

CONCEPTO CLÍNICO ACTUAL DE LA SEPTICEMIA

por el doctor

M. RODRÍGUEZ PORTILLO

de Barcelona.

Uno de los temas de Patología de más palpitante interés, constitúyelo, sin duda alguna, la septicemia, no sólo por ser vista e interpretada de muy distinto modo, según el cristal con que se mira, sí que también por ser factor básico de preciosas y concisas indicaciones terapéuticas.

Y tanto es así, que ya los médicos de la antigüedad se ocuparon de ella llamándola de diversas maneras según la concepción que de la misma tenían; en los primeros tiempos, se la conocía por *sinoca pútrida*: GALENO la denominó *putridez*; *fiebre pútrida* en el siglo XVIII; *estados pútridos de la sangre* por HUXHAN, y finalmente, atendiendo a su etimología (septikos de sepein—corromper, y aima-sangre, PIORRY), se la conoció con el nombre genérico de Septicemia. A raíz de tal denominación, creíase, fundado en su significado que era producto de una complicación de ciertos procesos sépticos, sin sello especial y siempre subordinada al referido proceso general.

A mediados del siglo pasado, los prácticos, en lugar de tener grandes concepciones en lo que a etiología y patogenia se refieren, apartándose así de aquella máxima de Aristóteles «la verdadera ciencia está en las generalidades y no en los detalles», se preocupaban de los síntomas y lesiones, atribuyendo las causas de muchas enfermedades a cosas misteriosas, y su curación, a la *naturaleza medicatriz*; hubo, no obstante, entre ellos, quien por intuición atribuyó aquéllas como resultado de la intervención de un parásito invisible, pero a falta de pruebas reales, quedó pronto olvidado.

Más tarde, vióse que ciertos procesos infecciosos—el carbunco, por ejemplo,—a pesar de ser una enfermedad local, ocasionaba trastornos generales debidos a la penetración en el torrente sanguíneo de materias malignas. Esta manera de observar e interpretar los hechos, trazó el camino por donde debía seguir más tarde el genial PASTEUR, para llevar a cabo su grandioso y resonante descubrimiento, destacándose como precursores, ROGER, DAVAINE, HATEAU, etc.

Descubiertos los microbios como causa productora de las enfermedades, se atribuyeron a éstos la responsabilidad de aquellos trastornos, ya que las bacterias, valiéndose de las vías sanguínea o linfática, llegaban a los órganos lejanos para desarrollar su acción patógena. El cuadro clínico causado por ésta fué denominado por PIORRY primero (1847), y KOCK después, *septicemia*, palabra que subsiste en la actualidad, a pesar de no abarcar por completo, según

más adelante veremos, su verdadero significado ni estar de acuerdo con la definición clínica de la misma: «Enfermedad causada por la penetración en la sangre de gérmenes patógenos, con sintomatología propia, evolución especial y localizaciones determinadas algunas que otras veces». No es, por consiguiente, como antes aquella palabra suponía, una de tantas complicaciones de determinado proceso, es, por sus atributos, una verdadera entidad nosológica, con un carácter especial que la distingue de todas y con etiología múltiple.

Estas torcidas interpretaciones, causa de lamentables confusiones y de no pocos errores terapéuticos, han sido uno de los motivos que me han impulsado abordar este arduo tema, aparte de los beneficios que entiendo y creo puede proporcionar al práctico una bien marcada delimitación y claro concepto de proceso tan corriente y de resultados fatales en ciertos casos.

Según decíamos antes, vueltas las aguas a su verdadero nivel, pasados los primeros entusiasmos por tan grande descubrimiento, vieron los clínicos aleccionados por las enseñanzas del Laboratorio, que no en todas las enfermedades infecciosas los trastornos generales sépticos eran justificables por la acción directa de la bacterias, ya que en algunos cadáveres dejaron de encontrarse a pesar de haber tenido lugar aquellos trastornos en todos los aparatos de la economía: entre las enfermedades estudiadas, descollaba la fiebre tifoidea—septicémica por excelencia—no habiéndose hallado en la autopsia de los órganos que en vida fueron asiento de alteraciones funcionales intensas, bacilo de EBERTH alguno.

