo la satisfacción de comunicar á V. E. para su debido conocimiento. Dios guarde á V. E. muchos años.

Madrid 26 de Octubre de 1912.—El Director-jefe del Laboratorio, *C. Chicote.*»

Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades

300 APLICACIONES DE SALVARSAN EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE VALENCIA, por el *Dr. M. López Roméu.*

(Continuación)

El hecho es cierto, y hasta era lógico esperar que así sucediese, teniendo en cuenta el gran número de formas de sífilis, nacidas en unos casos, tal vez por variantes de la causa, raza de treponemas más ó menos resistentes al arsenobenzol, y en otros por la inmensa variedad del terreno, del organismo, lo cual indirectamente puede influir en el resultado del salvarsán.

Es difícil marcar actualmente qué tanto por ciento de recidivas presentan los sifilíticos tratados por el 606; lo que sí se marca ya es que este número es inferior al que ofrecen los enfermos de sífilis tratados por el mercurio.

El profesor Gaucher ha publicado nueve recidivas en forma de roséola, erupción papulosa, placas mucosas, gomas, etc. Esto no dice gran cosa en contra del 606, porque no sabemos á qué número de casos corresponden estas recidivas; es más: si tenemos en cuenta que en París se ha inyectado mucho y que el profesor Gaucher y sus discípulos, en su afán de severa crítica, habrán tenido buen interés en buscar casos reproducidos, nos parece que el tanto por ciento de recidivas es bien escaso.

Wechselmann ha reunido las estadísticas de los prácticos más notables que suman un total de 4.250 casos, con 187 recidivas, lo que constituye una proporción de 4 y medio por 100. Es de señalar que esta proporción es bastante uniforme en la mayoría de las estadísticas y lo notable es que, los enfermos de Schreiber, tratados todos por inyección intravenosa, no han presentado ninguna recidiva.

Nosotros hemos tratado por el salvarsán 300 enfermos, desde últimos de Diciembre hasta Julio, y el número de recidivas apreciadas es escaso. No obstante, debemos indicar que, si la mayoría de enfermos han sido suficientemente observados, hay una minoría de

inyectados que se perdieron de vista demasiado pronto para poder sacar deducciones; pero al mismo tiempo debemos suponer que no han debido presentar recidiva, pues en caso afirmativo era natural que se hubieran presentado de nuevo en nuestra consulta.

En los 43 enfermos de período primario tratados por el 606, se han observado dos recidivas. El uno era un enfermo tratado por inyección muscular, cuyo chancro cicatrizó rápidamente, pero cinco semanas más tarde se le presentaron dolores en los miembros. Otro caso tratado por inyección venosa ha presentado seis semanas después una pequeña placa mucosa en el labio inferior.

En los 209 enfermos en período secundario hemos notado:

Que no se ha presentado ninguna recidiva en la piel.

Se han observado dos recidivas en forma de placa mucosa: una en el labio inferior y otra en el velo.

De los enfermos de sífilis terciaria debemos señalar:

El caso de osteoperiostitis del fémur, ya citado, rebelde á la inyección muscular, que curó con la venosa.

Otro caso, también indicado, de necrosis de la bóveda palatina que curó con la inyección muscular, pero al mes presentó una necrosis frontal que se trató con éxito definitivo por la venosa. Estos enfermos fueron inyectados en Diciembre.

Total, 6 recidivas en 300 enfermos.

Dos hechos se desprenden de la actual estadística. En primer lugar se confirma la superioridad de la inyección venosa sobre la muscular. En 10 inyecciones musculares que hemos practicado se han observado 3 fracasos: enfermos citados, que después de la inyección muscular recidivaron en forma de dolores, osteoperiostitis y necrosis frontal. En cambio, en los 290 casos tratados por inyección venosa sólo se han observado 3 recidivas.

Pero la deducción más importante que se desprende es el gran valor del salvarsán para la profilaxia pública de la sífilis. De los 300 enfermos, hay 43 en período primario y 209 en secundario, es decir, 250 enfermos en los períodos que la enfermedad presenta más recidivas y sobre todo bajo la forma de lesiones abiertas, altamente contagiosas, y por lo tanto propagadoras de la sífilis, y en todos estos enfermos sólo se han apreciado 3 recidivas en forma de lesión contagiosa.

