

---

# LA MEDICINA VALENCIANA

---

**SUMARIO:** El Dr. Calleja, por *R. G. V.*—Trabajos originales: De la Helioterapia por el *Dr. A. Bellver*.—Fistula córporeo-utero-rectal en el curso de un grave puerperismo, por el *Dr. Eduardo Algarra*.

REVISTA DE LA PRENSA.—Ensayos de la Quimioterapia contra la tuberculosis, por el Profesor *Salvat Navarro*.—Oftalmología, por el *Dr. Juan Alonso*.

BIBLIOGRAFÍA.—Resultados obtenidos en los tuberculosos pulmonares hospitalizados, con tuberculina y suero antituberculoso.—La lucha antituberculosa y los dispensarios, por el *Dr. Arturo Cubells*.—Noticias.

---

## EL DOCTOR CALLEJA

El día 13 del pasado mes falleció en Madrid el ilustre catedrático y decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central cuyo nombre encabeza estas líneas. Fué don Julián Calleja cultivador de la Anatomía, a cuya enseñanza consagró la mayor parte de su vida. Discípulo del Dr. Fourquet, honró a su maestro dando a conocer gran parte de sus trabajos inéditos en su gran obra que comenzó a publicar en Valladolid el año 1869, en cuya época era catedrático de Valladolid, y ya reunía, entre muchos títulos, los de correspondiente de nuestra Academia de Medicina y del Instituto Médico Valenciano.

Cumplió tan bien como maestro su misión, que muchas veces hemos oído decir a sus discípulos: «D. Julián es admirable, sobre todo cuando explica una lección de Anatomía».

Con decir que fué llamado el padre de los estudiantes, está hecho su mejor elogio.

Ejerció la medicina, dejando honda huella de gratitud en muchos de sus clientes.

Fué político, y ocupó varias veces la Dirección general de Instrucción pública, y desde ese cargo, como desempeñando el de consejero de Instrucción pública, el de senador primero por la Universidad de Zaragoza y después vitalicio, y desde el decanato de la Facultad de Medicina de Madrid, su influencia ha sido decisiva en el progreso científico de España durante más de medio siglo. A su iniciativa se deben (según recordaba el Dr. González Hidalgo en su discurso de contestación al de ingreso en la Real Academia de Ciencias, del doctor Calleja) el haberse abierto los museos de la Facultad de Medicina a los alumnos de un modo permanente, el haberse creado una sección iconográfica en la biblioteca, los laboratorios experimentales de Fisiología e Higiene, los departamentos de hidroterapia y electroterapia adscritos a las clínicas, la creación de asignaturas de especialidades, la separación del curso preparatorio y la mejor ordenación de las asignaturas de la carrera. Resultado de todo esto ha sido el progreso de la Anatomía Patológica, de la Histología y de la Píediatria en España. No ya los médicos, los padres de familia debieran tribujar homenaje de gratitud imperecedera al Dr. Calleja con sólo recordar que antes de la reforma por él iniciada apenas si se explicaba alguna lección de enfermedad de la infancia a los alumnos de Medicina, y pocos años después las clínicas de esta especialidad, establecidas en todas las Facultades de Medicina, eran verdaderos laboratorios en donde muchos niños lograban salvar su vida mediante operaciones que en otro tiempo se practicaban rarísimas veces, y en tanto las nuevas generaciones de médicos adquirirían conocimientos de Medicina y de Higiene de la Infancia, antes muy descuidadas por no decir completamente preteridas en la enseñanza médica.

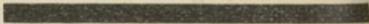
Además, el Dr. Calleja aumentó y creó escuelas de artes

y oficios y de comercio, trató de asegurar sueldo y jubilación al profesorado de la enseñanza elemental, convencido de los deberes que el Estado tiene de proteger a los humildes: ¡con qué alegría nos decía, en cierta ocasión, que una de sus más gratas emociones la constituía el haber recibido una carta de un maestro desconocido, dándole gracias por haberle asegurado, mediante su intervención, un pedazo de pan para su vejez, después de los muchos años que llevaba educando niños en una obscura población rural! Y es que D. Julián Calleja era bueno, y así, cuando cargado de honores no esperaba ya nada de la política, todavía se ocupaba de mejorar y dignificar a la clase médica, haciendo que se aplicara una forma de contribución por patentes y tratando de unir a la clase médica mediante la colegiación. A propósito de esta tentativa, dice el Dr. Cleizegui: «tuvo una equivocación, y fué cuando acometió la redención de la clase médica, cuando quiso unirnos y agruparnos, cuando hizo la Colegiación. No contó con que esa ley general de las afinidades que rige todos los mundos, sólo una vez deja de cumplirse, es falsa tan sólo en una ocasión: cuando de nosotros se trata, cuando son afinidades médicas las que quieren realizarse.»

Alguien censuraba al Dr. Calleja, por el que decían desmedido afán de proteger a los suyos, a sus discípulos y amigos, a *su Facultad de Zaragoza*; pero si fuera cierto lo que se le atribuía, hay que reconocer que obedecía a una tendencia de su tiempo en lo de exceder a la justa medida cuando concedía su protección, y a una tendencia muy humana y aun justa cuando protegía al débil para impedir injustos atropellos; a veces su protección tenía el carácter de gratitud, y siempre creyó que protegía al mérito, sin cuidarse mucho en asegurar la reciprocidad. Por eso cosechó bastantes ingratitudes. Digamos, «sin embargo», que también inspiró gratitud, como lo prueba el hecho de que al concedérsele el título de Conde de Calleja, como premio a sus cincuenta años de magisterio, por suscripción entre más de mil médicos, le fueron costeados los gastos de derechos y expendición del título.

Ardiente patriota el Dr. Calleja, tuvo siempre fe en los destinos de nuestra nación; aún recuerdo cuando, no hace mucho tiempo me felicitaba por el discurso de apertura, decía: «soy más optimista que usted.» Y eso que bastantes años hace el mismo Dr. Calleja había escrito a propósito de ciertos datos que nos enseña la antropología «¡que nos enseñan las desiguales tendencias de los pueblos, de feroces instintos en unos y de impulsos benéficas en otros, o que nos demuestran el arraigo y extensión casi universal de las costumbres guerreras: tendencia desgraciada de la Humanidad que ahoga hasta en el corazón de los filántropos la plácida y consoladora esperanza de llegar algún día a la paz general en la tierra!» Sin duda inspiró su conducta aquella máxima de Séneca por él mismo recordada en el mencionado discurso: «No se puede llamar varón fuerte a quien no le crece el ánimo en la dificultad de las cosas.»

R. G. F.



## TRABAJOS ORIGINALES

---

### DE LA HELIOTERAPIA

---

La helioterapia es el tratamiento de las enfermedades por la acción de los rayos solares; esta puede ser total o parcial.

Por su fácil aplicación, ya que puede emplearse lo mismo en las grandes capitales que en los pueblos pequeños, quizá con más medios en estos últimos por las condiciones especiales que reúnen las casas, por estimar que este procedimiento ha de prestar grandes servicios terapéuticos é inducido por los resultados obtenidos por Bardenheuer y Straube, son los móviles que me han impulsado a dar publicidad a este trata-

miento que, si no tiene nada nuevo, ya que en los tiempos de Hipócrates, Celso, Galeno, etc., se recurría a los baños de sol para el tratamiento de las enfermedades, existe la novedad en la reglamentación que para su empleo ha formulado Rollier, y al cual se deben los innumerables éxitos alcanzados.