Esto dió motivo a que los investigadores (GAUTIER, CHARRIN, ROUX, TIZZONI, etc.), continuaran sus estudios con más ahinco, resultando de ello el hallazgo de unos *productos solubles en el agua* llamados venenos bacterianos o toxinas; con esto, se vino en conocimiento primero que los tales venenos tenían tanta o más importancia que las bacterias, y segundo, que éstas, sin necesidad de abandonar el foco o aparato lesionado, producían trastornos generales valiéndose de las toxinas por ellos segregadas; tales alteraciones anátomo-funcionales constituyen el cuadro clínico llamado *toxemia* (1).

(1) Los venenos no parecen obrar sobre todas las células ni ser específicos de algunas de ellas, y parece igualmente que el organismo no es capaz de producir las antitoxinas más que contra los venenos que poseen esta propiedad. Inmunidad anti-infecciosa.—Dr. MUCH.

Con este descubrimiento, el concepto de infección y por tanto de septicemia modificóse en el sentido de que toda enfermedad infecciosa era también enfermedad tóxica, y que donde había infección reinaba, asimismo, intoxicación.

Los procesos infecciosos que sirvieron de estudio y sus conclusiones de base para sentar esta afirmación, de tan interesantes consecuencias clínicas, fueron la *difteria* y el *tétanos*. Para patentizar la existencia del veneno diftérico, YERSIN y ROUX procedieron a la filtración de cultivos de bacilos diftéricos de algunas semanas de fecha a través del filtro de CHAMBERLAND, cuyos poros detienen a las bacterias; recogido el líquido filtrado, libre de gérmenes, lo inyectaron a los animales ocasionándoles la muerte después de haberles producido los mismos trastornos causados por los microbios vivos. Igual método emplearon KITASATO y FRAENKEL con respecto al *tétanos*, obteniendo iguales resultados.

Estos hechos, comprueban lo que anteriormente decíamos, enseñando a la par, no sólo la presencia de toxinas, sí que también su especificidad (2). Cabe la objeción de que tal especificidad es muy reducida, ya que se cuentan muchos venenos bacterianos que no son específicos. Efectivamente así es; pero el día que se ensanche el horizonte de nuestros conocimientos científicos para determinar la naturaleza química de los mismos, entonces se conocerá su especificidad: es lo mismo que negar la belleza de una piedra preciosa sino disponemos del indispensable elemento luz para hacerla brillar.

Otro aspecto clínico también importante, se presenta y es, que hay cultivos que una vez filtrados, no son tóxicos, como sucede con los del gonococo, del cólera asiático, del tífus, del estreptococo, del estafilococo, de la pústula maligna y probablemente del bacilo de Kock, y en cambio, lo son extraordinariamente, las bacterias muertas que quedan retenidas en el filtro: la antítesis de lo acaecido con los bacilos de la difteria y del *tétanos*, según hemos visto. La explicación de este hecho estriba en que dichas bacterias llevan el veneno en su interior mientras viven, pero una vez muertas y disueltas en el medio orgánico donde anidan, queda en libertad y comienza su maléfica actuación, causando la intoxicación del organismo (3).

Por lo que acabamos de exponer deduce una consecuencia clínica de alto interés: que en toda enfermedad infecciosa en general ocasionada por las bacterias, a más de los factores *germen* y *terreno*,

(2) Con respecto a los protozoos su estudio es aun incompleto, si bien hay visos de probabilidad.

