

tuvo el Dr. ASCHOFF, de leer las conferencias en español y aun mucho más de improvisar la tercera, haciendo solamente breve tiempo que se dedicaba al estudio de nuestro idioma. En esta conferencia, desarrollada con una claridad verdaderamente sorprendente, tanto por el orden de los conceptos como por la forma de expresión, demostró una vez más su capacidad intelectual y la férrea voluntad que le ha conducido al triunfo.

Después de esta conferencia, el claustro de la Facultad de Medicina se reunió con el Dr. ASCHOFF en una cena íntima, que le fué ofrecida con cálidas palabras por el Dr. PI SUÑER. En su contestación, el sabio maestro tuvo amables palabras para la Facultad de Barcelona y dijo que su museo de Anatomía Patológica era el más completo y mejor organizado de España. Estas palabras, por lo mucho que valen, constituyen el mejor premio para su fundador, el Dr. A. FERRER y CAGIGAL. De sobremesa, se trataron algunos temas científicos de especial interés para él, como el de la probable etiología en España de las cirrosis hepáticas, hemorragia cerebral, trombosis, etc. Con el Dr. PEYRÍ cambiaron interesantes impresiones sobre la historia de la sífilis y también hubo temas en los que el Dr. ASCHOFF demostró su gracia y fina ironía.

El Dr. ASCHOFF, ha dejado en Barcelona un recuerdo inolvidable, tanto por su valor, como por la extraordinaria sencillez y simpatía que demostró en todo momento. Pertenece a la categoría de los CAJAL y FERRÁN, hombres cumbres que no precisan del autobombo para que los demás les coloquen en el lugar que les corresponde. Su figura contrasta notablemente con la de esos tipos de *sabio*, que con demasiada frecuencia se valen de la hidalguía de nuestra tierra para ser oídos, y que de no ser extranjeros, nadie les tendría en cuenta.

En los momentos que le dejaron libres las conferencias, recorrió los barrios antiguos de la ciudad, demostrando que su extensa cultura no se reducía a la Medicina. Entusiasta de las viejas piedras, encontró en el barrio gótico motivo de esparcimiento. En él, así como en Pedralbes, la Sagrada Familia, obra de nuestro inmortal Gaudí y Montserrat, obtuvo numerosas fotografías, que se unirán a las de la interesante colección que ha obtenido en su viaje alrededor del mundo y del que Barcelona ha sido el último eslabón. Deseamos sinceramente que la impresión que de aquí se lleve, sea en lo que quepa, tan buena como la que él nos ha dejado.

Acerca de su viaje alrededor del mundo, un distinguido profesor de nuestra Facultad comentaba que «antes de haberlo hecho el Dr. ASCHOFF, el mundo había pasado por Friburgo», y en efecto también aquí encontró el maestro, quien representando Barcelona había estudiado en su Instituto.

Al establecerse una evidente corriente de simpatía y de intercambio científico entre el Dr. ASCHOFF, el representante más genuino de la anatomía Patológica Alemana, y el Dr. FERRER Y CAGIGAL fundador de la joven escuela de Barcelona, esperamos que aunque

lejana, la savia del robusto tronco contribuya al desarrollo perfecto del retoño.

Dr. ASCHOFF, ARS MEDICA os envía desde estas líneas el más sincero homenaje de admiración.

Dr. DIEGO FERRER

EL DESARROLLO DE LA TISIS

por el doctor

L. ASCHOFF

Conferencia pronunciada por el Dr. ASCHOFF en el aula de Anatomía Patológica el día 20-4-28

El Dr. ASCHOFF comienza su bella conferencia diferenciando en la tisis dos formas: la infantil y la del adulto; la primera se caracteriza por un foco pulmonar inicial, la reacción ganglionar y la tendencia a la generalización. La segunda, se inicia en el vértice y tiene por causa la reinfección; durante su desarrollo desaparece la reacción ganglionar.

Con RANKE distingue tres períodos; el de foco inicial, el de alergia y el de inmunidad relativa.

El foco inicial se observa en la infancia, la forma anafiláctica en los niños de pecho; a partir de los tres años desaparece lentamente y a partir de los ocho con rapidez.