Visto la acción poderosa que el salvarsán ejerce sobre la sífilis, se ha pensado si podría ser útil en otras enfermedades. La acción destructora que tiene sobre ciertos organismos inferiores ha hecho que se aplique á varias infecciones, y la acción indudablemente beneficiosa que los arsenicales ejercen sobre gran número de afecciones, ha contribuído, aún más, á extender el radio de aplicación de este medicamento.

Nosotros lo hemos aplicado en un caso de paludismo crónico con bastante resultado. La afección databa desde hace nueve años y actualmente se manifestaba por una intensa neuralgia lumbo-abdominal derecha, que para hacerla llevadera necesitaba la enferma ingerir diariamente 20 centigramos de clorhidrato de morfina. El análisis de la sangre había puesto de relieve el hematozoario de Laveran. Después del tratamiento por el 606 la enferma ha mejorado notablemente; la neuralgia ha disminuído de tal modo que sólo requiere 4 ó 5 centigramos de morfina, es decir, la cuarta parte de lo que necesitaba anteriormente.

Hemos inyectado 10 leprosos, 5 de ellos recluídos en el Hospital y por este motivo han sido debidamente observados. En un caso de lepra anestésica hemos hecho tres inyecciones. En la primera notó bastante mejoría, mientras que en las sucesivas apenas apreció

modificación alguna, en conjunto; los resultados han sido disminución notable de la infiltración de los antebrazos y manos, cuya piel ha tomado la consistencia y flexibilidad casi normal; de cinco ulceraciones que presentaba en los pies, tres se han cicatrizado; las alteraciones de la sensibilidad no han sufrido modificación.

Un caso de lepra mixta con lepromas en la cara y una ulceración en el pie izquierdo. Después de la inyección, dice sentirse más fuerte y ágil; pero no se ha apreciado modificación alguna en los lepromas, persistiendo la úlcera.

Un enfermo de lepra mixta con numerosos lepromas en las cejas, nariz y miembros. Después de la inyección no ha presentado modificación alguna.

Un niño de 12 años con 2 lepromas en la nariz del tamaño de un guisante y cañamón respectivamente, y una erosión en un pie. Tratado por el 606, la erosión tomó buen aspecto y se cicatrizó; pero en los lepromas no se apreció el menor cambio de volumen, coloración ni descamación.

En un leproso con una ulceración en un pie se cicatrizó ésta después de la inyección, pero mes y medio después sobrevino una erupción de lepromas en cara y extremidades, y una ulceración en un pie, en cuyo estado persiste actualmente.

En resumen: los leprosos sometidos al salvarsán se encuentran mejor; dicen encontrarse más fuertes, más ágiles y que mueven con más libertad los miembros; de las ulceraciones, unas cicatrizan y otras se resisten; en los lepromas no hemos notado modificación en los pocos casos que hemos visto.

Esta diversidad de resultados explica los distintos pareceres de los prácticos que han aplicado el arsenobenzol en la lepra.

Cabe pensar que el salvarsán ejerza una acción nociva sobre el bacilo de Hansen, cuyas energías destruya ó aminore haciendo esperar una curación radical. Por lo que hemos visto en el escaso material clínico que hemos observado, estamos poco inclinados á esta manera de ver, pues de las múltiples lesiones que presentan los leprosos, los que menos se influencian son los lepromas, que justamente son las más específicas, y por lo tanto debieran sentir, en primer término, la acción del medicamento; además, en un caso de los citados, seis semanas después de la inyección recidivó la enfermedad, tomando mayores vuelos que tenía anteriormente.

Puede admitirse que obra en estos casos por la acción que tiene sobre los epitelios, activando el trabajo de reparación de las úlceras, y además, por su notable acción tónica sobre el sistema nervioso. Así se explicarían los beneficios subjetivos que acusan los enfermos, y si tenemos en cuenta que las úlceras que presentan éstos, unas veces son debidas á los lepromas y por lo tanto específicas y otras son de naturaleza común ó trófica, se comprenderá el por qué unas veces resisten y otras obedecen al 606. Apoya esta manera de ver los hechos citados por los prácticos de curaciones obtenidas por el salvarsán en ulceraciones presentadas en el curso de afecciones nerviosas.

Sea cualquiera la interpretación, el salvarsán beneficia al leproso haciendo más llevadera su vida, y este hecho es aún más de estimar si consideramos nuestra pobreza terapéutica en esta clase de enfermos.