Conocida la influencia benéfica que ejerce sobre el organismo, procuro convencer a mis enfermos de la Sala de Cirugía, cuando se encuentran en condiciones de ser exhospitalados, la conveniencia de abandonar el hospital y exponerse diariamente al baño de sol, prosiguiendo la curación en la consulta de externos, afecta al servicio; de este modo, veo mejorar rápidamente las lesiones y en especial las de origen tuberculoso. Todos hemos puesto en práctica más o menos directamente el tratamiento que nos ocupa, y sin embargo, ¡qué olvidada está su publicidad y qué poco se ha escrito sobre el mismo! Tengo que hacer honor a la hermosa tesis del Doctorado del Sr. Masip Budeses, de la Beneficencia Municipal de Madrid, titulada «La helioterapia» que, después de un detenido y concienzudo estudio de la acción solar sobre el organismo, recopila cuanto sobre la materia se había escrito hasta 1906 y que su lectura me ha servido en mucho.

Bardenheuer, en completo trabajo, cuyo título es «La helioterapia en las tuberculosis periféricas, en particular en las articulares» (*Strahlentherapie*, tomo I, fasc. 3, 15 Septiembre 1912), sorprendido por la transformación rápida del estado general de los enfermos por la posibilidad de movilizar en poco tiempo y sin dolor, las articulaciones gravemente invadidas e hiperestesiadas, por las curaciones sin anquilosis en casos al parecer desesperados, que pudo admirar en el servicio de Rollier en Leysin en 1911 y 1912, se ha constituido en un entusiasta de la helioterapia, empleándola en su servicio de Colonia.

En 1912 ha tratado 46 enfermos, de éstos 40 tuberculosos, 10 de ellos casos ligeros que son excluidos de la estadística, quedando solamente 36 que figuran como casos graves o muy graves.

Los graves, en número de 11, se distribuyen: uno, de codo; uno, de muñeca; uno, coxalgia; tres, de rodillas; uno, de pie; uno, mal vertebral de Pott, y tres, tuberculosis múltiples.

Los muy graves, en número de 19, comprenden: a uno, linfoma del cuello; uno, muñeca; dos, enfermos de mal de Pott; uno, esternón; tres, coxálgicos; tres, rodillas; dos, de pie, y seis, tuberculosis articulares de localizaciones múltiples.

En todos estos casos, la influencia de la helioterapia ha sido demostrada favorablemente, habiéndose obtenido éxitos notables con curaciones definitivas.

Entre los mejorados, hubo algunos que recidivaron; estas recidivas parece ser debidas a falta de poder continuar el tratamiento en la estación del invierno, por insuficiencia de número de días de sol, que en aquel país tanto abundan.

Últimamente, Bardenheuer, da las indicaciones que en lo sucesivo han de reunir los servicios de cirugía y en especial los dedicados a niños, para poder obtener todo el partido de la helioterapia.

«La aplicación de la helioterapia en España y en especial en esta región, donde la naturaleza tan pródiga se ha mostrado, que son contados los días que el sol deja de influenciarnos, vale la pena de ensayar el procedimiento, máxime si se tiene en cuenta los resultados obtenidos por Bardenheuer y los no menos interesantes que sobre el mismo punto ha publicado E. Straube con el título «Sobre el tratamiento de la tuberculosis vertebral en Leysin y sus resultados».

Llama la atención Straube acerca del aumento de desarrollo muscular que experimentan los enfermos de mal vertebral, a pesar de la ausencia absoluta de ejercicio a que se hallan sujetos, lo que prueba que la helioterapia no ejerce solamente una acción general.

Las modificaciones locales están caracterizadas por la disminución del dolor, y en los casos que existen trayectos fistulosos, el pus sufre modificaciones, haciéndose más claro y más abundante; después de este estado de actividad, disminuye la supuración progresivamente. La piel que cubre las regiones

enfermas sufre un aumento de pigmentación con relación a la de las regiones sanas.

Para tratar la gibosidad en los casos de mal vertebral de Pott, coloca a los enfermos en decúbito ventral durante la mayor parte del día, determinando de este modo una forma de lardosis artificial.

El tratamiento ha sido ensayado por Straube en 96 pósticos, 59 adultos y 37 niños. Los resultados obtenidos en los últimos fueron de 31 curados (el  $84 \times \%$ ), 4 mejorados, 1 en igual estado y un fallecido. El de los adultos se distribuyen en 46 curados ( $78 \times \%$ ), 9 mejorados, 1 en igual estado y 3 fallecidos.

En conjunto, la mortalidad se eleva con este procedimiento al  $4 \times \%$ ; en los tratamientos actuales alcanza el 20 o 25.

Straube ha comprobado un hecho curioso, acerca del cual llama la atención; los casos con supuración cerrada dan una proporción considerable de curaciones con relación a los casos sin absceso. Por el contrario, en las espondilitis fistulosas los resultados son mucho menos favorables.

Han ensayado el procedimiento Platen, Grinda, Roux y otros; todos confirman los resultados obtenidos por Bardenheuer y Straube.

El Dr. García Naya, en «La Pediatría Española», Madrid, Diciembre 1912, publica la curación de una tuberculosis peritoneo-intestinal en una niña de 6 años, en la que, fracasados los remedios empleados y no habiendo aceptado la familia la laparotomía propuesta, fué puesta en práctica la helioterapia y, sin otra medicación coadyuvante, la enfermita curó a los dos meses.

Se ha tratado de sustituir los rayos solares por potentes focos de luz artificial; los resultados obtenidos no han sido del todo halagüeños, y es que el astro diurno no es sólo luminoso, es que hallándonos bajo su poderosa influencia, recibimos luz radiante, calor, rayos químicos y actínicos que nos dan vida y es el origen y sostén de todas nuestras energías; continuamente se vé en los individuos privados de la luz so-

lar (mineros, presos, etc.), verdaderos estados cretininos, profundos trastornos de nutrición.

Que los rayos solares poseen poder bactericida, lo confirman numerosos experimentos. Si se sujetan a la acción solar cultivos de estafilococos y estreptococos por espacio de doce horas, las colonias disminuyen y a las 20 horas mueren. (1).

Otro experimento curioso es el llevado a cabo por Roux, que ha conservado en la obscuridad, por espacio de un año, cultivos diftéricos vivos encerrados en probetas de cristal; en cambio, en una falsa membrana diftérica expuesta a la acción del sol en los meses de Abril y Mayo, los bacilos no pudieron resistir y murieron.

Expuestos a los rayos solares por espacio de 24 horas los esputos de tuberculosos, no pierden su virulencia, pero si la exposición se prolonga a 48 horas, la esterilización es completa e inoculado al cobayo, los resultados son negativos (experimento del Dr. Jousset).

Koch, en el informe que presentó al Congreso de Berlín en 1890, afirma que el bacilo tuberculoso moría a la acción de los rayos solares. Asimismo afirma Hamesce que en los enfermos de tuberculosis pulmonar tratados por la acción del sol, los bacilos de los esputos disminuían a medida que aumentaban las exposiciones, llegando hasta desaparecer.

Hechos como los apuntados anteriormente podría multiplicarlos; pero basta con los anotados, que tan demostrativos resultan.

Con los datos que nos suministra la experimentación, confirmados por los resultados clínicos, podemos afirmar que el elemento solar es un potente antiséptico, especialmente para el bacilo tuberculoso.

La técnica del tratamiento, tal como se emplea en el sanatorio de Leyéne, es como sigue:

Al ingreso de los enfermos, el primer cuidado es habituarles poco a poco a la acción de grandes corrientes de aire;

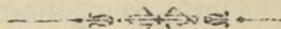
---

(1) Tratamiento del Dr. Masip.

para ello se requieren algunos días. Esto obtenido, se aplica la helioterapia. El primer día consiste en exponer los piés al sol durante tres períodos de cinco minutos cada uno; el segundo día los pies sufren tres exposiciones de diez minutos y las piernas de cinco minutos; en la tercera sesión se practican tres exposiciones de quince, diez y cinco minutos respectivamente para el pie, pierna y muslo. En razón progresiva se llega en la cuarta sesión al brazo; quinta, al dorso; sexta, al abdomen y séptima, al tórax. La cabeza debe estar protegida de los rayos solares; de este modo los enfermos, habituados a las exposiciones, soportan hasta siete horas sin molestia.