La forma aislada de la tisis pulmonar; forma de resistencia, se suele desarrollar a partir de la pubertad.

Las formas tardías, generalizadas, se desarrollan a consecuencia de la gravedad o en los ancianos (tisis senil).

El foco inicial característico de la infancia o de los niños de pecho, se localiza en cualquier lóbulo y suele ser subpleural. Consiste en un foco lobular de neumonía exudativa que se caseifica rápidamente. El proceso se detiene y en torno suyo brota un tejido hialino que rápidamente se convierte en una cicatriz; el centro se calcifica u osifica. Esos focos son muy frecuentes y se encuentran aproximadamente en el 93% de los adultos.

Hay focos que no curan y se generalizan en forma de una tuberculosis ulcerosa.

Si el proceso no se cura rápidamente puede provocar metástasis linfógenas o hematógenas en otros órganos, en los que la enfermedad progresa aunque el foco pulmonar esté curado. Las metástasis se desarrollan en relación con las diferencias fisiológicas del crecimiento. Si invade un vaso provocan una tuberculosis miliar.

Por pasar el período inicial y el metastásico no se aparta el peligro de tisis, que puede producirse por una nueva infección.

Son focos de reinfección, los que se presentan después de curado el primero. De las investigaciones de PUHL y FOCKE se puede deducir que a 10 cm. del foco inicial se encuentran los de reinfección. En dos terceras partes de los casos suelen localizarse en los vértices.

Gran parte de los focos de reinfección se curan mediante una reacción fibrosa cicatricial, antracótica, con inclusiones cretificadas o calcificadas. Es posible diferenciar los focos de infección de los de reinfección.

Los focos de reinfección no son la consecuencia del período de generalización, pues si así fuere se verían unidos a focos de la misma edad, en otros sistemas. También pudieran exacerbarse focos glandulares bronquiales primitivos que infectasen el pulmón, caso según PUHL poco frecuente. También cabe suponer que el foco se deba a una nueva infección bronquiogena exógena, es decir, a una super-infección. También se ha intentado separar los focos de reinfección endógena y super-infección exógena. Según los röntgenólogos, son muy frecuentes en los niños reinfecciones endógenas, hemáticas, localizadas en los vértices. Las grandes infecciones no se localizan en el vértice, sino en la

porción restante de la parte superior del pulmón. Estas reinfecciones se consideran como fuente de la tisis progresiva. Es tan difícil distinguir histológicamente los focos curados de infección y reinfección, como los virulentos de reinfección o superinfección.

Estos focos no curan siempre. ¿Por qué? La causa es compleja: la virulencia, la especie de la infección, las reinfecciones pueden influir igual en pro que en contra. La inmunidad relativa, la edad del foco inicial, la forma de los de reinfección también influyen. La localización, no parece tener gran importancia; la localización en el vértice no obliga a un pronóstico favorable. La localización del foco de reinfección tampoco es decisiva; solamente sin darle un valor absoluto se puede tener en cuenta la extensión. Así, HANSENMANN considera incurable toda tisis que sobrepase la 3.^a costilla y TENDELOO la 5.^a. Sin embargo, en las formas acinonodosas se originan los mismos procesos de curación en todos los focos, cualquiera que sea su localización. Parece tener mayor influencia los procesos de reblandecimiento que invaden el sistema bronquial y por el que se extienden a cualquier punto del pulmón. La curación puede efectuarse si no progresa el proceso y se rectifica o esclerosa la lesión. Estos casos son excepcionales.

Si los focos de reinfección de la parte superior del pulmón (no del vértice) son los que con mayor frecuencia producen la tisis progresiva, es por ser mayores y estar su relación con bronquios mayores.

Dejando a un lado la superinfección o la exacerbación del foco inicial, por otro estado patológico, parece que alrededor de los cuarenta y cinco años el foco inicial se exacerba en su parte linfoglandular no pulmonar.

