

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Formas curables de la tuberculosis pulmonar.

El problema que preocupa más hoy á los Médicos y á los sociólogos es el de la enorme mortalidad por tuberculosis, sobre todo en las grandes poblaciones, sin que se vean exentos de ella los habitantes del campo, y los Gobiernos, de una parte, y los Médicos, de otra, tratan de disminuir la aterradora cifra de muertes por tuberculosis, que espanta seguramente á los que la conocemos, y que pasa desapercibida para la sociedad porque no reviste el carácter violento y brutal de las epidemias.

Todo el mundo ignora que se mueren al año millones de tuberculosos, porque nadie sabe que se ha muerto de tuberculosis un sujeto si no es persona conocida ó de la familia, y hasta en esto la sociedad culta, con notoria injusticia, casi siempre atribuye la muerte de los tuberculosos á los excesos de la mala vida, y apenas si tienen conmiseración hacia ellos.

Yo he sido durante ocho años Director médico de la sucursal de «La Equitativa» de los Estados Unidos en España, y en las hojas de reconocimiento, en la parte consagrada á los antecedentes de familia, cuando alguno había muerto de tuberculosis consignaban siempre, como para atenuar el que la muerte hubiera sido producida por esta enfermedad, que fué ocasionada por excesos de la juventud, como si no hubiera muchos que han cometido excesos en todas las épocas de su vida y no se han hecho tu-

berculosos; es más, ¡cuántas veces en las familias, al declarar que un sujeto está tuberculoso, encargan el secreto y no quieren confesar ante sus amigos y deudos tal enfermedad, como si fuera una vergüenza ó un oprobio el adquirirla, creyendo que es sólo patrimonio de las clases humildes! ¡Pobres tuberculosos, que no cuentan ni con la conmiseración de los demás, y que con las ideas del contagio, tan propaladas y tan divulgadas en esta última época, se encuentran á veces aislados y no asistidos con aquel cariño y con aquella asiduidad que reclaman sus sufrimientos físicos y su estado moral, siempre triste, casi siempre impregnado de melancolía!

Todos decimos que la tuberculosis es curable, se consigna en los libros; las autopsias de sujetos viejos ó muertos de una manera accidental han evidenciado tubérculos cretificados ó fibrosos en los pulmones; la misma observación clínica demuestra que hay tuberculosos que se curan; pero veamos en qué condiciones se curan los tuberculosos, y empeceemos por confesar que el número de los que se curan, no temporalmente, sino de una manera permanente, es infinitamente pequeño, porque hay muchos casos de supuestas curaciones en las que la enfermedad revive y ocasiona la muerte del sujeto de una manera rapidísima.

Yo he tenido entre mis clientes algunos que han hecho la vida de sanatorio durante dos y tres años, que han venido gordos, aunque pálidos; que han traído sus lesiones pulmonares casi desaparecidas, y poco tiempo después, una hemoptisis abundante ó un brote agudo han determinado un nuevo período de evolución rapidísima, de forma febril, que ha producido la muerte en tres ó cuatro meses; por esto pienso yo que todo lo que se hace ahora para disminuir la mortalidad de tuberculosis, atacando la enfermedad misma, es incompleto y no producirá resultados positivos, porque hay que atacarla previniéndola, hay que combatirla antes de que aparezca.

Sería imperdonable, porque es una premisa necesaria, el que no consignase aquí mis opiniones de siempre respecto á la etiología de la enfermedad; dos factores la constituyen: el bacilo de

Koch, sin el que no hay tuberculosis, y el terreno en que el bacilo germina; es cierto que sin bacilo de Koch no se puede decir que una lesión es tuberculosa, pero no se puede negar que el bacilo constituye un hecho secundario enfrente del terreno; y si el terreno orgánico no tiene condiciones abonadas y no se encuentra en estado de receptividad morbosa para que el bacilo germine, el bacilo permanecerá completamente inerte y no dará lugar á la lesión tuberculosa que le caracteriza, á la granulación gris.

Si el bacilo tuviese una acción específica y fatal, la humanidad hubiera desaparecido, porque, á pesar de los sabios preceptos de la higiene moderna, los miles de tuberculosos que viven entre las personas sanas, que frecuentan los cafés, los teatros, los *restaurants*, que escupen en todas partes, que beben en las mismas copas que los sanos, difunden el bacilo por todos lados; estos tuberculosos ambulantes, que hacen la vida común, son focos de difusión permanente, porque los pobres tísicos, en el hospital ó en su domicilio, sólo pueden difundir sus gérmenes en un círculo más pequeño, y la defensa contra ellos es mucho más factible.

Experimentos hechos en todos los hospitales demuestran que en las mucosidades de la faringe y de los bronquios de los Médicos, de los internos y de los enfermeros existen bacilos de Koch bien caracterizados que permanecen completamente inofensivos.

En contra de estos hechos, aparece la observación diaria de personas que, aisladas completamente de todo contacto sospechoso, se hacen tuberculosas de una manera rápida y sucumben á consecuencia de esta enfermedad por condiciones orgánicas especiales, que hacen desaparecer familias enteras á consecuencia de la tuberculosis.

Después de este preámbulo, veamos cuáles son las formas de la tuberculosis: la primera, la aguda, la granulía, es siempre mortal en todos los casos; la segunda en orden de gravedad, es la forma erética, la tisis florida que dirían los antiguos; en esta forma, la infiltración tuberculosa del pulmón es difusa y confluyente, la fiebre aparece desde los primeros momentos, la consunción no se

hace esperar y los enfermos sucumben también de una manera fatal en un período que oscila entre ocho meses y un año.