Lamento no poder aplicar el tratamiento a mis enfermos de tuberculosis quirúrgica que ingresan en el Hospital, por no contar con departamento apropiado, y es más sensible si se tiene en cuenta los escasos dispendios que requiere la instalación.

DR. A. BELLVER.



## FÍSTULA CÓRPORO-ÚTERO-RECTAL EN EL CURSO DE UN GRAVE PUERPERISMO

HISTORIA CLÍNICA PRESENTADA POR EL

**DR. EDUARDO ALGARRA**

EN EL TERCER CONGRESO NACIONAL DE  
OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA

Como contribución á la no muy extensa bibliografía referente a las fistulas córporo-útero-rectales o entéricas, y por atender los cariñosos requerimientos del Presidente del Comité Provincial de este Congreso, Dr. Enrique López, quien conmigo fué testigo e intervino en mucho de lo que he de referir, traigo ante los señores Congressistas la adjunta historia

o nota clínica, cuyo interés o curiosidad no he de ponderar, principiando por encabezarla con un extracto bibliográfico acerca de los abscesos parenquimatosos del útero, en los que puede hallarse la patogenia propuesta, para explicar el caso, por dicho Dr. E. López, y aceptada como muy verosímil por nosotros.

\* \* \*

Los abscesos del útero han sido negados primero, después admitidos. En el *Curso de Anatomía patológica* de Partal (1803) se encuentra, por primera vez, el absceso uterino en el capítulo «Matriz en supuración».

El estudio de conjunto corresponde a Otto von Franqué, y data de Octubre de 1901, con un total de 16 casos. Rebuscando en la literatura, más tarde llegó Mercadé a la suma de 41 casos, a base de los cuales trazó en Francia por vez primera la historia de los abscesos del útero.

*Causas.*—La infección puerperal es la más frecuente; se la encuentra en la mitad de los casos. Después figuran por orden de frecuencia, la infección gonocócica, tuberculosa y traumática. Resulta favorecida la infección por el estado de puerperalidad.

Para Bernutz y J. L. Championnière, se trataría siempre de colecciones purulentas producidas en los linfáticos; mas para los autores antes citados, el absceso agudo del útero constituye una entidad morbosa, complicación de una infección uterina, pero complicación individualizada y típica, y no modalidad de linfangitis uterina. Fuerza es admitir que dicha infección localizada es resultado de embolias microbianas, cuyo punto de partida está en el útero.

*Anatomía patológica.*—Suelen residir los abscesos a nivel de un cuerno uterino. Casi siempre son abscesos del cuerpo. J. L. Championnière ha señalado casos en la unión del cuello con el cuerpo. El absceso intramuscular es el verdadero absceso del parénquima. Puede, sin embargo, desarrollarse en el tejido submucoso y abrirse espontáneamente cuando la distensión llega a cierto límite.

El número único, el volumen como una nuez o como un huevo de pato, a lo sumo, es lo común; el contenido, purulento, de color amarillo o verdoso.

El peritoneo presenta, por lo general, una reacción inflamatoria evidente. A menudo se forman adherencias múltiples con los órganos vecinos—intestino, epiploon, vejiga, recto—que limitan la inflamación y determinan la abertura del absceso en uno de dichos órganos. Si el peritoneo no reacciona, el absceso se abre en la cavidad peritoneal, produciéndose una peritonitis mortal. Si el peritoneo ha tenido tiempo de reaccionar, se abrirá el absceso en un órgano vecino, en el recto, de preferencia, ocasionando diarreas, como han señalado Bird y Schröder.

*Síntomas.*—El absceso agudo debuta siempre de un modo brusco. Hay desórdenes generales graves, fiebre, escalofríos que traducen la formación de una colección purulenta; los locales son difíciles de discernir.

*Diagnóstico.*—Es de una dificultad extrema. Los fenómenos generales harán pensar en una infección puerperal; en este caso seguirán una marcha progresiva, en tanto que si la infección se localiza, los síntomas generales disminuirán, para hacer plaza a los locales.

Un fibromioma supurado puede presentarse con caracteres clínicos análogos, y si se desconoce la presencia del fibroma antes de la supuración, el diagnóstico será imposible. Por lo general, la mujer presentó desórdenes uterinos anteriormente.

\* \* \*

El día 12 de Diciembre de 1910, fuí llamado para asistir a una púerpera. Era una mujer de 30 años, Teresa Ll., vecina y natural de Cheste, de buen temperamento y fuerte constitución; menstruada a los 13 años, con algún episodio amenorreico corto, casada hace 3 años, hízose embarazada a los 14 meses, abortó a los 19, 8 más tarde hízose nuevamente embarazada, embarazo que llegó a su término sin graves molestias ni contratiempos, siendo asistida en el parto por una comadrona.

No hay sino buenos antecedentes paternos y familiares; los íd. propios hacen referencia a una fiebre infecciosa, padecida en su mocedad, que duró unos 20 días, y 15 más por recaída, exigiendo la aplicación de baños frescos generales, por llegar la fiebre, según se me dice, a 40 y 41°.

El día 4 dió a luz un niño vivo muy medrado y robusto; el parto fué laborioso, sobre todo en el período expulsivo. A los tres días experimentó un escalofrío, malestar y fiebre; la comadrona se permitió administrarle alguna droga y propinarle irrigaciones (?), los escalofríos continuaron diariamente y los trastornos fueron acentuándose, hasta que el día 12, saltando la familia por encima de la oposición de dicha señora, que rechazaba la intervención médica asegurando que la enferma no tenía casi nada, fuí solicitado sin que tal comadrona acudiese a suministrarme antecedentes y detalles de lo acaecido.

La Teresa Ll. presentaba el cuadro propio de una infección puerperal: hipogastrio doloroso por la palpación, útero en involución suspendida, retardada, loquios escasos y de olor y color sospechoso, y todo cuanto va anejo a un estado febril, de más de 39°. Durante 7 u 8 días instituí el siguiente tratamiento: mañana y tarde irrigaciones intrauterinas abundantes, calientes, antisépticas (con fenol al 1 p. 100), quinina tres días, colargol al interior, después dieta conveniente. Abandonada la calentura volvió a remontarse la fiebre; de todas suertes los escalofríos continuaban, y el día 19 me decidí a aplicar la irrigación continua a beneficio de la que la fiebre se redujo aquella tarde a 37'5°, prosiguiendo todo de la misma manera al día siguiente, pero a mitad de la mañana originóse un violento escalofrío que duró más de media hora, elevándose la calentura a 41° y el pulso a 145 pulsaciones. Suspendí la irrigación continua, que tenía a la enferma muy atormentada, y por la tarde practiqué un legrado según el método de Pinard, al cual profesaba y entonces una gran devoción. El cuello estaba desgarrado, en forma de coliflor, esfacelándose y no permitiendo hacer bue-

na presa. No me pareció ver ningún resto placentario. A las diez de la noche la enferma estaba sudando abundantemente y a 39'5°.

Día 21.—Mañana, T. 38°; P. 120. Tarde, T. 40'5°. P. 130. Cerebro consulta con el Dr. Enrique López, el cual aprueba todo lo hecho, opina, como yo, que no hay nada en el parametrio, que se trata de una infección puerperal por metritis de la misma naturaleza, con ligera reacción peritoneal, la indispensable en estos casos, y con asomos de flegmonamiento del ligamento ancho derecho. No le parece conveniente la vuelta a la irrigación continua, aconseja las curas intrauterinas y el empastamiento del útero con gasa iodofórmica húmeda, tal como yo estoy haciendo, y como tratamiento general aboga por las inyecciones de electrargol y de suero Cheron. El pronóstico, aunque severo, no lo califica de muy grave.

