

# Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina de Barcelona

(Mes de Mayo de 1953)

DIA 8. — El académico numerario Dr. Luis SAYÉ expone una conferencia que titula: *Sobre las directrices actuales del tratamiento de la tuberculosis tráqueobroncopulmonar.*

En muy pocos países se han producido, en estos últimos años, cambios importantes y favorables en las características epidemiológicas, que se manifiestan por una disminución en la frecuencia de la tuberculosis en relación con el sexo y la edad, y de las formas anatomoclínicas predominantes, a la de períodos anteriores. Ante los progresos de la terapéutica, basta, para fundamentar la indicación, reconocer el tipo evolutivo, el tiempo presumible de duración de la enfermedad y la extensión del proceso, apreciada por radiografías; es de interés reconocer su patogenia, broncogena o hematogena; la forma anatomoclínica: pulmonar, broncopulmonar o bronquítica; la iniciación absoluta o relativa; la fase del desarrollo; la finalidad a cumplir: curativa, o sintomática o paliativa, y considerar como prueba de curación la comprobación de varios cultivos negativos, confirmada en los seis meses siguientes.

Por lo que respecta a los progresos de la terapéutica, las investigaciones de las diferentes escuelas y de comisiones especiales han demostrado que no existen diferencias entre los resultados que se obtienen por el tratamiento de estreptomycinina a razón de 1 gramo diario o un gramo cada dos o tres días; la terapéutica con el PAS, para ser plenamente efectiva, debe realizarse, en una persona adulta, dando 12, 14 ó 16 gramos diarios y por vía digestiva; el PAS en perfusión venosa es más eficaz todavía, porque permite administrar de 20 a 45 gramos diarios acentuando la concentración en la sangre, y repetir la administración tres o cuatro veces. La aplicación de la hidracida del ácido nicotínico en las formas más graves de tuberculosis miliar ha confirmado las cualidades del preparado reveladas en la experimentación, que son del todo comparables a las de la estreptomycinina. La asociación de estos preparados, así como la de estreptomycinina PAS, tiene la doble ventaja de provocar una acción antibacilar más efectiva y suprimir, prácticamente, la resistencia a otros preparados. Por esta razón, en la actualidad se suele seguir el tratamiento

asociando sistemáticamente diferentes preparados: la estreptomina con el PAS o la isoniacida; la isoniacida con el PAS. Las dosis de isoniacida siguen siendo de 5 miligramos por kilo de peso.

El estudio anatomopatológico de las piezas obtenidas por exéresis ha demostrado prácticamente la constancia de las lesiones bronquiales tuberculosas en los tipos patológicos tratados; el examen anatómico revela mayor número de lesiones que las que se descubren con el simple examen broncoscópico. El estudio de estas piezas anatómicas ha demostrado que en los enfermos tratados con la estreptomina afectos de cavernas pulmonares se produce la endobronquitis vegetante oclusiva y curativa, que, en proporción relativamente importante, determina el cierre cavitario con pus en su interior. En serie de piezas de enfermos tratados con un gramo diario de estreptomina y 14 de PAS, por espacio de tres meses, se ha observado que la curación de la caverna se produce por recubrirse, así como el bronquio, de epitelio, quedando abierto el ángulo broncocavitario. El pus que en algunos casos queda retenido, se ha reconocido estéril en las  $\frac{3}{4}$  partes de los casos observados.

Las publicaciones más recientes confirman las indicaciones absolutas de la práctica de la exéresis para el tratamiento de los procesos residuales activos, incurables por otros métodos. En las grandes series de operados, como en las de OVERHOLT, obtenida por espacio de casi 20 años, la mortalidad operatoria ha descendido progresivamente hasta llegar a ser en la actualidad de 5 a 6 por 100. Hoy se admite que la mortalidad consecutiva a la lobulectomía o segmentectomía no debe sobrepasar a la de la toracoplastia. Otro progreso considerable ha sido el logrado por GEBAUER, que ha creado la técnica de la reconstrucción plástica del bronquio a su salida de la tráquea con estenosis localizada, extirpando la zona más afectada y substituyéndola por trozos de piel reforzados con hilos metálicos. Los resultados inmediatos en los nueve primeros operados han sido excelentes. La pleroneumonectomía ha permitido salvar una proporción elevada de enfermos con empiema crónico y lesiones pulmonares, pero la mortalidad de esta intervención es aún muy elevada.

Todos estos progresos no quieren decir que pueda suprimirse la práctica del neumotórax, de la toracoplastia, del neumoperitoneo o de la frénico-parálisis, sino que deben precisarse las indicaciones absolutas y exclusivas de cada una de estas intervenciones, y que debe aplicarse siempre la prueba terapéutica por los nuevos preparados antibióticos o quimioterápicos. Es de suponer que a medida que se vayan conociendo mejor estos medios terapéuticos medicamentosos disminuirá el número de intervenciones quirúrgicas.

De las estadísticas del servicio de tuberculosis del Hospital de Wup-

pertal-Elberfeld, se desprende que las defunciones, que en 1938, antes del empleo de los antibióticos, era del 36,3 por 100, durante la guerra aumentó a 44 y, al final de la misma, era todavía de 40. En el comienzo del 46, en que se inició el tratamiento con Tiosemicarbazona, se inició el descenso, que fué en aquel año de 25,9 por 100; en 1949, de 12,3; en 1951, de 7,3, y en 1952, de 0,9 por 100. Este descenso no puede atribuirse a una mayor benignidad de la dolencia, ya que  $\frac{3}{4}$  partes de los enfermos eran cavitarios en 1951, cuando se inició el tratamiento con Isoniacida. Puede, pues, asegurarse que el tuberculoso tiene hoy posibilidades considerables de sobrevivir, si es tratado correctamente.

