

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ

P. ARIAS CARVAJAL
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

J. DE AZÚA
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.

L. CARDENAL
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.

V. CORTEZO
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY
Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ
Alumno de Medicina.

M. GAYARRE
Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.

J. GÓMEZ OCAÑA
Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.

GONZÁLEZ AGUILAR
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

J. MADINAVEITIA
Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑÓN
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

A. MEDINA
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.

B. NAVARRO CÁNOVAS
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

J. ORTIZ DE LA TORRE
Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

S. PASCUAL Y RÍOS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

P. DEL RÍO HORTEGA
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

F. TELLO
Sub-Inspector General de Sanidad

L. URRUTIA
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española.—*Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.*—*Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.*—*Fomento de la enseñanza.*—*Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.*—*Edificios decorosos y suficientes.*—*Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.*—*Fomento, premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: Crítica de las doctrinas sobre autointoxicación, por el Dr. D. José María Rosell.—Un caso clínico interesante de Patología puerperal, por el Dr. Pablo Luengo.—Ventajas é inconvenientes de las pomadas de óxido amarillo de mercurio, por el doctor Sicilia.—Nueva complicación de la gripe, por el Dr. D. Antonio Rodríguez Martínez.—Consideraciones sobre profilaxia antivaricelosa. Estudio de su organización social para la defensa de Barcelona, por el Dr. F. Pons Freixa.—Cosas del siglo pasado: El café y la hernia estrangulada.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Desio Carlán.—Los médicos titulares. Lo que han sido y deben ser jurídicamente, por Alfonso Cortezo y Collantes.—Necrología: El Dr. Galcerán Granés.—Sección oficial: Real Academia Nacional de Medicina.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

CRÍTICA DE LAS DOCTRINAS SOBRE AUTOINTOXICACIÓN (1)

POR EL

DR. D. JOSÉ MARÍA ROSELL

Doctor "Magna cum laude," por la Universidad de Würzburg, ayudante del Real Instituto Policlínico de la Universidad de Berlín y del Instituto de Patología de la de Würzburg, etc.

Los procesos del desdoblamiento alimenticio que hemos estudiado en los capítulos anteriores, procesos anormales en dirección química cualitativa y cuantitativamente, por no ocurrir en condiciones fisiológicas la acción de las encimas y fermentos figurados, y anormales hetertópica y heterocrónicamente, ó sea en lugar y tiempo no fisiológico, y las reacciones de respuesta intestinal que hemos descubierto con los análisis coprológicos hechos en condiciones adecuadas de experimentación, creemos nos permiten hacer como epílogo

(1) Este notable trabajo forma parte (inédita) de los artículos que acerca de la *Fisiopatología y terapéutica intestinales* viene publicando nuestro antiguo colaborador el Dr. Rosell en los "Anales de la Academia y Laboratorio del Ciencias Médicas de Cataluña". La obra completa, que en estos días se pone á la venta, ha sido galantemente dedicada á nuestro director el Dr. Cortezo y será regalada por el autor á los suscriptores de la BIBLIOTECA SELECTA DE MEDICINA CONTEMPORÁNEA.

En nombre del uno y de los otros expresamos al Sr. Rosell nuestra sincera gratitud,

un corto ensayo de crítica, bajo nueva luz, sobre la posibilidad, naturaleza y génesis de las autointoxicaciones intestinales, en anormales condiciones del aparato digestivo. Y decimos anormales, por no creer en autointoxicaciones, ni intestinales, ni de ningún otro origen del propio organismo, en condiciones fisiológicas, que sería negar toda adaptación y perfeccionamiento filogénico.

La tesis principal de las doctrinas más conocidas de autointoxicación intestinal en sentido lato, que atribuye á ésta la posibilidad de producir los más variados trastornos al organismo y originar muchas enfermedades (Bouchard (92), Combe (93), Metchnikoff (94) y Arbuthnot-Lane (95), establece el paso al organismo de sustancias tóxicas que se producirían en el intestino por los procesos de descomposición (putrefacción) de los nitrogenados.

Contribuirían á hacer más ó menos intensos sus efectos, el estado de la mucosa intestinal que permitiría el paso de esas sustancias en mayor ó menor escala, y el de la función de ciertas glándulas con función antitóxica ó neutralizadora para las mismas.

Estas doctrinas se hallan brillantemente explicadas por sus autores, especialmente por Combe, en su obra ya citada, la principal representante de las mismas, y se sacan de ellas grandes aplicaciones clínicas,

La base positiva en que se apoya ó debiera cimentar en realidad científicamente todo el edificio doctrinal, lo darían los experimentos de la tesis doctoral de Le Play, *Les poisons intestinaux*, tesis de París, 1906, y las conclusiones que se sacan de análisis y coeficientes urinarios, relativos principalmente á algunas sustancias aromáticas, y las de algunas pruebas físicas de la orina, cuyo valor de estos análisis, por completo inaceptables para las demostraciones que ellos persiguen, veremos más adelante. Las demás argumentaciones en pro de estas doctrinas, son puramente aposteriorísticas á interpretaciones clínicas ó á razonamientos teológicos. La abundante bibliografía, de origen alemán casi toda la que se refiere á la parte químico-biológica del libro de Combe, se refiere al estudio de las albúminas y sus productos de desdoblamiento y casi no tiene relación en lo de demostrar la que pueda haber entre estos productos y las autointoxicaciones que á ellos se atribuyen.

¿Se conocen las sustancias ocasionadoras de estas autointoxicaciones? O ¿se ha podido siquiera demostrar positivamente que existan, produciendo con ellas ó con los excrementos ú orinas donde debieran hallarse, ó con productos de descomposición bacterial de las albúminas animales de donde deben provenir, efectos tóxicos en general que puedan ser atribuidos á estas sustancias, ó que se parezcan en algo aplicadas experimentalmente, á la variadísima sintomatología que de estas autointoxicaciones se describe?

Fuera de la autointoxicación por el SH_2 descrita y probada por Senator en 1884 (96) al escribir por primera vez en la Medicina el nombre de autointoxicación, científicamente hablando y con pruebas que resistan la comprobación, no puede ser afirmada ninguna de cualquiera de esas demandas, que pueden y deben exigirse para que sean aceptadas estas doctrinas como cosa positiva y concluyente, que es en la forma que se dan para que se apliquen en la clínica.

Los trabajos citados de Le Play, 1906, inspirados en los de Magnus Asleben: *Biochemische Zeitschrift*, 1905, t. 18, pág. 503, y en los de Roger y Garnier: *Comptes Rendus S. de Biologie*, 1905, t. 2.º, pág. 338 y 674, sobre toxicidad de los excrementos en inyecciones intravenosas, estos trabajos de Le Play y Charrin, ante los muchos otros que tenían por objeto iguales investigaciones: Albu (97), Brieger (98), Fr. Müller (99), Schmidt (100), Braun (101), Dombrosky (102), Boruttau (103), Baumann (104), Baumstark y von Marazewsky (105), Preussen y Goldman (106) y aun otros, no han podido tener aceptación científica.

Albu, el gran clínico é investigador de cimentada autoridad por el número extraordinario de trabajos en los territorios de enfermedades del aparato digestivo y de nutrición, en su obra «Autointoxicaciones» (Berlín, Hirschwald), la más científica en nuestro concepto sobre esta materia, y en otras publicaciones más recientes sobre estos asuntos, manifiesta (pág. 317) *no haberse conseguido aislar en los excrementos ú orina, productos tóxicos de carácter específico*, que puedan ser acusados de producir cuadros de enfermedad ó de intoxicación es-

pecial. Ewald, Brieger (el descubridor de las tomainas), Strauss y Schmidt, autoridades en investigaciones sobre patología digestiva, reconocen la no existencia de pruebas que demuestran la presencia de estas sustancias, tóxicas específicas; sin que ello sea igual que negar la relación posible entre fenómenos patológicos generales ó parciales en algunos individuos, y trastornos funcionales, procesos anormales ó alteraciones anatómicas del aparato digestivo, cuya dependencia de causa mutua, cuando no es coexistencia por obedecer todos á otra causa común, pueden ser muy susceptibles de discusión, así como el mecanismo patológico.

Los mismos defensores de las doctrinas de autointoxicación (Combe), manifiestan que la cantidad de venenos en el intestino, heces ú orina, es tan pequeña, que no es posible obtener aisladas cantidades suficientes para experimentar, y segundo, que por sí solas quizá no serían tóxicas estas sustancias, pero sí en conjunto, argumento este último tan vacío de valor científico como el primero.

A la afirmación, que por su pequeña cantidad no serían demostrables estas sustancias que entre las de acción tóxica mayor habrían de contarse la cadaverina y putrescina, aisladas por Brieger en la putrefacción de las albúminas (107), y por Roos (108), en las diarreas del cólera, sin que se haya podido demostrar si se han formado en el intestino ó si han sido producto de eliminación del organismo, faltado de poder metabolizante sobre las mismas; á la manera como elimina otras sustancias de metabolismo, por las paredes intestinales é incluso por la bilis, en la que fuera de las sales de los ácidos biliares para activar las liposas del páncreas, todas las demás sustancias, colestérina, núcleo-albúminas, pigmentos biliares, son sustancias de excreción ó de eliminación; á esa afirmación de la poca cantidad de estos venenos, podría oponerse un hecho bastante difícil de armonizar con aquella tesis, y es, que en los casos de cistinuria, uno de los trastornos de metabolismo intermediario conocidos (no sabemos los que aún quedan por conocer), que han sido en donde mayores cantidades y de un modo persistente se han encontrado estos cuerpos, Baumann y Udransky (109) encontraron durante meses seguidos en casos de cistinuria 0,2 á 0,3 gramos de estas ptomainas diaminas de Brieger, tetrafenileno diamina (putrescina y pentametileno-diamina cadaverina, que aparecían en la orina, sin que se encontraran en los excrementos, y que al desaparecer de la orina las aislaron en los excrementos hasta en cantidades de 0,40 y 0,59 gramos por día); en estos casos, precisamente decimos, no se pudo demostrar fenómeno alguno especial de intoxicación, y sí en cambio, que estas sustancias no procedían de la albúmina del intestino.

