

JAIIME PEYRI: MANUAL DE ENFERMEDADES INTERSEXUALES.—Espasa-Calpe, editores. 1928.

El profesor Peyrí, conocedor de la Dermatología, trabajador incansable y habituado a hacer una labor pedagógica intensa, ha puesto en su obra todo el amor y todo el trabajo de estos últimos tiempos. Una obra engendrada en estas condiciones, ha de ser necesariamente lo que es: una obra perfecta. El profesor PEYRI ha sabido dar, a su última publicación un ambiente puramente científico al lado de un matiz de práctica; hermanar los hechos clásicos y los de más reciente investigación, adaptando unos a otros. Hacer una descripción detallada de los hechos fundamentales y básicos dándoles un ambiente de modernidad e interpretando dichos hechos según las teorías del momento actual. Es una obra en que el médico general encontrará los datos suficientes para diagnosticar y tratar correctamente un enfermo afecto de un proceso venéreo, y se podrá poner al corriente de todos los problemas que hoy plantean este grupo de enfermedades. El médico especializado podrá completar sus conocimientos en los hechos de fina observación, y el estudiante, con dificultad encontrará otro manual más completo para su formación científica, dadas las condiciones didácticas y pedagógicas de la obra.

Es un manual de 520 páginas, con 33 láminas en color y 150 figuras, editado con gran cuidado, y la parte gráfica excelente.

El primer capítulo está dedicado a un esbozo histórico muy completo. Siguen dos capítulos que encierran todos los conceptos de las generalidades de la sífilis. Hace después un esquema de la evolución de la lúes, siguiendo la sifiliografía descriptiva, por sistemas. Dedicó a la sífilis hereditaria otro capítulo y entra en el problema terapéutico de la lúes, tratado extensamente.

Después del chancro blando, entra a describir la blenorragia, capítulo completísimo, del Dr. J. TRAGANT, verdadero compendio de cuanto se refiere a blenorragia. Sigue un capítulo de enfermedades venéreas no comprendidas en el tríptico clásico. Es esta parte muy interesante, pues vemos estos procesos que raramente se encuentran, formando un conjunto bien clasificado. Termina con la descripción de las enfermedades paravenéreas, papilomas, herpes genital, molluscum, sarna, etc.

Ultimamente, hay un capítulo dedicado a la profilaxia, tanto social como individual, dando una excelente orientación al problema.

A. CARRERAS.

## REVISTA DE REVISTAS

### MEDICINA

#### ¿ES CONVENIENTE SANGRAR A LOS ENFERMOS DE PULMONIA?

Una de las enfermedades más frecuentes no sólo en España, sino en todos los países, es la pulmonía. Según R. STAEHLIN, alcanzan en la clínica de Basilea los atacados de esta enfermedad el 4,4 por ciento de todos los enfermos. Según EICHORST, las pneumonías alcanzan en Zurich el 5,4 por 100 de los enfermos tratados y en los Hospitales de San Petersburgo, según ZIEMSEN, llegan a un 6 ó 7 por 100 de los enfermos, también tratados. En España, y principalmente en la meseta castellana, las pulmonías son muy frecuentes, habiendo muerto próximamente en estos últimos cinco años en España de tal enfermedad alrededor de 60.000, cifra para tenerla en consideración.

A pesar, según se ve de su gran frecuencia, y de los constantes estudios hechos referentes a la misma, el tratamiento se puede decir no ha variado, contando la Medicina actual casi con los mismos medios que contaba hace muchos años para combatirla.

De entre todos estos medios de tratamiento, existe uno que se ha diferenciado de los demás, o bien por los excesivos entusiasmos que en otros tiempos provocó, o bien por las también excesivas críticas y censuras a que su uso en los tiempos modernos ha dado lugar.