Sigue á ésta la forma que podemos llamar tórpida, en la que uno solo de los pulmones es invadido y la granulación tuberculosa está diseminada, dando lugar á reacciones generales poco intensas, á fiebres pequeñas y no constantes, á desnutrición paulatina y á síntomas de reblandecimiento pulmonar muy lento; en esta forma pueden observarse muchas variedades, que son las que constituyen el síndrome clínico de la tisis crónica, y según que el estómago se conserve en condiciones funcionales más ó menos buenas y el enfermo se nutra, y en relación con las circunstancias higiénicas de que se rodee el tuberculoso, así la marcha será de dos años á seis, ocho ó diez; influirán también en el curso y duración de esta forma de tuberculosis los nuevos brotes que vayan apareciendo por difusión del proceso anatómico ó por depauperación orgánica motivada por causas accidentales que favorezcan la expansión del proceso tuberculoso.

Aun cuando en los comienzos de esta forma uno solo de los pulmones es el invadido, en el curso lento de su evolución el otro llega también á infiltrarse, agravando el pronóstico de tiempo y acelerando la marcha del proceso por razones de nutrición general, que no hay para qué señalar.

De todos modos, en esta forma de tuberculosis y en sus variedades, que son muy comunes, el pronóstico tiene que fundarse, en primer lugar, en las condiciones de la nutrición general, y en segundo, en la extensión de las lesiones locales.

Estos dos factores marchan casi siempre á la par, porque es hoy un axioma que cuando la nutrición general se conserva, cuando el apetito no decae grandemente, cuando los enfermos se alimentan y asimilan lo que ingieren, la evolución local lleva una marcha lenta, y hasta hay períodos en que se apaciguan de tal manera los síntomas locales, que hacen concebir la esperanza de una curación; pero estas curaciones, en la forma de que nos ocupamos, son casi siempre temporales, pasajeras, no permanentes, no reales, no po-

sitivas; estos tuberculosos son siempre tuberculosos, y aun cuando la enfermedad dure ocho, quince y hasta veinte años, el sujeto morirá tuberculoso, ya por la sola evolución del proceso, ya porque enfermedades intercurrentes del aparato respiratorio ó del tubo digestivo agudicen la lesión local, como ocurre con las primeras, ó depauperen profundamente el organismo, como acontece con las segundas, disminuyendo las resistencias orgánicas y los medios de defensa contra el proceso bacilar.

Este tercer grupo de formas clínicas de tuberculosis es el que más frecuentemente observamos, y estos tuberculosos son bien difíciles de curar, porque el comienzo sordo del proceso no llama la atención del enfermo, que atribuye su tos y sus molestias á un catarro, cosa que para el vulgo es perfectamente despreciable, pues que la décima parte de la humanidad tose constantemente sin preocuparse de su tos hasta que otros síntomas más molestos, como la disnea, ó más alarmantes, como la hemoptisis, les hacen consultar con el Médico por considerarse enfermos.

Esta misma incuria de sí mismos hace que estos tuberculosos sigan haciendo su vida ordinaria con alimentación deficiente, consagrados á sus trabajos, acaso engolfados en sus distracciones ó en sus vicios, y que la enfermedad vaya ganando el terreno palmo á palmo, haciendo imposible una curación que acaso en sus comienzos hubiera sido fácil.

Como forma derivada de ésta, es decir, de la tórpida, existe la que bien puede llamarse tuberculosis circunscrita del pulmón, comparable, sin temor de caer en exageraciones, á las tuberculosis articulares y á las óseas, es decir, á las tuberculosis quirúrgicas.

Más propia de los adultos que de los jóvenes, no deja, sin embargo, de observarse alguna vez en esta última edad; ocupa de preferencia un vértice, y más raramente la base; cuando se localiza en el vértice se observan por la parte anterior y por la parte posterior todos los síntomas físicos de la condensación pulmonar y del reblandecimiento.

Casi siempre los enfermos acuden al Médico en este período,

porque los síntomas iniciales no son violentos, ni en lo que toca al estado general ni en lo que se refiere al local: túsicula, desnutrición ligera, algún cansancio, y en algunos casos fiebre de elevación térmica poco pronunciada, son los síntomas, que por su poca intensidad no despiertan grandes temores; pero llega un momento en que la tos es más persistente y en que el enfermo espata estrías de sangre ó sangre pura, y entonces, ya por este último síntoma, siempre alarmante, consultan con el Médico, que al llegar á estas alturas escucha ya chasquidos y crepitaciones en la región infraclavicular y en la supraespinosa, en el resto del pulmón ligero refuerzo respiratorio, y en el pulmón opuesto indemnidad completa.

Cuando el foco está situado en la base, caso menos frecuente, deja indemne la cara posterior y ocupa de preferencia la región anterolateral; los signos estetoscópicos son en este caso los mismos, y también son las pequeñas hemoptisis ó los esputos sanguíneos la característica de esta forma.

La evolución es lenta, y lo que llama la atención en los casos á que me refiero es que el período de reblandecimiento es rápido, y muy pronto se forman cavernas pequeñas, ó una sola grande y superficial, que ofrece con toda su esplendidez los síntomas de auscultación que tan gráficamente describió el inmortal Laënnec.

Estas formas no ofrecen tendencia á difundirse y tienen sus períodos de nuevos brotes, en que los síntomas se exacerban y se agudizan, bien de una manera espontánea ó bien por causas que den lugar á congestiones directas, como las de un ejercicio exagerado ó de un esfuerzo, ó reflejas, como las congestiones de la época menstrual en la mujer.

A pesar de que localmente el proceso tuberculoso evoluciona hasta el período cavitario, el estado general de estos enfermos se comporta bastante bien; suelen conservar el apetito, se desnutren poco, ganan rápidamente las pérdidas que experimentan á consecuencia de cualquier incidente morboso, y sufren recargos febriles que nunca pasan de 38°, coincidiendo con pequeños brotes, recargos que á su vez no son persistentes, sino que ceden con facilidad.