Aunque fuera real la aparición de estos cuerpos, de autotoxicidad en las heces ó en la orina, de individuos con fenómenos de los llamados de auto intoxicación (fenómenos por lo demás tan elásticos y cómo dos en interpretación como los atribuidos á artritisismo ó neurastenia ó en último caso á trastornos endocrínicos), aunque estos cuerpos se hallaran en los excreta-

de individuos denominados autointoxicados, no por eso habría bastante derecho á hacer derivar de aquéllos las molestias que se observaran en estos individuos. Su aparición ó presencia en las heces ú orina, igual podría significar también, que no son los venenos, si hay derecho á considerarlos como tales, que entran en el organismo, sino como vemos en el ejemplo mismo que acabamos de citar, la cistinuria, los que salen, eliminados por éste, el cual en las condiciones que constituyen su verdadera enfermedad, no puede transformarlos y los elimina como producto de su anormal ó defectuoso trabajo metabólico.

Igual podría decirse de muchos restos finales de las albúminas: sustancias aromáticas, indoxil (indican), fenoles, oxiácidos, etc., por ejemplo, que no por aparecer en la orina, aunque estén eventualmente más aumentados en coincidencia con ciertos trastornos intestinales, hay derecho sin más demostraciones válidas, á considerarlos como procedentes del intestino, ya que ni conocemos hoy los eslabones que en el supuesto que estos mismos cuerpos pudieran provenir de la albúmina alimenticia, habrían de seguir hasta aparecer en la orina, ni debemos olvidar su nacimiento y origen bien demostrado para casi todas estas sustancias del metabolismo intermediario, que estamos muy lejos de conocer ni aun medianamente.

No poniendo en duda, como naturalmente no puede hacerse, una posible intoxicación del organismo tanto con productos intermediarios de la nutrición, como quizá de otros procedentes de procesos digestivos patológicos, y que así como los hemos visto de los productos de fermentación hidrocarbonados, pueda ser posible también de las grasas y de las albúminas. Y admitiendo como se hace que el cuerpo no utiliza todos los ácidos amídicos ó albúmina desnaturalizada reintegrada con ellos y que le llega la digestión, sino sólo los que le hacen falta para mantener el nivel fisiológico de albúmina de trabajo, ¿por qué no podrían los sobrantes, albúmina (ó sus ácidos amídicos) circulantes en exceso, constituir algunos de los verdaderos cuerpos de intoxicación, y sobre todo en individuos con metabolismo eliminador de nitrogenados que fuera deficiente? Y de la misma manera que estos cuerpos pudieran provenir fisiológicamente por sobrecarga de albúmina no utilizable por el organismo, ¿por qué no podría ocurrir igual en un metabolismo deficiente, con los innumerables productos de desintegración nitrogenada que se forman en los tejidos, y en su forma nitrogenada ó sulfurada salen por la orina ó se eliminan por el intestino ú otros emunctorios? Y si estas sustancias que pueden obrar tóxicamente, se pueden formar en los mismos tejidos—sin que nosotros queramos sentar por ello ninguna nueva doctrina de autointoxicación,—¿por qué recurrir exclusivamente, habiendo tantas otras posibilidades de intoxicación, á los dudosos en sentido tóxico, ó por lo menos no demostrado que así lo sean, productos de la desamidación bacteriana (putrefacción), de las albúminas de la alimentación?

¿Es en realidad la putrefacción intestinal de los

proteicos, por sí misma, ó mejor dicho por la eventual absorción de sus productos, un proceso morboso, ó tan morboso para el organismo como con tanto clamor proclaman los autointoxicacionistas?

Los trabajos que se han hecho basándose directamente en los estudios de la toxicidad de las heces ó de las orinas, acabamos de ver que no confirman esta opinión. El coeficiente urotóxico de Bouchard, que olvidábamos mencionar, y con el que se creyó poder medir la eliminación de toxinas por el organismo y basándose en el cual se afirmó que en la putrefacción intestinal estaba la toxicidad de la orina aumentada (sin que al hacer esta afirmación se dijera nunca como se demostraba que en realidad existía esta putrefacción que anuncia el coeficiente autóxico), este coeficiente por mismos investigadores franceses, Charrin y Lepine, al mismo tiempo que por muchos otros investigadores, Possner, Strassburger, Schiffer, Stads-Hagen, etc., se demostró muy pronto con trabajos conocidos, falto de casi todo fundamento; como ocurre con la mayoría de los coeficientes de expresión de los procesos químicos del metabolismo y eliminación, que con tanta afición al lado del nombre de sus autores, han salido en los últimos tiempos, para buscar relaciones y medidas entre cantidades que no se pueden aún medir, y poner en relación cuantitativa, valores que ninguna relación tienen los unos con los otros.

La toxicidad que Bouchard encontraba en las orinas, pronto se tuvo que ver, era debida á efectos osmóticos, por la concentración en las mismas de ciertas sales, especialmente las de sodio y amonio. La misma cantidad de orina tóxica, no lo es en igual sentido, é inyectada en iguales condiciones de animal, á una dilución conveniente, ó precipitando antes las sales de sodio y amonio.

Rodella (110), que ha hecho estudios especiales muy extensos de la putrefacción intestinal, con su sistema especial de putrimetría, y otros igualmente largos sobre la toxicidad de los excrementos, inyectados en diferentes formas de experimento en animales, saca la conclusión, que no existe ninguna relación entre el grado de putrefacción de las deposiciones y su patogenidad ó toxicidad sobre animales. Encuentra deposiciones que casi sin caracteres de putrefacción (según su sistema putrimétrico bastante incompleto no obstante y no suficientemente comprobado), son altamente tóxicas; y heces con fuerte putrefacción, que en igualdad de condiciones de experimentación y animal se muestran inocuas.

Si nosotros hubiéramos de responder juzgando por el paralelismo clínico, que pudiera observarse entre la intensidad de los procesos de putrefacción que descubre la coprología, y síntomas especiales de intoxicación que presenta el enfermo, no sabríamos afirmar que á la coprológicamente anormal putrefacción intestinal, correspondan regularmente ni tampoco frecuentemente, signos que afecten al organismo en general, y que se diferencien de los que pueden atribuirse á la molestia derivada por el trastorno digestivo, ó no sean explicables más ó menos, por las reacciones alérgicas,

las de reflejo vasomotor, las de reacción de la mucosa de todo el aparato digestivo; la desnutrición y la pre-ocupación del enfermo.

La sintomatología tan subjetiva y tan poco demostrativamente relacionable en general con la causa, que algunos autores, especialmente Combe y Arbuthnot Lane atribuyen á la auto intoxicación intestinal, y que igualmente creemos que podrían en muchos de sus síntomas haberlos atribuido á la neurastenia ó á otros conceptos vagos de refugio diagnóstico, no nos ha sido posible la parte que alguna vez de dicha sintomatología hemos descubierto en enfermos, observarla más frecuentemente en los del aparato digestivo, que en otros tipos de enfermos, especialmente á los que se llama de sistema nervioso.

Respecto á la putrefacción intestinal, no creemos desempeñen los cuerpos de la putrefacción proteica, mayor papel patógeno en efectos lejanos de intoxicación sobre el organismo, que los de la fermentación de los ternarios. Localmente es indudable que la acción patogénica de éstos es mayor, y además, que su acción lejana ha sido demostrada.

La autointoxicación intestinal por la putrefacción de los azoados de la alimentación, en el sentido que la expone y quiere combatir Combe, el principal representante actual de esta doctrina, la consideramos exclusivamente una teoría más ó menos ingeniosa, pero falta de base científica positiva.

En nuestra exposición hemos creído poder demostrar ya lo equivocada que es la creencia, que la putrefacción intestinal proviene de los nitrogenados, carne, pescados, huevos, etc., que ingerimos con los alimentos. Combe no aduce pruebas válidas directas ó coprológicas de ello, y las indirectas por medio de las determinaciones urinarias de los sulfo-éteres, indican ó sulfo-indoxilato potásico, fenol, oxiácidos, etc., como los diferentes coeficientes urinarios de intoxicación hechos por Amann, Combe, Baumann, buscando relaciones entre los sulfo-éteres y el N. total; ó entre los miligramos de sustancias aromáticas por 100 gramos de urea ó nitrógeno total; ó entre los sulfatos totales y los sulfo-éteres, pruebas que no se les ha podido dar valor, *porque se refieren á la medida de valores que distan hoy aún mucho de ser conmensurables, ni de saberse siempre lo que indican, pues para ello han de llenarse muchos vacíos que existen en el conocimiento del metabolismo nutritivo intermediario. Y porque además, respecto á estos coeficientes, se buscan con ellos cocientes por relación numérica, de valores heterogéneos que nada tienen que ver unos con otros.*

Tampoco pueden aceptarse algunas pruebas físicas, como la medida de la tensión superficial de la orina, ó de la refracción específica, que si algún día, al conocerse todos los factores y circunstancias que pueden influir en su variación, podrían ser de utilidad diagnóstica ó de expresión de los procesos orgánicos, hoy no puede atribuírseles ese valor. El coeficiente de Amann, por ejemplo, según Labbel y Vistry (111) ya desde su aparición hicieron notar, pone en relación comparativa los productos que hipotéticamente ha-

bían de provenir de la putrefacción intestinal (sulfo-éteres), con el nitrógeno total de la orina procedente del gasto de albúmina por el organismo, cosas, putrefacción intestinal y metabolismo nitrogenado del organismo, que nada tienen que ver la una con la otra, y además, que la primera no es mensurable con esas sustancias aromáticas de la orina, aunque algo pueda influir en ellas, por ejemplo las éstasis del intestino delgado. Lo mismo se puede decir entre el valor urea y los sulfo-éteres del coeficiente de Combe, y también el de los sulfatos totales, que ninguna dependencia tienen con la de putrefacción intestinal, y ni siquiera con el segundo valor de Baumann, los sulfo-conjugados, que sólo lo máximo indicaría una pequeña parte de los productos de putrefacción; causando admiración verdaderamente, que pretendan establecer tales anti-científicas fórmulas clínicas.

A estas pruebas, para afirmar las autointoxicaciones y putrefacciones intestinales que son sacadas de determinaciones urinarias, y mucho menos aún como se hace en individuos bajo cualquier régimen y condiciones, no se les puede hoy, científicamente, atribuirles casi ningún valor, clínico ó diagnóstico; pero en ninguna manera el que con ellos quiere representarse.