Día 22.—Durante la noche ha habido sudores abundantes. Mañana, T. 37'8°. Noche, 40'5° y 140 p. Inyecto suero Cheron y 10 cm<sup>3</sup> de electrargol. Recibo los dos siguientes certificados librados por el muy perito bacteriólogo Dr. Juan Campos: «que los loquios procedentes de la Sra. D.<sup>a</sup> Teresa Lloréns, presentados para su análisis por indicación del doctor Algarra están constituídos por numerosos hematíes, abundantes leucocitos, especialmente polinucleados, y muchos colibacilos y estreptococos, siendo este último la especie predominante»; «que los hemocultivos practicados con sangre procedente de la misma señora, después de 48 horas de permanencia en la estufa regulada a 37°, han dado lugar a la aparición de una colonia que, examinada convenientemente al microscopio, resulta formada por colibacilos». Tres días más tarde no aparecieron colonias de estreptococos.

Día 23.—T. 37'7°. Estando curándola sobreviene un ataque de eclampsia característico, que dura una hora. Por la tarde hay escalofríos durante hora y media. Inyecto electrargol, Cheron y Hayem; sondo tres veces la vejiga, no hay albúmina en las orinas, ni edemas. Noche, 40'5°, 148 p., sudores abundantes.

Día 24.—T. 37'7°, 124 p. Curándola se producen sínco-  
pes, inyecto cafeína, hago inhalar éter. A la tarde 39'5°, pul-  
so incontable, embriocárdico; inyecto digitalina. Después  
electrargol 10 cm<sup>3</sup>, suero Cheron y suero Hayem 200 gr. Por  
la noche, 2 ampollas de aceite alcanforado, pues el pulso está  
pésimamente. Vejiga de hielo sobre la región precordial.

Día 25.—Ha habido escaso sudor, sigue sin dormir.  
T. 38'5°, pulso a más de 140, pero no tan filiforme como  
ayer. Inyecto electrargol y Cheron y practico un segundo le-  
grado previa inyección de cafeína. Por la tarde 38'5°, pulso  
140. Doy 150 gr. de Hayem; la noche es pesadísima.

Día 26.—Gran sed, deposiciones diarreicas, fétidas, dolo-  
rosas por enteralgias, meteorismo. T. 40° y P. 144. Sigue la  
bolsa de hielo. Dos cm<sup>3</sup>. de aceite alcanforado y procedo a la  
curación; como siempre, hago irrigación antiséptica y relleno  
con gasa iodofórmica. Esto último se verifica con dificultades,  
pues la gasa tropieza con un obstáculo, con una especie de  
tumor o relieve situado más allá del istmo que, angostando el  
calibre de la cavidad e irregularizándola, no permite la libre  
y expedita introducción de la gasa y aun de la misma sonda  
irrigadora. Ya ayer, al practicar el legrado, pude percatarme  
de lo mismo, por lo que huí de legrar en un punto tan extra-  
ño y poco fácil a la legra.

La fiebre sigue todo el día a 39°; por la tarde logra la en-  
ferma dormir. La disnea es de 48, con menos anhelación y  
ansiedad que los días anteriores. Administro electrargol y  
Cheron. Vuelve la diaforesis por la noche; doy Hayem y  
aceite alcanforado; sigue el sueño.

Día 27.—Sigue todo igual. Curación: las mismas dificul-  
tades, lo local sin exudaciones, la gasa sale limpia y casi seca.  
Aplico óvulos vaginales. Aceite alcanforado 1 cm.<sup>3</sup> por la  
mañana y Cheron y argosol. Por la tarde 2 cm.<sup>3</sup> de aceite al-  
canforado. El hielo no cesa. A las 7 se inicia el recargo. 40°-  
150 P., 50 R.; hay desde ayer ataxia y exantema de tipo ur-  
ticárico en manos, antebrazos, pecho y espalda. Inyecto  
Hayem.

Día 28.—Dispnea, fiebre, pulso, timpanismo y diarrea (6 deposiciones diarias fétidas), todo sigue igual. Previa inyección de 25 centigr. de cafeína, procedo a la curación cotidiana; al retirar la gasa intrauterina sale bastante sangre y algo de pus. Por la noche la fiebre es sólo de 38'5, pero el pulso sigue muy abatido y a 140. R. 50. Electrargol, Cheron, Hayem, aceite alcanforado, etc.

Día 29.—Hay mucho dolor al meter la gasa; la curación la hago tomando precauciones, esto es, dando antes algún analéptico cardíaco. En tratamiento sigo lo que ya es ordinario, sin olvidar el hielo en la región precordial. Hay tendencia al sueño. Las deposiciones son menos numerosas y abundantes y mal olientes.

Día 30.—T. 38°. P. 136. R. 44. La curación nos proporciona una sorpresa: el extremo superior terminal de la gasa intrauterina asoma por el ano. Hay comunicación alta, que no se alcanza por el tacto rectal combinado con el cateterismo, entre el útero en su porción corporal y el recto. Suprimo gasa intrauterina, me limito a sencillo lavado vaginal, colocación de óvulos tigenolados y taponamiento vaginal contentivo. Tratamiento general y dietético el mismo de siempre. Existe desde hace cuatro días catarro bronquial.

Día 31.—T. 37'8°. P. 130. R. 40. Vuelven las deposiciones diarreicas, el estado general es tan malo como de costumbre; el tratamiento no varía.

Día 1.º de Enero.—La noche ha sido inquieta. T. 37'8°. P. 140. R. 30. La hipotensión del pulso persiste. El meteorismo y las deposiciones y el catarro continúan. Sin embargo de todo, la enferma no pierde nunca su animosidad y la esperanza. Al curarla fluyen por la vulva materias fecales, la vagina está llena de las mismas, y por el orificio uterino hay escape de gases y de dichas materias. La sonda penetra libremente en dirección del trayecto fistuloso, hacia el recto, y me es imposible hacerla penetrar en la verdadera cavidad del cuello uterino. Por la noche, 38'8°. P. 150. R. 40. Electrargol, Hayem, aceite alcanforado. El vientre está meteori-

zado más que nunca y doloroso. Persiste la tos y la expectoración; las orinas, aunque algo oscuras, siguen sin albúmina.

2 Enero. — Hay más meteorismo, dolor abdominal. T. 38'5°. P. 160. Doy las inyecciones acostumbradas. Vuelve a ver a la enferma el Dr. Enrique López, el cual aprecia la existencia de la fístula córporo-uterina-rectal y opina que es fuerza prescindir de las curaciones intrauterinas, limitando la terapéutica local a sencillos lavados vaginales y a facilitar el desagüe fistular, y a que podemos modificar la general sustituyendo el Cheron y el electrargol cotidianos por las inyecciones de muleinato de sosa, sin dejar los analépticos cardíacos *intus et extra* y el Hayem, para cumplir indicaciones que bien pueden llamarse vitales en muchas y frecuentes ocasiones.

3 Enero.—La enferma durmió y durmió bien. T. 38°. P. 140; estado general más aceptable, vientre menos abombado, deposición pastosa poco fétida. Sólo hay dolor en el centro del hipogastrio, correspondiendo a la zona uterina, y se palpa útero grueso, grande, dos dedos por debajo del ombligo y doloroso. Aplícase también hielo en esta parte. El Dr. Juan López ve a la enferma y aprecia chasquidos en las bases pulmonares, más significados en el lado derecho, donde también se distingue algo de submacidez; nada ve que pueda ser tenido por lesión endocárdica ostensible, pues fuera de lo embriocárdico—número y carácter de los ruidos—y del aumento ligero de la macidez cardíaca, imputable este último sobre todo al recientísimo estado grávido, nada más se observa verdaderamente anormal, resultando de este modo confirmada mi opinión. Por la noche, T. 38°. R. 30. P. 136 y algo lleno, por lo que prescindo de dar ningún estimulante cardíaco.