(3) Según la teoría de PFEIFFER, la mayoría de bacterias no obran por medio de las toxinas segregadas, cuya acción en el organismo es suprimida por las antitoxinas, sino por la acción de la substancia constitutiva misma de las bacterias. Al mismo tiempo ha demostrado que así como las bacterias productoras de venenos quedan localizadas en un punto determinado del organismo, las pertenecientes al segundo grupo tienden a la mayor diseminación posible en la economía invadida.

juega un papel muy digno de tenerse en cuenta el factor intoxicación, muchas veces el verdadero responsable de los trastornos funcionales.

Demostrada la existencia de la intoxicación en las enfermedades infecciosas, creo que el verdadero nombre que a tales procesos agudos se les debe dar es el de toxi-infecciones; por otra parte, de la misma manera que la presencia de los gérmenes patógenos en la sangre constituye la *Septicemia*, cuando brillan por su ausencia y se manifiestan los trastornos funcionales característicos, corresponde denominar a tal estado, *toxemia*.

Ahora bien; si del campo de la experimentación nos trasladamos al de la observación, o sea, al clínico, veremos confirmado todo lo que apuntado queda. En efecto, si bien es verdad que gracias a los hemocultivos sistemáticos que de algún tiempo a esta parte se vienen practicando, descúbrese en la sangre la presencia de gérmenes patógenos, nadie ignora que en ciertas ocasiones, a pesar del cuadro clínico de septicemia presentado por algunos enfermos, la hemocultura resulta negativa; ¿qué prueba esto? Que la enfermedad no es infecciosa, de ninguna manera, demuestra que tal cuadro clínico es ocasionado a la par que sostenido por la presencia y virulencia de las toxinas llegadas al tejido hemático por vía venosa o linfática (4).

Algunos casos febriles con exiguos síntomas objetivos, con una casi integridad funcional de sus aparatos y sistemas, ligero malestar y hemocultivo negativo, no han podido ser incluidos, no diré fichados, porque esto huele a cosa muy distinta de la espiritualidad de nuestro tema dentro de un determinado marco nosológico, y, no obstante, desde el momento que la fiebre sin fisonomía determinada y con intensidad creciente persiste sin poderla relacionar con causa somática alguna, es prueba evidente que existe enérgica protesta por parte del organismo ante la penetración en su seno, ya que no de microbios por haber resultado negativo la hemocultura, de toxinas, y, por tanto, que en el fondo de este caso clínico domina una verdadera intoxicación, y en consecuencia una *toxemia*.

¿Cómo explicar, por ejemplo, la curación relativamente rápida conseguida en enfermos cuya sintomatología reducida tan sólo a ligeros trastornos gastrointestinales, caracterizados por fenómenos de putrefacción y fermentación, con integridad anatómico-funcional del hígado y bazo, amén de los de los restantes órganos de la economía, y con hemocultivo negativo, acompañados, a pesar de la bondad del cuadro clínico, de una pirexia elevada y persistente y pulso frecuente, pero regular y rítmico, cómo explicar, digo, la curación, con el solo cumplimiento de la indicación antitoxémica (yodo, cianuro de

(4) Según J. MUCH, muchas enfermedades infecciosas pueden ser provocadas por las toxinas por sí solas aún sin estar presentes los agentes morbosos: entre ellas, la difteria y el *tétanos*.

mercurio, urotropina, mercurocromo, etc., etc.), acompañada, como es de suponer, por la dietética propia de los estados infecciosos en general? ¿No demuestra el resultado terapéutico obtenido, que la causa de la enfermedad en cuestión, que el eje alrededor del que giraban los trastornos somáticos al parecer banales y el síntoma fiebre, no era otro más que una enmascarada toxemia de naturaleza simbiótica!

¿Qué interpretación clínica debe darse al hecho, que después de haber desaparecido las lesiones flogísticas agudas de naturaleza gripal, por ejemplo, localizadas en las vías respiratorias altas o bajas o en ambas a la vez, así como los trastornos funcionales siempre concomitantes de determinados aparatos (digestivo y urinario en particular), persiste la fiebre y con ella la protesta de la sangre?