En primer lugar, naturalmente, sólo acusarían, si los acusan realmente, los derivados de los productos nitrogenados, que serían absorbidos por el intestino y no sabríamos los que se han producido y eliminado con los excrementos, indudablemente los más; aunque los interesantes para los efectos de intoxicación sólo fueran los primeros, los absorbidos. Pero de éstos, estamos muy alejados de tener su medida con los que puedan aparecer en la orina, *ya que no sabemos los que desaparecen y se queman por el camino del intestino al riñón.* Las mismas llamadas, con más ó menos fundamento, indicurias de origen intestinal, por ser en ciertos estados de éstasis del intestino delgado, donde como en muchos otros estados anormales no intestinales también se presentan, no sabemos si pueden ser alteraciones de metabolismo, de origen reflejo, intestinal si se quiere, como observamos mil otras acciones reflejas de este origen, ó de otros, sin contar las que no sabemos observar, que repercuten sobre todas las demás funciones del organismo. Por lo que ni siquiera podemos afirmar que siempre proceden del intestino estas sustancias de la orina, que llamamos de origen intestinal, como ni tampoco que ellas sean para el organismo de la toxicidad que se les atribuye.

Los mismos cuerpos aromáticos unidos al ácido sulfúrico que como probable origen entérico se miden en la orina, indóxil-sulfúrico, escatoxilme-fúrico, para calcular la intoxicación intestinal, no aparecen siempre ligados al ácido sulfúrico, sino que con igual frecuencia al ácido glucurónico; y en este caso los análisis urinarios no los miden y sólo miden los que permiten la mayor ó menor tendencia que hubo á no ligarse estos cuerpos con dicho ácido glucurónico. Como ni tampoco se sabe porqué unas veces estos cuerpos aromáticos, indoxil, phenol, se ligan unas veces más al último ácido glucurónico, con preferencia al sulfúrico.

Los trabajos sobre estas cuestiones son muy numerosos y no sería posible intentar aquí citarlos.

No sólo no se ha podido demostrar la relación entre los cuerpos aromáticos encontrados en la orina y los formados en, ó absorbidos por el intestino, sino que las afirmaciones principales de las escuelas que definen la autointoxicación, *basadas en que los regímenes de féculas y leche disminutan el indican y otros cuerpos aromáticos de orina*, y por este sólo hecho y mayores ó menores coincidencias clínicas por ellos observados, han creído tener base suficiente para establecer sus, según hemos visto, infundadamente llamados regímenes anti-pútridos, *estas afirmaciones no se han visto confirmadas, sino contradecidas por muy exactos trabajos de muchos otros investigadores* que en estos terrenos han alcanzado la más grande autoridad. Lo que no ha de significar, que no fueran ciertas las observaciones de los que han visto, y puede verse en muchos casos, la disminución del indican urinario con estos regímenes de féculas y leche *en algunas circunstancias, así como en otras se ve con ellos aumentarse*.

Albu y Eisenstaedt (112), no sólo no encuentran disminución de los cuerpos aromáticos de la orina con regímenes de leche y de féculas, sino en muchos casos los ven más aumentados que con los regímenes de carne. Si estos cuerpos hubieran de marcar la putrefacción intestinal, no nos parecería extraño el resultado, pues ya hemos visto en nuestro trabajo cómo y en qué casos la leche y régimen de féculas aumentan la putrefacción intestinal.

Von Morazewsky (113) encuentra que la cantidad de indol de las heces aumenta en régimen de féculas y disminuye con verduras y carnes; y Munk (114), con ciertos alimentos vegetales, ensaladas, pepinos, frutas, encuentra en mismos individuos, valores de fenol, hasta ocho veces mayores que con régimen animal. Albu ha visto en vegetarianos por sistema, fuertes reacciones de indican. Baumstark y von Morazewsky (115), en largos trabajos de exacto valor científico establecen que *existe una independencia muy grande entre los valores del indol que se forma en el intestino y el indoxil ó indican de la orina*.

Ury (116), investigador muchas veces citado, en análisis exactos no encuentra diferencias apreciables entre el indol, phenol y oxiácidos aromáticos de las heces, en individuos con estreñimiento y bajo un mismo régimen, en los excrementos de estos individuos de su deposición natural, ó en las obtenidas con aceite de ricino. Lo que hablaría contra el hecho afirmado, que la absorción y paso á la orina de estas sustancias aromáticas pudiera depender de la larga permanencia de los excrementos en el intestino. En un enfermo con estenosis intestinal, cuyas orinas contenían las extraordinarias cantidades de indol que pueden servir incluso de diagnóstico en estos casos, este investigador, en los excrementos que se consiguió obtener varias veces por diarrea artificial, encontró que la cantidad de cuerpos aromáticos era poco diferente de la normal, lo que puede apoyar la opinión que las grandes cantidades de cuerpos aromáticos que siempre aparecen en la orina en los

fleos, pueden tener otra forma de origen que su nacimiento en el intestino, aunque el ileo por sí los fomenta.

Los trabajos de Baumstark y von Morazewsky ya citados, dirigidos á estudiar la medida de las putrefacciones intestinales con la suma de los valores del indol intestinal y del indican urinarios, les ha llevado á ambos á resultados inutilizables; por lo que aceptan la existencia de tramos desconocidos en el paso ó génesis de estos cuerpos á través del organismo.

(Se continuará).

Un caso clínico interesante de Patología puerperal

POR EL

DR. PABLO LUENGO

Médico de Navalmaral de la Mata.

El ideal del médico á la cabecera del enfermo, será siempre establecer un exacto diagnóstico, de cuyo juicio depende el más acertado tratamiento; mas esta aspiración, acaso la única que produce verdadera alegría intelectual y gran satisfacción íntima, no se puede realizar en muchos casos, porque no hay profesor que abarque el contenido de la Medicina, surgiendo de esta gran dificultad el nacimiento de las especialidades que tienen su natural desenvolvimiento en las poblaciones numerosas, y no pueden cultivarse ni florecer en las pequeñas urbes; y sin embargo, como en éstas se presentan casos de todas las especialidades, que por su urgencia y otras causas requieren una asistencia médica activa, el médico rural no tiene más remedio, en los casos de diagnóstico nosológico desconocido, que emplear un tratamiento clínicamente racional. No cabe duda que muchas veces no hacemos diagnóstico por la complejidad morbosa, pero otras depende del poco contenido científico del médico, porque es de sentido común que cuanto mayor sea la cultura que atesoremus, más diagnósticos podremos descifrar en la enmarañada urdimbre patológica, bien que á esto de la cultura debe presidir una excelente estructura mental, *conditio sine qua non* de los éxitos clínicos que serán tanto más numerosos cuanto más armonía haya entre la sentida aptitud y desarrollo de las facultades intelectuales, con un buen nutrido caudal de bien organizados conocimientos médicos.

Muchas veces resulta el diagnóstico dudoso para las enfermedades más frecuentes y mejor conocidas por la Patología, bien porque en el período de invasión tengan cierta analogía ó por la forma anómala, frustrada, con que en ocasiones se pueden presentar, siendo estos los casos donde la sagacidad del clínico puede dilucidar la diagnosis, por pura intuición ó porque se presenten nuevos síntomas en el curso del mal que aclaran la naturaleza de la enfermedad, como ocurrió en el siguiente caso clínico, interesante bajo el punto de vista de la patología puerperal y que pone de relieve como la anamnesis bien examinada es en muchas ocasiones el hilo de Ariadna, que hoy sirve para salir del laberinto patológico.

El 13 de Julio del pasado año fui llamado para vi-

sitar a una enferma que presentaba una sintomatología típica de un proceso pulmonar agudo, porque a tal juicio conducía lo brusco del principio de la enfermedad, la temperatura de 39°5, el pulso lleno y fuerte propio de las inflamaciones pulmonares, la disnea intensa que llegaba a la ortopnea, y el agudo dolor que en el plano posterior y lateral del hemotórax derecho aquejaba la paciente; mas a este cuadro revelador al parecer de una pleuroneumonía, le faltaba la tos y la expectoración, y los signos de percusión y auscultación propios del primer período de la pulmonía fibrinosa, tal y como por regla general se suele presentar esta enfermedad, y más en las personas jóvenes, como era nuestra enferma.

La disparidad y al mismo tiempo la semejanza del proceso que observábamos en la neumonía surgieron en mi mente con toda claridad desde el primer momento, mas sin poder fijar el diagnóstico nosológico; pero sí que del clínico surgían indicaciones claras que era urgente llenar, como era combatir el dolor y la disnea, cosa que se cumplió acertadamente con una inyección hipodérmica de pantopón y revulsión con cataplasmas sinapizadas, *locus dolente*, dejando al elemento febril seguir su curso, para que nos sirviera de guía en el ulterior curso del mal.

La enferma era una mujer de treinta años, de no muy excelente constitución neurósica, afecta en tiempos pasados de metritis, que no impidió que fuera madre de tres hijos, habiendo tenido el último parto hacia tres semanas, y según decía la familia con toda normalidad, consagrándose a los cinco días del alumbramiento a los trabajos domésticos, y este antecedente en unión de la brusquedad de la iniciación del mal y el cuadro clínico descrito pusieron en perplejidad a mi espíritu, llevando nebulosidades y dudas al diagnóstico (que mantuve en suspenso por algunos días) a pesar de la claridad meridiana de los síntomas, que francamente acusaban una embolia pulmonar consecutiva a una tromboflebitis puerperal, mas esta certeza solo fué adquirida *a posteriori*, por nuevas complicaciones que se presentaron en el curso de la enfermedad, debiendo advertir que la tromboflebitis no permaneció latente durante el puerperio porque la enferma manifestó, aunque tardíamente, que desde que dió a luz y durante el embarazo había sentido un dolor casi continuo, aunque no agudo, en la región anexial izquierda, lo que viene a confirmar la importancia de los interrogatorios minuciosos y detenidos, porque ellos arrojan datos siempre de sumo interés para establecer el diagnóstico.