En un caso de linfoadenoma que hemos inyectado se han apreciado modificaciones de importancia. Antes del tratamiento se apreciaba una notable tumefacción del cuello, en cada uno de cuyos lados se distinguían dos ganglios del volumen de un huevo de gallina, y otros varios de menor tamaño. Seis semanas después de la inyección (17 de Julio) los

ganglios han disminuído marcadamente de dimensiones; los pequeños apenas se aprecian, los grandes se han reducido en su tercio y uno de ellos ha supurado. Abierta la colección salió un líquido amarillento y vimos que toda la masa del ganglio se había fundido. Parece, pues, un hecho cierto la influencia del linfoadenoma al 606; dato de valor, dado lo grave de esta afección.

Un epitelioma bucal ha permanecido indiferente á la inyección. Era un antiguo sifilítico que en la punta de la lengua presentaba una placa leucoplásica como un céntimo y otra parecida detrás de la comisura izquierda. En la mucosa del carrillo izquierdo tomaba asiento un epitelioma del tamaño de un garbanzo que con anterioridad se había extirpado y reproducido. Con el 606 se modificó poco la leucoplasia y nada el epitelioma, que continuó aumentando de volumen, siguiendo su evolución natural.

(Continuará.)

REVISTA DE REVISTAS

Inconvenientes de las inyecciones iodadas en el tratamiento de los hidroceles, por D. MARTINIANO PÉREZ ARIAS, médico del Sanatorio Quirúrgico Otero (La Bañeza). *(Revista de Medicina y Cirugía Prácticas).*

Desde muy antiguo se disputan la supremacía en el tratamiento de los hidroceles del testículo dos procedimientos: la punción seguida de inyección iodada y la incisión seguida de escisión de la vaginal ó de su vuelta al revés ó *retournement,* según frase gráfica francesa. Mi corta práctica profesional me impide presentar una estadística numerosa, ya que también los 18 ó 20 casos operados en este Centro durante los dos años últimos, lo han sido por incisión y escisión consecutiva de la vaginal; pero un caso reciente, operado en esta Clínica, que anteriormente había sido tratado por las inyecciones iodadas, me sugiere algunas reflexiones clínicas, previa la exposición del caso, que es el siguiente:

Eusebio Bolaños, de treinta y dos años, jornalero, de La Nosa, Alija (León), se presentó por primera vez en esta consulta el día 17 de Noviembre de 1911.

Sin antecedentes tuberculosos, traumáticos ni blenorrágicos. Dice que hace un año notó un abultamiento en la bolsa testicular izquierza, que ha ido paulatinamente aumentando de tamaño, sin provocar dolor y sí sólo las molestias producidas por su volumen. Por inspección se apreciaba un abultamiento en la mitad izquierda del escroto que engloba el testículo, de forma piriforme, consistencia dura y tamaño de una naranja grande. Por iluminación del tumor se percibe su completa transparencia. No quedaba, pues, duda alguna de que se trataba de un caso de hidrocele de la túnica vaginal del testículo izquierdo En consecuencia, se propuso al enfermo la intervención radical, cosa que no aceptó.

El día 25 de Junio del corriente año se presentó de nuevo en esta consulta, apreciándose que la tumefacción había disminuído un poco de su volumen primitivo, pero había perdido su transparencia. Nos refirió el enfermo que el 20 de Noviembre había sido operado por un compañero de Alija, por punción, extrayéndole un líquido de color ambarino (como orina, según frase del enfermo) é inyectándole tintura de iodo. Tuvo en los días sucesivos dolores y abultamiento del tumor, sin disminuir de volumen después, por lo cual el 18 de Abril volvió á ser punciona-do, extrayéndole un líquido de color de café. Al no mejorar, á pesar de ello, volvió á nuestra clínica á someterse al tratamiento radical.

La operación se efectuó el 1.º de Julio. Previa anestesia clorofórmica, se practica una incisión en el sentido del eje mayor del tumor, se disecan los tejidos blandos hasta llegar á la vaginal y se punciona ésta, dando salida á un

líquido de color café obscuro y olor iodado. Abierta ampliamente la vaginal, lo primero que nos llama la atención es su considerable grosor, que es de unos 4 centímetros; su consistencia es fibrosa y en su cara interna callosa, y está tan alterada que es imposible reconocerla á simple vista. El testículo, rechazado en una de sus paredes, está atrofiado y en plena degeneración; su volumen es un cuarto del volumen normal. Se reseca la vaginal, dejando un trozo que envuelve á lo que queda de testículo y se cierra la herida operatoria, previo el correspondiente desagüe.