El académico numerario Dr. Rafael RAMOS, dice que es frecuente ver tuberculizarse un niño que convive con un tuberculoso al que se le ha dado ya por curado. Así como al resultar negativo un examen de esputo se dice que, para tener la seguridad de que aquel esputo no es contagioso debe practicarse una inoculación al cobaya, así mismo puede decirse que el niño tiene la misma sensibilidad del cobaya, lo cual hace que, de un enfermo que se dice que está curado o que no es contagioso, surjan niños infectados.

Una de las cosas importantes en el proceso de la patología bronquial es la evolución de la caverna, y por eso decimos los pediatras que ni las broncoscopias que sistemáticamente hacemos practicar descubren lesiones y perforaciones de los ganglios a través de la tuberculización de la mucosa. Por esto tiene mucha importancia el problema de los ancianos tuberculosos que conviven con niños, y cree el Dr. RAMOS que es preciso insistir mucho en la vacunación de los tales si es que no pueden separarse de aquel enfermo, que quizá socialmente se considera curado pero que, en realidad, es un sembrador de tuberculosis.

DIA 10. — En este día tuvo lugar la recepción del académico electo Dr. Máximo SORIANO GIMÉNEZ, quien leyó el discurso prescrito por los estatutos, que trataba de *La patología renal de la hipertensión en el campo de la medicina actual*, que fué contestado por el académico numerario muy Ilte. Sr. Dr. D. Víctor CONILL MONTOBBIO.

DIA 12. — El académico numerario profesor NUBIOLA Y ESPINÓS leyó su conferencia titulada *El síndrome de Stein-Löventhal*. Dice el conferenciante que el objeto de esta comunicación es hacer público su enojo por el abuso de calificar estados patológicos como un síndrome de un autor cualquiera y cuyo estudio no pueda encontrarse en ningún libro. Por otra parte, el conferenciante ha podido comprobar que se incluyen en este síndrome cosas que no encajan bien y que, estudiándolo a fondo, le ha llevado a la comprobación de que le permitía consolidar una tesis a favor de la

cual ha luchado durante mucho tiempo sin encontrar en el público médico la aceptación que él cree que merece, ya que se trata de un estado patológico frecuentísimo y de suma trascendencia.

En el síndrome de Stein-Löventhal se engloban: esterilidad, amenorreas, hipertricosis ovárica, gestaciones, etc., pudiendo ocurrir que se encuentren en algún caso todos estos síntomas reunidos; pero, generalmente, sólo se ven algunos. Sabida es la importancia de las hipertricosis, pero considera a la esterilidad como un síntoma carente de sentido, ya que, en la práctica, tanto puede depender del varón como de la mujer. Pero aparte los hechos ginecológicos tangibles existe un hecho trascendental, que es el *ovo*, el óvulo; al óvulo se le considera como una célula pasiva que dormita en espera de que la hipófisis le señale el momento de desprenderse, y, en cambio, el conferenciante cre que todo depende del óvulo. El óvulo se forma con las primeras células desprendidas del epitelio, y permanece a través de todos los cambios del desarrollo femenino. Es corriente ver que en el ovario se produce una considerable destrucción de óvulos; o sea, que de las primeras células ovulares se disgregarán muchas antes de llegar a la edad adulta. No pretende negar ninguno de los factores de los que se dice que influyen en las funciones ováricas, pero sí quiere hacer constar que todas ellas están condicionadas por el óvulo. Si éste se disgrega, todo está perdido. Si el óvulo ha salido por la trompa, es inútil que lleguen espermatozoides activos, pues fracasarán.

El hecho biológico interesante es todo el proceso que mensualmente desarrolla la mujer normal y que está supeditado al folículo y a su eclosión mensual.

Cita las diferentes opiniones según las cuales el síndrome puede ser originado por el ovario o por otra glándula endocrina. No habiéndose podido llegar a aclarar si todo depende del ovario o de una hormona procedente de otra glándula. De manera que el asunto que se pretendía explicar queda, después de todas aquellas opiniones, sin explicación clara. Ni siquiera puede llegarse a un acuerdo respecto a su clasificación o denominación, pues se le ha designado como ovaritis folicular, inflamación crónica del ovario, hipertrofia folicular, etc., no sabiendo si atribuirla a inflamación, degeneración o atrofia.

Se ha prestado mucha atención a la evolución de los ovarios escleróticos. En estos ovarios el número de folículos es más considerable que en el ovario normal. Pero presentan una evolución anormal y en las células, aparentemente normales, se observan bloques hialinos. La mayor parte de autores consigna la existencia de gran número de quistes y ciertas alteraciones tisulares del órgano, sin llegar a pronunciarse si las tales son degenerativas o inflamatorias. Es posible que el mecanismo de formación

de los quistes tenga parecido con la atresia, pero no puede ser lo mismo, ya que aquéllos son raros y ésta sucede muy a menudo. Es posible que alguna de las causas que se han invocado, como las prácticas maltusianas, la provocación de abortos, etc., pueda dar lugar a aquellas atresias, pero se ha de tener en cuenta que el óvulo tiene gran sensibilidad para ciertas toxinas, como la tuberculosa, tabáquica, etc., que inhiben la función propia del óvulo.