La enfermedad por espacio de once días continuó con la misma sintomatología; la fiebre por la mañana remitía a 38° y por la noche ascendía a los 39°5; el dolor no desaparecía en absoluto, y la dificultad respiratoria, algo atenuada, no consentía, sin embargo, el decúbito supino; la percusión ponía de manifiesto una zona de submacidez que ocupaba la mitad inferior del pulmón derecho en su parte posterior; las vibraciones vocales eran normales, y a la auscultación no se percibían estertores de ninguna clase ni roce pleural, no-

tándose respiración supletoria en el pulmón derecho; el diagnóstico de una neumonía central parecía evidente, mas a semejante juicio se oponía la ausencia de la tos y de la expectoración, de la sed intensa, del color y aspecto del semblante, y en general la facies, si se nos permite la expresión, del cuadro sintomático, que no tenía las tonalidades y matices peculiares de la neumonía crupal. Al declinar el día once, 30 de Julio, se marca la apirexia sin fenómenos críticos de resolución, pero sin desaparecer el pulso amplio, lleno y frecuente, é iniciándose una tos molesta por lo pertinaz, acompañada de una expectoración sanguinolenta, siendo los esputos negruzcos, diferente color y aspecto de los azafranados propios de la terminación de la pulmonía; en esta situación se deslizó una semana, y el día 6 de Agosto la enferma es invadida de un fuerte dolor que desde la región inguinal derecha se irradiaba a lo largo de todo el miembro inferior, dolor sintomático de una *flegmasia alba dolens*, desarrollada en la vena femoral, con sus síntomas generales febriles y locales, de edema, blanco, duro y doloroso, con trastornos parastésicos de la sensibilidad; no cabía la menor duda de que nos hallábamos en frente de una estreptococia grave cuya primera manifestación ostensible había sido el desprendimiento de un *trombus* que ascendiendo por la vena cava inferior y atravesando las cavidades derechas del corazón había destruido alguna de las ramas de la arteria pulmonar provocando un gran infarto y el cuadro de síntomas que caracterizan la embolia pulmonar.

Seguía su curso la flebitis y los fenómenos pulmonares iban desapareciendo cuando a los ocho días de iniciada aquélla, el 14 de Agosto, se presentó otra *flegmasia alba* en la extremidad inferior derecha, con idénticos síntomas que la primera, pero más acentuados porque la inflamación venosa y la coagulación sanguínea alcanzó a la vena ilíaca primitiva a juzgar por el extenso edema que se observaba en la parte inferior de la pared abdominal.

En el mes de Agosto y primera decena de Septiembre el curso de las flebitis fué normal, disminuyendo paulatinamente la fiebre, los dolores y los edemas, prueba de que el elemento inflamatorio iba cediendo, y se reabsorbían los trombos, permitiendo la permeabilidad de los vasos y el lento restablecimiento de la circulación venosa; esta marcha favorable fué interrumpida el 10 de Septiembre, por la presencia de un intenso dolor en el costado izquierdo, alta elevación de temperatura, y trastornos disneicos, no tan acentuados como la primera vez, síntomas de nueva embolia, que llevó la misma marcha que la primitiva, terminando con la expulsión de esputos negros, adherentes y compactos.

Dada la marcha lenta de la *flegmasia alba dolens*, y el temor al desprendimiento de nuevos trombos, la enferma permaneció inmóvil por espacio de tres meses, hasta lograr la completa desaparición de los edemas, guardando en su larga convalecencia todas las precauciones que los autores recomiendan, sin que afortunadamente la infección estreptocócica dejara re-

síndicos morbosos en los órganos invadidos, logrando la enferma su normalidad fisiológica después de largos sufrimientos, elevados al máximo por su temperamento nervioso, que si á la presente la sumergían en angustias indescriptibles, al médico le determinaban grandes y bruscas oscilaciones dolorosas de la emotividad, refrenadas por el raciocinio para evitar su exteriorización, porque si siempre están justificados los hondos y mudos sentimientos dolorosos, en cambio la sensibilidad lacrimosa para ciertos temperamentos se hace casi irresistible si no se tiene mucho dominio de sí mismo, y aun así, éste se pierde en ocasiones, aparte lo nocivo que resulta para el sereno razonamiento médico las pueriles é inoportunas lamentaciones de algunos enfermos, faltos de educación sensitiva y social.

El tratamiento de las embolias en nuestro caso, se redujo á revulsión torácica con las cataplasmas sinapizadas y la tintura de iodo, inyecciones de pantopón, que modificaban favorablemente el dolor y la disnea, sales de quinina, asociadas á los antipiréticos con moderación y 20 c. c. de suero Roux en el principio, cuando se tenían temores de que se iniciaba una neumococia central: en cuanto á las flebitis, se emplearon bálsamos y unturas calmantes con mucha suavidad, á lo largo de los miembros en el período doloroso, envolturas algodonadas, y pomadas resolutivas á base de ictiol en la declinación del proceso; y como tratamiento anti-causal, se dispusieron óvulos de ictiol en la vagina, é inyecciones de suero antiestreptocócico.

Durante el período álgido de la primera embolia pulmonar, se hizo, por un discípulo del insigne hematólogo Dr. D. Gustavo Pittaluga, el análisis de la sangre, y la fórmula leucocitaria, que á continuación se expone, vino á demostrar la existencia de un proceso inflamatorio séptico, puesto que acusaba una polinucleosis relativa bastante acentuada (87 por 100); aunque no se hizo cuenta total de glóbulos blancos, por no disponer de ningún hematímetro, se pudo comprobar sin embargo por el examen de los frottis que existía una leucocitosis total, no muy elevada (aproximadamente unos 15.000 leucocitos por milímetro cúbico).

Si bien la embolia pulmonar es enfermedad de pronóstico grave y el cuadro de síntomas era alarmante, el estado general de la enferma era no obstante satisfactorio, y además el índice de Arneth oscilaba en límites normales (260 lob. nucleares) y no existían formas jóvenes de la serie mielóide (mielocitos, metamielocitos) en la sangre periférica, por lo cual había que pensar en que el órgano hematopoyético (medula ósea) resistía á la infección, sin llegar á un agotamiento funcional que agravaría siempre el pronóstico y que se traduciría por la presencia en la sangre periférica de formas leucocitarias que aún no están lo suficientemente dispuestas para ejercer sus actividades defensivas de orden proteolítico, como son los metamielocitos y los mielocitos, y además se traduciría por una desviación bastante marcada hacia la izquierda del índice de Arneth. Indudablemente el pronóstico un tanto satisfactorio que se desprendía de los datos hematológicos, se debía á que el émbolo causante del proceso fué un

émbolo aséptico, ó por lo menos muy poco séptico, de tal modo que su localización en el árbol pulmonar no dió lugar á la formación de un absceso piohémico que hubiera sido siempre de pronóstico gravísimo, no tanto por el absceso en sí, como por el peligro de que se desarrollaran nuevos abscesos en otros órganos como frecuentemente ocurre en la piohemia puerperal.

He aquí la fórmula leucocitaria y el índice de Arneth:

Granulocitos neutrófilos.....	87 por 100.
Granulocitos eosinófilos.....	0 —
Linfocitos propiamente dichos..	9 —
Linfocitos leucocitoides de PAPPENHEIM.....	1 —
Formas de transición de la serie linfóide.....	2 —
Dismorfocariocitos de PITTALUGA (células de RIEDER).....	1 —
TOTAL.....	100

Índice de Arneth

	Número de leucocitos.	Número de lóbulos nucleares.
Del tipo A (uninucleados).....	5	= 5
— B (bilobulados).....	40	= 80
— C (trilobulados).....	45	= 135
— D (tetralobulados).....	10	= 40
— E (pentabolulados).....	0	= 0
TOTAL.....	100	= 260

Ventajas é inconvenientes de las pomadas de óxido amarillo de mercurio

POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios.

Siendo una de las sales de mercurio que gozan de mi predilección, dentro de los maravillosos preparados del mercurio, he de sentar las indicaciones fundamentales, reconociendo las cosas buenas y malas que tiene en su activo.

En primer término, como buen antiséptico que es, fácilmente incorporable á diversos excipientes, haciendo pomadas muy finas su polvo impalpable, da maravillosos resultados en las ulceraciones ó pérdidas de substancia consecutivas á traumatismos profesionales, á pústulas sarnosas, impetiginosas, piodermíticas, piógenas ó de irritación química, de pitiriasis, en suma, y resumiendo, en todas las supuraciones y ulceraciones en focos pequeños, ya provengan de parásitos supraepidérmicos ó del epidermodermis, ya sea microbiano, ya por toxinas.

Por tanto, en todo el extenso grupo variado de piodermitis, de localización, profundidad, extensión y causas muy diversas que dejan focos abiertos, por reblandecimiento y ulceración de los tejidos infectados; en estos casos superficiales, poco extensos, de base blanda y secundarios ó consecutivos á causas externas, sea golpe, herida, acarus, piógenos, etc., se basta por sí sola, concentrándola en proporciones variadas, hasta un 50 por 100, tanto más fuerte, cuanto más localiza-



dos y secos son los focos, localización de pústulas y ulceraciones que se observan sólo en algunas regiones, en estas enfermedades de parásito conocido y ataque de fuera adentro, aun en las que se difunden pronto como la sarna y la pitiriasis, que son éstas, las lesiones que acabamos de describir, las más indicadoras del óxido amarillo.

En segundo término los *eczemas*, principalmente aquellos con infección *piógena* ó *impetiginizados*, primaria ó consecutivamente, los *seborreicos*, sobre todo de cara, cejas, pabellones auriculares, bordes ciliares y comisuras de labios con fisuras; en los *eczemas pitiroides*, mezcla de vesículas con escamas, bien sean éstas previas, ó consecutivas á las finas lesiones elementales del *eczema*; en los *eczemas crónicos infiltrados numulares* ó de *focos circunscritos*, pero en estos casos entra en mezcla con otros y en bastantes sólo á título accesorio. Así se asocia á antisépticos y astringentes como ácido bórico, subnitrito de bismuto, naftalán, tumenol y alquitrán en los *eczemas fluyentes*, de secreción turbia y de marcha subaguda; unido al ictiol y azufrados en el *eczema seborreico*; con el aceite de enebro y oleosos en *pitiriasis* y *eczemas pitiroides*; mezclado con la brea de haya, ácido salicílico, pirogálico, crisofánico (de análogo color al óxido amarillo) en los *eczemas infiltrados* y muy *pruriginosos*, pero siempre y ésta es la condición principal, *sine qua non* que sean formas muy localizadas, bastante infiltradas y escamosas, único modo de evitar los inconvenientes de que hablaremos, pudiendo llegar así á altas dosis.

En último término, en aquellas *descamaciones parasitarias*, como *pitiriasis versicolor*, *tiñas*, *carateas*, *tiña imbricada* de Patrick Manson, *furfuraciones*, *intértrigos* y *epidérmicas* y en aquellas otras dermatosis secas, como el *psoriasis* y *líquenes*, sobre todo en los tipos *escamosos* y en los *períodos descamativos*, siempre que se asocien á los tópicos activos apropiados, derivados de la crisarrobina, del ácido pirogálico y de la brea; sólo en el caso que da mejores resultados es, en los que se asocia un terreno ó forma *seborreica* de la dermatosis.