Curso post-operatorio apirético, aun cuando largo y entretenido por la salida abundante á través de la herida operatoria de trocitos de vaginal esfacelados, lo cual nos hace suponer que la pequeña porción de vaginal que se dejó, va eliminándose paulatinamente. El enfermo fué dado de alta el día 15 de Agosto del corriente año.

Ahora bien; para mí no admite duda que la causa de los graves desórdenes observados en esta vaginal y la degeneración y atrofia del testículo, reconocen como causa la acción de la tintura de iodo; esta substancia alteró de tal manera la nutrición de la vaginal y el testículo, que á la primera la convirtió en un bloque calloso y al segundo, por consecuencia, le hizo asiento de una degeneración y atrofia consecutiva. Me fundo al atribuir á la tintura de iodo la transformación callosa de la vaginal en el poco tiempo de fecha (un año) que lleva este hidrocele, en su completa transparencia al observarlo por vez primera antes de su tratamiento por el iodo, y en el cambio experimentado en la coloración del líquido, ambarino antes, color de café obscuro después. No cabe duda alguna que la tintura de iodo, introducida en la vaginal, produce tal inflamación química, tal reacción, que no sabemos hasta qué punto llega, y por lo tanto, si la curación de muchos hidroceles por ella es á costa de la función testicular, ó por lo menos de alteraciones graves dependientes de procesos hipertróficos é hiperplásicos ó degeneraciones callosa, fibrosa ó cartilaginosa de la serosa vaginal. Estos procesos hipertróficos ó degenerativos frecuentemente no pueden apreciarse, pues á costa de ello sobreviene la curación del hidrocele, en cuyo caso quedan ocultos, y otras veces no se le da importancia por considerar al hidrocele como causa de estas transformaciones.

Por lo tanto y para terminar, creo que si hace años, en la llamada era antiséptica, aún podía discutirse la supremacía del tratamiento de la punción con inyección de tintura de iodo sobre los distintos procedimientos de incisión, hoy, en pleno período de la asepsia, en que los peligros por infección son remotos, y en que la anestesia, tanto general como local, ha llegado á un gran perfeccionamiento, hay que reconocer la inferioridad de la punción: primero, por ser un procedimiento ciego; segundo, por fracasar muchas veces, y tercero, porque provoca una reacción que no podemos precisar ni medir, la cual acarrea muchas veces transtornos de nutrición de la vaginal y del testículo, que desaparecen difícilmente y que pueden conducir á la larga á la pérdida de la función testicular.

Estudio sobre la heredosífilis. Interpretación de sus leyes.—Por el Dr. Carle (de Lyon).

Las investigaciones experimentales recientes confirman, al parecer, las conclusiones clínicas, tanto respecto á la importancia comparada de los generadores, como á las leyes fundamentales de la heredosífilis.

Se admite cada vez más que la herencia materna es la más común. La parte de la madre, preponderante ya, aumentará en el porvenir, porque la enfermedad suele desconocerse en ella, á causa de no presentar accidentes en el momento del parto. Pero en estos casos, la reacción de Wassermann ha demostrado ya muchas veces la existencia de la sífilis cuando nada hacía sospecharlo, desde el punto de vista clínico.

La herencia paterna es casi insignificante. Es excepcional encontrar un niño con lesiones específicas y que sólo esté afecto el padre. En cambio, se ven con frecuencia sifilíticos recientes, casados sin autorización, que tienen hijos sanos cuando sus mujeres no han sido contaminadas.

La ley de Colles proclama la inmunidad de la madre de un hijo sifilítico y autoriza á amamantarle. Creo que, excepto en casos raros, esta inmunidad es debida sencillamente á que dichas

mujeres son sifilíticas, aunque no presentan accidentes. La reacción de Wasserman ha demostrado ya muchas veces en tales casos la existencia de una sífilis desconocida.