Es cierto que estas formas locales, abandonadas á sí mismas, llegan á difundirse por todo el pulmón y concluyen por ser tuberculosis crónicas ó acaso diseminaciones agudas del proceso, del mismo modo que las artritis tuberculosas sin tratamiento alguno se difunden también y producen la consunción y la tisis, y tengo el convencimiento de que muchísimas tuberculosis generales del pulmón han sido locales, ó mejor dicho, han sido formas localizadas en sus comienzos, que por el abandono terapéutico han llegado á difundirse, á generalizarse y á producir la tisis.

Por esto abrigo la creencia, mejor dicho, tengo la convicción profunda, de que muchísimos tuberculosos de los que hoy mueren se curarían si desde los comienzos de su enfermedad hubieran estado sometidos á un tratamiento racional, constante, continuo, permanente y largo.

Este es el principal objetivo de este trabajo que tengo el honor de presentar al Congreso, porque creo que la lucha contra la tuberculosis será siempre perfectamente estéril mientras los tuberculosos acudan al Médico en períodos avanzados de la enfermedad.

Al llegar á estos períodos, ni la higiene, ni el aire libre, ni la sobrealimentación, ni el régimen de los sanatorios, ni los infinitos medicamentos que se recomiendan contra esta enfermedad, unos eficaces en los comienzos, otros inútiles ó perjudiciales en todos sus períodos, todo será perfectamente estéril, porque lucharemos contra lo imposible, contra un organismo arruinado, contra unos pulmones que no pueden restaurarse, y en esta lucha seremos siempre vencidos.

¿Qué hacer, pues? A mi juicio, lo siguiente: convencido de que lo principal para que la tuberculosis se desarrolle es el terreno orgánico, tratar de modificar éste por todos los medios antes de que la tuberculosis se desarrolle ó cuando comienza á desarrollarse; pero esta labor es muy grande, necesita de una verdadera predicación, necesita de Apóstoles que difundan por todo el mundo la necesidad de cuidar en la infancia, en la adolescencia y en la juventud todo lo que sea debilidad orgánica, todo lo que perturbe de

una manera permanente las funciones digestivas y la asimilación; en fin, todo aquello que produzca desgastes orgánicos, depresiones nutritivas, decaimientos nerviosos.

Es preciso que los padres se convenzan en la primera infancia de favorecer el desarrollo, de auxiliar al organismo en su labor de crecimiento, fortaleciéndole por todos los medios que la higiene aconseja; es necesario que en la segunda infancia se vigile el crecimiento, se alternen la instrucción y la educación con la salud del cuerpo; es necesario que en esta edad los niños respiren aire libre, paseen, se alimenten bien, regularicen sus horas de estudio y de trabajo y las del sueño, y es indispensable, por último, que en la juventud les inculquen la moderación en los placeres, el grave peligro de los vicios y las consecuencias fatales de todo lo que produce desgaste orgánico.

De esta manera, fortaleciendo la raza, vigorizando el organismo, prevendremos el desarrollo de la tuberculosis, esterilizando el terreno para la germinación del bacilo de Koch.

Á todo el mundo se le ocurrirá, después de leer el párrafo precedente, que solamente las personas de posición acomodada pueden llevar á la práctica estos consejos preventivos; y nada menos exacto, porque los jornaleros, los trabajadores manuales, los pobres, pueden aprovecharlos igualmente; no se necesita para ser fuerte tener una alimentación suculenta, una casa confortable y medios de fortuna para poder satisfacer todas las necesidades y todos los caprichos; precisamente la satisfacción de éstos suele conducir á la tuberculosis: el abuso de las bebidas, el abuso de los placeres, la vida crapulosa, predispone más á la tuberculosis que la miseria; en las clases pobres vemos familias que comen mal, que no tienen todo el aire necesario en sus viviendas para respirar; en las gentes del campo, la alimentación es muchas veces escasa, poco variada y siempre frugal, y, sin embargo, en los dos casos citados no se hacen tuberculosos los unos ni los otros, porque lo principal, lo esencial, es el régimen, la regularidad y la moralidad de la vida; el hombre que tenga régimen, que tenga mé-

todo y que sea moral en sus costumbres, usando de todo y no abusando de nada, mantendrá íntegro su equilibrio orgánico y seguramente no se hará tuberculoso como no lo sea por herencia.

Estas ideas deben divulgarse, deben empaparse en la sociedad, como se ha divulgado y empapado el convencimiento de la necesidad de la vacuna para prevenir la viruela. La labor no es de un día, es de años; pero ya está comenzada hace tiempo, y seguramente dará su fruto; de este modo se prevendrá la tuberculosis en miles de hombres que por incuria, por abandono, ó por falta de la instrucción debida ó de la educación necesaria, desconocen los más rudimentarios principios de la higiene.

No es esto suficiente; convencidos como estamos todos los Médicos de que la tuberculosis, en sus formas localizadas y en el comienzo de las tórpidas, es curable, debemos esforzarnos para hacer entender al mundo entero que toda tos persistente es peligrosa en todas las edades y peligrosísima desde el comienzo de la pubertad hasta la edad adulta, y hacer entender también á todo Médico que toda persona joven que tose debe ser auscultada con frecuencia para poner en práctica desde los comienzos el tratamiento conveniente.

De esta manera, descubriendo las primeras resonancias y respiraciones ásperas de los vértices, los primeros indicios de decaimiento orgánico, las primeras décimas de temperatura sobre la normal, conseguiremos curar muchos tuberculosos que hoy no se curan porque acuden al Médico cuando ya la infiltración pulmonar está generalizada, y veremos cómo, fuera de las formas agudas y de esas formas eréticas, en que la fiebre y la tisis precede á la tuberculosis, encontraremos á cientos formas de tuberculosis locales que, abandonadas á sí mismas, se generalizarán y se harán incurables, pero que tratadas racionalmente en su principio llegarán á curarse.