4 Enero.—Noche. T. 38'6°. P. 140. Administro Hayem y aceite alcanforado.

5 Enero. — Ha habido sueño y sudor. Por la tarde, T. 37'8°. P. 124. R. 28.

Abreviemos. La enferma pasó febril un mes más. Los hechos más notables son los que señalaré entresacándolos de mi deta-

llado diario clínico que, por su extensión, voy a compendiar más. Casi todas las noches hubo sudoración, a veces muy copiosa, moderadísimo recargo febril vespertino y aun sin recargo; sólo el día 9 hubo previamente un escalofrío. El día 14 la enferma se quejaba mucho al curarla y estaba asentada; al finalizar sufre un ataque de eclampsia (segundo) que dura más de una hora; a las tres horas se presenta escalofrío intenso que dura cerca de una hora, después fiebre de  $40^{\circ}$  y pulso frequentísimo, casi incontable. Tras de este acceso hubo mucho sudor y sueño. Las orinas, aunque turbias, no contenían albúmina. El día 13 parece que hay bloque flegmonoso en el vacío derecho, percibiéndose sobre todo por el abdomen; dispongo hielo sobre la parte, pues ya hacía varios días que fué retirado el que llevaba sobre el abdomen. El 15, sobreexcitada la enferma después de curarla, experimenta un amago de eclampsia; tampoco hay albuminuria. La sonda o cateter penetra por la fístula desviándose hacia la izquierda, como empujada por la masa flegmonosa del lado derecho. Desde el 20 hasta fin de mes obtiéndose pus al proceder a las curaciones, y a veces se ven detritus mortificados; el paso al intestino es franco, motivo por el que las irrigaciones vaginales y los lavados del trayecto fistular han de hacerse con agua hervida y no con agua antiséptica. El 17 dispongo media docena de sanguijuelas sobre el lado derecho del hipogastrio; dos días después se comprueba la disminución de la masa o tumor flegmonoso, y a poco suprimir el hielo, obteniéndose la resolución. La disparidad entre el pulso y la temperatura persiste, por lo cual me veo obligado a seguir con el hielo sobre la región precordial, las inyecciones de cafeína y de aceite alcanforado y el suero de Hayem a dosis de 100 a 150 gr. la mayor parte de los días, hasta que allá por el día 20 puedo abandonar estas inyecciones, pero sin dejar las de nucleinato de sosa, y siguiendo con el hielo unos días más. El útero fué involucionando poco a poco; por su cuello introducía yo diariamente, después del lavado, gasa iodofórmica que, insinuándose por la fístula, mantenía el desagüe. Cuando la ex-

pulsión de restos mortificados y de pus cesó, limité las curaciones a lavados vaginales y óvulos tigenolados.

A primeros de Febrero logró la enferma salir del lecho, tras de dos meses de tanto luchar y en el estado de emanación que es de suponer, rendidas todas sus energías. El día 17 de Marzo la hago un reconocimiento que da por resultado la apreciación de una estenosis en la parte alta del conducto cervical, ya más bien por encima de él, y la comprobación todavía de la fístula, pues el cateter se desvía hacia el recto y penetra más de lo debido; sin embargo, no hay ni expulsión de heces ni de gases por tal punto. Las fuerzas van reponiéndose y no experimenta esta mujer ninguna molestia en ninguna parte de su economía.

En Marzo de 1913, dos años después, examino y reconozco a la ex enferma, la cual me dice que se halla perfectamente, sin experimentar molestias de ningún género, ni aun las menstruales, pues ha quedado amenorreica. Como buena aldeana, hace todos los menesteres caseros, fregar, lavar, etc., sin dificultad ninguna; el coito no le produce ningún dolor; defeca bien. El tacto combinado me proporciona los siguientes datos: falta de cuello uterino (porción vaginal), neo-orificio de tenca casi normal, continuándose con la vagina sin bridas ni adherencias; fondos de saco desaparecidos, excepto el posterior que, en parte, persiste; hay bastante flexibilidad; el útero no está grueso ni aumentado, por el contrario, difícilmente se le puede abarcar, pues debe haber quedado reducido a unos 4 cms. de altura. Deprimiendo con fuerza, puede llegarse a tocar el ovario derecho, que está en su sitio, que no es doloroso, que sólo parece un poco aumentado; la trompa de este lado no se percibe, tampoco la del otro, pero al tactar buscando el ovario se produce algo de dolor.

El cateterismo no me fué posible practicarlo, por la oposición brutal de la historiada. Llegué a intentarlo, supliqué y aun ofrecí dinero, pero la resistencia a dejarse introducir instrumentos fué digna de tan invicta mujer.

(Continuará.)

## REVISTA DE LA PRENSA

### Ensayos de la Quimioterapia contra la tuberculosis

DR. FELDT.—*Sobre la Quimioterapia de la tuberculosis por el oro.*—*Deut. mediz. Woch.*, núm. 12 de este año.

El autor, inducido por las ideas del Profesor Spiess, estudia la cantaridina unida al oro, considerando a este metal como el medicamento activo y a aquella substancia como el vehículo más a propósito para conducirlo inalterado a través de la sangre hasta los focos inflamatorios.

Los primeros trabajos de Feldt se refirieron a la comprobación de antiguas experiencias acerca de las reacciones que produce la cantaridina en los focos tuberculosos; observó que, efectivamente, la cantaridina determina una congestión activa focal y perifocal en los lugares afectados, seguida de una infiltración serosa en estos mismos sitios. Estos fenómenos ocurren, no sólo en los animales de experiencia, sino también en el hombre enfermo, como constaba ya en las observaciones de Spiess sobre casos de laringitis tuberculosa. Esta reacción, rigurosamente focal, no tiene, sin embargo, como la provocada por la tuberculina, un carácter específico respecto de la tuberculosis, pues aquélla se produce también en torno de toda lesión inflamatoria, sea cualquiera la causa flogógena.

Es de sumo interés, y muy curioso, en el trabajo de Feldt, el proceso para obtener entre el oro y la cantaridina una síntesis química de aplicación farmacológica. Ante todo fué necesario desposeer a la cantaridina de su enorme poder tóxico (0,002 grs. por kilo, como dosis letal para el conejo y conejillos de Indias): mediante la introducción de dos grupos metálicos en las cadenas laterales de la molécula cantaridínica, consiguióse rebajar ya en seis veces aquel poder tóxico; pero aun se alcanzó casi a la anulación del mismo, mediante una substancia fuertemente básica, como la etilendiamina, engarzada en primera posición en la fórmula atómico-molecular de

la cantaridina. En esta nueva combinación de cantaridina-etilendiamina, persiste el núcleo fundamental propio de la estructura molecular de la cantaridina; y como a éste van conexas las especiales propiedades fisiológicas que hemos mencionado, mantiénese aquélla representada por *su afinidad con los focos tuberculosos*, como decía Meyer, no obstante resultar el producto unas 680 veces menos tóxico que la substancia madre.