Creo que así se explica la sífilis concepcional. Es muy difícil de comprender, á pesar de las teorías numerosas que tratan de explicarla. Es innegable que muchas veces, en el curso del embarazo, sobrevienen accidentes secundarios, cutáneos ó mucosos. ¿Por qué no admitir que se trata de una sífilis ordinaria, cuyo accidente primitivo pasa inadvertido, cosa frecuente en la mujer? Es raro observar un accidente primitivo, aunque sea vulgar, en una mujer, porque su carácter indoloro y la disposición de los pliegues le disimulan con facilidad; con mucho más motivo lo es en una mujer embarazada, en cuyos tejidos edematosos existen con frecuencia erupciones, nueva causa de error. Indiquemos también la frecuencia de los chancros del útero ó de las amígdalas. Además, todos los prácticos están conformes en que los chancros son raros en la mujer.

En cuanto á la ley de Profeta, tiene excepciones numerosas. Está casi demostrado que la inmunidad de los heredosifilíticos se limita á unos cuantos años, y es muy difícil someterles á una observación bastante prolongada para afirmar que serán siempre inmunes. Además, las investigaciones experimentales han demostrado que en ciertos casos esta inmunidad se explica por la sífilis auténtica del hijo, sea hereditaria ó adquirida (sífilis insontium).

El tratamiento del cáncer por el método de Zelier.

—Por el Dr. Herrera Oria. *(Boletín de Cirugía,* Santander.)

La palabra cáncer es ya más que superflua, una palabra perjudicial en la medicina, porque aun no comprendiendo en ella mas que las neoplasias epiteliales, ¿cómo confundirlas á todas en la misma unidad nosológica cuando son diferentes en su morfología externa y microscópica, diversas en su biología, en su evolución, en su manera de reaccionar á la acción de los agentes terapéuticos y experimentales? De ahí la profunda verdad de un sabio al decir «poseemos en la actualidad un gran número de remedios contra el cáncer; pero el encontrar un remedio específico contra él, probablemente no será nunca mas que un desideratum inaccesible».

Casi todos los cánceres hasta ahora tratados por *Adolfo Zeller* pertenecen al grupo de las neoplasias epiteliales de la piel, superficiales, que ofrecen con frecuencia un carácter de relativa benignidad sin tendencia invasora alguna y que también se curan con el tratamiento quirúrgico ó acción de algunos agentes químicos ó físicos (rayos X, radium, etc.); pero hay algunos entre ellos de los llamados internos, y además, el número de curaciones conseguido es verdaderamente extraordinario.

Czerny ha tenido ocasión de ver cuarenta enfermos tratados con el nuevo método, de los cuales las dos terceras partes estaban curados (la otra en tratamiento), presentando limpias cicatrices en las regiones donde estuvo asentada la neoplasia. Eran cánceres superficiales de la piel de muy distintas regiones del organismo; pero los había del oído, maxilar superior, labios, mama y vagina, carcinomas con profundas infiltraciones que no han cicatrizado sino después de grandes pérdidas de substancia y en las que, según *Czerny,* los resultados obtenidos por *Zeller* con recursos tan sencillos son en alto grado interesantes y dignos de llamar la atención de los médicos prácticos.

La parte más esencial del tratamiento sigue siendo la destrucción del tumor primitivo, sea con el bisturí, los agentes químicos ó los físicos, no siendo nuevos los agentes terapéuticos, sino antiguos, olvidados y caídos en desuso, lo cual prueba que los éxitos curativos dependen menos de nuestro saber que de la sagacidad y constancia que pongamos en su empleo.

Los primeros trabajos de Zeller sobre el tratamiento del cáncer fueron provocados por el invencible temor de muchos enfermos ante la intervención quirúrgica y por la triste situación de los que acudieron tarde á buscar el remedio de manos del cirujano ó la de los que habiendo sido operados padecen una recidiva y ya no están en situación de operarse nuevamente.

Rebuscando en la vieja literatura encontró que *Batty* recomendaba el uso del ácido silícico al interior y que *Astley Cooper, Hutchinson* y *Dupuytren* habían curado algunos cánceres con el uso de una pasta de arsénico y mercurio. Des-