Se repite el juego de la infección primaria de la infancia produciéndose metástasis, óseas, meníngeas, etc. Las metástasis pulmonares son muy poco frecuentes si no se trata de una granulía. A este estado llama tisis senil. En conjunto puede decirse sobre la infección, reacción del individuo, que en el niño se verifica una reacción viva en el foco inicial, que se caseifica rápidamente. En el período anafiláctico se extienden las metástasis. La invasión de los vasos puede generalizar la infección. Con la edad aumenta la existencia, hasta la vejez, en que las reacciones son nuevamente exudativas recobrando el aspecto de la infancia.

Conviene alguna idea sobre la estructura del pulmón para poder apreciar algunos cuadros clínicos.

ASCHOFF entiende por acino, la última entidad del sistema respiratorio dominada por un solo bronquiolo respiratorio de primer orden, del cual dependen los de segundo y tercer orden y los canales de sacos alveolares. Todos los procesos que se extienden a este sistema se llaman acinosos. Por bronquiolo respiratorio, todos los sistemas tubulares con epitelio vibrátil o cúbico y que ya tiene alvéolos en su pared. Por el aumento del número de alvéolos se distinguen los bronquiolos respiratorios de 2.^o y 3.^{er}, orden, que se ramifican dicotomizándose. En los últimos el epitelio se estrecha progresivamente hasta aparecer en forma de bóveda. Al llegar a los canalículos, rodeado por todas partes de alvéolos, comienza el verdadero sistema respiratorio.

El punto en que se localiza la inflamación en el pulmón es el acino, concepto introducido en patología por RIND-FLAISCH.

En cuanto a su localización, la tisis se divide en acinosa, lobular y lobar, según su extensión. Respecto al modo de reaccionar se separan las formas productivas y exudativas, que pueden verse en estado puro o mezcladas en cualquier forma. Los procesos productivos se verifican a expensas del sistema retículo-endotelial. En los procesos exudativos predomina la exudación neofibrinosa y descamación de células epiteliales.

Las dos formas productiva y exudativa comienzan por el acino y se extienden a los lóbulos y lobos. La tisis acinosa productiva se caracteriza por su aparición en forma de hoja de trébol; equivocadamente se llama bronquitis, peribronquitis. El tejido de granulación crece en los bronquiolos y conductos alveolares, mientras que los alvéolos se colapsan a no ser que se llenen de exudado.

La infección de los bronquiolos vecinos se acumula en

focos acinosos en un lóbulo, formando un nodo, que hace relieve. A esta forma muy frecuente se llama *nodosa acinosa*. Si el proceso se extiende, se presenta la tisis cirrótica. La forma exudativa se desarrolla de modo semejante; los procesos primeros se establecen también en los acinos, pero se extienden con mayor rapidez y tienden en seguida a la caseosis. Los focos confluyen, y según su virulencia se ven lobulares y lobares. En la infección masiva por ruptura de los ganglios en un bronquio se establece la llamada *neumonía caseificante lobular y lobar*. Estas formas descritas se confunden; comienzan por un foco de exudación, y según su virulencia y el grado de resistencia, sigue la fase productiva o se caseifica. Si el estado tiende a mejorar en torno a la porción caseificada, aparece un tejido de granulación. Si el exudado es escaso, el tejido de granulación es precoz, estos casos son los más benignos, aunque también pueden caseificarse. La curación se debe al agotamiento del virus y mayor resistencia del organismo. El tejido de granulación se transforma en una cicatriz fibrosa con abundante antracosis. Si el centro está caseificado, no se esclerosa, si no que se cretifica o calcifica, y en algunos casos, osifica; así, pues, se ve que la marcha del proceso de curación es muy frecuente y raro el caso en que no se observa. Puede decirse que la curación es la regla. Sin embargo, la tisis tiene su origen y muchas veces en casos no bien curados.

A las formas descritas se debe añadir una de complicación, la de reblandecimiento, que forma cavernas de difícil purificación. La curación de las cavernas es hecho raro.

La curabilidad de la tisis depende de su carácter. Si supiéramos por qué unas veces es productiva y otra exudativa, por qué en ocasiones se induran precozmente las primeras y se reabsorben las segundas, o por qué se caseifican; porque el caseum se espesa y calcifica, se podría aplicar una terapéutica eficaz.