Su uso como tratamiento de la pulmonía se remonta a los tiempos más lejanos, pero fué principalmente en el siglo xv cuando alcanzó su máximo apogeo. En el siglo xvii comenzaron algunos a protestar de su abuso, pues hubo médicos como GUY PATIN, que practicó a su compañero MARTEI treinta y dos sangrías consecutivas, conducta seguida por muchos médicos de aquella época, como CHIRAC, como BOTAL y otros más. Únicamente médicos como VAN HELMOT y PORCIUS, se opusieron a esta forma de proceder que, sin miramientos, llegaban a sangrar niños de pecho y ancianos, olvidándose de los consejos de GALENO, que recomendaba abstenerse generalmente en estos casos. Este abuso de la sangría se encalmó a mediados del siglo xviii, hasta llegar el siglo xix, en el cual renació dicha práctica con nuevo ardor, y es BROUSAIS con su escuela filosófica y BOCQUILLÓN con sus teorías humorales, BOILLAUD con las mismas tendencias, etc., los que dieron realce verdadero a la práctica de la sangría en ciertas fiebres, y entre ellas la pulmonía. Pero desde mediados del siglo pasado comenzó el decaimiento de tal práctica; el descubrimiento de los microorganismos y las modernas teorías de la inflamación, en la cual ésta se conceptúa como un medio que el organismo utiliza para su defensa, y por el cual intenta hacer inocuos los microorganismos que le atacan, hicieron abandonar casi por completo tal medio, hasta llegar a nuestros días, en los cuales se halla casi por completo olvidado y relegado a un lugar muy secundario.

Ahora bien y en vista de este ligero bosquejo respecto a los antecedentes de la sangría, ¿tendrían razón los antiguos y sería conveniente en la pulmonía la práctica de la sangría, o estarían acaso en un error desecho por los modernos estudios de nuestros días? Antes de nada sentemos la siguiente conclusión: los antiguos es cierto que abusaron de

la sangría en ciertas enfermedades, entre ellas la que nos ocupa, la neumonía; pero acaso sea más cierto que los modernos, confiados en las modernas adquisiciones científicas, la han olvidado más de lo que conviene a los enfermos. No creemos, desde luego, que la sangría sea un remedio específico de la pulmonía, pero sí afirmamos que de haberla practicado en los casos en que se halla indicada, se hubiesen salvado de dicha enfermedad mucho más que no habiéndola practicado.

Ya sé que al opinar de este modo se me tachará de anticuado, pero lo esencial son los resultados, y el largo tiempo en que vengo utilizando tal modo de proceder cuando creo se halla indicada, ha hecho no tenga que arrepentirme de tal conducta.

Mi maestro el doctor CORTÉS al lado de quien estuve los cuatro años de interno, no dejaba de recomendarnos no olvidásemos en muchos pulmoniacos practicar la sangría; acaso entonces tomásemos aquello como algo anticuado, pero luego, después, la realidad que se impone a todos los convencionalismos, me hizo convencer de la verdad de muchas de sus observaciones, y una de ellas es, que en ciertas circunstancias lo único, pero exclusivamente lo único que a muchos enfermos de pulmonía puede salvarlos, es la sangría administrada a tiempo.

Cuando la pneumonia termina por la muerte, es el edema pulmonar a quien hay que culpar la mayoría de las veces de tal fin; pues bien, observad y veréis cómo el edema pulmonar se presenta en la mayoría de los casos cuando habiendo estado indicada la sangría en el curso de la pulmonía, no se ha efectuado. Y no se diga que cuando se presenta este edema pulmonar, todos están conformes en que se debe sangrar como única solución, pues lo que pretendemos es evitar que éste llegue, pues de así suceder, hay que sangrar rápidamente y al menor descuido, el fracaso llega. De ahí resulta una de las más importantes indicaciones de la sangría en los afectos de pulmonía, en todos aquellos en que amenace un edema pulmonar, pues en estos casos al descargar de sangre el sistema venoso, el corazón se encuentra aliviado de su carga, permitiéndole vencer los obstáculos que a su buen funcionamiento se oponen.

¿Y cómo sospechar cuando amenaza el edema pulmonar? Desde luego creemos se evita la mayoría de las veces en la pulmonía, sangrando como JACOUB aconsejaba en los casos de disnea intensa, en los de gran opresión con cianosis, en muchos casos de hipertermia y en los de exstasis cefálica.