He aquí demostrada la posibilidad de producir las deseadas combinaciones inocuas, en las cuales la cantaridina actúa como vectora de una substancia bactericida, ya que ella de por sí no desarrolla acción alguna desde este punto de vista. El autor encomendó el papel antiséptico al oro, ensayando primero el cianuro áurico, sal cuya acción impiedente, *in vitro*, sobre los bacilos tuberculosos, es ostensible a una dilución del  $1 \times 2000000$ , según los datos de Roberto Koch; luego estudió otros compuestos del oro, y no de otros metales, porque ninguno de ellos, a entender de Feldt, puede competir con el citado, como antiséptico antituberculoso. Los fracasos en los ensayos terapéuticos que se habían hecho con tan poderosos agentes, fracasos constantes a despecho de semejante actividad antifílmica, eran debidos a la característica inestabilidad de las sales áuricas, por cuya causa experimentaban siempre una reducción en los medios internos del organismo: el autor afirma que ese inconveniente queda obviado en sus combinaciones con la cantaridina, las cuales no se descomponen en dichas circunstancias. Feldt, después de varios meses de ensayos, ha manifestado sus preferencias por el cloruro y el cianuro, entre las sales de oro que pueden combinarse con la cantaridina, estimándolas como las más a propósito para los fines terapéuticos.

Tratando ahora del aspecto práctico o clínico de la cuestión, confiesa el autor no haber salido todavía del terreno de la experimentación en los animales, esperando adquirir mayores seguridades antes de hacer la aplicación al hombre. En los experimentos sobre conejos de Indias tuberculizados, ob-

servó el autor los siguientes hechos: a las 24 horas de la incorporación subcutánea o intravascular del medicamento, aparece una reacción local en los focos de las lesiones; ésta es generalmente muy intensa, pues los sitios en que se manifiesta (infiltraciones tuberculosas del tejido conjuntivo, ganglios infartados, vísceras atacadas, etc.), llegan a ostentar una hemorragia intersticial en el seno de los tubérculos y, desde luego, una viva rubefacción del parénquima circundante. El autor explica estos fenómenos, que no son inmediatos a la inyección, sino que aparecen a las 24 horas, diciendo que hay una destrucción parcial de los bacilos en los nódulos tuberculosos, cuyas toxo-proteínas libres actuarían a modo de tuberculinas.

Los resultados terapéuticos que presenta Feldt se refieren a conejos y conejillos de Indias divididos en varios lotes, según la intensidad de la inoculación tuberculosa y según que la vía escogida para la incorporación del medicamento fuera la subcutánea, la intravenosa o la intracardiaca. Los mejores resultados prácticos se observaron en conejos tratados por inyecciones intra-venosas, los cuales, no solamente sobrevivían, después de muchos meses de observación, a los animales testigos, sino que aumentaban de peso y presentaban las apariencias de un estado completamente normal: es de notar que dichos conejos fueron infectados con raza bovina de tuberculosis, la cual es más virulenta que las demás en estos animales. Para completar las observaciones fué necesario sacrificar los animales, y por la autopsia pudo comprobarse la metaplasia fibrosa o cicatrización de todos los focos viscerales.

El autor atribuye semejantes efectos, verdaderamente prodigiosos, a la acción del medicamento, y deduce la utilidad de la vía venosa en su aplicación, entendiendo que dichos buenos resultados mediante el procedimiento que preconiza, se deben también a que las sales áuricas han llegado a los nódulos tuberculosos por la vía más corta, sin haber tenido ocasión de ser reducidas antes.

Ha observado Feldt que entre los bacilos tuberculosos y las sales áuricas se da un caso particular del orden de fenómenos estudiados por Ehrlich, de la adaptación vital de los bacilos al medio antiséptico, creándose una raza progresivamente resistente al cianuro áurico, *verbi gratia*, y que esto puede crear un serio impedimento para el éxito definitivo del tratamiento, si éste se prolonga mucho (1).

---

DR. STRAUSS.—*Sobre el tratamiento por el cobre de la tuberculosis externa.*—*Deut. mediz. Woch.*, núm. 11 de este año.

Expone brevemente el autor, como antecedentes de su trabajo, los estudios que viene haciendo desde el otoño de 1910 acerca del tratamiento del lupus y de otras afecciones tuberculosas externas por medio del cloruro de cobre y otras sales del mismo metal. En estos primeros estudios empleaba Straus dichas substancias incorporándolas al medio orgánico interno, ya por inyección, ya por la vía digestiva, de modo que el mecanismo de sus efectos en los lugares lesionados sea, necesariamente, el que corresponde a los agentes quimioterápicos, según el concepto de Ehrlich.

Había observado Strauss buenos efectos evidentes, pero que no juzgó suficientes aún, ni por su intensidad, ni su pres-teza: esto le determinó a combinar dicho tratamiento por las vías generales de incorporación orgánica, con la aplicación local de los mismos medicamentos, sea en forma de tópico, o mediante la inyección intersticial *in loco*. Tropezaba Strauss con la dificultad que ya se ha hecho clásica para todo intento

---

(1) Por indicación del distinguido médico, el Dr. D. Joaquín Ferrís, escribí al Dr. Feldt pidiéndole medicamento para un enfermo tuberculoso de aquél. La contestación es una confidencia sobre el modernísimo estado de la cuestión: juzgan los Sres. Spiess y Feldt, que todavía no debe hacerse la aplicación a la terapéutica humana, pues falta por resolver el problema previo de las dosis utilizables; esperan, sin embargo, llegar pronto a una conclusión, y para entonces nos han ofrecido galantemente, medicamento para experimentar.

(Nota del Traductor.)

quimioterápico, de que las sustancias proteicas y lipoides de todas clases con las cuales tienen afinidad mayor o menor dichas sales de cobre, y con las que se ponen fatalmente en contacto estos medicamentos durante su trayecto intraorgánico antes de abordar las localidades enfermas, retienen gran parte de las dosis incorporadas, haciendo que éstas lleguen en dilución insuficiente a ponerse en conflicto con los gérmenes tuberculosos; a mayor abundamiento surgía la dificultad en el caso de los estudios de Strauss, puesto que las lesiones tuberculosas crónicas están, por lo general, poco vascularizadas y mal accesibles, por lo tanto, a un medicamento que venga con la sangre. Se preocupa Strauss, en dicho artículo, de hacer constar muy bien que la colaboración local al tratamiento no implica en modo alguno un cambio fundamental en el mecanismo terapéutico, y que las pomadas de cloruro cúprico, v. gr., no funcionan a modo de cáusticos o cateréticos, sino que determinan la absorción directa, en la localidad morbosa, de los iones de cobre farmacodinámicos, permitiéndoles un acceso más directo sobre el objetivo de ataque, sin previo conflicto, con proteicos y lepidos que los desvíen inútilmente.

Siguen a continuación de estas consideraciones, en el trabajo del Autor, los oportunos estudios de casuística y la narración de tres historias clínicas de lupus grave, favorablemente influído por el tratamiento: los fotograbados que acompañan al texto producen, efectivamente, la impresión de que se trata de verdaderas curaciones.

*(Resumen y traducción del Prof. Dr. Salvat Navarro).*

---

## OFTALMOLOGÍA

- I. Anestesia local en la excateración y en la enucleación del globo.—II. Sobre el tratamiento del tracoma.—III. Inyecciones de aire esterilizado en el desprendimiento de retina.—IV. Oftalmia simpática consecutiva a la operación de la

catarata.—V. Medicamentos radioactivos en terapéutica ocular.

I. *Anestesia local en la excateración y en la enucleación del globo*, por el Dr. E. Menda.

El autor, que demuestra una larga experiencia, recomienda el método siguiente para anestesiar bien el globo: 1.º, cuatro instilaciones sucesivas en el saco conjuntival, de una solución de cocaína al 2 por 100 con adrenalina; 2.º, inyección en la cápsula de Tenon, hasta detrás del bulbo (con una cánula curva especial) de 2 cc. de una solución de novocaína al 1 o 2 por 100, con adrenalina (4 gotas de la solución al 1 por 1.000 para un gramo de solución). La inyección debe hacerse dirigiéndola en todos los sentidos. Para la enucleación, inyectar también 1 cc. repartido, bajo la conjuntiva al nivel de los músculos rectos. La operación puede empezarse cinco minutos después de la inyección al 2 por 100: diez minutos después de la al 1 por 100. Esta última debe reservarse para sujetos débiles y para ancianos.