Teniendo en cuenta estos dos axiomas, evitaremos el desarrollo de la tuberculosis y conseguiremos la curación del 50 por 100 de los tuberculosos.

Ahora bien, los tuberculosos avanzados por descuido propio ó por otros descuidos más censurables, esos que después de un año de estar enfermos no han escuchado más consejo que el de que coman mucho porque están débiles; esos, en fin, que no han hecho nada, por una razón ó por otra, para contener los progresos de la enfermedad, esos no se curan ahora, ni se curarán nunca, ni en sus casas, ni en los sanatorios, ni en ninguna parte; cuando la tuberculosis ha tomado incremento es incurable en el pulmón, en las articulaciones, en el peritoneo y en todos los órganos.

Tratada racionalmente una artritis tuberculosa desde su principio, se curará seguramente; tratada desde sus comienzos, desde sus primeras manifestaciones, cuando está limitada á un vértice ó á una porción de la base del pulmón una tuberculosis de este órgano, se curará de la misma manera; si la artritis tuberculosa comienza á tratarse cuando ha producido supuración y fistulas, cuando ha determinado la consunción, todo será inútil, y del mismo modo, cuando en las formas tórpidas de la tuberculosis la infiltración, localizada al principio, se ha generalizado, cuando el organismo comienza á estar en ruina, entonces todo será inútil, y aquel sujeto que no puede salvarse será además un peligro para los que hacen vida común con él.

No he de decir nada del tratamiento; es ya tan clásico, que no hay para qué mencionarle; en estas formas iniciales, en estas formas localizadas, lo primero la higiene, el reposo físico y moral, el aire puro, estimular el apetito y las funciones digestivas y alimentar á los enfermos con abundancia, pero no con exageración; después la terapéutica, los creosotados en todas sus formas y por las vías de administración que mejor tolere el enfermo, la lecitina, los arsenicales, el fósforo y las sales de cal, algunas veces los ioduros, y como tratamiento local la revulsión con el termocauterio, bien aplicada, poniendo en cada sesión 100 á 150 puntos de fuego, y poniéndolos á miles; enfermos tengo yo curados de hace ocho y diez años, alguno de los cuales podría presentaros, á los que he puesto más de 3.000 puntos de fuego durante el tratamiento.

Perdonad, señores congresistas, si el tiempo que os he robado resulta perfectamente inútil, porque todos sabéis mejor que yo cuanto acabo de exponer; pero tratándose de la tuberculosis es imperdonable, y es una falta de conciencia el que cada uno no aporte, siquiera sea un grano de arena, como éste, á la obra común de combatir tan terrible azote.

CONCLUSIONES

- 1.^a La tuberculosis pulmonar es curable.
- 2.^a Las probabilidades de su curación son mayores en las formas tórpidas y entre los veinticinco y los cuarenta años.
- 3.^a Las formas circunscritas á un solo lóbulo del pulmón, que se asemejan mucho en su evolución y en su marcha á las tuberculosis quirúrgicas, se curan 40 veces de 100.
- 4.^a Las formas unilaterales, de evolución lenta y con pocas reacciones generales, se curan con relativa frecuencia.
- 5.^a Las formas difusas, infiltradas, febriles, y las que recaen en adolescentes, no siendo muy localizadas, no se curan nunca.
- 6.^a Los enfermos de los hospitales no se curan tampoco, cualquiera que sea su forma inicial, porque ingresan en período de tisis.
- 7.^a La tuberculosis, en todas sus formas, reclama para su tratamiento dispendios, que no están al alcance de las clases humildes de la sociedad, por lo prolongados que deben ser y porque todo trabajo corporal que gaste fuerzas es incompatible con ellos.

DR. J. M. MARIANI.

Prensa y Sociedades médicas.

Peritonitis silenciosas.—Hé aquí la nota publicada por el Doctor J. León:

Cuando en la cavidad tapizada por el peritoneo hacen irrupción las materias contenidas en el tubo digestivo, prodúcese una inflama-

ción purulenta y generalizada, que en la mayor parte de las veces se exterioriza por síntomas ruidosos que no se pueden desconocer; mas si la persona en quien tal accidente sobreviene se encuentra muy agotada, si las reacciones de su organismo han amenguado, las manifestaciones de la peritonitis podrán ser menos ruidosas, no habrá el dolor intenso, terrible, que hace temer hasta el peso de las ropas; el pertinaz vómito porráceo y el hipo faltarán, ó si existen serán menos frecuentes; la fiebre no alcanzará proporciones mayores, muchas veces podrá no existir, y en algunas habrá aún en su lugar hipotermia, y solamente la depresión profunda, el pulso filiforme, la lengua seca y la facies hipocrática testificarán la gravedad de la situación.

En esta segunda categoría deben agruparse los casos que he tenido oportunidad de observar, y que han acaecido en el curso de padecimientos crónicos del intestino. En tales casos he creído encontrar algunas particularidades, cuyo interés no es escaso en mi sentir.

Dicho está que las perforaciones que dan paso al contenido del intestino son el resultado de padecimientos crónicos de él; dependiendo de tales padecimientos han existido, por lo tanto, desde tiempo más ó menos remoto, perturbaciones digestivas consistentes en vómitos y diarreas, sensibilidad del abdomen, enflaquecimiento, postración, y en algunos casos fiebre. Este estado ha ido agravándose lenta y gradualmente; la diarrea se ha hecho incoercible; en algunas ocasiones ha aparecido dolor intenso y circunscrito, cuya duración ha sido sólo de unas cuantas horas, después del cual persiste el generalizado, que desde antes aquejaba al enfermo, con intensidad variable, mas nunca suficiente para impedir la palpación; los vómitos y la fiebre, cuando han existido, no se han modificado de manera sensible; finalmente, el agotamiento ha ido aumentando, hasta el momento en que la muerte sobrevino.