¿No hace pensar tal hecho, muy frecuente en la práctica, que el motivo de sostenerse el estado febril y, por tanto, el malestar general, no pueda ser otro más que la presencia en el tejido hemático de algunas bacterias vivas, residuos de las mismas, de hematíes y leucocitos y muy especialmente de toxinas por aquéllas elaboradas durante la enfermedad? Y si en cuenta tenemos—como ha ocurrido muchas veces— que con el simple tratamiento antitoxémico ha desaparecido aquella pirexia entrando el enfermo en franca convalecencia, ¿no se deduce clara y elocuentemente que tal proceso no era otro, más que una *septicemia* con predominio de toxinas?

¿Cuántas y cuántas veces, la persistencia de las antipáticas *dichosas décimas*, rebeldes a los tratamientos clásicos, observados en individuos recién salidos de graves enfermedades (tifoidea, bronconeumonía, escarlatina, etc.), a los que se creía completamente curados, llegan a preocupar al médico no sin mantener en una zozobra constante y muy lógica a los deudos, obligando a buscar a aquél las causas más o menos probables de tan crítica situación por laberínticos senderos, atribuyendo como causa casi siempre segura, una probable tuberculosis incipiente, un solapado trastorno endodigestivo de naturaleza bioquímica, una nefritis intersticial, una desviación funcional del aparato endocrino, sin tener presente, lo que el sentido común bien ejercitado puede decirle, haciéndole ver que se encuentra ante un edificio (hombre) en el que se ha declarado un fuerte incendio (enfermedad infecciosa) y que como en semejantes casos ocurre, una vez reducido y sofocado éste, mediante el auxilio de los bomberos (médico), ha quedado repleto de escombros y cenizas (ptomainas, cadáveres de leucocitos, hematíes, células, etc.), entremezclados con algún que otro rescoldo (escasas bacterias vivas y bastantes toxinas), y que, como a tal, mantienen algún tanto caldeado el ambiente del organismo! Basta extraer, como se acostumbra en casos de incendio, aquellos escombros y cenizas mediante la estimulación de los emuntorios naturales y destruir los rescoldos—en nuestro caso las *dichosas décimas*— mediante la correspondiente medicación antisepticémica, para acabar de una vez

con aquéllos, tranquilizar a la familia, entonar moralmente al enfermo y calmar el natural insosiego del médico.

Cosa parecida tiene lugar en muchos casos de amigdalitis catarrales agudas; desaparecidos los fenómenos flogísticos locales, restituidas las amígdalas a su primitivo estado anátomo-funcional y terminada la primera reacción general del organismo, persiste, no obstante, la fiebre, aunque débilmente, mostrándose reacia a los tratamientos corrientes y solamente desaparece para no volver con la medicación antisepticémica.

En estas y otras enfermedades que podríamos citar, el examen de la sangre fué frecuentemente negativo y, a pesar de ello, tan luego como llegaron las sustancias medicamentosas que por su acción especial antisepticizaron el ambiente hemático y estimularon los órganos de defensa (hígado, riñón, sistema nervioso, etc.), desapareció el estado subfebril y, por tanto, la septicemia.

Estas observaciones clínicas demuestran que no toda septicemia está siempre ligada a la toxemia, *pudiendo ésta existir sin aquélla*. La palabra corriente de septicemia no supone exclusivamente presencia de gérmenes patógenos en la sangre: su significado se extiende en aquellos casos en los que la penetración en la misma ha sido sólo de toxinas: de donde se deduce que en la definición de septicemia dada por WANCHER y WORINGER: «enfermedad causada por la penetración en la sangre de gérmenes patógenos» debe añadirse «o de toxinas segregadas por gérmenes patógenos a distancia». Con esta adición, complétase el concepto clínico bacteriológico del proceso objeto de estudio, evitándose con ello lamentables confusiones muy frecuentes—me consta— en la cabecera del enfermo, por prácticos, que si después de practicar un hemocultivo resulta éste negativo, atribuyen la causa de la enfermedad y persistencia y rebeldía de la fiebre a todo lo posible, a un poco de lo probables y nunca a lo real: a la *toxemia*.