Las contraindicaciones del método son las siguientes: nerviosidad excesiva del sujeto (sobre todo, en los niños); globo desgarrado como en ciertos traumatismos, panoftalmia perforada.

Cita una estadística de 155 casos operados con esta anestesia, y demuestra su inocuidad completa. Sólo en muy contados casos, ha sido la operación dolorosa.

II. *Sobre el tratamiento del tracoma*.—1.º Método empleado por J. Augustus Lea.

Este método es el siguiente: después de irrigar el saco conjuntival con agua boricada y de instilar una gota de cocarrenalina, pincha las granulaciones con una aguja de tatuaje que ha sido previamente colocada en una solución de ácido acético puro mezclado con cuatro partes de agua, lavando nuevamente con agua boricada. Después aplica una solución de argirol al 25 por 100 con una barra de cristal, pues parece que éste evita la irritación. Lea repite el tratamiento cada dos o tres días, pues es indoloro, especialmente usando co-

caína. La granulación verdadera desaparece con este tratamiento, el cual es usado por el autor aun en casos de panus y de tracoma crónico. La base del tratamiento consiste en introducir en el interior de las granulaciones una substancia curativa, evitando grandes lesiones a la conjuntiva.

2.º Tratamiento del tracoma con la lámpara de cuarzo, Dres. Mohr y Bauen.

La proyección de rayos luminosos, ricos en radiaciones químicas con aparato especial, ha servido a los autores para tratar conjuntivitis traumáticas. Relatan 26 observaciones, de las que resulta que este tratamiento da, sobre todo, resultados buenos en los casos relativamente recientes, o por el contrario, en los que están en vías de cicatrización. En los tracomas antiguos con conjuntivitis gelatinosa, con lesiones profundas, los métodos mecánicos de tratamiento son preferibles.

III. *Inyección de aire esterilizado en el desprendimiento de retina*, por el Dr. Rohmer.

El autor expone la técnica que sigue, con alguna variación según los casos, y aconseja que la presión no sea muy duradera, inconsiderable para evitar accidentes que ha podido apreciar en sus experiencias en el conejo.

Antes de inyectar aire practica una punción con el cuchillo de Graefe, en el lado del desprendimiento, para evacuar el líquido subretiniano; luego, con otra punción más profunda, secciona la retina despegada. Hechas estas operaciones preliminares, inyecta el aire con la jeringuilla de Lüer, en la parte opuesta al desprendimiento. Las punciones son inocuas como las inyecciones de aire, si no se exagera la presión y si se practican con rigurosa asepsia.

En muchos casos la retina queda reaplicada, pero suele despegarse de nuevo si los casos son antiguos. La cantidad que se inyecte no debe exceder de 1/2 centímetro, y la presión no debe sobrepasar de 250 a 300 gramos, procurando que la duración no sea más de dos a tres segundos.

IV. *Oftalmia simpática consecutiva a la operación de catarata*, por el Dr. García Marsilla.

El autor expone una detallada historia clínica en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, que extracto a continuación por su rareza en la práctica y por la enseñanza que desprende.

Se trataba de un individuo que fué operado de catarata por su compañero por el método a colgajo, sin iridectomía. Se presentó una hernia del iris, que escindió el operador, que se reprodujo y tuvo necesidad de practicar la cauterización ígnea, sin conseguir que cesasen los dolores.

A los 41 días de la extracción, se presentaron intensos dolores en el otro ojo y disminución de la agudeza visual, que a la primera observación del Dr. García Marsilla diagnosticó de iritis aguda, con exudados ligeramente plásticos.

En el ojo operado existía también una iridociclitis, con enclavamiento del iris y catarata secundaria.

Por ausencia de otras causas determinantes, se diagnostica la afección del ojo no operado de oftalmía simpática de forma iridiana.

Con la atropina y los mercuriales se curaron las afecciones inflamatorias, y después se practicó una irido-capsulotomía a la tijera, que proporcionó una buena visión.

Esta historia nos demuestra que la oftalmía simpática puede temerse en cualquiera operación que se practique en el globo y que vaya seguida de inflamación en la región ciliar, aunque gracias a las prácticas de asepsia y antisepsia se presenta con rareza.

V. *Medicamentos radioactivos en terapéutica ocular*, por el Dr. A. Benedetti.

El autor dió a conocer en el último Congreso Internacional de Oftalmología, numerosas observaciones personales sobre el empleo de la radioterapia en afecciones oculares diversas y sobre todo en las granulaciones.

Entre las sales de radio da la preferencia al bromuro, disociado en los vehículos ordinarios, como el agua, la glicerina, la vaselina, etc., y ha experimentado también las sustancias convertidas en radioactivas por las aplicaciones prolongadas de las sales de radio.

Todas las conjuntivitis son mejoradas por los medicamentos radioactivos, y especialmente las granulósas. Se han curado rápidamente queratitis provocadas por pneumococos, estafilococos y por el bacilo de Petit.

La estadística comprende 300 casos de tracoma, tratados casi exclusivamente con una pomada radioactiva, y los resultados son: 15 por 100 curados antes del mes, 40 por 100 curados en 40 a 80 días; los demás, excepto un 6 por 100, han curado en tiempo más largo. Las pomadas, en general, han dado mejores resultados, por ser la acción más prolongada.

DR. JUAN ALONSO.



## BIBLIOGRAFIA

---

RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS TUBERCULOSOS PULMONARES HOSPITALIZADOS CON TUBERCULINA Y SUERO ANTITUBERCULOSO, por el Dr. D. José Codina Castellví, profesor de número, por oposición, del Hospital general de Madrid, académico de la Real de Medicina, Director del Real dispensario antituberculoso Príncipe Alfonso.

Así titula el Dr. Codina y Castellví un folleto, cuyo contenido apareció en Octubre de 1912 en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, de Madrid, y en el cual constan detalladamente los casos de tuberculosis pulmonar tratados por dicho compañero en su clínica del Hospital provincial de Madrid, durante los años 1910 y 1911.

Maestro en el terreno clínico, y comprendiendo que en la clínica y sólo en la clínica se contrastan y valoran los tratamientos médicos, a ella ha acudido el Dr. Codina para aquilatar el valor de la tuberculina y del suero antituberculoso, como en otro tiempo acudió también a ella para apreciar cuál era el mejor tratamiento del tífus exantemático.

A 65 ascienden los tuberculosos pulmonares tratados por el

Dr. Codina con la tuberculina y el suero antituberculoso, y del resultado de sus minuciosas investigaciones, hechas con el esmero a que nos tiene acostumbrados tan sensato clínico, deduce que este tratamiento es útil, por cuanto en los tuberculosos de tercer grado hospitalizados, si bien no ha curado ningún enfermo, han mejorado muy marcadamente la mitad, resultado que no logran los demás tratamientos conocidos.

En cuanto a la manera de llevar a cabo las investigaciones, no puede pedirse más. Ingresado el tuberculoso en la clínica del doctor Codina, se procedía a hacer su historia, seguida de la exploración, consignando los datos en los paradigmas correspondientes; después se procedía a practicar la cuti-reacción con tuberculina de Koch antigua sin diluir, la albúmino-reacción de los esputos y el examen bacteriológico de los mismos; durante los ocho o quince primeros días se tomaba diariamente dos veces la temperatura, el número de pulsaciones y la cantidad de expectoración cada veinticuatro horas; y antes de comenzar el tratamiento se tomaba la presión arterial, el peso, se hacía el análisis de la sangre y de la orina, y se consignaba los datos referentes a los vómitos, apetito, diarrea, tos, hemoptisis y sudores. Una vez comenzado el tratamiento, se continuaba la observación en la misma forma, consignando todos los datos en dos hojas distintas, una en la que figuraban los datos de observación diaria, y otra en la que figuraban los de observación semanal. En una palabra, las investigaciones se hacían en cada enfermo con pulcritud, con escrupulosidad, con perfección suma, auxiliándose del laboratorio.