¿Qué poco sabemos de las leyes en estos casos! ¿Por qué causa las reacciones defensivas y reparativas toman direcciones tan opuestas?

Nosotros somos morfólogos y no podemos resolver esta cuestión, sino que debemos presentársela a los inmunólogos.

A continuación exponemos un esquema del curso de la tisis según el Dr. ASCHOFF.

CURSO DE LA TISIS.

I. Período de la infección primaria (Principio por lo general en el pulmón). Tisis de la infancia.

A. (*Foco inicial*). Principalmente en el pulmón y en las glándulas linfáticas correspondientes. Se transforma por la curación en un foco óseo y se encuentra en un 93 % en los adultos.

B. Tisis progresiva en el pulmón en la infancia.

C. Tisis metastásica.

a. Linfógena: Caseificación progresiva de las glándulas linfáticas tráqueobronquiales (Escrófula). Afección de las glándulas del hilio.

b. Hematógena: Infección metastásica de las cápsulas suprarrenales, de los huesos, del sistema nervioso central, de los riñones, del epidídimo, del ovario, tubérculo de la íntima, con tuberculosis miliar consecutiva. Se verifica principalmente en la infancia, hasta la pubertad.

c. Tisis crónica progresiva de los órganos mencionados en los adultos.

II. PERIODO DE REINFECCION (Principio por lo general en el pulmón). Tisis de los adultos.

A. Reinfecciones del vértice.

B. Tisis progresiva del pulmón en los adultos.

a. Tisis productiva.

1.^o » acinoso productiva.

2.^o » » nodosa.

3.^o » » cirrótica.

Formas de reblandecimiento

Tisis crónica ulcerosa y cavernosa.

b. Tisis exudativa,

- 1.º » acinosa caseificante.
2.º » lobular »
3.º » lobar »

Formas de Reblandecimiento

Tisis aguda ulcerosa y secuestrante

IIIº Período de recidiva. (Principio en la parte linfática del foco inicial) Tisis senil. (1).

IMPRESIONES DE UN VIAJE A MADRID

Es indudable que si los intercambios médicos entre Madrid y Barcelona no poseyeran de por sí un intrínseco interés científico, se harían, no obstante, acreedores a su perduración por el ambiente de intensa y férvida amistad que crean entre los sectores médicos de ambas capitales y que permite un mejor y mutuo conocimiento de sus centros de trabajo, de sus actividades científicas y de sus magníficas obras.

Los que con nosotros han tenido la feliz oportunidad de ser actores de la segunda y última etapa de este intercambio felizmente iniciado, compartirán seguramente este criterio optimista y guardarán un perenne recuerdo de las cortas horas de agradable convivencia y cálida camaradería transcurridas entre nuestros compañeros de Madrid.

Por lo que a nosotros se refiere, estos recuerdos viven con tanta intensidad en nuestra mente, que difícilmente pueden hacernos resistir la sugestión de darles libre curso en unas cortas líneas que reflejen algunas de las más hondas impresiones experimentadas durante nuestra fugaz estancia en Madrid.

Excúseme el lector, si en estas impresiones omito los actos académicos que el compañero F. Herce reseña con toda fidelidad en otro lugar de esta Revista y si violentando mi ánimo hago un salto (¡que ya es saltar!) sobre los obsequios, atenciones y delicadezas que nuestros colegas madrileños, en competencia, prodigaron en forma nunca igualada. Sólo quiero trasladar a estas líneas algo que escapa a la rigidez de un programa invulnerable y que forma parte de aquellas sorpresas insospechadas que todo observador mediano puede recibir en sus viajes.

Esta vez no descubro ciertamente las Islas Británicas, pues me consta que los médicos madrileños aprecian sobradamente los motivos de esta mi admiración y aun es posible que algún colega catalán me haya precedido en ella; con todo, no puedo resistir la tentación de señalarlos a mis compañeros de Cataluña que tantas veces se habrán trasladado a Madrid en viaje turístico y que tan pocas oportunidades habrán tenido de admirar de cerca el formidable avance que en todos los órdenes de la vida médica realizan a diario nuestros colegas de Madrid.