En los atacados de pulmonía con cianosis, con venas del cuello muy visibles, congestivos, con pulso fuerte y tenso, hipertérmicos con opresión, con mucha disnea, etc., no dudéis, sangrad pronto, pues luego lo agradeceréis; y no se crea que es necesario buscar reunidos todos los síntomas citados para tal proceder, a la vista de algunos, el buen criterio del médico será el que indique la necesidad de la sangría.

El doctor RUBIO AMOEDO decía a fines del siglo pasado lo siguiente: «Siendo evidente en la pulmonía la obstrucción, dígame qué medio perentorio hay más eficaz que la sangría, descongestionante y descoagulante de la sangre, que facilita la circulación, disminuyendo las materias coloides y aumentando las cristaloides. Hemos tirado, decía, al arroyo lo útil con lo inútil, quedándonos desarmados. Y ahí está, decimos nosotros, el principal efecto de la sangría, y el por qué de sus brillantes resultados cuando se practica en los casos indicados, alivia en mucho el trabajo cardíaco, que es donde radica muchas veces el peligro de esta enfermedad—la enfermedad está en el pulmón y el peligro en el corazón—; se combate de este modo la dilatación pasiva del ventrículo derecho, motivada por el obstáculo existente en los pulmones, lo cual es causa de que la contracción cardíaca sea incompleta. Después de la sangría las contracciones son más regulares y enérgicas.

»Las opiniones contrarias a la práctica de la sangría, las cuales achacan a ésta debilitar al enfermo y debilitar, por tanto, la nutrición cardíaca, no merecen la pena de dete-

nerse en ellas, pues todas las explicaciones e hipótesis tienen una importancia muy secundaria ante los resultados convincentes y claros de la práctica.

»Y en qué día es más conveniente la sangría? Difícil es fijarlo, pues depende de las circunstancias de cada caso particular, pero ya CELSO recomendaba no sangrar después del cuarto día de fiebre, a no ser que se impusiera para llenar una indicación vital».

Por nuestra parte hemos de decir que no se debe perder el tiempo desde que veamos algunos de los síntomas antes enumerados y principalmente desde que se observe exstasis en la circulación venosa.

La cantidad de sangre a extraer ha de estar en relación con lo que demanden las circunstancias, y además con el grado de corpulencia del sujeto. En términos generales podemos decir que la cantidad extraída gira casi siempre alrededor de unos 300 a 400 c. c.; si fuese necesario se puede repetir la sangría al siguiente día o algo más tarde.

Con este proceder, utilizándole, como es natural, solamente en los casos indicados, creo haber logrado resultados que no admiten comparación con los restantes tratamientos; desde luego, que nunca se deben olvidar los consejos de GALENO de no sangrar a los niños ni a los sexagenarios, a no ser que una indicación imperiosa lo exigiese, por la facilidad de que aparezca la adinamia; igual reserva y con las mismas condiciones, he tenido en los enfermos crónicos, en los débiles, en los agotados, etc., y hasta ahora, afortunadamente, no he tenido que arrepentirme de tal forma de proceder.

Y así tenía que ser, pues no se explica que clínicos tan eminentes como SYDENHAM, como BOULLAUD, como GRAVES y otros muchos más, con su fina penetración y con sus claras observaciones, hubiesen persistido toda su vida en el error; desde luego, acaso abusaron porque en Medicina es raro que esto no suceda, cuando la moda impone cualquier medicación, pero de eso a negar también por completo su eficacia, media un abismo.

Podría citar muchos casos que comprobasen lo expuesto, pero sería alargar el asunto con pocas ventajas, dada la facilidad con que la mayoría de las historias se adaptan a lo que el que escribe desea. Lo esencial es retener que en los neumónicos fuertes, congestivos, de venas del cuello prominentes, en los cianóticos, en los de gran disnea y opresión, de pulso tenso y amplio, hipertérmicos, en los casos todos en que el edema pulmonar amenaza, etc., la sangría es un remedio soberano; el que la practica una vez se hace un convencido.