Efectuado el examen físico, he encontrado unas veces el abdomen con forma y volumen normales, con ligero desarrollo venoso hacia las fosas ilíacas y sin meteorismo marcado; en otras retraído, aunque no en grado sumo, y en todas he podido comprobar la contracción de los músculos de las paredes abdominales cuando al palpar se comprimía con alguna fuerza; la lengua ha estado siempre húmeda, unas ocasiones roja y como desepiteliada, otras saburral; el pulso ha sido frecuente y débil.

En tales casos no he llegado al diagnóstico de la peritonitis, y he atribuído la agravación del enfermo y su muerte al padecimiento gastro-intestinal, siendo la autopsia la que se ha encargado de mostrarme la verdad en toda su extensión.

Ignoro si esta forma silenciosa de peritonitis será la que se observe en regla general en el curso de padecimientos crónicos del tubo digestivo, que han agotado las reacciones del organismo; sólo puedo afirmar que son las que me han tocado observar hasta hoy, y que juzgo su diagnóstico muy difícil.

En efecto, cuando haya existido el dolor intenso, circunscrito y poco duradero á que he hecho referencia, puede servir tal síntoma de guía, y hacer sospechar la existencia de una perforación que ha permitido el paso del contenido del canal digestivo á la cavidad peritoneal; mas cuando sólo se observa la agravación de un estado preexistente, nada hay que pueda hacer pensar en la fatal contingencia sobrevenida.

(*Bol. del Instit. Patol. de México*).

*
*
*

Un nuevo edulcorante.—El *Dr. G. Teyxeira*: Ha aparecido en nuestro mercado un nuevo producto edulcorante, la *sucrosa*, que intenta conquistar las simpatías del comercio, al cual se pretende engañar diciendo que tal producto es inofensivo y puede por tanto contratarse libremente.

La *sucrosa* se ofrece en polvo blanco, de sabor dulcísimo, y se le atribuye un poder dulcificante quinientas veces superior al del azúcar; es muy soluble en el agua fría, más en la caliente, poco soluble en el alcohol é insoluble en el éter y en la bencina; su reacción es neutra, y quemada sobre lámina de platino deja residuo.

Disuelta en agua destilada no pasa al éter, tanta es su insolubilidad en ese disolvente; pero agregando antes que éste algunas gotas de ácido sulfúrico, y agitando la mezcla, toda la *sucrosa* pasa al éter, dejando la solución acuosa insípida. El éter así sucrosado, sujeto á destilación, deja un residuo cristalizado de sabor muy dulce.

Tanto la *sucrosa* en polvo puesta al comercio, como el residuo cristalino obtenido de la destilación del éter, presenta reacciones características idénticas á la sacarina; hay, sin embargo, la diferencia de que esta última se disuelve poco en el agua fría y es soluble en el alcohol y el éter. Es preciso excluir la posibilidad de que la *sucrosa* sea la *sucromina*, esto es, un *sacarinato de amonio*, porque éste al quemarse no deja residuo como aquélla.

Para establecer qué sal de la sacarina fuese la *sucrosa* analicé el residuo, el cual resultó debido exclusivamente al sodio; la *sucrosa* es, pues, un *sacarinato de sodio*.

Los productores que pretenden engañar á los compradores declarando que la *sucrosa* es inocua y que si la venden clandestinamente es porque el Gobierno prohíbe su comercio sólo para proteger las fábricas de azúcar, las cuales dan al Tesoro público grandes ingresos, tienen dos clases de *sucrosa*: una á 500° y otra á 15°. ¿Cuál es esta última? Sencillamente una mezcla de azúcar ordinaria en polvo y de sacarinato sódico en proporción del 3 por 100.

Para descubrir la *sucrosa* en los licores, bombones y pasteles, puede seguirse el método siguiente: las substancias sólidas se pulverizan y se dejan macerar en agua; después de algún tiempo se filtra el líquido, se concentra y se busca en él la *sucrosa*, de igual modo que en los líquidos sucrosados. Para proceder con éstos, sean

licores, jarabes ó bebidas de otra clase, se concentra excluyendo el alcohol; se acidulan con algunas gotas de ácido sulfúrico, se tratan en seguida con éter, y una vez destilado éste se persigue en el residuo el descubrimiento de la sacarina y del sodio.

Tratándose de un producto nuevo que se encuentra ya en el comercio para engañar á los negociantes, y sobre todo á los consumidores, he creído de mi deber dar este aviso, con tanto más motivo cuanto que hasta ahora en ningún tratado ni periódico científico he encontrado mención de dicho edulcorante.

(*Riv. d'Ig. è San. pub.*)

*
**

Cirugía de las vías biliares.—En un artículo leído por William Wotkyns Seymour en la reunión de Octubre de 1902, de la *New-York State Medical Association*, hace la apreciación del punto, fundándose en 24 operaciones practicadas por él. En primer lugar, hace notar que con los progresos de los últimos veintiséis años de la cirugía de las vías biliares, los Cirujanos se han visto obligados á comenzar por desvanecer varios errores populares y profesionales.

El primero de estos errores en magnitud, y que, por desgracia, prevalece aún en la profesión, es que los cálculos pueden ser disueltos por medicación interna—*una doctrina herética, cuyas hecatombes anuales claman de continuo* (Sic.)—Es la más deplorable, porque cualquiera que tenga alguna experiencia sabe que puede haber grandes períodos de tiempo entre uno y otro ataque. Refiere Seymour haber conocido un caso en que el intervalo fué de diez y nueve años, y cuenta otro en que el hermano del paciente decía al autor, seis semanas antes de que muriera el enfermo, que había disuelto los cálculos con ayuda de dosis diarias de carbonato de sosa, desde hacía nueve años. En la vesícula á que esté hecho hace mención se encontraron 153 piedras.