Sentado el primer punto de vista, relativo al verdadero significado clínico de la septicemia, pasemos a estudiar otro, también muy importante, concerniente al papel que el síndrome septicémico representa en patología.

Hemos dicho en uno de los párrafos de este tema que la septicemia es más frecuente de lo que muchos piensan; ahora digo más: entiendo por convicción, que la mayoría de enfermedades agudas y algunas crónicas, indagnosticables unas o diagnosticadas sistemáticamente de procesos corrientes otras, ya sea por la influencia que ejerce la estación reinante o por obra de la sugestión clínica de la moda (esto ocurre muy a menudo), son en el fondo verdaderas septicemias: y no lo afirmo por lo que haya aprendido de la observación personal, sino que vienen en mi apoyo la lógica y las enseñanzas de la Patología.

Una y otra nos dicen que, desde el momento que la Septicemia es una enfermedad, o mejor dicho, una entidad nosológica, debe tener y tiene su *comienzo*,

su *sintomatología*, *evolución* y *terminación* correspondientes, elementos que, según la Patología, se presentan en formas y aspectos diferentes: unas veces, por un comienzo brusco, escalofríos intensos más o menos cortos, seguidos de ascensión térmica (reacción orgánica) temporal, rara vez definitiva; después de este primer ataque y de profusos sudores, vuelve la cosa a su estado normal para repetirse aquellos escalofríos y elevación térmica a las pocas horas o al cabo de pocos días; durante el acceso, hay una vasodilatación periférica, excitación general, a veces delirio, taquicardia, hipertensión, oliguria, hemocultivo positivo—si se trata de septicemia por gérmenes patógenos— y leucocitosis (de 7,000 a 22,000 en dos horas); después del acceso preséntase vasoconstricción, hipotensión, debilidad cardíaca, leucopenia y hemocultivo negativo.

En otras ocasiones, la invasión es lenta, con ligeros escalofríos y ascensión lenta de la temperatura que puede, no obstante, llegar en tres o cuatro días a 40°.

En un tercer caso, el comienzo es insidioso, con temperaturas pequeñas, escasos sudores, acompañados de dolores vagos en las articulaciones de los dedos, que recuerdan el reumatismo: tal sucede en la endocarditis por el estreptococo viridans.

Y, por último, en ciertas ocasiones el comienzo consiste en una sensación de malestar, laxitud, artralgiás, mialgiás y trastornos endodigestivos, acompañado este cuadro clínico de una fiebre regular sin escalofrío.

Todos estos diferentes aspectos clínicos pueden condensarse en los cuatro *síndromes* siguientes:

1.º Forma *supraaguda* o *hipertóxica*.—Caracterízase por un comienzo brusco, solemne, escalofríos intensos, elevación de la temperatura (40 y 41°) y aceleración del pulso: a las pocas horas aparecen profunda postración, disnea, vómitos, convulsiones y coma, precursores, muchas veces, de la muerte (de 1 a 3 días); suelen acompañar a estos síntomas hemorragias profusas, erupciones y púrpura generalizada. Aparece esta forma en el curso de determinadas estreptococias, meningococias, estafilococias y procesos gripales.

2.º Forma *aguda*.—Igual debut, con escalofríos menos intensos y prudencial elevación térmica, alteraciones digestivas y nerviosas. Aparecen a los pocos días los síntomas graves del período de estado, con lengua seca, fuliginosa, esplenomegalia, oliguria y trastornos sensoriales.

3.º Forma *benigna*.—Aparición apenas perceptible, con signos somáticos banales que simulan procesos vulgares y que sólo el hemocultivo sistemático puede denunciar la naturaleza septicémica de los mismos.

4.º Forma *crónica*.—Caracterizada por una evolución lenta, con escasa o ninguna fiebre, interrumpida de vez en cuando por exacerbaciones acompañada de fuertes escalofríos y elevación temporal (1 ó 2 días) de la temperatura.