Con todo lo dicho, me refiero concretamente a tres soberbias Instituciones médicas, merecedoras cada

una de ellas de los honores de un viaje especial, a saber: el servicio hospitalario del Dr. MARAÑÓN, los nuevos Dispensarios generales de la Cruz Roja, y el por todos conceptos admirable Hospital del Rey.

No entraré en detalles de la organización maravillosa que el espíritu selectivamente superior de MARAÑÓN ha sabido imprimir a su servicio de Medicina Interna del Hospital General de Madrid. Es un modelo único en nuestro país, tan apegado a los anquilosamientos oficiales.

El servicio de MARAÑÓN respira un aire francamente europeo y demuestra hasta dónde puede llegar una obra, cuando libre de todo molde preestablecido puede obedecer ampliamente los impulsos de una inteligencia privilegiada y de un corazón paternal. Nada falta en el servicio hospitalario de MARAÑÓN para que pueda ser considerado como un centro de estudio completísimo. Biblioteca, Museo de Anatomía Patológica, Laboratorios, Auditorium para conferencias, y unas salas repletas de enfermos bien atendidos y depuradamente estudiados.

MARAÑÓN realiza en este maravilloso servicio una labor docente que nos atreveríamos a calificar de patriarcal. Abre continuamente nuevas fuentes de investigación, impulsa trabajos, los orienta generosamente, y dedica a la marcha general de su departamento todas sus mejores iniciativas.

MARAÑÓN acude diariamente a su servicio a primeras horas de la mañana para no abandonarlo hasta las primeras de la tarde, y suple con su largueza las limitaciones económicas que las necesidades hospitalarias impondrían necesariamente a su obra.

Profesor inimitable y mecenas espléndido, MARAÑÓN realiza en nuestra patria una labor científica fecunda. ¡Loado sea!

La nueva organización de asistencia ambulatoria de la Cruz Roja madrileña merece también punto y aparte.

Próximo al Hospital de S. José y de Sta. Adela ha sido recientemente inaugurado un soberbio edificio destinado exclusivamente a prestar asistencia médica a los enfermos ambulatorios. No es posible dar en unas cortas líneas la debida ponderación a la magnificencia con que está concebida esta organización dispensarial, no igualada en otra parte de España.

Los dispensarios se hallan agrupados por especialidades, con vida propia e independiente, y dotado cada uno de ellos de todos los elementos de diagnóstico y de tratamiento apetecibles. Los laboratorios, los aparatos de Rayos X, el arsenal quirúrgico, todo aquello, en fin, que pueda ser requerido para la prestación de un servicio médico, se halla pródiga y espléndidamente esparcido en este edificio dispensarial con honores de palacio.

Digamos sintéticamente que la Cruz Roja española posee en Madrid un servicio de dispensarios pocas veces visto en el extranjero.

Finalmente, séanos permitido dedicar nuestra más sentida nota admirativa al majestuoso Hospital del Rey, dedicado a la hospitalización y tratamiento de

(1) El exceso de original nos obliga a dejar para el próximo número la publicación de las otras dos interesantes conferencias que dió el doctor Aschoff en nuestra Facultad y en la Real Academia.

los enfermos infecciosos y que parece planeado y construido en la mismísima América del Norte.

Creemos poder afirmar, sin temor de ser desmentidos, que el Estado ha dotado a Madrid de uno de los mejores Hospitales de infecciosos de Europa. En las afueras de Madrid, en pleno Chamartín, se levantan arrogantes varios pabellones de amplias dimensiones y de agradable arquitectura, cuyo conjunto constituye el llamado Hospital del Rey.

La estructura de este Hospital responde a la concepción *hamburguesa*, de pabellones aislados, de vida individual y exentos de toda centralización en lo que se refiere a la prestación de servicios auxiliares. Esta concepción de tantos hospitales pequeños como pabellones, y que aparece susceptible de críticas según la finalidad concreta del hospital, la creemos en cambio indiscutible tratándose de un Hospital de infecciosos.