Como mención aparte, diré, que en las *sifilides secas* y *húmedas*, así como en las abiertas de *chancro*, *ulceraciones espectíficas* y *gomosas*, es de excelente aplicación consiguiendo curaciones muy notables, asociada ó no á los ungüentos mercuriales.

Pero tan buen medio que tantas curaciones procura, necesita de requisitos especiales para su uso, y como todo medicamento activo, produce *desórdenes*, contra los que hay que prevenirse. Primero de sus inconvenientes es la violenta *estomatitis* que produce, con reblandecimiento, tumefacción y enrojecimiento, desarrollándose *placas muy típicas* grandes, alargadas, muchas unidas, que prefieren el vestíbulo de la boca, encías y sobre todo muy claras en mucosa labial y geniana, en los sitios de más roce con los dientes, de color blanco amarillento, que se extienden y unen con rapidez formando fajas en la línea interdientaria, algo salientes y de aspecto blanco sucio, reblandecimiento y maceración del epitelio que suele llegar al espacio

retromolar. Segundo inconveniente: es irritante altamente para la piel, sobre todo cuando tiene su lecho dérmico congestionado y blando, dando con facilidad foliculitis y vesículas supuradas intradérmicas, engastadas como pustulitas en las capas congestivas de muchas erupciones. De aquí que es indispensable ordenar un enjuagatorio fuerte y lavados de boca repetidos, arreglo y limpieza previas de la misma, toques curtién-tes de la mucosa á base tánica y nunca prescribir la pomada en *erupciones extensas, difusas, congestivas*, de *origen eczematoso*, en personas *viejas discrásicas* que padecen *antiguos eczemas* que invaden grandes superficies y que por ser de *origen interno* contraindican el óxido amarillo, y en ellos dan las más violentas hidrargirizaciones mucocutáneas viscerales.

¿NUEVA COMPLICACIÓN DE LA GRIPE?

POR EL

DR. ANTONIO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Médico titular de Casas de Haro (Cuenca).

Procurando allegar con mi modesta práctica un *granito de arena* á la labor de los grandes maestros sobre la gripe actual, someto á la consideración de tan expertos paladines, la observación personal de un síndrome neuropático que he comprobado en los atacados por mí asistidos en el apartado solar donde presto mis humildes y humanitarios servicios.

Escasas han sido, por fortuna, las invasiones y exigua la mortalidad, pero he estudiado en mis enfermos un síndrome alucinatorio que comienza al declinar la fiebre, en vísperas de apirexia.

Con mayor ó menor intensidad he seguido esta observación, pero singularmente en un muchacho de quince años, presa de la infección gripal, que el día 30 de Noviembre último presentaba cefalea, fiebre de 40°, marcado timpanismo abdominal, dolores erráticos en todo el cuerpo, deposiciones líquidas y fetidísimas, pulso en consonancia con la temperatura y gran postración.

Diagnosticué una forma de gripe abdominal y en consonancia dispuse dieta láctea, calomelanos y rigurosa antisepsia intestinal, sin olvidar un estimulante cardíaco.

El día 9 de Diciembre último empiezan á ceder los síntomas enumerados á excepción de la fiebre que subió á 41°,5 y de un simple examen pude cerciorarme que se presentaban síntomas broncopulmonares sin llegar á declararse la bronconeumonía gripal pura. Se entremezclaban difusamente síntomas bronquíticos y pulmonares faltando el dolor de punta de costado y expectoración sospechosa.

A la mañana siguiente, después de un nuevo interrogatorio y de un examen fonendoscópico minuciosos, pude comprobar que la fiebre continuaba estacionada, y que presentaba disnea, tos quintosa, esputos grises compactos y adherentes, orina escasisima, disminución del murmullo pulmonar en su base, tendencia al colapso y astenia general. A partir de este momento (día 10) instituyo una revulsión torácica con cataplasmas sinapizadas, le administro expectorantes, tónicos cardíacos, inyecciones de electrárgol y suero Hayen.

A los once días de este tratamiento empieza á mejorar el estado general del enfermo, la fiebre baja á 37°,4, se modifica la expectoración que es más flúida, nada adherente; los signos físicos pulmonares pierden intensidad y todo hace

presagiar una pronta mejoría que no me atrevo á comunicar á la familia.

Al día siguiente (día 23) es de notar—y esta es la finalidad de este deshilvanado artículo—que el individuo está apirético (carece de todo antecedente neuropático, no es alcohólico ni sifilítico) y cae en un estado alucinatorio inquietante, conserva, al parecer, su actitud resignada de dolor, pero cree ver en su familia seres extraños abstrusos, niega estar en su primitiva habitación, tiene astenia vasomotora, presenta al hablar un estado pseudoafásico y sordera verbal.

Estos trastornos no obedecen ni al bromuro, ni al cloral, ni valerianatos, y me veo en la precisión á su vez de prescindir de los opiáceos según la sana teoría de Boix.

El día 31 de Diciembre empieza á ceder en parte—y sólo de día—este síndrome alucinatorio, y el enfermo recobra su estado normal sólo modificado por la aparición de nuevas imágenes y terrores nocturnos que ceden á los cinco días con régimen dietético especial y con higiene mental que aconsejo á la familia. En el día de la fecha (11 de Enero de 1919) se encuentra en franca convalecencia y su estado general es satisfactorio.

Ahora bien; compañeros ilustres que hayan tenido más abundosa intervención en la epidemia, argumentarán (fundándose en las tres modalidades clínicas de la gripe) la existencia de trastornos neuropáticos é incluso grandes neurólogos llegan á reconocer que la gripe es un factor etiológico de toda lesión cerebral.

En el caso concreto que cito, existió una verdadera forma alucinatoria, es decir, «la percepción sin objeto» que no es hipnagógica puesto que el individuo las presentaba despierto y no era delirante.

Las tres formas clínicas de gripe admitidas en clínica (que no cito en gracia al docto lector) las niego como entidades personalísimas de esta afección, no siendo otra cosa que síndrome que no alteran la unidad de la gripe y que *por sí* no creo sean suficientes para determinar una toxiinfección tan intensa para producir el síndrome alucinatorio con todo su cortejo.

Debo hacer notar—por otra parte—que esta región donde ejerzo, da un copioso contingente de neuropatas en todas sus formas.

En los casos por mí asistidos, la gripe presentó sus principales síntomas abdominales y torácicos, pero en ningún caso se presentaron síntomas vagoparalíticos ni vagohiperquinéticos, ni raquialgias intensas, ni paraplejia, ni mielitis, ni otros mil atribuidos á la gripe de forma esencialmente nerviosa.

¿Qué causas pueden determinar el síndrome alucinatorio en la convalecencia gripal?

¿Es que puede atribuirse á alguna otra causa que no sea la intoxicación el cuadro alucinatorio en enfermos no delirantes?

Por último: ¿Qué influencia ejerce la gripe sobre el sistema nervioso para determinarla?

Los grandes maestros tienen la palabra para formar juicio.

Consideraciones sobre profilaxia antivariolosa.—Estudio de su organización social para la defensa de Barcelona

POR EL

DR. F. PONS FREIXA

(Del Cuerpo médico municipal, ex profesor clínico auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona.)

De un estudio que sobre esta materia nos envía

nuestro querido amigo y compañero el Dr. Pons-Freixa, de Barcelona, reproducimos por creerlas de alto interés para la profilaxia antivariolosa en toda España, las siguientes conclusiones:

1.^a En Barcelona existe una endemia variolosa de carácter grave, por su intensidad de desarrollo, y crónica, por la duración de sus manifestaciones.

2.^a La repartición de sus invasiones entre las agrupaciones urbanas por distritos es irregular, manifestándose de preferencia en los más pobres y de condiciones higiénicas más defectuosas (1.^o, 5.^o, 7.^o y 10.^o).

3.^a Los ciclos de su evolución y recrudesencias no tienen carácter de regularidad alguna. Tan solo, en sus formas de predominio y atenuación estacionales, se adaptan á las normas de observación corriente en epidemiología.

4.^a La particularidad más sobresaliente de esta endemia es su carácter esencialmente infantil (71 por 100 de invasiones) y su circunscripción especial á los años anteriores al ingreso normal de los niños en las escuelas (entre cinco y seis años, 58 por 100).

5.^a El origen evidente de la morbosidad es el descuido de las prácticas de vacunación en general, y en lo que respecta á su característica infantil (conclusión anterior), la casi absoluta indefensión, en éste concepto, derivada de la falta de toda acción tutelar oficial en el período pre-escolar.

6.^a El número y proporción de las invasiones durante los dos años primeros de la vida (19,42 por 100) y aun de cada uno de ellos en particular (8,74 por 100 y 10,78 por 100) no autorizan á prescindir de su defensa en el concepto vacunatorio, antes bien, obligan por su importancia á atenderla con el mayor cuidado y resolución.

7.^a La profilaxia social contra la viruela ha de ser distinguida en dos agrupaciones: 1.^a Medidas de carácter preventivo, y 2.^a Medidas de defensa frente á la enfermedad en acción.

El primer grupo está constituido exclusivamente por la organización social de la vacunación.

El segundo por las medidas siguientes: a) declaración de la enfermedad; b) aislamiento del enfermo y sus asistentes; c) vacunación ó revacunación inmediata de los asistentes, convivientes y, en casos determinados, de los vecinos del enfermo; d) desinfección de las ropas, objetos, enseres en contacto con el enfermo, y de los muebles y locales en relación con el mismo.

8.^a La base de toda organización social sobre profilaxia antivariolosa ha de consistir en la prescripción de la vacunación con carácter obligatorio normal y absoluto, á partir del cuarto mes del nacimiento, y, consecutivamente, en análogas disposiciones, sobre revacunación al final de los dos primeros decenios de la vida.

9.^a Las obligaciones condicionadas del mismo precepto han de ser consideradas tan sólo como complemento, y, en otro sentido, como comprobación de la efectividad de las primeras, y deben, por tanto, multiplicarse en cuanto sea posible para una mayor garantía de su eficacia.

10. Nuestra legislación en el concepto expresado

en las dos conclusiones anteriores, es incompleta y carece de orientación precisa y de unidad de acción, armónica y ordenada.

11. En sus disposiciones no se prescribe la vacunación con carácter obligatorio absoluto y normal en ningún tiempo, ordenándola tan sólo condicionada, ya á anomalías sanitarias, ya en la forma secundaria de exigirla, como previo requisito, en diversas circunstancias de la vida social de los individuos.