¿No os recuerdan estos síndromes ciertos procesos

vistos todos los días, a pesar de ser muy escasos los síntomas objetivos del aparato digestivo, descuella la fiebre con o sin taquicardia, con o sin disnea, con o sin astenia, rebeldes a todo tratamiento clásico?

¡Y esos otros que, comenzando sin ruido, sin alarma, de un modo pasivo, agrávanse por las inesperadas e incomprensibles al parecer complicaciones cardio-hépto-reno-cerebrales aparecidas bruscamente!

Y por último ¡aquéllos, cuyos dolores artro-musculares, acompañados de laxitud y fiebre alta no nos hacen pensar en un probable reumatismo poliarticular agudo!

Todos estos casos no son en el fondo más que *septicemias*, mitigadas en los primeros, intensas en los segundos y medianas en los terceros, consecutivos todas ya a la acción de agentes patógenos banales sobre terreno orgánico pobre, de resistencia escasa y mitigada defensa, ya, a microbios de escasa virulencia, como sucede en las tifoideas atenuadas, o ya al aumento en calidad de las toxinas, destruyendo los hematíes y con ello la riqueza de la sangre—oxihemoglobina,—o en cantidad, haciendo imposible la vida de los elementos constitutivos de aquéllos.

Cosa parecida se observa en las *estafilo-estreptococias* (5) cuando son generalizadas: se presentan sin lesiones, destacándose tan sólo fenómenos con gestivos acompañados de síntomas generales graves; cuando se muestran localizadas, ocasionan entonces enfermedades, cuyo nombre depende del órgano, aparato o sistema donde se fijan,—forúnculo de los huesos (PASTEUR, RODER)—osteomielitis-artritis supuradas y reumáticas (6)—endocarditis vegetante y ulcerosa, — Perimiocarditis,—arteritis y flebitis,—bronquitis; bronco - neumonía: pleuresía, — anginas flemonosas: de falsas membranas,—erisipela, etc.

¡Cuántas y cuántas veces enfermos, por ejemplo, afectos de anginas flemonosas, de erisipela y en particular de forunculosis, se han mostrado rebeldes a los tratamientos preconizados por los libros corrientes y sólo han cedido con una enérgica terapia anti-septicémica!

¡Y qué diremos de las *neumococias* cuando se localizan en el pulmón, ocasionando la neumonía fibrinosa o crupal! ¿No es este proceso neumónico consecuencia directa de aquélla, o mejor dicho, no es la neumonía fibrinosa, como lo es una artritis gonocócica, con respecto al gonococo, una manera de expresarse el organismo por la presencia en la sangre de neumococos o de gonococos?

¿Qué sucede, por ejemplo, en la fiebre tifoidea? Tanto si se considera como enfermedad local, de

(5) El estafilococo es el agente patógeno que más diseminado se halla en la naturaleza; se le encuentra en estado de saprófito en el aire, sobre el suelo, en el polvo y en el agua, donde puede conservar su vegetabilidad, según manifiesta COURMONT; es el agente de las supuraciones superficiales, así como el estreptococo lo es de las profundas: el 1.º es más quirúrgico, el 2.º es más médico.

(6) Aunque entran en juego otros factores, hay quien afirma (RIBOT), que el estreptococo es el agente productor del reumatismo.

asiento intestinal que obra a distancia por las toxinas microbianas segregadas en el intestino, como de asiento linfático de donde parten los venenos para determinar los fenómenos generales y lesiones intestinales, o como proceso general, con o sin manifestaciones entéricas y esplénicas, siempre la dotaría será una enfermedad septicémica general primitiva o secundaria, pero septicémica al fin; ante un tifódico, pensemos en su intoxicación, considerémosle como un septicémico y cumpliremos con ello uno de los dictados de la clínica moderna, piedra fundamental de nuestro futuro proceder.