La toxina tuberculosa, más que ninguna otra, ejerce una acción nociva sobre la célula óvulo, por cuya razón desaparece la cavidad, borrándose la mancha.

Durante muchos años ha defendido el conferenciante la tesis de la marcha progresiva de la formación de quistes; pero, poco a poco, va siendo aceptado el concepto de que hay focos lejanos que tienen una verdadera facilidad para influir en otro sitio.

El Dr. NUBIOLA ha podido obtener una demostración experimental con el siguiente experimento: el día 15 de marzo de 1953 fué inoculado un cobayo con medio centímetro cúbico de pus procedente de abscesos tuberculosos. El 29 de marzo, o sea 14 días después, antes de que muriese el animal, que aparecía fuertemente intoxicado, fué sangrado al blanco y se observó ligera tumefacción ovárica, sin que aparecieran bacilos en el frotis; se encontró también el hígado punteado, pero con la misma carencia de bacilos. El filtrado obtenido de la sangre del primer animal dió un suero que se inoculó el 23 de marzo a otro cobayo hembra, y el 15 de abril, o sea 26 días después de inoculado, murió sin que se le apreciase bacilos en el hígado, ni en los ganglios, ni en el bazo. El estudio del aparato gestativo es muy interesante y aleccionador: existe una extensa zona de franca hisquemia, el ovario está lleno de quistes, desaparecen los óvulos y hay fibrosis intercavitarias, según dice el dictamen del Dr. CISCAR.

El examen comparativo con el de la mujer es sobrado interesante, y el conferenciante pone a examen de los asistentes una serie de micros.

El resumen de la historia es éste: la seguridad de haber inoculado al animal una cantidad de bacilos enorme, tanto que le produjeron la muerte sin darle tiempo a que se reprodujesen y defendiesen, al cual se sangró antes de morir. La segunda parte es la seguridad absoluta de que el suero que se inoculó al segundo cobayo estaba completamente depurado de gérmenes y aquel animal toleró la inoculación del líquido sanguíneo, pero los veintiséis días siguientes fueron bastantes para que se produjeran tales lesiones. De manera que la lesión obtenida en la cobaya puede ser considerada como tuberculosa a pesar de que en ella no haya bacilos; tenía tendencia a la fibrosis y las cavidades funiculares se llenaron de líquido.

Es curiosa la divagación de los autores sobre el ovario poliquístico, pero aun es mayor su desorientación al describirlo, y ello es debido a que creen que se trata de una particularidad anatómica y no piensan en una infección general, que es lo que verdaderamente ocurre. No tienen interés en comprobar las alteraciones de la trompa ni de los tejidos circundantes. Si han recurrido a la intervención y aprecian la modificación poliquística se quedan perplejos sin saber qué hacer. Unos, extirpan el órgano, otros, se dedican a vaciar todos los quistes, por lo menos los mayores, o practican una resección cuneiforme del ovario, pero ninguno de estos procedimientos ha dado el resultado apetecido.

Las directrices del tratamiento van a combatir un estado del ovario de la misma manera que haría un cirujano para curar una fractura, y en esto precisamente es donde cree el conferenciante que está la equivocación. Se han de convencer de que no se trata de un hecho fortuito sin antecedentes ni consecuente, sino que la formación de todos estos quistes de diferentes tamaños obedece a una causa, la cual, al no ser combatida, continuará obrando y no se arreglará el órgano ni por resección ni por punción de los quistes.

Por lo tanto, la experiencia enseña que lo que debe hacerse es vigorizar el estado general, proceder a una terapéutica antituberculosa y mejorar el estado genital.

El académico numerario profesor CONILL dice que es muy complejo todo lo que se refiere a fisiología femenina y que todos los estudios sobre hormonas y su influencia en el ciclo mensual puede decirse, quizá, que no ha pasado del campo de las teorías, que no todas han sido confirmadas por la experiencia. Hay dos tendencias: una la del Dr. NUBIOLA, y otra la del Dr. SEITZ. El primero es el más erudito de los ginecólogos españoles; el segundo, el más erudito de los ginecólogos alemanes. Uno defiende la tesis de la importancia del óvulo, que es la célula primera; el otro sostiene que es tan sólo una excreta. Y entre estas dos opiniones hay un mundo de matices. El profesor CÓNILL se adhiere a la teoría de NUBIOLA; cree que el óvulo ha de tener una función rectora y no ser una simple excreta, que si no se utiliza se expulsa.

Modernamente, CLAUDE, al comentar la cronología del ciclo, dice que se admite que es la hipófisis la que marca su ritmo, pero que él opina que es el propio ovario quien lo hace, el cual tiene esta cualidad y, además, está situado en el centro geográfico de la persona, y el conferenciante añade: en el centro espiritual.

Se muestra del todo conforme con la teoría de NUBIOLA. Hay una anexitis fímica, tórpida, subclínica, que la descubrimos porque la mujer no se queja de nada más que de la falta de hijos; o porque tiene o ha

tenido hijos y nota una oligomenorrea progresiva, que va encauzándola a una disminución de la feminidad. Algunas veces, si hay serio motivo clínico, las llegamos a convencer para que se dejen operar, y entonces encontramos cuadros objetivos que no se habían descrito. Opina también el Dr. CÓNILL que no hay tuberculosis local; primero ha estado en el aparato genital, pero ahora no se sabe dónde estará. Y estos cuadros, en los que no se sabe qué hacer, si operar o no, es difícil dar un dictamen completo, pues no se encuentra lesión gonorreica ni tuberculosa, ya que no había caseum. Quizá su origen esté en el mesenterio. Todo este comentario lo hace el Dr. CÓNILL para afirmar la existencia de una forma singular de afecciones, que no se halla descrita, que él no se atrevería a afirmar rotundamente que sea tuberculosa, pero sí que es probable que responda a una entidad nueva.