12. Tampoco existen, y son necesarias, disposiciones de Sanidad marítima aplicables á los puertos, que puedan detener ó modificar la corriente inmigratoria de personas no vacunadas que afluye constantemente, por dichas vías, á nuestra ciudad.

13. Es absolutamente preciso recabar de los Poderes públicos una legislación en consonancia con los anteriores puntos de vista; y para no dejar, entretanto, abandonados los intereses sanitarios de necesidad perentoria para la defensa de nuestra población, suplir, por medio de disposiciones emanadas de las autoridades locales, aquellas deficiencias.

14. La circunstancia de exceder, habitualmente, en Barcelona, la cifra de mortalidad por viruela del 1 por 1.000 de la mortalidad general, facilita la aplicación interina de los preceptos obligatorios de vacunación, restringidos, por nuestras leyes, á dicha anomalía sanitaria.

15. La organización, en nuestra ciudad, de la vacunación obligatoria, debe tener un carácter permanente y regular, debiendo afectar por igual á todas las personas.

16. La primera vacunación deberá ser exigida al terminar el tercer mes de la vida; y para las revacunaciones, al final de cada uno de los dos primeros decenios.

17. Las obligaciones vacunatorias condicionadas deberían regularse, reduciendo, para las revacunaciones, el período intermedio á seis años, en forma que sea exigible, la primera, en los comienzos del período escolar.

18. Los casos en que sea exigido el requisito de vacunación deberán multiplicarse en lo posible, comprendiendo, entre ellos, de manera especial, las personas y familias que soliciten ó reciban cualquier clase de asistencia de la Beneficencia municipal.

19. La organización social de la vacunación y revacunación obligatorias en todos sus aspectos (preventivo ó de defensa) debería confiarse á un organismo especial que centralizara las acciones de policía, armonizándolas con las facultativas, por medio de lazos de mutua relación y dependencia.

20. Sus obligaciones serían: tomar á su cargo la determinación, aviso y requerimiento de las personas afectas á la obligación vacunal, preventiva ó normal; la indicación á las mismas del ofrecimiento oficial y sus circunstancias, para procurarles gratuitamente, en todo caso, su cumplimiento; la fiscalización del mismo, ó de sus excepciones ó aplazamientos en todos conceptos, y la comunicación á las autoridades competentes de la resistencia á la prescripción legal, para la im-

posición de las sanciones correspondientes. Cuidaría, también, de los registros de vacunaciones y revacunaciones oficiales y de los de comprobación de las particulares; del libramiento de certificaciones extemporáneas de unos y otros y de la ordenación, en general, de todos los servicios de policía vacunatoria.

21. Para el cumplimiento de su misión, debería estar en relación con las oficinas del Registro Civil para la determinación de las primovacunas preventivas; con las del Padrón municipal para las de las revacunaciones de igual carácter; y con los del Servicio de profilaxia endemo-epidémica, en los casos de vacunaciones de defensa: á los fines del cumplimiento del precepto, con la sección facultativa de los médicos oficiales vacunadores; y para la aplicación de las sanciones, en casos de resistencia, con las autoridades ó sus oficinas correspondientes.

22. Los médicos oficiales vacunadores deberían practicar las inoculaciones que les fuesen solicitadas, librar las certificaciones inmediatas sobre dicha circunstancia, ó en otro caso comprobar las que les fuesen presentadas, junto con el vacunado, por médico particular; anotar en registros especiales *ad hoc* cuantas intervenciones en los sentidos dichos hubiesen practicado, y dar cuenta ordenada de las mismas, á los efectos de la fiscalización encomendada al *Servicio central de obligación vacunatoria*.

23. Las disposiciones de defensa frente á la enfermedad en acción, deberían correr á cargo de otro organismo oficial, que podría titularse *Servicio de profilaxia endemo-epidémica*.

24. Toda declaración de enfermedad infecciosa debería ser comunicada á dicho Servicio; el cual, por medio de sus inspectores sanitarios, tomaría á su cargo la dirección y fiscalización en cada caso de los preceptos profilácticos adecuados al mismo, poniéndose en comunicación, cuando fuese necesario, con los demás organismos oficiales encargados de su práctica.

25. Así, en lo que se refiere al aislamiento del enfermo y de sus asistentes inmediatos, debería capacitarse del grado de posibilidad de su establecimiento, en relación con las circunstancias de cada caso, y la mayor ó menor laxitud que según las mismas pudiese ser consentida, proponiendo, cuando lo creyese conveniente, el traslado ó hospitalización del enfermo.

26. La desinfección de las ropas, objetos y enseres en contacto inmediato con el enfermo, y la de los locales por el mismo habitados, debería ser determinada por el Servicio de que nos ocupamos, y su cumplimiento requerido y fiscalizado por el mismo, en los casos de ser su práctica particular; debiendo, cuando así no fuera, reclamar la intervención de los Centros de desinfección correspondientes, á los cuales transmitiría entonces todas las obligaciones sobre este punto.

27. La determinación de las personas comprendidas en la obligación vacunatoria, en los casos de asistencia, convivencia ó vecindad, en relación con el enfermo, debería ser establecida por dicho Servicio de profilaxia endemo-epidémica, el cual remitiría nota inmediata á la sección de vacunación para su tramita-

ción ulterior y cumplimiento rápido de lo preceptuado.

28. Dicho Servicio podría, además, instruir á los convivientes y vecinos del infectado por medio de la entrega de impresos adecuados á cada caso, acompañados, en lo preciso, de las explicaciones verbales complementarias, de todo cuanto, en relación con la enfermedad ó el enfermo, tuviese un interés práctico de divulgación, á los fines del conocimiento y profilaxia de las infecciones.

29. También debería cuidar dicho Servicio de practicar en cada caso las investigaciones, tomar los datos y adquirir las noticias necesarias á la determinación de los orígenes ó causas ciertas ó presumibles de las infecciones; á la de sus circunstancias especiales de extensión, desarrollo, intensidad, etc.; y á la fijación, en fin, de cuantos conocimientos pudiesen reportar una utilidad al mantenimiento de una sostenida campaña de profilaxia contra las infecciones.

30. Al mismo efecto deberían ser llevados en las oficinas del Servicio dicho, registros adecuados para poder establecer las estadísticas de para-morbo-sidad en relación con las invasiones ocurridas durante un período señalado (anual epidémico, etc.), y sacar de sus determinaciones las necesarias enseñanzas.

Cosas del siglo pasado.

EL CAFE Y LA HERNIA ESTRANGULADA

El día 1.º de Noviembre del año 1857 publicó EL SIGLO MÉDICO el siguiente interesante artículo:

«Un hombre de treinta y ocho años, de pequeña estatura y de temperamento eminentemente nervioso, tenía desde hacía trece años dos hernias inguinales, que sostenía por medio de un braguero doble. Después de un excesivo trabajo y á consecuencia de un acceso de cólera, las partes que formaban hernia en el lado derecho salen, pero en vez de descender á las bolsas como de ordinario, parece haberse producido la hernia directamente por una desgarradura situada por delante del ligamento de Gimbernat, y forma un tumor globuloso, resistente, del tamaño de un huevo de gallina. Inténtase inútilmente la taxis; el hielo tampoco da resultado. El enfermo padece violentos dolores de vientre que se exasperan, apenas se le toca el tumor. Prescribese una poción de belladona, pero sin resultado. Así las cosas, un médico octogenario, el Dr. Jurand, de Batignolles, informado por casualidad del estado de este enfermo, asegura que conoce un remedio soberano, que había visto emplear en la Habana y que él mismo había puesto en práctica con buen resultado muchas veces.

Invitado á examinar al enfermo y aplicarle su medio de tratamiento, he aquí cuál fué su prescripción: Tomar de cuarto en cuarto de hora una taza de infusión de café negro, caliente y apenas azucarado.

La prescripción se cumplió exactamente: á la quinta taza se observaron algunos ruidos de tripas, y á la novena la hernia se redujo.

Poco tiempo después, publicó el Sr. Carrere en el *Bulletin de Therapeutique* la relación de dos observaciones de hernias estranguladas, reducidas espontánea y rápidamente por el uso del café.—En el primer hecho se trata de una mujer de sesenta y dos años, cuya hernia, que databa de dos

años, nunca había estado sostenida con braguero. La estrangulación databa de más de veinticuatro horas, acompañábanla dolores violentos y vómitos, que habían adquirido ya el carácter estercoráceo. La imposibilidad de practicar la taxis, indujo al Sr. Carrere á prescribir la infusión de café, de la cual tomó la enferma una taza cada cuarto de hora. A la cuarta taza sintió la enferma algunos ruidos de tripas, los cuales se hicieron cada vez más fuertes y frecuentes hasta la novena, en cuyo momento volvió á entrar la hernia espontáneamente. Durante parte de la noche, persistieron algunos dolores; pero al día siguiente por la mañana la enferma se hallaba completamente curada.

El segundo caso es relativo á una mujer de sesenta y cinco años, que padecía desde hacía algún tiempo una hernia crural derecha, que habiéndose estrangulado dos meses antes había sido reducida por medio de la taxis.

Esta mujer cometió la imprudencia para evitar molestias de quitarse el braguero, y á poco se estranguló la hernia, apareciendo muy pronto los vómitos.

Llamado el Sr. Carrere intentó inútilmente la taxis: entonces prescribió la infusión de café y mandó meter á la enferma en un baño. A la segunda taza se produjeron algunos ruidos de tripas, y después de la octava, la hernia se redujo espontáneamente. La estrangulación había durado diez horas.»

Los casos citados no pueden ser más categóricos y el procedimiento, aunque sea del siglo pasado, es sencillísimo de poner en práctica.

Periódicos médicos.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La primiparidad tardía. El embarazo, el parto y el puerperio en 670 primerizas añosas, por el Dr. Josué A. Beruti.—En una comunicación presentada por el autor á la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, ha reunido 670 casos de su observación personal de gran interés científico, y deduce de su estudio las siguientes conclusiones:

1.ª Existe en la mujer un manifiesto paralelismo entre edad y trastornos del embarazo, del parto y del puerperio; ó sea que á mayor número de años corresponde un aumento proporcional de perturbaciones.

2.ª Este conjunto de obstáculos que se opone al desempeño fisiológico de las funciones maternas, es una consecuencia de la primiparidad tardía.