de entonces siguió como antes, remitiendo al cirujano todos los cánceres operables cuando el enfermo no ponía resistencia á la intervención cruenta; pero aquellos otros no operables ó que se oponían á dejarse operar empezó á tratarlos con el ácido silícico: el método de la pasta de arsénico y mercurio no le empleó al principio. Esta primera parte de sus experiencias corresponde á los años comprendidos entre 1895 y 1905, que trató nueve enfermos de cáncer. 1.° Mujer de treinta y tres años, con úlcera cancerosa en la región de la nuca, aconsejada por los médicos que la habían visto, y por el mismo *Zeller,* que se operara; como se negara terminantemente á seguir este consejo y pidiera en cambio un tratamiento médico, se le administró el ácido silícico. Seis semanas después el tumor había desaparecido. 2.° Mujer de cuarenta y cinco años, con una tumoración en la mama izquierda sin ninguna manifestación inflamatoria, febril ni de infarto ganglionar axilar. En duda sobre si se trataba de un carcinoma ó una mastitis crónica, se la mandó tomar tres veces al día unos polvos de silicato de potasa y sosa en cantidad correspondiente á 0'18 gramos de ácido silícico. Después de año y medio de tratamiento desapareció completamente la neoplasia. 3.° También un probable cáncer de mama que desapareció después de tres meses tomando tres veces al día quince gotas de líquido de silicato de potasa y sosa. 4.° Mujer de cincuenta años, con una ulceración cancerosa en la cara de unos tres á cuatro centímetros de diámetro; los ganglios submaxilares engrosados. Impuesto el mismo tratamiento que en el caso anterior, al poco tiempo la úlcera comenzó á limpiarse y á disminuir de tamaño, exigiendo la curación completa dos años de tratamiento. Catorce más tarde la enferma continuaba sin recidiva de la neoplasia. 5.° Hombre de setenta y dos años, con un cancroide de la sien. Después de dos años de tratamiento, curación. 6.° Mujer de cuarenta años que presentaba en la mama derecha una cadena de nódulos, en número de seis á ocho, del tamaño de una alubia cada uno, que se extendía desde el lado externo del pecho hasta la axila. Los nódulos eran duros y movibles y se diagnosticó, escirros múltiples de la mama. Tomó durante medio año unos polvos de silicato de sosa y potasa, curándose, y sin presentar después recidiva. 7.° Hombre de setenta y un años con cancroide de la piel de la nariz, tratado con la pasta de arsénico y curado. 8.° Otro tumor de pecho, de naturaleza dudosa, desapareció á los tres meses de tratamiento. 9.° Gran tumor canceroso de la mama, ulcerado é inoperable: ganglios axilares. Murió por caquexia después de tres años de tratamiento por el ácido silícico, que retardó algo la evolución del tumor.

Animado por estos resultados buscó *Zeller* una preparación de ácido silícico que pudiera administrarse en inyección hipodérmica, con la esperanza de que así desarrollará su acción más rápidamente, pero los resultados obtenidos fueron dudosos. Reanudados sus trabajos sobre el tratamiento del cáncer, después de tratar otros varios enfermos, dice que los tumores pequeños y particularmente los no ulcerados, los que no han caído en destrucción necrótica, disminuyen notablemente con el tratamiento ó se curan; en los abiertos, con descomposición pútrida, no ejerce el ácido silícico otra acción que detenerlos en su crecimiento sin lograr impedir el progreso de la necrosis. Coincidiendo con la presencia de la necrosis de la neoplasia un descenso de la energía del organismo, supone si los productos de la necrosis de los tumores no formarán alguna clase de ptomaínas, cuya perniciosa acción, al obrar sobre el organismo, destruya su resistencia y sea causa de la muerte. De cuyas reflexiones deduce las siguientes conclusiones: el ácido silícico destruye y mata las células cancerosas y si no ha tenido lugar la formación de ptomaínas, el organismo puede, sin que sobrevenga ningún transtorno general, reabsorber los elementos muertos, obteniéndose por tanto en los cánceres vivos, siquiera sea lentamente, la curación bajo la acción del ácido silícico; y en los tumores que ya han caído en necrosis puede el ácido silícico matar las células que aún tienen vida, pero no impedir que las ptomaínas formadas por las necrosis ejerzan su funesta acción sobre el organismo, en cuyas condiciones no es posible la curación y el desenlace fatal es inevitable.