Queda, pues, demostrado, por las enseñanzas de la observación y por los buenos tratados de Patología asesorados y medidos unos y otros por el metro de la lógica que *todas las infecciones agudas y crónicas son septicémicas, y por consiguiente, que todas las manifestaciones, lo mismo generales que locales, son expresiones a veces de aviso, de lamento otras, pero siempre de enérgica protesta por parte del organismo intoxicado.*

Quizá alguno de mis honorables lectores opine de distinto modo, fundándose en ciertas teorías sustentadas por doctos, que, fiándose en su prodigiosa imaginación, se dejan transportar a las mansiones del idealismo prescindiendo de los dos grandes factores constitutivos de la verdadera Ciencia—la observación y la experimentación.—Los hechos clínicos que he expuesto, han sido recogidos en la *cabecera del enfermo* por una atenta y continuada observación y controlados por la experimentación: poco me importan las teorías—algunas de ellas durables como el humo—pues, como dice el célebre CHARLES RICHET, al hablar de los fenómenos de la criptestesia, en su obra «La inteligencia y el hombre» (7), que lo que posee valor en la Ciencia es el *hecho real*, tenga

(7) Claudio BERNARD, maestro de los maestros, no se preocupaba de las teorías. Establecía hechos y se burlaba de los teóricos que oponían a los mismos la opinión vulgar denominada clásica.

o no explicación de momento, se aparte o no de lo conocido y clásico.

Resumiendo todo lo expuesto, termino con las siguientes conclusiones:

1.^a La Septicemia es una enfermedad producida por la penetración en la sangre de gérmenes patógenos (bacteriemia), o tan sólo de toxinas (toxemia), con manifestaciones generales unas veces y localizadas otras, en órganos, aparatos, o sistemas diversos, adquiriendo en estos casos el nombre correspondientes a los mismos.

2.^a Lejos de ser considerada, según los antiguos y algunos médicos de este siglo como *una complicación en el curso de los procesos infecciosos*, constituye una verdadera entidad nosológica, con su comienzo, sintomatología, evolución y terminación correspondiente.

3.^a Siendo el concepto clínico de la Septicemia muy distinto del hasta hace poco tiempo sustentado, la terapéutica de la misma, y con ello la de muchas enfermedades, ha cambiado totalmente, al extremo que por sus novedades y trascendencia clínica será objeto de un capítulo especial que expondré en esta misma Revista.

Estas conclusiones nos proporcionan una útil lección que vemos todos los días en las páginas del gran libro que constituye nuestro ejercicio profesional y es: «que siempre que nos encontremos ante un paciente acometido por una invasión brusca, traducida por escalofríos más o menos intensos y durables, seguidos de una pirexia, a veces elevadísima (40 ó 41°), o en el curso o postrimerías de una enfermedad al parecer benigna, pensemos siempre en una probable y casi segura septicemia, examinando detenidamente órgano por órgano, aparato por aparato, y de un modo especial las mucosas (faringo-laríngeo-ótica) los huesos (de preferencia los largos), las articulaciones y los ganglios.

¡Qué de fracasos científicos, qué de disgustos profesionales y qué de resentimientos profanos pueden evitarse siguiendo consejo tan sencillo cuan biológica y clínicamente fundamentado!

EL CONCEPTO ACTUAL DE LA DIABETES SACARINA

RESUMEN DE UN CURSILLO SOBRE DIABETES DESARROLLADO EN EL INSTITUTO MADINAVEITIA

por el doctor

M. CARRASCO CADENAS

de Madrid

I. *Fisiología patológica del metabolismo en la diabetes.*

El origen pancreático de la diabetes es un concepto ya antiguo.

En 1889, Von MERING y MINKOWSKI producían en el perro, mediante la extirpación total del páncreas, una diabetes aguda que conducía a la muerte del animal dentro de un plazo de 20 a 30 días. Este descubrimiento, que no tuvo por lo demás trascendencia