3.ª Obstétricamente consideradas, las primerizas de veintiocho años para arriba pertenecen á la categoría de las «añosas». Su primer parto es tardío.

4.ª Dicha primiparidad es tardía, no porque la aptitud genésica y procreativa se aminore á esa altura de la vida sexual, sino porque casi siempre el matrimonio llega ahí tarde.

5.ª En la primeriza añosa, sin embargo, la primera menstruación aparece algo más tarde que en la primeriza muy joven.

6.ª La patología de la gestación es (exceptuando ciertos accidentes como la eclampsia, el parto prematuro y tal vez las hemorragias) notablemente más nutrida en la primigesta añosa que en la juvenil.

7.ª El parto en las primíparas añosas va acompañado de mayor número de complicaciones que en las de menor edad porque:

a) Las presentaciones viciosas son más frecuentes.

b) La rotura intempestiva de la bolsa es más común.
 c) La duración del trabajo es mucho mayor; debido ordinariamente á la rotura prematura ó precoz de las membranas, á la resistencia de las partes blandas y á la adinamia útero-abdominal.

d) La frecuencia operatoria es muy superior á la habitual.

e) Las lesiones genitales son mucho más numerosas.

f) El alumbramiento es más largo y más difícil.

8.^a La mortalidad y morbilidad materna están acrecentadas en las primerizas añosas.

9.^a La mortalidad y morbilidad fetal están igualmente aumentadas.

10. El pronóstico materno y fetal de la primiparidad tardía es muy desfavorable, por cuanto el 80 por 100 de las primerizas añosas está condenado á una complicación de su embarazo, de su parto ó de su puerperio.

11. La mujer añosa es pasible de una profilaxis contra los inconvenientes y peligros de su primiparidad tardía.

12. El matrimonio precoz no trae complicaciones obstétricas de ningún género. (*La Clínica Castellana*, Diciembre 1918.)

2. **Un feto con dos cabezas.** Observación del Dr. Fernando C. Lillia, de San Andrés de Giles (Buenos Aires).—Antecedentes del padre y de la madre, sin importancia. No hay antecedentes gemelares en sus ascendientes.

La madre, argentina, de diez y nueve años, secundípara. Primer parto normal.

Segundo embarazo transcurre sin novedades; siente los movimientos de la criatura hacia los cuatro meses y medio.

No sabe precisar bien, pero parece que los dolores del parto, que se inician el 20 de Septiembre como á las ocho de la mañana, coinciden con el término de los nueve meses de su embarazo.

A las nueve de la noche del mismo día el marido se presenta al médico para pedirle algún remedio que aumente los dolores, pues éstos han disminuído. Dice que la mujer que la atiende le ha dicho que el niño viene de vértice, que no hay hemorragia y que siente la madre los movimientos.

Se le recetan tres sellos de quinina de 0,30 gramos, haciéndole presente que si á las tres horas no se ha producido el parto, que avisara, pero este aviso vino recién al día siguiente, habiéndose producido el parto espontáneo á las cuatro de la mañana del día 21.

La criatura nació muerta, pero por los signos externos parece que el deceso se haya producido durante el período expulsivo, por asfixia. Ha habido también pérdida de meconium.

Según referencias de la mujer que la atendió, la cabeza algo más grande salió primero, habiendo tenido que tirar de ella para que saliera la segunda cabeza, que se había flexionado sobre el pecho.

Ambas cabezas tienen un desarrollo normal, con ojos, boca, lengua, nariz, orejas y abundante cabello.

Un miembro superior corresponde á un chico y el opuesto á otro. Los pies en varus.

El peso es de 3.000 gramos.

A la palpación del dorso se notan dos columnas vertebrales, lo que revela la radiografía, pero con ausencia de sacro y coxis, y una sola pelvis. La interesante autopsia para ver la disposición de los órganos internos, será reservada para alguno de los maestros de la Facultad, adonde será enviado. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, Octubre 1918.)

3. **El tratamiento del prolapso genital por las operaciones plásticas vaginales, por Manuel E. Portugal.**—El autor estudia las diversas técnicas para curar el prolapso genital y deduce las siguientes conclusiones:

1.^a En materia de terapéutica de los prolapsos es necesario apartarse del absolutismo que, por apasionamiento, domina á la mayor parte de los autores de métodos operatorios.

2.^a Todos los métodos operatorios tienen sus indicaciones, pero los más frecuentemente indicados por ser los que menos contraindicaciones cuentan, son los métodos vaginales.

3.^a Las intervenciones plásticas vaginales realizan al mismo tiempo un tratamiento patogénico y sintomático.

4.^a El tratamiento de elección en los prolapsos genitales consiste en la colpografía anterior y la colpoperineorrafia con miorrafia de los elevadores, acompañadas ó no de la amputación del cuello como intervención complementaria.

5.^a Las recidivas son inevitables en una proporción cuyo porcentaje no se puede señalar con precisión debido á la desigualdad de los resultados obtenidos por los diversos ginecólogos.

6.^a Sería conveniente estudiar hasta donde son ciertas las afirmaciones de Robert Franck que achaca esta desigualdad en los resultados operatorios á la falta cometida en muchos métodos que no reconstituyen cuidadosamente la anatomía perineal. (*La Crónica Médica*, Lima, Septiembre de 1918.)

TERAPÉUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Cómo se deben tratar las hemoptisis, por J. C.**—

El autor divide las hemoptisis por sus causas en cuatro grupos, según procedan: 1.^o, de un proceso ulcerativo; 2.^o, de un proceso fluxionario ocasional; 3.^o, de hipertensión en la gran circulación; 4.^o, de éxtasis sanguíneo ó de discrasia cardiovascular.

1.^o La hemoptisis derivada de un proceso ulcerativo (ruptura de un aneurisma cavitario, eliminación de un núcleo caseoso que englobe una arteria) surge bruscamente, sin prodromos, sin fiebre, en individuos con grandes lesiones caseosas, destructoras, y más especialmente, pero no exclusivamente, en las fases tardías de su evolución. Las causas ocasionales son, algunas veces, un esfuerzo, una fatiga, exposición al sol, causas estas que pueden hacer variar el tono vascular, pero, generalmente, no se conoce la causa determinante. Si la hemorragia procede de una lesión cavitaria voluminosa, una auscultación sumaria revela un estertor característico, perceptible á distancia y que se localiza con facilidad.

¿Cómo remediar estas hemoptisis?

1.^o Aumentando la coagulabilidad de la sangre por el suero gelatinizado, cloruro de cal ó de sodio, inyección de suero de caballo; 2.^o, disminuyendo la tensión arterial en la pequeña circulación (ligadura de las raíces de los miembros y especialmente de los miembros inferiores), y 3.^o, disminuyendo la expansión pulmonar (aplicación de una ligadura alrededor del tronco, compresión del pulmón por un pneumotórax artificial).

Este último medio, según Dumarest, es el más seguro para conseguir éxitos completos y definitivos. Y se comprende. Un pulmón comprimido es un pulmón isquemiado con tal que la compresión sea positiva. El pneumotórax obra precisamente como la ligadura hecha en un vaso de sangre. Es necesario, pues, asegurarse bien de cuál es el pulmón que sangra para sobre él aplicar el pneumotórax total ó parcial, según reclame el caso; pneumotórax que tendrá una doble ventaja, esto es, que cortará, seguramente, la hemorragia y hará que se vacíen los bronquios de la sangre en ellos acu-

mulada, y que, fermentando, podría dar lugar á complicaciones sépticas, siempre temibles.

Se ensayará primero un pneumotórax parcial, y si éste no fuera suficiente, se completa más tarde, algunas horas después, llegando al grado de compresión que sea necesario.

Un pneumotórax así se reabsorbe á los quince días si se hace con las condiciones de asepsia necesaria y, sobre todo, con oxígeno ó aire esterilizado. Su inocuidad es absoluta y su efecto seguro.

2.º La *hemoptisis congestiva* acompaña á las neumonías y á las congestiones perifocales de las tuberculosis fibrosas y de toda la vasta colección de tuberculosis atenuadas que están emparentadas con la familia neuroartrítica, caracterizadas por la sensibilidad vasomotora y la aptitud fluxionaria. Estos pacientes tendrán toda su vida hemoptisis congestivas, mientras que los que padecen formas destructivas, caseosas, pueden desde el principio sufrir hemorragias ulcerosas.

En estos casos se aconsejan los medicamentos hipertensores (digital, pituitrina, hidrastis, adrenalina) ó vasodilatadores hipotensores (ipec, quipsina, trinitrina).

¿Cuáles preferiremos de estos medicamentos antagonistas?

Todo induce á creer que deberían ser los últimos, porque las mejores condiciones para la hemostasia son la vasoconstricción arterial combinada con la depresión del latido cardíaco.

La ipecacuana cumple por excelencia estas condiciones y tiene además el valor de la tradición. Medicamento cardiovascular, dice Kuss, disminuye la presión sanguínea y aneja el pulmón. Y más aún: vacía por el vómito los bronquios de coágulos sanguíneos, sin que el vómito en estas condiciones sea tan penoso como se puede imaginar.

Otro medicamento excelente será el nitrito de amilo, que por ser vasodilatador é hipotensor de la gran circulación y vasoconstrictor de la pequeña, eleva la presión en la arteria pulmonar, y, según Pic y Petitjean, ejerce una acción hemostática tan enérgica, que si se hace en el momento en que se inyecta el remedio un corte en el pulmón, la hemorragia cesa inmediatamente. El tratamiento se completa, si el caso lo requiere, con los medios mecánicos indicados antes, sin pismos en los miembros inferiores, aplicaciones locales frías ó calientes, teniendo éstas la ventaja de no provocar reacciones consecutivas.

3.º Las *hemoptisis hipertensivas*, si la hipertensión es permanente y no ocasional, esto es, las hemoptisis de los pacientes que presentan el síndrome cardiorrenopulmonar (en la tuberculosis fibrosa, por ejemplo) aparecen en serie, sin causa pulmonar ni otra apreciable, ó provocadas por desvíos que temporalmente agravan la hipertensión. Son más frecuentes estando el enfermo acostado que en pie, son pequeñas, apiréticas y tienen la particularidad de producir un cierto bienestar y alivio, haciendo desaparecer cefaleas, vértigos y perturbaciones generales mal definidas que sufría antes de la hemoptisis. Estas hemorragias son, pues, favorables porque reducen la hipertensión, y por eso su tratamiento debe reducirse á un poco de sulfato de sosa, dieta lactovegetariana, reducción de líquidos, ejercicio moderado, pero seguido, y empleo de los hipotensores (trinitrina, iodo de potasio, etc.).