Habiendo recomendado *Standemmayer,* como agente capaz de destruir los productos de la necrosis celular sin alterar los tejidos normales, la pasta de arsénico y mercurio, propuso *Zeller* una terapéutica mixta (ácido silícico y esta pasta)

contra el cáncer, con el cual ha tratado en dos años 57 enfermos, obteniendo 44 curaciones, 3 defunciones y 10 aún sin resultado por seguir con el tratamiento todavía, pero en 6 de los cuales espera la curación casi con seguridad; en los 3 que murieron (uno por pericarditis, otro por pleuropneumonía y el tercero por influenza), se había obtenido notable mejoría. (La estadística de los 57 casos está presentada en un completo cuadro, en donde aparecen con gran minuciosidad todos los detalles de localización de la neoplasia, duración del tratamiento, análisis microscópico, etc.).

Casi todos los enfermos tratados por *Zeller* eran gente del campo y la mayor parte de edad avanzada, y han tenido que serlo en su propio domicilio ó en el gabinete del médico, por no haber en la villa donde ejerce este autor (Weilhein-Suabia) hospital ni clínica alguna. La gravedad de la afección no se debe tener en cuenta para establecer el tratamiento, y aun la misma inoperabilidad del tumor no constituye una contraindicación.

La técnica del tratamiento es la siguiente: primero, con una torunda de algodón hidrófilo empapada en bencina, se frota y limpia cuidadosamente el tumor y la piel ó superficie que le rodea. Después se aplica la pasta (denominada *cinnabarzana* por *Zeller)* sobre el tumor y los tejidos de la perifería, de modo que forme una capa bastante gruesa. Cuando ésta se ha desecado, se cubre todo en los tumores pequeños con otra capa de colodión, y en los mayores y ulcerados se pone una gasa doblada ocho veces y encima una capa de algodón; todo ello se cubre con *leucoplast* (1), que cierra y cubre el apósito. Cada ocho á catorce días se repite esta cura, según la acción del medicamento. Al mismo tiempo, desde el principio del tratamiento, se administra, tres veces al día, medio gramo de una sal de ácido silícico disuelta en agua (que el autor llama *nacasilicum)* y que debe seguirse tomando un año después de conseguida la cura. Este medicamento suele tolerarse muy bien y aumentar el apetito; respecto á la pasta de arsénico y mercurio, no provoca apenas molestias en los tumores pequeños, pero sí en los grandes, en los cuales producen dolores fuertes que á veces duran algunos días.

Al principio, el tumor aumenta de volumen bajo la acción tópica del medicamento, pudiendo alcanzar un tamaño doble del que tenía; se forma una tumoración esponjosa de color achocolatado que se puede separar, especialmente en los tumores pequeños con necrosis muy avanzada, por medio de una torunda de algodón ó de una pinza. Los tejidos normales, muy lentamente atacados por la pasta, toman un color amarillento sucio. Si después de haber actuado la pasta quedan todavía sin destruir restos de tejido canceroso, se reconocen éstos en el color rojo-intenso, semejante al de la fresa madura; también se pueden apreciar por el tacto, pues darán la sensación de dureza característica del cáncer.

Cuando después de un tiempo más ó menos largo han sido destruídas todas las porciones del tumor, queda una superficie ulcerada de un color amarillento sucio, la cual, tan pronto como cesa de actuar la pasta, se limpia rápidamente y se cubre de granulaciones rojas. La limpieza diaria con bencina y una cura con gasa antiséptica, conduce rápidamente á la cicatrización, que es lisa y de buen aspecto.

De este tratamiento quedan excluídos los cánceres profundos del aparato digestivo, urogenital, y, en general, de todas las vísceras, si bien *Zeller* confía en que la medicación interna, ayudada de la destrucción del tumor quirúrgicamente, pueda también resolver la curación de estas neoplasias.

Tratamiento dietético de la diabetes sacarina.

—Por el Dr. L. Kolipinski. *(Sociedad Terapéutica Americana).*

El Dr. Kolipinski (de Washington) dijo que el dato más importante en el tratamiento de esta enfermedad es el ser curable por la dietética. Hasta puede decirse que la dietética es la única que puede curar la enfermedad, puesto que el empleo de todo medicamento, extracto orgánico, fermento, enzima, es inútil, y por lo tanto, peligroso.

La gota, la obesidad y la diabetes son afecciones hereditarias. La diabetes es causada, no por el alcohol, sino por el exceso de alimentación en los

(1) Emplasto adhesivo (preparado por la casa P. Beiersdorf in Compania, Hamburgo

trabajadores y por el aumento de grasa en los de vida sedentaria, y todo diabético cuenta entre sus antecedentes la obesidad ó la glotonería, en particular para los alimentos que contienen en abundancia hidrocarburos vegetales.