Para producirse el edema, dice COURCOUX, en el «Tratado de Patología Médica de Sergent», se necesita una fase de hipertensión arterial, un decaimiento del corazón izquierdo, y una vasodilatación con alteración de la pared capilar; pues bien, dígame con qué medio se evita mejor que con la sangría la llegada de dicho edema.

El oponerse como hacen algunos a este proceder, como antes decíamos, por el temor de debilitar al enfermo y a la vez dicen también debilitan la nutrición del miocardio, no valen tenerlas tenerlas en cuenta, pues lo esencial es evitar primero el peligro que amenaza; pero además está probado son temores imaginarios, pues una sangría practicada en las condiciones expuestas no lleva ningún peligro. (*Anales de la Beneficencia Municipal*. N.º 81. 1928).

#### Angina de pecho.—F. C. ARRILLAGA.

De acuerdo con VAQUEZ, el Autor concreta la sintomatología de la angina de pecho en tres síntomas principales: 1.º *Dolor torácico* (precordial o retrosternal); 2.º *Irradiaciones dolorosas en la espalda*, nuca y brazos, y 3.º *Angustia intensa*, pudiendo llegar hasta la sensación de muerte inmi-

nente. El autor estudia luego detalladamente, cada uno de estos síntomas.

Cita la clasificación del síndrome anginoso hecha por DANIELOPOLU, pero prefiere la de VAQUEZ, que lo divide en *angina de esfuerzo* y *angina de decúbito*, añadiendo con GALLAVARDIN la *angina neurósica*.

El Autor estudia cada una de estas formas clínicas y describe su sintomatología propia. Se detiene muy especialmente en el estudio del electrocardiograma de la angina de pecho, aceptando con SMITH que los procesos vasculares señalan la rayadura de las deformaciones que sufre el electrocardiograma en estos enfermos, aunque a menudo no pueda demostrarse en éstos ninguna anomalía clínica ni radiológica en el corazón o en los vasos.

En lo que se refiere a la etiología, atribuye una gran importancia a la sífilis, al fumar en exceso y a las afecciones mediastinales, tanto por su importancia etiológica y patológica como por la terapéutica.

No acepta la existencia de la *falsa angina de pecho*, puesto que ésta representa siempre formas variables de la verdadera angina.

El Autor estudia la patogenia de la angina de pecho y señala la evolución que han sufrido las teorías que la explican, gracias a los trabajos de VAQUEZ, DANIELOPOLU, MORAWITZ, etc.

Destruye la antigua teoría coronaria: la teoría del *miocardio* se mantiene con sus adeptos, pero el Autor acepta como más real la nueva teoría *nerviosa* y se detiene muy especialmente en su estudio, analizando de acuerdo con DANIELOPOLU dos causas importantes: los factores *predisponentes* y los factores *determinantes* del acceso.

Finalmente, estudia los trabajos de las escuelas rumanas, refiriéndose a la patogenia y al tratamiento quirúrgico de la angina de pecho. (*Revista médica latino-americana*, agosto 1928).

*La vacuna anti-alfa en el tratamiento médico de la úlcera gastroduodenal.*—J. Luis YAGÜE ESPINOSA.

Cuando en el año 1919 se efectuó la gran prueba de la vacuna anti-alfa con el vecindario de Alcira, que reclamó para sí, «viril, inteligente y abnegado, pero creyente en FERRÁN hasta el mismo fanatismo» (CODINA), el honor de las primicias, como lo fué en 1885 para la vacuna anticólera del mismo autor, sufrieron la vacunación gran número de enfermos de otras dolencias: unos a sabiendas de que las padecían, por estimarse, en el reconocimiento previo a que se les sometía, y otros, ocultando aquéllas cuidadosamente, ansiosos de prestarse a la lucha infatigable contra la peste blanca.

Y, con sorpresa, se observó que la vacuna anti-alfa beneficiaba extraordinariamente gran número de padecimientos, considerados hasta entonces sin nexo etiológico con la tuberculosis, cuyos dolientes habían luchado inútilmente contra ellas. Y entre aquéllas, las enfermedades gástricas de tipo hiperclorhídrico.