Dice que el Dr. NUBIOLA no ha descubierto la anexitis tuberculosa, pero sí tiene el mérito de haber ordenado una anexitis tórpida cuya existencia hay que aceptar sin reservas, aunque muchas veces sólo pueda diagnosticarse por sospechas.

El Presidente, Dr. COROMINAS, dice, después de felicitar calurosamente al Dr. NUBIOLA por haber logrado la demostración experimental de su teoría sobre la anexitis fímica tórpida, que la magistral conferencia de hoy marcará un hito en los anales de la medicina. En efecto, los experimentos llevados a cabo por el Dr. NUBIOLA, en unión del Dr. COVALEDA, demuestran de una manera irrefutable que puede provocarse una anexitis tuberculosa sin que en el órgano enfermo se encuentren los bacilos de aquella enfermedad. ¿Será, como cree el Dr. NUBIOLA, por simple acción de las toxinas? Si así fuera, deberíamos insistir, como ha hecho él siempre, en lo lejanos que estamos todavía de saber claramente todo lo que hace relación con la infección tuberculosa, pues ello demostraría que ésta puede provocar, partiendo de su punto inicial, lesiones a distancia sin que en ellas intervenga directamente el mycobacterium. Y quizá, por este camino, volveríamos a la antigua idea de considerar la tuberculosis como enfermedad general, cualquiera que sea su punto de partida inicial.

DIA 19. — El académico corresponsal Dr. D. Emilio BRUJAS desarrolla una conferencia titulada *La cesárea extraperitoneal pura y con artificio. Comentarios y técnicas recomendables*. Dice que, para dejar bien sentado su criterio, empezará afirmando que es enemigo de las cesáreas transperitoneales, por razón, quizá, de haber perdido hace años a una clienta a quien quería mucho, a causa de los desfallecimientos cardíacos, que no se sabe de donde vienen. La incisión media abdominal, con todo el abdomen al aire: la protección con toallas, que no protegen nada, ya que

al vaciar el útero sólo sirven de estorbo; las cantidades de líquido amniótico que se vierten y se han de secar con gasas; todo ello, nunca le ha gustado.

Todas las cosas han evolucionado a través de los tiempos, sólo la cesárea ha permanecido fiel a sus antiguos métodos, practicándose hoy igual que hace diez mil años. Esta operación, tal como se practica hoy, es atrasada y un poco grosera, pero al mismo tiempo es fácil y cómoda, y por eso los tocólogos no se deciden a cambiarla hasta que se demuestre que haya un nuevo método mejor. Y esto es difícil, porque 60 ó 70 cesáreas, cuando más, llenarán toda la vida de un tocólogo, y esto no es suficiente para hacer afirmaciones concretas. Se ha de tener en cuenta que no siempre ha de seguirse una misma línea de conducta, sino que debe variarse según la ocasión. Hemos de encauzar nuestra norma de conducta por lo que vean nuestros propios ojos y lo que nos dicte el sentido común.

Así, vemos que la cesárea transperitoneal es menos eficaz que la extraperitoneal, cuyo curso postoperatorio es muy bueno, casi igual al de una hernia. Alguien dice que la extraperitoneal es peligrosa y difícil por moverse en un campo pequeño y con tejidos difícilmente separables. Debe reconocerse que la serosa se desgarrá a veces, pero, según el conferenciante, ello es culpa del tocólogo y no del procedimiento. Desde luego es más difícil que las otras, y por esta razón cree el disertante que esta operación no debe practicarla el tocólogo, que no está acostumbrado a esta clase de intervenciones, sino que debe hacerla el ginecólogo, que está más acostumbrado a operar en el laberinto de la baja pelvis.

Pasa el conferenciante a explicar las tres técnicas que, según él, son las mejores, y aquellos casos en los cuales están indicadas.

*Técnica primera.* — Transperitoneal pura. Cuello desaparecido y cierto grado de dilatación. Pleno período de parto, que no puede llevarse a término por sus medios naturales. Se puede despegar la serosa con facilidad ya que cuando no hay segmento inferior la serosa se desgarrá siempre. Por otra parte, con esta técnica la operación es limpia.

*Técnica segunda.* — Se introducen de 150 a 200 centímetros cúbicos de suero en la vejiga. Una vez localizada, se despega. Separados los rectos el problema es encontrar la fascia, cosa que se resuelve con las pinzas y tijeras, desprendiéndola y así se llega a la serosa. Una pérdida de sangre excesiva se cohibe apretando con los dedos la incisión; mientras una mano aprieta, la otra va cortando por el otro lado. Se fija el labio inferior con catgut, lo cual facilita la sutura, ya que, de lo contrario, podría confundirse con la pared anterior del útero.

*Técnica tercera.* — Esta tiene el principal defecto de que no protege la cavidad abdominal, pudiendo filtrarse gotas de líquido amniótico. Pero esto no es una gran dificultad, pues con los antibióticos de que hoy se dispone no es de temer que sobrevenga una peritonitis. Esta técnica está indicada en la placenta previa, después de haber sufrido grandes hemorragias. Con ella no se pierde más sangre de la que se perdería en un parto natural.