Un segundo error se refiere á la causa real del cólico; recuerda el autor las enseñanzas, dadas por la experiencia, de que es la inflamación la que origina el dolor y el calambre, y no la sola presencia del cálculo. Esto está de acuerdo con el hecho de encontrar más ó menos abundantes cálculos en la vesícula de personas que durante la vida jamás presentaron síntomas de coleditiasis.

Otro error más lo manifiesta la lentitud con que en la profesión se ha aprendido que la icteria pronunciada no es un síntoma común de la coleditiasis. En este punto, Lawson Tait hizo hincapié, afirmando que cuando la icteria era profunda y persistente indicaba más bien una complicación maligna. La experiencia de Mayo Robson y de Kehr ha confirmado las ideas de Tait. Kehr declara que en 80 por 100 de los casos de cálculos falta la icteria.

Siendo la coleditiasis, dice Seymour, un padecimiento quirúrgico, ¿cuáles son los procedimientos operatorios que ofrecen las mejores probabilidades de curación? Describe en seguida la cole-

cistostomía, y llama la atención acerca de los adelantos de la técnica respectiva, que en manos de Hans Kehr apenas da una mortalidad de 2 por 100. Habla después de los casos de vesícula infiltrada, retraída, etc., es decir, de aquellos que indican la extirpación, y con este motivo menciona que, habiendo sido operado él mismo por Lawson Tait (cistostomía) no le molestaban para nada las adherencias de la vesícula, hasta que habiendo sufrido una neumonía últimamente sentía, con los esfuerzos de tos, la tracción dolorosa sufrida por el órgano. Se inclina, por tal motivo, á la idea de que debe ser practicada con más frecuencia la operación radical de la colecistectomía. Esta operación, en las estadísticas de Kehr, da una mortalidad de 3'3 por 100.

Como un último perfeccionamiento, cita el autor el drenaje del canal hepático, ideado y puesto en práctica por el mismo Kehr. Gracias á este recurso han podido ser salvados enfermos de coledocistitis en el período de angiocolitis séptica, infección por la cual sucumbían antes irremisiblemente. No obstante las dificultades técnicas y la excesiva gravedad del pronóstico, la mortalidad es de 47 por 100 en la clínica de Hans Kehr.

(*The Journal of the American Med. Assoc.*)

*
**

La quinoformina en la diátesis úrica.—El Dr. *Bardet*: Recordaré que desde 1894, con nuestro colega *Adrian* y con *Trillat*, llamé la atención por primera vez acerca de un medicamento que después ha tenido un gran éxito, la *exametilenetetramina*, que nosotros llamamos más reducidamente *formina*, puesto que se obtenía del formaldehído, y que aún se conoce más por el nombre de *urotropina*. Este cuerpo, desprovisto en absoluto de toxicidad, y, en consecuencia, pudiendo absorberse en considerables cantidades sin inconveniente, ejerce una acción antiséptica muy marcada en el aparato urinario, y nadie ignora que en dicha acción ha consistido el gran éxito de la formina ó urotropina en el tratamiento de las afecciones crónicas ó agudas del referido aparato. Hoy llamo la atención sobre otra combinación de la base formina con un ácido orgánico, el cual goza de propiedades farmacodinámicas interesantes: el ácido quínico. Hace ya mucho tiempo que se conoce este ácido como un medicamento capaz de transformar en ácido hipúrico y en hipuratos muy solubles los uratos insolubles.

Los resultados favorables obtenidos en la diátesis úrica por el quinato de piperacina ó sidonal, me indujeron á combinar el ácido quínico con la formina, que precisamente viene á ser una base de la misma familia que la piperacina; en este ensayo me guiaba la idea preconcebida de que la formina, que da con el ácido quínico una de las combinaciones que se aproximan más á los compuestos biológicos, debía tener grandes ventajas sobre las otras combinaciones del mismo género, puesto que es susceptible de permitir reacciones más variadas, sin contar las propiedades antisépticas que posee. He

ensayado, pues, la *quinoformina* en cierto número de enfermos que presentaban accidentes debidos al exceso de ácido úrico en los humores, y en particular en los que tenían al mismo tiempo fenómenos inflamatorios en el aparato urinario, accidentes debidos especialmente á cálculos que habían provocado cólicos nefríticos; como era de esperar, los efectos han sido verdaderamente admirables. Para obtenerlos basta emplear una dosis diaria de 2 á 3 ó 4 gramos; en realidad, la *quinoformina* puede administrarse á dosis considerables: yo llegué, en los primeros ensayos, hasta 12 y 15 gramos al día, pero la experiencia me ha demostrado que el máximo de efectos posibles puede obtenerse con menores dosis, y que no existe ninguna ventaja con traspasar las de 2 á 4 gramos; sólo en la gota tal vez sea oportuno aumentarlas ligeramente, pero creo que, aun en este caso, resulta inútil traspasar las de 5 ó 6 gramos. á pesar de la inocuidad absoluta del producto, el cual puede administrarse en sellos ó simplemente disuelto en un poco de agua. La quinoformina, en resumen, representa un medicamento sintético, que reúne por completo las propiedades del ácido quínico y las de la formina. Me parece, pues, que se le debe considerar como un medicamento de elección en los diversos procesos que dependen de la diátesis úrica, y especialmente la gota, las arenillas y los remautismos de los gotosos. Dichas propiedades no presentan, por lo demás, nada nuevo, puesto que derivan lógicamente de dos medicamentos conocidos y considerados como activos por todos los observadores. Se puede, pues, considerar la quinoformina como uno de esos productos de asociación ó de síntesis, cada día más numerosos, que permiten utilizar mejor, y bajo una forma fácil de administrar, medicamentos ya experimentados y conocidos.