Después de consignar detalladamente todos estos datos, enfermo por enfermo, hace el Dr. Codina un estudio sintético del tratamiento empleado, afirmando que la tuberculinoterapia y la seroterapia son procedimientos terapéuticos, no sólo aceptables, sino verdaderamente útiles desde el punto de vista clínico.

Aunque 65 enfermos sean pocos casos para juzgar en definitiva acerca de la eficacia de un tratamiento, el trabajo del Dr. Codina es digno de ser leído con detenimiento, porque demuestra la bondad de la terapéutica empleada y enseña a hacer investigaciones clínicas del modo completo y escrupuloso que demanda la ciencia.

LA LUCHA ANTITUBERCULOSA Y LOS DISPENSARIOS, por el *doctor D. José Codina y Castellvi*.

Este es el título de una conferencia que dió el Dr. Codina en el II Congreso español internacional de la tuberculosis, celebrado en San Sebastián en Septiembre último y que fué premiada con diploma de honor. Este último hecho dice en favor del trabajo del Dr. Codina mucho más de cuanto nosotros pudiéramos decir, y, en efecto, la labor empleada en el desarrollo de este tema es sumamente meritoria, porque es fruto de la observación y de la experiencia en esta clase de asuntos.

Afirma el Dr. Codina, como premisas de su importante trabajo, que si el Dispensario ha de ser útil a la sociedad y eficaz en la lucha antituberculosa, debe desempeñar cinco funciones, a saber: 1.<sup>a</sup>, recibir a los tuberculosos para examinarles y prescribirles el plan terapéutico; 2.<sup>a</sup>, suministrar la alimentación apropiada y las prendas de vestir y de abrigo de que carezcan los tuberculosos; 3.<sup>a</sup>, que se les visite su domicilio para colocarle en condiciones higiénicas y de limpieza, si carece de ellas; 4.<sup>a</sup>, aleccionar y aconsejar a los tuberculosos, a ser posible prácticamente, acerca de sus deberes y obligaciones higiénicas consigo mismo, con su familia y con el público en general, y 5.<sup>a</sup>, que no se les abandone nunca hasta el momento satisfactorio de la curación o el siempre doloroso de la muerte.

En el curso de la conferencia del Dr. Codina, desarrolla éste cada una de estas cinco funciones, demostrando con razonamientos evidentes y hasta con números la necesidad de que el Dispensario llene dichas cinco funciones para que cumpla los fines profilácticos y terapéuticos que debe proponerse conseguir, fines que pueden condensarse en una sola frase: «agotar todas las fuentes de contagio».

Como para realizar estos fines, poniendo en juego las cinco funciones antedichas, se necesita, como para todo, el inevitable dinero, entiende el Dr. Codina que es, no sólo posible, sino fácil, obtener los recursos necesarios para poner en práctica la organización de los dispensarios antituberculosos que es necesaria para realizar sus fines. Para ello entiende que las clases sociales pudientes pueden hacer mucho donando para esos fines una pequeña parte de lo que todos los años se gastan en lo superfluo, en el lujo y en la ostentación, pues no todo puede ni debe hacerlo el Estado.

Para terminar, la conferencia del Dr. Codina y Castellví constituye un estudio detallado y concienzudo del papel que los Dispensarios desempeñan en la lucha antituberculosa, lucha cuya finalidad es, como sabemos, agotar todas las fuentes de contagio directas e indirectas, para librar a la humanidad del terrible azote que la diezma.

DR. ARTURO CUBELLS.

---

Se han recibido los fascículos 11 y 12 que con el 9 y 10 forman el tomo 3.º de la notable obra de Patología y Clínica Quirúrgicas que, bajo la dirección del eminente Dr. W. W. Keen, se está publicando.

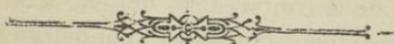
No es ésta una de las obras que necesitan del elogio, lo lleva con la lectura de las firmas que avaloran los capítulos constituidas por las mayores autoridades de Europa y América.

Ilustrado con 562 grabados y 10 láminas en colores.

El tomo 3.º está dedicado al estudio de las afecciones de la cabeza, cuello, tórax y abdomen con su técnica quirúrgica.

A. B.

---



## NOTICIAS

---

Leemos en el *Boletín de Cirugía* de Santander número de Marzo 1913:

«Según la última estadística oficial publicada en Italia, el movimiento de su población en los 40 últimos años ha sido el siguiente:

El año 1872 había 27 millones de habitantes: en los 40 años ha aumentado en números redondos nueve millones. Aumento

debido casi exclusivamente a la disminución de mortalidad, pues mientras en 1872 murieron 50 por 1.000 habitantes, en el año 1910 (después de un descenso progresivo) no fallecieron más que 19'64 por 1.000. Los partos, que han disminuído proporcionalmente, han aumentado en absoluto cerca de 100.000 al año, comparados los habidos en el año 1910 con los de 1872.

El número de partos es menor en las ciudades que en el campo. Así, por ejemplo, mientras en Bolonia hubo entre 1.000 habitantes solo 21'30 partos, en Milán 20'3, en Florencia 21, en Roma 24, hubo en Emilia (perteneciente á la región de Bolonia) 35'7; en Lombardía, 34'3; en Toscana, 30, y en Lacio (campaña romana) 29'80.»

---

En París se adjudicará, en 1915, un premio de 300 francos, llamado de Horacio Wells, al autor de la mejor Memoria que denote un progreso notable en los procedimientos anestésicos actuales, o el descubrimiento por el autor de un agente digno de atención por parte del Jurado, como también a los inventores de aparatos, procedimientos, etc., que faciliten notablemente la narcosis. El Jurado se designará oportunamente.

Las Memorias deberán estar escritas en francés, sea cual fuere la profesión o nacionalidad de los autores, y pueden dirigirse a M. Quincerot, Presidente del Comité Horacio Wells, Rue de Moscou, 28, París.

---

En el Instituto Médico Valenciano pronunció el día 15 del pasado mes un notabilísimo discurso el ilustrado médico doctor don Jaime Mur Sancho.

El discurso fué un recuerdo apologético del eminente maestro en Medicina y archiatro de los reyes de Aragón D. Manuel García.

Empezó enalteciendo la alta labor de la corporación, que dedica una sesión anual a ensalzar la memoria de algún ilustre médico valenciano.

Dió como probable fecha de nacimiento los años 1380 a 1390; relató la obscuridad en que pasó sus primeros años y fué describiendo su brillante vida médica con sus vaivenes y honores concedidos por los reyes.

La riqueza de datos biográficos, verdaderamente copiosa, que presupone un concienzudo y profundo trabajo y un conocimiento histórico nada común, junto con la galanura de frase y brillantez de estilo, hicieron del estudio del Dr. Mur un discurso magistral, que mereció los generales y calurosos aplausos que le tributaron sus distinguidos oyentes.

---

Ha reaparecido la *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, que dirige en nuestra ciudad el Dr. J. Chabás y que antes llevó el nombre de *La Salud Pública*.

Nos congratulamos de la reaparición del apreciable colega y deseamos viva muchos años en esta nueva etapa.

---

La última parte de la Comunicación del Dr. Gómez Ferrer publicada en nuestro número anterior, aparecerá en otro número, por la necesidad de ordenar los datos estadísticos recogidos acerca de la Epidemiología de la Poliomiélitis en la Región Valenciana.

---