El académico corresponsal Dr. DEXEUS agradece al Dr. BRUJAS que haya presentado esta cuestión tan interesante, pues es muy difícil abrirse camino entre el fárrago de comunicaciones periódicas y de libros, todos ellos con distintas opiniones. La primera pregunta que debe formularse es: ¿Por qué emplear la cesárea extraperitoneal cuando tenemos tantos recursos de tanto valor como la cesárea transperitoneal, los antibióticos y las sulfas con los cuales se obtienen tan buenos resultados?

Cree el opinante que en este asunto de las cesáreas se va ganando mucho, pues de 10 a 15 años a esta parte el número de defunciones por esta intervención ha bajado del 10 % a menos del 1 %; esto no quiere decir que la cesárea sea inocua, ya que siempre hay algún caso desgraciado debido a la infección. Y en este aspecto se ha de reconocer que el curso postoperatorio consecutivo a una extraperitoneal es tan tranquilo que no parece que la enferma haya sufrido una intervención. Cree, por lo tanto, el Dr. DEXEUS, que cuando hay infección debe practicarse siempre la extraperitoneal.

¿Por qué no se generaliza esta práctica? Por varias razones, entre las cuales la más importante es su dificultad. Y, en rigor, ha de decir el doctor DEXEUS que no es tan difícil como se dice, pues a los tres meses de internado los internos la practican correctamente y, en cambio, no son capaces de hacer muchas intervenciones por la vía natural; y eso no es de extrañar, pues aquélla se hace a la vista y la tocogine se realiza en la oscuridad y a tientas.

Opina, como el Dr. BRUJAS, que no debe emplearse una técnica única, sino que debe recurrirse a varias según los casos. Cuando el feto sufre, hay que obrar rápidamente y entonces los minutos que se pierden en la extraperitoneal pueden ser fatales.

Y así, según los casos, el tocólogo se decidirá por una u otra clase de intervención, pues en rigor todos los diferentes métodos de practicar cesáreas encuentran un día su aplicación precisa.

DIA 26. — El catedrático de dermatología de la Universidad de Valencia, Dr. José ESTELLER, dió una notable conferencia con el título de *Colagenosis*, en la cual se refirió a este grupo de enfermedades que hoy

se ha dado en llamar del colágeno y en el cual entran afecciones aparentemente tan diversas.

DIA 28. — El Dr. D. Emilio DE LA PEÑA, de Madrid, disertó sobre *El problema del cáncer en urología*. Con palabra elocuente y sencilla, y dando muestras de un profundo conocimiento práctico en la materia, expuso las dificultades que entraña este problema, tanto desde el punto de vista diagnóstico como del terapéutico. Expuso los más modernos tratamientos médicos que deben emplearse cuando no se considera precisa la intervención quirúrgica y se mostró partidario del uso de los estrógenos unidos a la roengenterapia profunda, pero aplicándola a muy ligeras dosis, empezando por las de 150 r. sin rebasar de los 1.500 r.

Esta notable conferencia fué muy apreciada por el numeroso público que llenaba nuestro salón de conferencias.

DIA 29. — El Dr. Eduardo POZERSKI DE POMIANE, del Instituto Pasteur de París, expuso una amena conferencia titulada *Les bases scientifiques de la cuisine diététique*, en la cual, con una oratoria muy jocunda, expuso las delicias de la cocina francesa, destacando las especialidades de cada región, desde la Costa Azul hasta Normandía, y detallando las bases elementales de aquellos platos que, sólo de oírlos, hacían abrir el apetito a la numerosa concurrencia que se deleitaba oyéndole. Desde el punto de vista científico, explicó algunos de los errores que comete el vulgo al atribuir efectos perniciosos a los platos más suculentos y, prescindiendo de aquellos casos en que, por alteraciones del organismo, es necesario seguir un régimen muy riguroso, dió a comprender que, mediante una atenta selección de alimentos y condimentos, pueden gustarse los placeres de una buena mesa, sin necesidad de someter al desdichado enfermo a regímenes poco sabrosos, que muchas veces, sin corregir la enfermedad fundamental, someten al desdichado enfermo a un régimen insulso que, si no más, acaba de hacerle perder el poco apetito que podía conservar.

DIA 31. — En este día tuvo lugar la solemne recepción del académico electo Dr. D. Miguel AMAT BARGUES, catedrático de esta Facultad de Farmacia, quien leyó el discurso prescrito por los Estatutos, que versaba sobre *Las macromoléculas y sus aplicaciones en biología y medicina*, que fué contestado por el académico numerario Excmo. Sr. Dr. D. Francisco GALLART MONÉS.

(Mes de Junio de 1953)

DIA 2. — Sobre *Diagnóstico bacteriológico rápido de la difteria* dió una muy interesante conferencia el académico corresponsal Dr. D. Francisco GONZÁLEZ FUSTÉ.

Dijo que, dada la rapidez con que debe aplicarse el tratamiento en los casos de difteria, los investigadores han procurado siempre lograr un pronto diagnóstico, a fin de poder descartar los posibles errores o confusiones debidas a la semejanza del bacilo diftérico con el pseudodiftérico. Las investigaciones se han orientado en el sentido de aumentar la riqueza de los medios de cultivo a fin de que los bacilos se desarrollen rápidamente; y al mismo tiempo se procura aumentar la selectividad para llegar a la identificación macroscópica del bacilo diftérico por la obtención de colonias cuyas características permitan distinguirlas de las colonias de otras bacterias.