(*Socied. de Terap. de Paris*).

*
**

Curación de la tuberculosis por el cinamato de sosa.—El Doctor *Espina* presenta dos muchachas de catorce años tratadas durante un año con inyecciones hipodérmicas de cinamato de sosa, las cuales padecían tuberculosis pulmonar cavitaria, y efecto de dicho tratamiento han recobrado completamente la salud.

Manifiesta que ambas enfermas eran de temperamento linfático y llegaron al período de tisis pulmonar con fiebre héctica, sudores y expectoración llena de bacilos de Koch; que durante el tratamiento vivían en su casa, y sólo iban al Hospital general á someterse semanalmente á las inyecciones de la solución de cinamato de sosa; que el resultado ha sido enteramente satisfactorio, y que han recobrado su estado normal con el auxilio de la alimentación conveniente y el aire puro, durmiendo siempre con las ventanas abiertas.

Añade que han llegado á 109 inyecciones practicadas en las regiones infraclaviculares ó glúteas, valiéndose de agujas largas de platino é inyectando de 5 á 10 gramos de dicha solución; que no se

ha observado acción alguna fisiológica con dicho medicamento, que obra endureciendo ó esclerosando el tejido morbosos, y que, merced á su influencia, han desaparecido los bacilos de los esputos, ha cesado la fiebre y se han cicatrizado las cavernas, quedando los pulmones en estado normal, según ha comprobado el Dr. Alonso Sañudo. Los Sres. Académicos examinaron las jóvenes de que se trata.

El Dr. *Sañudo* expone sus opiniones sobre la génesis y terapéutica de la tuberculosis pulmonar. Admite la tuberculosis hereditaria, que suele desarrollarse de los diez y ocho á veinte años, y ante la cual se estrellan generalmente todos los tratamientos, y sostiene que la primera necesidad es tonificar á los enfermos por medio del aceite de hígado de bacalao ó de otros modificadores farmacológicos, de la aereación y de la alimentación apropiada, y que hay en la actualidad gran exageración en lo que se refiere á Sanatorios, que si pueden ser convenientes para la clase pobre, quizá suceda todo lo contrario en las personas acomodadas.

Cree que en los tuberculosos el Médico debía formar un organismo refractario á dicho estado morbosos, ó sea un terreno artrítico, valiéndose principalmente de la alimentación, de la creosota empleada en inyecciones hipodérmicas ó por la boca, ó de otros medios; y que respecto á los tanofosfatos y fosfatos de creosota, los había usado en diferentes casos, viéndose obligado á suspenderlos porque ocasionaban polineuritis y agravación del mal.

El Dr. *Espina* muestra su conformidad en cuanto se refiere á la indicación terapéutica de transformar el organismo enfermo en terreno artrítico, con lo cual se destruyen los gérmenes ó bacilos; y respecto al empleo de la creosota, dice que la cree responsable en muchos casos de la presentación de los síntomas del aparato digestivo, que hasta entonces no se habían observado.

El Dr. *Codina* manifiesta que, explorada una de las enfermas, y aceptando desde luego el diagnóstico del Dr. Espina, declara que si se le hubiese presentado en su consulta hubiera asegurado que nunca había padecido de cavernas del pulmón, en vista del estado satisfactorio que se hallaba; que la interesada le había dicho que nunca arrojó esputos, sino saliva blanca; que en los vértices del pulmón no había asperezas ni espiración prolongada, ni condensación de tejidos, ni nada que indicara cicatrización de cavernas; que el bacilo de Koch se encuentra en todas partes y germina si halla terreno apropiado, y que la orientación terapéutica debe dirigirse á modificar el terreno.

Expone su creencia de que en las enfermas de que se trata, al aproximarse la pubertad, empezaron á presentarse síntomas de anemia, con palidez, desnutrición, tos seca y otros fenómenos; que en dichas circunstancias el bacilo tenía terreno apropiado, y que es difícil discernir el valor terapéutico del cinamato de sosa en la mayoría de los casos.

El Dr. *Cervera* se lamenta de las críticas de los Médicos respecto á las intervenciones quirúrgicas en las tuberculosis localiza-

das; asegura que siempre había prescrito un tratamiento general en tales casos, convenciéndose de su ineficacia en la mayoría de los mismos, y ocurriendo lo propio con los procedimientos quirúrgicos; que en las tuberculosis cerradas, en que hay ulceración ó supuración, acostumbra á no hacer nada, desde el punto de vista quirúrgico, limitándose á modificar favorablemente la nutrición por medio de la aereación y de la alimentación, y que en opinión suya deben estudiarse escrupulosamente la orina y la sangre antes y después de todo tratamiento de la tuberculosis para averiguar su fisiología patológica y los efectos de la intervención facultativa.

El Dr. *Ribera* reconoce la importancia y trascendencia de este debate, lamentándose también de que se plantee al terminar el período del curso académico; sostiene que el bacilo es el elemento principal de la tuberculosis, porque sin él no puede desarrollarse la enfermedad, y que hay gran diferencia para el pronóstico y el tratamiento entre los órganos afectados, no siendo igual la tuberculosis del pulmón y la de los ganglios mesentéricos, que la de las extremidades del húmero, de otros huesos ó de la matriz, puesto que en unos casos pueden emplearse los medios quirúrgicos y en otros no.

Añade que en la terapéutica de la tuberculosis lo primero es averiguar si se trata ó no de un proceso local; que en las quirúrgicas no había alcanzado resultados favorables con las medicaciones generales, como la tintura de iodo en inyecciones, que es muy dolorosa é ineficaz, sin que esto sea negar los efectos beneficiosos que otros admiten; que como el bacilo puede localizarse en puntos determinados, las intervenciones quirúrgicas son utilísimas en ciertos casos, y que el compromiso general no es constante, pudiendo ó no presentarse.