Pero lo que mayor sorpresa causa en este magnífico conglomerado arquitectónico que constituye el Hospital del Rey, es la organización interna excepcional que ha sabido imprimirle un hombre modesto pero plétórico de merecimientos, el Dr. Manuel TAPIA, que tan brillantemente supo conquistar, hace escasamente dos años y en épica lucha de oposición, el cargo de Director. El Dr. TAPIA, formado en las escuelas Rockefeller, ha sabido tras ímprobos esfuerzos hermanar en su Hospital del Rey las rígidas perfecciones americanas con los vibrantes destellos de la imaginación latina.

Sólo así se comprende la depurada organización de esta magna institución Hospitalaria, cuya función social no está reñida con las avanzadas elucubraciones de la ciencia y de la investigación. Sólo un temperamento superior como el del Dr. TAPIA podía salir triunfante en una empresa capaz de hacer vacilar y fracasar a los más iniciados.

Y con esto, estimado lector, doy por cumplida mi misión informativa, que tiene casi la fuerza de un descargo de conciencia. Y antes de terminar, no olvides mi consejo; cuando vayas nuevamente a Madrid, no dejes de visitar el Servicio del Dr. MARAÑÓN, los Dispensarios de la Cruz Roja y el incomparable Hospital del Rey. Estoy seguro que me lo agradecerás. Palabra.

Luis Trías de Bes.

BIBLIOGRAFÍA

COLLET.—MANUAL DE PATOLOGÍA MÉDICA. Segunda y última edición, vertida al español por el doctor F. COROMINAS. Editorial Espasa-Calpe, 1928. Mientras subsista la actual organización de la enseñanza oficial de la Medicina y de un modo particular la de la Patología Médica, quedará siempre justificada la existencia de tratados modestos, exentos

de pretensiones y que se adopten a esta concepción global y sintética de la medicina interna.

No nos sentimos, ciertamente, dispuestos a compartir este concepto uniformista de la Patología Médica, tan poco de acuerdo con la dicotomización cada día más profunda que el incesante avance de la Medicina contemporánea le impone.

Pero nuestra disconformidad con un estado de hecho inevitable, no ha de llevarnos a censurar aquello que es su consecuencia obligada, y menos aún si esta escuela ofrece un aceptable sentido de renovación, superior incluso a la pobreza de los motivos causales.

Estos comentarios nos sugiere la rápida ojeada que acabamos de hacer a la novena y última edición del Manual de Patología Médica del Prof. COLLET, cuya versión castellana ha sido una vez más ofrecida a nuestros médicos y estudiantes por la casa editorial Espasa-Calpe.

La última edición *del Collet*—como habitualmente se le designa en los medios estudiantiles—se ofrece nuevamente con aquellos caracteres sintéticos y con aquella sobriedad expositiva que han sido indudablemente la clave y el secreto de su éxito. No en vano nos hallamos ante su novena edición.

Esta misma circunstancia patentiza por otra parte un espíritu de renovación que es forzoso reconocer. En efecto, pecaríamos de inexactos, si dejáramos de afirmar que dentro de sus limitaciones expositivas, acusa el nuevo libro un singular esfuerzo para recoger en sus páginas las más recientes adquisiciones de la Patología Interna.

En este sentido, creemos que debe ser citado con particular encomio, el capítulo de las enfermedades del sistema nervioso, notablemente ampliado y puesto al día.

Con todo lo apuntado hasta aquí, podemos decir sin peligro de equivocación, que el estudiante continuará viendo en la última edición del Manual de Patología Médica del Profesor COLLET, el libro donde puede hallar los conceptos básicos de la Patología Interna, sin gran detrimento en la modernidad de su cultura médica fundamental.

Luis Trías de Bes.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA

Estudio crítico de la Fisiopatología de la diabetes insípida.
F. RATHERY y J. MARIE.

De la discusión referente a la fisiología patológica de la diabetes insípida, parece deducirse que se han adquirido tres puntos sobre los cuales pocas objeciones pueden hacerse:

1.º La poliuria puede ser creada experimentalmente por una lesión nerviosa. Ya se trate de la picadura del bulbo (Cl. Bernard), ya de las lesiones corticales (Bechterow), ya