Cita los procedimientos empleados por diversos autores para poder obtener, en el espacio de 15 a 18 horas, el diagnóstico de los bacilos diftéricos en los productos obtenidos de la garganta del enfermo, cosa difícil, ya que la flora que acompaña a estos bacilos se desarrolla con cierto vigor. Sus investigaciones personales han procurado conseguir un método de diagnóstico rápido a la vez que sencillo que sea fácil de practicar en todos los laboratorios. Según su procedimiento, hace falta un hisopo formado por una varilla de cristal que lleve en su extremo un algodón bien arrollado, y un tubo de goma enchufado a un tubo de ensayo, todo ello esterilizado, así como un portaobjetos también esterilizado. Frotando con cierta intensidad el hisopo en la garganta del enfermo se extienden los frotis en los portas; éstos se colocan en una cápsula de Petri, que se dejan medio cerradas para que se sequen.

El medio de cultivo empleado es un caldo compuesto de la siguiente manera: mezcla de emulsión de carne y peptonas de la digestión de estómagos de cerdos, a la cual se añaden agar. Este caldo se reparte a razón de 10 c. c. por tubo; se funde a 50° y se le añaden 2 c. c. de sangre hemolizada de conejo, que se obtiene mezclando una parte de sangre desfibrinada con tres partes de agua estéril. Se coloca sobre el frotis mediante un capilar flameado, en cantidad aproximada de un c. c. y se colocan en la estufa a 35°; al cabo de 2, 3 ó 4 horas de estar en la estufa lo desprendemos. La mejor manera de lograrlo es poner dos dedos de agua en un cazo de aluminio y llevarla al fuego hasta su ebullición; entonces se deja caer el porta en su interior. Según la clase agar que se emplee se desprende sólo, o si se emplea agar mezclado con sangre hemolizada. al sacar el porta sigue cubierto, pero si se le somete a la acción del agua del grifo, con unas pin-

zas se desprende por completo y las colonias quedan fijas en el porta, quedando coaguladas las proteínas de los gémenes.

Una vez teñido y secado se examina al microscopio con objetivo de inmersión. A las dos horas de permanecer los portas en la estufa, se ven microcolonias de dos o cuatro elementos. Llama la atención que presentan unas granulaciones positivas y, en cambio, el resto del bacilo es negativo o más débil. A las tres horas se observa lo mismo, pero el número de elementos ha aumentado. A las seis horas, la tinción es más uniforme. Al mismo tiempo que aparecen las microcolonias del bacilo de la difteria, aparecen también otras. Hay que hacer resaltar que en los casos agudos no sometidos a tratamiento, el bacilo diftérico es el que predomina. Pero a medida que se sigue el tratamiento, éstos disminuyen, mientras que los demás aumentan, o sea que si no se logra inhibir este crecimiento, enmascarará el cuadro, haciendo pensar que no existen bacilos diftéricos.

Es necesario poder suprimir la flora de acompañamiento, lo cual se logra mediante la adición de telurito sódico. Para el diagnóstico rápido de la difteria, es preferible hacer el examen sin telurito, por lo tanto, éste sólo lo emplearemos en el caso de un enfermo que esté ya a mitad del tratamiento, pues de no hacerlo así la flora de acompañamiento invade por completo el campo del microscopio y no puede saberse si hay bacilo diftérico.

El Dr. VALLS CONFORTO expone su propio método, que es una ligera variante de los expuestos por el Dr. GONZÁLEZ, al cual felicita por haber llegado a resultados prácticos y sencillos en el diagnóstico rápido del bacilo diftérico.

El académico numerario Dr. SOLER DOPF dice que, no como investigador, sino desde el punto de vista puramente clínico, debe felicitar al conferenciante porque, mediante su técnica, se logrará un diagnóstico rápido de una enfermedad que necesita también un tratamiento rápido. Dice que la difteria es una enfermedad llamada a desaparecer si se logra llegar a la vacunación total de los niños, pero, entre tanto, es de gran importancia su diagnóstico rápido para lograr su tratamiento eficaz.

El académico numerario Dr. NUBIOLA se une a la felicitación porque conoce la manera pulcra y rigurosa como trabaja el Dr. GONZÁLEZ.

El Presidente, Dr. COROMINAS, también desde el punto de vista clínico, dice que, si en parte es verdad, como han dicho otros oradores, que la difteria adquiere gravedad, lo es mucho más el hecho, indiscutible, de que cada día se ven menos enfermos de difteria. Si los doctores GONZÁLEZ y SOLER DOPF han podido hablar de agravación de la difteria es porque trabajan en medios, como el Hospital Clínico y el Hospital de Infecciosos, donde van a parar los niños más abandonados de la sociedad. Si la vacu-

nación antidiftérica se practicase con el rigor con que se practica la anti-variólica, la difteria desaparecería como ha desaparecido la viruela; por lo tanto, lo que debe procurarse por todos los medios es hacer llegar las ventajas de esta vacunación hasta las capas más desheredadas de la población. Por lo que atañe al diagnóstico, si bien es verdad que en algunas ocasiones es difícil hacerlo por el solo examen clínico, éstas son pocas, pues suele ser tal la rapidez con que se extiende la capa diftérica por las fauces, que no es difícil hacer su diagnóstico. Por otra parte, cree que en el terreno práctico lo mejor es aplicar el tratamiento antidiftérico a la menor sospecha, ya que es absolutamente inocuo, aun cuando el enfermo no lo sea por aquella causa.