(*Real Acad. de Med. de Madrid*).

VARIETADES

Las maniobras especiales del servicio de Sanidad Militar verificadas en Francia el día 27 de Agosto en la región de Joinville-le-Pont-Champigny-Chennevières, que han despertado excepcional interés, se desarrollaron con arreglo al siguiente programa:

Marcha de fuerzas sanitarias en una columna de división. Combate de una división sobre el llano de Champigny: 1.^a fase, ataque de Chennevières; 2.^a fase, combate hacia Plessis-Trévisé. Funcionamiento del servicio antes del combate, en el combate y después de él (servicio de regimiento y ambulancia de división operando en dos secciones separadas). Relevo de la ambulancia por el hospital de campaña, y exploración nocturna del campo de batalla.

Teniendo tales maniobras por objeto el escalonamiento y funcionamiento teórico de los diversos elementos del servicio de Sanidad, el interés táctico de ellos se ha supeditado al instructivo desde el punto de vista del mencionado servicio, por lo que las maniobras se desarrollaron con lentitud.

Se simularon 250 heridos, repartidos entre los cuatro regimientos de la división. De esta cifra 200 volvieron á sus Cuerpos por la tarde para tomar parte en las maniobras del día siguiente, y 50 permanecieron en la ambulancia divisionaria, después fueron al hospital de campaña y no volvieron á sus Cuerpos hasta la tarde del día 29.

Durante el combate, los heridos simulados abandonaron las filas á un toque determinado. Inmediatamente fueron provistos de fichas con diagnósticos provisionales de dos clases. Las unas, de color especial, designaban los heridos leves que podían marchar á pie á los puestos de socorro sin necesidad de pasar por la ambulancia, y las otras, sin ninguna señal distintiva, indicaban los heridos graves que debían ingresar en la ambulancia.

Los heridos leves no pasaban de los puestos de socorro, desde después de haber recibido la necesaria asistencia eran conducidos por grupos, bajo la vigilancia de una clase, á un punto de reunión previamente determinado por el Médico de la división.

Los heridos graves durante la 1.^a fase (ataque de Chennevières), que en número de 100 habían pasado á la ambulancia divisionaria instalada para el combate, fueron remitidos: 50 al hospital de campaña, y los otros á sus Cuerpos durante la noche.

Los de la 2.^a fase fueron en número de 50. La sección de ambulancia, que los recibió y que había de seguir los movimientos de su división, evacuó los transportables (según su estado) á retaguardia hacia Chennevières.

El material del hospital de evacuación se llevó á la estación de Plant-Champigny.

*
**

Los datos publicados en una reciente estadística tienden á demostrar el decaimiento físico que viene notándose en la masa del pueblo inglés; los referidos datos se basan en los informes dados por los Médicos encargados del reconocimiento facultativo de los reclutas que se han presentado al alistamiento en el ejército de la Gran Bretaña en diferentes años. Según la mencionada estadística, en el año 1889 la proporción de los presentados á reconocimiento para el ejército, cuya estatura resultó

menor de 1^m,647, fué de 106 por 1.000; al siguiente año dicha proporción se elevó á 115 por 1.000; en 1891 á 117, y en 1898 á 132 por 1.000. En lo referente al desarrollo torácico, resulta: que en 1889 se presentaron 17 hombres por cada 1.000 que medían menos de 0^m,83 de torax; en 1898 la proporción fué de 23 por 1.000; y en cuanto al peso, resulta que en el año 1871 se presentaron 159'4 por 1.000, que pesaban menos de 59 kilos, y en 1900 la proporción se elevó á 301 por 1.000; por último, la estadística de nacimientos muestra una disminución del 36'3 por 1.000 en 1876, al 29'4 en el año 1898.

*
*
*

Durante el mes de Septiembre próximo pasado han ocurrido en esta Corte 962 defunciones, que arrojan un término medio diario de 32'066, y una proporción de 1'804 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1902 hubo 971 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 172, de menos de un año; 154, de uno á cuatro años; 70, de cinco á diez y nueve; 153, de veinte á treinta y nueve; 177, de cuarenta á cincuenta y nueve; 235, de sesenta en adelante, y uno sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: tuberculosis pulmonar, 96; diarrea y enteritis (menores de dos años), 96; pneumonía y broncopneumonía, 86; meningitis simple, 74; enfermedades orgánicas del corazón, 46; congestión y hemorragias cerebrales, 43; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 41; viruela, 33; tumores cancerosos, 28; fiebre tifoidea, 26; bronquitis aguda, 25; tuberculosis varias, 23; senectud, 18; bronquitis crónica, 12; grippe, 11; meningitis tuberculosa, 8; afecciones puerperales, 8; suicidios, 8; debilidad congénita, 7; escarlatina, 5; difteria y crup, 5; sarampión, 4; reblandecimiento cerebral, 1; otras causas de defunción, 253.

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores é editores:

Tratado teórico práctico de Medicina legal y toxicología, por el *Dr. D. Pedro Mata*.—Sexta edición, corregida y reformada por *Eduardo Lozano Caparrós* y *Adriano Alonso Martínez*, Médicos forenses de Madrid.—Tomo IV, Toxicología general.—Madrid, librería editorial de Bailly-Bailliére é hijos, Plaza de Santa Ana, número 10.

Argentina Médica.—Semanario de Medicina práctica, dirigido por el *Dr. Julio Méndez*.—Buenos Aires. 1903.

Revista de Sanidad civil.—Periódico quincenal, defensor de los intereses de las profesiones sanitarias y de la salud pública.—Madrid. 1903.