Idéntica observación efectuó GIRONA al repetirse la experiencia en Alberique; y como en esta población las dosis inyectadas fueron dobles que en Alcira, los efectos de alivio en los hiperclorhídricos se manifestaron inmediatos; se pregunta este autor si una serie de vacunaciones con la misma colocarían al estómago en su normalidad.

CODINA y CASTELLVÍ, conocedor y testigo de tales hechos, juzgó útil estudiar el efecto terapéutico de la vacuna anti-alfa en diversas dolencias no tuberculosas; por lo que se

refiere a las gástricas, en un caso de úlcera es evidente la mejoría.

De los resultados de conjunto obtenidos con la vacuna destacan estos dos hechos fundamentales: desigualdad de efectos y eficacia preferente por lo infeccioso y vascular (entre lo que está comprendido la úlcera gástrica).

SABATÉ CANTO, bajo otro aspecto, al sostener que gran número de tuberculosos, en los que queda excluida la herencia, el contagio o una enfermedad tuberculizable, tienen en sus comienzos signos dispépticos, manifestaciones de corta fecha de aparición, que no guardan relación sintomática con la depauperación orgánica, y trastornos generales alarmantes que en estos pacientes se presentan, y que constituyen verdaderos estados de microbismo latente, que no duda en calificar de tuberculoso; sintomatología que se engloba en el epígrafe de catarro gástrico, con un síndrome algo confuso de hiperacidez y signos físicos muchas veces nulos o muy escasos. En ellos ha ensayado la vacuna anti-alfa, haciéndolos objeto de una comunicación al pasado Congreso de Medicina de Sevilla y esta aplicación sirve, al mismo tiempo, de diagnóstico terapéutico, pues entre 12 y 15 inyecciones de vacuna, empezando por 1/2 c.c. y aumentando a 1 c.c. con intervalos de seis a ocho días, según la reacción observada, deben desaparecer las manifestaciones morbosas, cambiando por completo el estado general del enfermo.

Ante los resultados evidentes de los mencionados autores nos decidimos a ensayarla.

De entonces, enero de 1923, a acá, hemos continuado empleándola de una parte, en casos puros de úlcera gastroduodenal, y de otra en enfermos que, primitivamente afectados de una lesión fímica abdominal padecían alteraciones digestivas hiperclorhídricas y probables lesiones ulcerosas gástricas.

Los enfermos sometidos a tal terapéutica pertenecen a todas las clases sociales; sin selección cuidadosa, suelen ser ulcerosos crónicos rebeldes a otras medicaciones y susceptibles de hacer un mediano tratamiento higiénico-dietético complementario. Algunos de ellos presentaban localizaciones fímicas en otros órganos (peritoneo, intestino, riñón, pulmón), sin que en los mismos se observasen indicaciones especiales.

Para la aplicación de la vacuna es dato esencial el conocimiento de la curva térmica del sujeto. Cuando ésta no sobrepasa los 37,4 grados se puede comenzar la primera dosis con 1/2 c.c. de vacuna repitiéndola cada dos o tres días, en relación con la reacción originada y con arreglo a la misma, aumentando en 1/4 c.c. si es posible, hasta alcanzar la total de 1 1/2 c.c. una ampolla que no se debe sobrepasar y si seguir llegando entonces algunas de las inyecciones a no producir reacción febril.

Suelen bastar 10 a 12 inyecciones para obtener la curación clínica de la dolencia; pero si con un máximo de 15 no se notasen resultados, lo que no nos ha acontecido nunca, deberá abandonarse el tratamiento sustituyéndolo por otro, y muy especial, aconsejando el quirúrgico.

Puede repetirse otra serie, si se estima oportuno, al par de meses, cuando menos, de haber finalizado la anterior.

Las inyecciones deben ponerse casi únicamente en la pared abdominal, hipodérmicas, alternando los puntos de aplicación, y suelen ser ligeramente dolorosas, con sensación urente a la penetración del líquido, molestias que desaparecen con rapidez. Y su mejor hora de aplicación puede ser mediada la tarde para que la reacción térmica si se presenta, coincida con las primeras de la noche y el reposo en cama natural en las mismas.