DIA 9. — El académico numerario Dr. Luis BARRAQUER FERRÉ habla de *Epilepsia abdominal*. Empieza diciendo que presenta esta comunicación por los siguientes motivos: el primero, por tratarse de una afección que, si se diagnostica a tiempo, puede evitar al enfermo una crisis dolorosa con la sola aplicación de medios medicamentosos y librarle de una intervención quirúrgica; y el segundo, por ser un asunto muy conocido en el extranjero y poco aquí, a pesar de que él ya lo refirió hace veintitrés años.

Describe la historia de un síntoma observado en cinco individuos de una misma familia, compuesta de cuatro hermanos y dos primos hermanos. Los hermanos eran un varón y tres mujeres. Pero de ellos sólo cinco estaban enfermos. Una de las hermanas, de 37 años de edad, casada y con dos hijos, hace cinco meses que se le inició su enfermedad con crisis abdominales en el epigastrio, tórax y espalda. Otras veces los dolores se localizaban en el bajo vientre. Presentaba, además, algunas anomalías pupilares. El examen ocasional sólo descubre las anomalías pupilares con marcada anisocoria. Sus dos hermanas sufren de lo mismo y todas ellas tienen extravagancias de conducta. Esta condición hizo pensar en que se tratase de casos de epilepsia. Cuatro meses más tarde se repiten las crisis, esta vez con mayor intensidad, y se la interna en el Hospital, donde se la califica de calculosa hepática. Se interviene quirúrgicamente, sin encontrar más que un ligero engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar. Sale del Hospital desnutrida y se reintegra a sus ocupaciones habituales; pasa bastante tiempo sin molestia, únicamente con dolores en la cicatriz. Pero al poco tiempo repiten las crisis algicas con mayor intensidad que antes, iniciándose en el epigastrio y llegando a la región precordial, hombro y espalda izquierda. Todo ello termina con un áurea y pérdida del conocimiento. Toda medicación fracasa y sólo mejora tomando una poción bromurada, con la cual desaparecen sus ataques y puede seguir en la vida normal. Recientemente ha visto el Dr. BARRAQUER a una hermana,

de 27 años, residente en población distinta y con el mismo cuadro de epilepsia abdominal. Otra hermana y el hermano presentan síntomas muy similares, y una prima sufre períodos de dolor.

Y así va exponiendo el Dr. BARRAQUER varios casos parecidos, la mayoría de los cuales han sido diagnosticados de procesos apendiculares. Los modernos exámenes electroencefalográficos permiten diagnosticar fácilmente estos casos.

Expone el conferenciante la necesidad de que el médico tenga conocimiento de estos estados, no muy frecuentes, pero de suma importancia, pues pueden curar fácilmente mediante un tratamiento apropiado y, por otra parte, su desconocimiento es causa de errores en su diagnóstico que pueden llevar a la práctica de intervenciones quirúrgicas no siempre inocuas.

DIA 16. — El académico corresponsal Dr. Luis BATALLA dió una conferencia con el título de *La cirugía del simáptico en las afecciones del riñón*. Empieza el conferenciante diciendo que es muy difícil afirmar de una manera concreta cuáles son los nervios que inervan al riñón. Hasta ahora no ha sido posible saber cuáles son, ni tampoco su cantidad, pues hay muchísimas variaciones que se encuentran tanto en individuos distintos como dentro de un mismo individuo, sobre todo si se tienen en cuenta los nervios y ganglios macroscópicamente diferenciados. Sin embargo, pueden citarse: los dos espláncnicos abdominales, el mayor y el menor, que se pueden considerar constantes; luego, el espláncnico inferior, que es inconstante y otro que, además, es accesorio, que es el cuarto espláncnico. Todos ellos pueden variar en cuanto a composición y a morfología. Hay también el espláncnico difuso, que es el compuesto por los cuatro anteriormente citados, completamente diferenciados, y el espláncnico único, que es el resultado de la unión de aquellos cuatro.

El nervio espláncnico mayor tiene su raíz preeminente en el sexto nervio de la cadena dorsal; atraviesa el orificio por entre los pilares interno y medio; emite colaterales para las cápsulas renales, descansando sobre el pilar interno del diafragma de una manera oblicua y se divide en tres clases de fibras: el más importante, otro que lo contornea y otra menos numerosa que va al plexorenal. El espláncnico mayor, sobre todo en sus anastomosis con el menor, está rodeado por tejido conjuntivo laxo, cosa que tiene su importancia porque es el que se elige cuando se le quiere anestesiar.

El plexo solar es característico por ser una red intrincada y, sin embargo, tanto desde el punto de vista estrictamente anatómico como del quirúrgico es necesario aislarlo y considerarlo en sus tres centros autónomos,

cada uno de los cuales estaría representado por un ganglio y formaciones anejas. Su posición topográfica puede definirse diciendo que está a pocos milímetros del tronco celíaco y a pocos por debajo de la arteria renal.

La forma del ganglio semilunar es casi siempre constante. Lo más importante es que, independientemente de su forma, está erizado de protuberancias, que son otros tantos núcleos nerviosos; sus ramas eferentes son múltiples y variadas. Estos ganglios están situados uno a cada lado de la línea media, en plano oblicuo y descansan sobre los pilares del diafragma.

Los ganglios aórtico-renales se encuentran bien diferenciados uno a cada lado en el mismo ángulo de emergencia de la aorta. Pueden considerarse como formas nerviosas constantes. Existe asimismo una formación ganglionar, casi constante, que es el ganglio renal posterior.

El segmento lumbar de la cadena simpática presenta generalmente de cuatro a cinco ganglios, pero a veces se fusionan dos o tres de ellos y entonces su número aparece menor; en cambio, en otras ocasiones se fraccionan, siendo entonces mayor su número; pero, así como en el caso anterior el volumen es mayor, en este último caso su volumen es mucho más pequeño.