Las lesiones de la diabetes son debidas al aumento permanente de glucosa en la sangre y á su eliminación continua por la orina, y su causa esencial es la destrucción más ó menos persistente del glucógeno. La enfermedad consiste en su esencia en la pérdida permanente de la facultad de utilizar las propiedades nutritivas del azúcar y del almidón. Es preciso, por lo tanto, abandonar el género ordinario de vida eligiendo entre el pan y la muerte. Empleando alimentos que contengan pocos ó ningún hidrato de carbono, con los cuales se puede vivir bien, se corrigen los síntomas de la enfermedad, no se nota sensación alguna anormal y puede disfrutarse buena salud.

La alimentación que recomienda el Dr. Kolipinski es la siguiente: desayuno, leche artificial, huevos, jamón ó tocino, carne asada de vaca, cordero, carnero, peces, tomate crudo, una taza de café ó de té con manteca de vacas; comida, leche artificial, caldo claro, tomate crudo ó lechuga con salsa mayonesa, cebolla, pepinos, escabeche; toda clase de carne, pesca, caza, salchicha, lengua, sesos, mollejas, toda clase de quesos; cena, leche artificial, pesca, huevos, carne fiambre, quesos, requesón, una taza de café ó de té con manteca de vacas. Al acostarse, una taza de leche artificial. Esta se compone de un huevo crudo, dos cucharaditas de extracto de Malta y otras cuatro de aceite de oliva, todo lo cual se bate, agregando un litro de agua, sazonándolo con sal á gusto del enfermo. A los tres ó cuatro meses pueden permitirse algunos vegetales y frutas, si no producen glucosuria. La experiencia repetida y variada ha provado que esta alimentación suministra substancias nutritivas más que suficientes para conservar el organismo en buen estado.

Los únicos medicamentos que recomienda el Dr. Kolipinski son los purgantes salinos, cuando el enfermo tiene estreñimiento ó hemorroides.

A los tres ó cuatro días de estar un diabético sometido á este régimen, el peso específico de la orina se hace normal ó subnormal y es imposible descubrir en ella indicios de glucosa por los reactivos ordinarios.

La diabetes cura como por crisis y la persistencia de la curación depende de la regularidad con que se observa el régimen. Con este método la desaparición de la glucosuria es absoluta, trátese de un caso reciente ó antiguo, sean los síntomas de la enfermedad benignos ó graves y mayor ó menor la cantidad de glucosa contenida en la orina. En la diabetes esencial humana la glucosa no procede de la grasa ó de los proteídos, como suele ocurrir en la glucosuria experimental. Conviene que el individuo curado no vuelva á comer en exceso ni se haga obeso de nuevo, para lo que es preciso disminuir la cantidad diaria de leche artificial. Puede beber alcohol y fumar siempre que lo haga con moderación.

Refiriéndose á las diversas complicaciones de la diabetes, manifestó que la acidosis incipiente puede corregirse y conseguir que desaparezcan de la orina los ácidos derivados de la grasa que contiene dicho líquido en los casos avanzados; pero cuando existen signos de coma, debe considerarse el caso como perdido.

El Dr. A C. Crofton dijo que, según su opinión, el diabético es siempre diabético. Es verdad que con el régimen dietético puede conseguirse disminuir la proporción de glucosa en la orina; pero en cuanto el enfermo vuelve á tomar alimentos hidrocarbonados, el azúcar aparece de nuevo. En los casos ligeros es fácil mantener disminuída la cantidad de glucosa, pero en los graves es más difícil conseguirlo, porque el enfermo sigue formando azúcar, aunque la alimentación se componga exclusivamente de carne y de grasas. La diabetes es, en realidad, sólo un síntoma, y pueden existir bastantes variedades.

Los diabéticos deben tomar cierta cantidad de hidratos de carbono, es decir, 100 á 200 gramos de pan blanco. Cree que es una práctica defectuosa que los enfermos estén sometidos á un régimen riguroso, porque además del efecto psíquico que produce aumenta la tendencia á la acidosis. Esta práctica es más peligrosa en los casos graves. Conviene que el régimen alimenticio sea de tal naturaleza que, además de nutritivo, la orina contenga poca ó nada de glucosa.

Establecimiento Tipográfico Hijos de F. Vives Mora, Hernán Cortés, 6, Valencia