Los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios. La sedación del dolor suele manifestarse tras la segunda o tercera inyección y con él no tardan en desaparecer las demás manifestaciones hiperclorhídricas y las hipoclorhídricas, si, como más raras, ofreciesen este quimismo las lesiones y la atenuación de los espasmos locales o generales del órgano. (*Gaceta Médica Española*, Octubre 1928).

## FISIOPATOLOGÍA

*Variaciones evolutivas y estructurales del páncreas durante el ayuno, el injerto, o tras la resección de los canales excretores.*—E. RETTERER.

Mientras se consideren los tejidos epitelial y conjuntivo del páncreas como constituídos por especies celulares distintas y antagonistas, no podrá explicarse la evolución fisiológica ni patológica del páncreas. Si por el contrario se concede al autor, como viene sosteniendo desde hace medio siglo, que el tejido conjuntivo representa un estado evolutivo más viejo, más avanzado que el epitelial, cree que se aclararía la fisiología y la patología del páncreas.

Cuando merced a la abstinencia, se disminuye la formación de jugo pancreático, aumentan los islotes en volumen y cantidad. Igual que en las condiciones fisiológicas, las células epiteliales de los fondos de saco se transforman en tejido reticular o conjuntivo joven, no regresando jamás los elementos de este último tejido a tejido epitelial del mismo modo que un hombre viejo jamás se volverá joven.

Cuando los agentes nocivos (enfermedades, alcohol, fósforo, arsénico, etc.), alteran la vitalidad de las células epiteliales, zonas de fondos de saco abiertos, sufren esta transformación conjuntiva. Con esto, padece tanto la secreción interna como externa, y aparecerá la glucosuria a pesar de la presencia de grandes extensiones de tejido reticular o pretendidos islotes de Langerhans. Este hecho demuestra la importante parte que toma la célula epitelial de los fondos de saco abiertos en la secreción interna.

La ablación parcial del páncreas, hecha en varios tiempos, que demuestra que la glucosuria no es persistente hasta que se extraen las cuatro quintas partes del órgano por lo menos.

Es mucho más probable que tras la transformación del epitelio en tejido conjuntivo reticular, continúen elaborándose productos de secreción interna. Si bien es difícil comprobarlo en lo que concierne al páncreas, se ha demostrado respecto al testículo: resecañdo el canal deferente o injertando fragmentos de testículo, se ha observado que el ardor sexual persiste mientras el epitelio se transforma en tejido reticular. Además, la energía muscular y nerviosa se encuentra aumentada, durante estos estados de transformación. Una vez desaparecido el epitelio, y después de transformarse el tejido reticular en fibroso, mucoso o adiposo la secreción interna cesa así como la externa.

Como en el siglo XIX, se enseña en las escuelas que el epitelio no es más que un barniz protector de los tegumentos y glándulas. Junto al papel protector que posee el epitelio en el tegumento externo, proporciona toda la vida generacional celular que evolucionan en el sentido conjuntivo. Igualmente ocurre en las glándulas; es suficiente comparar la trama conjuntiva del páncreas de un perro adulto o viejo con uno joven. No es el tejido conjuntivo el que prolifera, pues en él no se encuentran jamás mitosis, sino el epitelio que se transforma en tejido conjuntivo.

La experimentación corrobora estas conclusiones. Si se somete a los animales al ayuno o simplemente a una alimentación insuficiente, si se resecan los canales excretores del páncreas, o si se transplanta un fragmento de páncreas a otra región, se precipita esta evolución conjuntiva. Mientras dure esta transformación y persistan masas de tejido reticular las células continúan su intercambio con el organismo, es decir, persiste la secreción interna. Una vez desaparecido el epitelio y el tejido reticular, cuando no quedan más que nódulos fibrosos, mucosos o adiposos, el páncreas se considera inerte desde el punto de vista de la secreción interna. (*Anales d'anatomie pathologique*, T. V, n.º 2, 1928).

AUTO-RESUMEN.