Si oscura es la distinción macroscópica del riñón, se puede decir que lo más oscuro es la participación directa y la indirecta, opinión aceptada por la mayoría de autores, ya que en un área de tres o cuatro centímetros están todos los elementos que hemos considerado importantes. Puede decirse que esta área corresponde al cuerpo de la primera vértebra lumbar, aunque en algunos casos la rebasa un poco. También hay un área de proyección cutánea, la cual está representada por un triángulo, que corresponde al conjunto del plexo, a la terminación de los nervios simpáticos, siendo todos estos datos muy interesantes cuando se trata de efectuar la función anestésica.

Desde el punto de vista clínico, el enfermo se presenta aquejando un síndrome doloroso, hematuria y, a veces, expulsión de cálculos. La sensación dolorosa es variable en cuanto a intensidad, pero es persistente y de larga duración, siendo muy resistente a la acción de los analgésicos.

Si la hematuria se presenta como síntoma inicial, será señal de que la enfermedad reviste mayor importancia; esta hematuria puede ir acompañada de expulsión de coágulos.

La expulsión de formaciones calcúlosas es el tercer síndrome.

Por lo que respecta a la patogenia, es difícil explicar las causas del dolor, y mientras este problema no esté resuelto, no habrá mejor solución para combatirlo que la analgesia directa del simpático.

La más aceptable de las teorías es la de que existe una vasoconstric-

ción consecutiva a diversos estímulos. Según varios autores, existe un principio nervioso de la vasoconstricción. Algún autor admite sin reservas el papel del sistema simpático como conductor de la sensibilidad dolorosa y afirma que caminan por vía simpática las sensaciones afectivas y que, gracias a ello, las inyecciones anestésicas pueden eliminar las sensaciones centrifugas y centrípetas. Lo cierto es que la interrupción del simpático por la inyección anestésica da lugar a una interrupción de la sensación dolorosa.

Las punciones se realizan con novocaína. Hay que reconocer que se ignora la exacta fisiología de esta interrupción, pero el hecho clínico es cierto. Es posible que su efecto local sea similar al de una anestesia, produciendo una reducción de la hiperemia. La irritación del simpático provoca una hipertonia, que da lugar a una atrofia muscular. Las inyecciones repetidas de novocaína restablecen el tono muscular y provocan analgesias más o menos duraderas.

Puede decirse que el hecho de bloquear la circulación del simpático, bloqueando al riñón, ha hecho aparecer dicho efecto con toda su importancia, dándole, además, el valor de una experiencia instructiva.

Ante un enfermo con dolor renal, está justificada la exploración, a fin de obtener del enfermo la indicación de la naturaleza de la lesión y su localización anatómica.

La exploración puede colocarnos ante síndromes clínicos de dos naturalezas: Primero, como reflejos de un hecho anatómico; segundo, como consecuencias de alteraciones funcionales.

La infiltración del simpático es vasodilatadora; teóricamente, produce una interrupción temporal, que a veces se limita a esto simplemente, pero en otros casos puede ser duradera.

La interrupción simpática sobrepasa el tiempo de anestesia y se admite que a un período de anestesia sigue otro de analgesia. Se supone que una vez anestesiado el ganglio quedan adormecidos los nervios.

Para esta práctica no es preciso el internamiento del enfermo, pues pueden practicarse las expresadas infiltraciones en su propio domicilio.

Puede colocarse al enfermo en posición sentada o en decúbito lateral, que es la más corriente. Al introducir la aguja se nota cierta resistencia, porque el enfermo contrae el músculo. Pero esta resistencia cesa cuando se llega al tejido prevertebral. Una vez realizada la infiltración se coloca al enfermo en posición supina, y aquél acusa la desaparición del dolor, con una sensación de mareo, que desaparece pronto. El mejor anestésico es la novocaína, porque se absorbe rápidamente; se emplea en solución al 1 % y en algunos casos al 2 %. Puede emplearse también el alcohol además de la novocaína. En este caso, se inyecta primero la novocaína,

por la cual cesa el dolor, y luego se inyecta el alcohol. Esta técnica es conveniente para aquellos enfermos que tienen el simpático muy activo, ya que el efecto anestésico de la novocaína dura de dos a tres horas y, en cambio, la del alcohol dura tres días. Los resultados de estas intervenciones son siempre buenos por lo que se refiere a desaparición del dolor. La causa de los fracasos hay que buscarla en el abuso de esta práctica.

Puede practicarse la decapsulación renal, la ramificación o la esplanicectomía aislada de la primera a la tercera lumbar. Está indicada también la semilunectomía. El grado de mejoría está estrechamente ligado a la cantidad de simpático reseccionado. Sea cual sea la opinión que se tenga de estas intervenciones, es bueno saber que se trata de una cirugía conservadora, que sus resultados son bastante buenos y que, en algunos casos, pueden ser definitivos.

El académico numerario Dr. SAN RÍCART felicita al Dr. BATALLA por haber traído a la consideración de la Academia un tema tan interesante, de cuya práctica se demuestra entusiasta, pues la ha aplicado en varios casos de ortopedia con excelentes resultados. Cree, como el conferenciante, que muchas veces los fracasos son debidos a la escasa cantidad de líquido inyectado, pues él ha podido curar, con 20 ó 30 c. c. varios casos de enfermedad de Bruerger con gangrena de las extremidades en personas de edad avanzada.