4.º Las *hemoptisis hipostáticas* son las hemoptisis de los cardíacos, de los individuos con tara cardiovascular ó congestión crónica de las bases sostenida por largo decúbito.

En estos casos el reposo en cama las agrava y las prolonga, y la medicación debe consistir, aparte de las ventos-

sas, en el uso de la digital, del hidrastis asociado á la quinina.

En el tratamiento de las hemoptisis no debe olvidarse la necesidad de evitar la retención en los bronquios de sangre extravasada y su putrefacción. Estas complicaciones de retención é infección son extremadamente graves hasta el punto de poder matar en algunos días por septicemia aguda ó bronconeumonía.

Como ya queda dicho, una de las mayores ventajas del tratamiento de las hemoptisis por la ipecacuana, es la de limpiar los bronquios de la sangre y de las secreciones purulentas. El pneumotórax da los mismos resultados.

Cuando esta complicación surge, revelada por ascensión térmica brusca, fetidez característica del aliento y de los esputos, el remedio heroico es la inhalación continua de oxígeno día y noche. (*Jornal dos Medicos e Pharmaceuticos portugueses*, Oporto, Noviembre, 1918.)

2 El tratamiento de la gripe por las dosis masivas de alcanfor, por J. Narich y P. Burgeat.—Presentan los autores seis casos de gripe tratados por el alcanfor á grandes dosis y deducen las siguientes conclusiones:

1.ª El alcanfor á dosis masivas de 2 á 6 gramos por día y en inyección hipodérmica parece obrar felizmente en la infección gripal.

2.ª Los numerosos casos así tratados entre los cuales tomamos al azar las seis observaciones anteriores, nos han demostrado que es útil instituir este tratamiento lo antes posible, mejor desde el primer día de enfermedad.

3.ª Particularmente es eficaz en el curso de las gripes con localizaciones broncopulmonares, pero da buenos resultados en las formas gastrointestinales y en la gripe sin localización determinada.

4.ª Obra como antiinfeccioso, estimulante cardíaco y tónico general.

5.ª Puede ser empleado con otros medicamentos y los completa con ventaja.

6.ª La solución oleosa siguiente es de fácil empleo:

Alcanfor.....	10 gramos.
Aceite de vaselina.....	90 —

7.ª Por todo instrumental se necesita una jeringa de cristal de 30 c. c. á cuyo extremo metálico se adapta una aguja larga. (*Le Progrés Medical*, París, 16 de Noviembre de 1918.)

BIOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Distribución del oro en los tejidos animales.—En el *Journ of Pharmacology and experimental Therapeutics* de Baltimore (Junio 1918), Dewitt, Cadwell y Leavell, de Chicago, en un estudio experimental sobre la diemoterapia de la tuberculosis, han administrado el oro en forma de diversas sales, á considerable número de conejillos de Indias, y después han analizado los diferentes órganos y tejidos para determinar cuantitativamente la distribución del metal. El oro se diferencia de otros metales en cuanto á su reparto en el organismo. El cobre, el zinc, el arsénico, el estaño, el antimonio y el mercurio se depositan en el hígado en más cantidad que en los otros órganos. El riñón puede, en ocasiones, contener tanto y aun más en proporción de su peso que el hígado. El bazo no contiene nada ó sólo indicios. Estos metales son excretados, en su mayor parte, por el tubo gastro-intestinal. El oro parece escoger para su localización el bazo, en cuanto la cantidad por gramo de peso, ó concentración del oro en el bazo; en la mayor parte de los casos es mayor que en el hígado. Algunas veces vienen los riñones y otras el hígado, en el segundo lugar de la concen-

tración del oro. Cerca de una mitad de oro administrado se recoge en la orina y en las heces en los siete días siguientes á una sola inyección, y en dos meses durante los cuales se hizo inyección semanal de oro éste se eliminó por la orina y las heces, más en aquellas, por lo menos al principio. Las sales de oro usadas se absorben muy bien después de la inyección subcutánea y no queda más en el tejido subcutáneo donde se hizo la inyección que en los otros del cuerpo. Las sales de oro salen pronto de la sangre después de las inyecciones intracardíacas, y de ordinario, á las veinticuatro horas de hecha la inyección no se encuentra oro en el aparato circulatorio. De dos á cuatro horas después de hecha la última inyección, ya no se encontraba el oro en el suero, aunque se halló una considerable cantidad en los glóbulos centrifugados. No se encontró oro en el cerebro. La cantidad de oro administrada durante todo el tratamiento y el tiempo transcurrido desde la última inyección no parecen ejercer una influencia constante ó duradera ni en la cantidad total ni en la proporcional de oro contenido en los órganos animales.

2. Acción de los alcaloides del opio sobre los músculos lisos.—En el *Journ. of Pharmacologie and Therapeutics* (Junio 1918), describe Macht sus experimentos, de los cuales se deduce que en cuanto á su acción fisiológica sobre las contracciones rítmicas y la tonicidad de los músculos lisos de varios órganos, los alcaloides del opio pueden ser divididos en dos clases: el grupo de la morfina de un lado y el de la papaverina del otro; también se ha visto que la acción estimulante ó presora de la morfina ó del grupo piridin-fenantrénico, reside en la porción piridínica ó piperidínica de sus moléculas. La acción al parecer anómala de la peronina ó bencil morfina es explicada por la acción depresora del grupo bencil de sus moléculas. Es interesante observar que la acción inhibitoria del grupo de la papaverina se debe á la presencia del núcleo bencil y no á un radical oxidado ó ácido, porque se ha visto que, ni el benzoato sódico, ni el meconato sódico que contienen radicales monoácidas aromáticas, ni el fetalato sódico que contiene un radical aromático diácido, producen inhibición. Por otro lado, la benzamida que contiene dos anillos de bencil produce pronta parálisis de las contracciones.

La diferencia en los efectos sobre los músculos lisos de los dos grupos de alcaloides del opio es de importancia práctica en todo género de tratamientos de los dolores cólicos ó debidos á contracciones espasmódicas de los músculos lisos de las vísceras. Se ha observado de manera empírica, que la morfina en inyección de dosis corrientes no es eficaz para suprimir el cólico debido á espasmos del uréter ó de la vejiga biliar. La explicación es sencilla según Macht. La morfina actúa como analgésico por su acción sobre el cerebro, mientras su efecto periférico sobre los músculos lisos del uréter ó de la vejiga de la bilis ó el útero u otra víscera de la fibra lisa es aumentar el espasmo ó la contracción tónica. Una aplicación de papaverina en tales ocasiones es con frecuencia muy eficaz para relajar el espasmo del músculo liso y aliviar el cólico. El procedimiento terapéutico racional en todos estos casos sería administrar uno de los alcaloides bencilisoquinolínicos de los cuales es la papaverina el más eficaz ó mayor todavía, dar una combinación de morfina con los alcaloides bencilisoquinolínicos como el pantopium que proporcionaría el poderoso efecto analgésico central de un lado y del otro la acción relajadora sobre el espasmo periférico.

La diferencia en la acción farmacológica entre el grupo de la morfina y de la papaverina es también de importancia práctica en el tratamiento de la diarrea. Es sabido que el

opio es más eficaz para combatir la diarrea que la cantidad equivalente de morfina. La explicación no descansa en la presencia de componentes inertes del opio, sino en la acción inhibitoria de los constituyentes bencilisoquinolínicos del opio.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El drenaje en cirugía, por Manuel O. Cruzado.—Respecto de este interesante asunto del drenaje, establece el autor las siguientes conclusiones:

1.^a Los hechos de la patología experimental y la observación clínica han juzgado el drenaje como un recurso terapéutico ilusorio en la mayoría de los casos y algunas veces nocivo.

2.^a El establecimiento prolongado de un drenaje obliga al enfermo á una permanencia en cama por más del tiempo necesario, permanencia inútil y nociva, que predispone á complicaciones ulteriores.

3.^a Un drenaje al contacto de intestinos mortificados, fuertemente congestionados y amenazados de gangrena, determina casi siempre su perforación.

4.^a En las peritonitis difusas con exudación serosa se puede dejar un drenaje por doce horas.

5.^a En las operaciones de las vías biliares, hay indicación de drenar el conducto colédoco ó el canal hepático.

6.^a En cirugía ginecológica está justificado el establecimiento de un drenaje en dos grupos de casos:

a) Cuando la peritonización de la región operatoria y la hemostasia han sido imposibles de realizar, debiéndose en estas circunstancias hacer un taponamiento con gasa á lo Mikulicz.

b) Cuando hay interés de extraperitonizar un foco con tejidos necrobióticos y pus virulento, debiéndose entonces hacer el drenaje vaginal.

7.^a En los abscesos y flegmones del tejido tegumentario, el drenaje es contraproducente.

8.^a La mortalidad operatoria ha disminuído por el perfeccionamiento de los métodos operatorios, por el mejoramiento de la asepsia y por el mejor tratamiento pre y post-operatorio. (*La Crónica Médica*, Lima, Octubre de 1918.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Acción hemostásica de la gelatina.—Ono, en el *Acta Scholae Med. Univ. Imp. en Kioto* (31 Marzo, 1918), dice que la gelatina ha sido usada en China y Japón como hemostático desde los tiempos prehistóricos, y en Europa sólo desde 1838, por Hecker. Ha estudiado el mecanismo de su acción y la compara con otros hemostáticos. En el tubo de ensayo determina la coagulación de la sangre hasta cuando ésta se ha impedido con el extracto de sanguijuelas. Esto confirma que la acción hemostásica es debida á la unión de los corpúsculos de la sangre entre sí y no á una acción sobre las paredes de los vasos sanguíneos ó á otro factor. Los corpúsculos sanguíneos se unen unos á otros cara á cara, apiándose como monedas. Otras sustancias con acción hemostática causan la precipitación de los corpúsculos al mismo tiempo que su aglutinación; este grupo comprende el almidón, el agar, la abrina, el suero extraño y el sulfato de cobre. Sólo las sustancias del grupo de la gelatina tienen una acción coaguladora *in vitro*. Sin embargo, no ejercen ninguna acción desde el tubo digestivo.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

Boletín de la semana.

Peor está que estaba.

Como se había anunciado y dispuesto, abrieron las Cortes sus sesiones el martes, 21, y en el mismo día presentó á ellas el Gobierno los dos magnos proyectos que hacían urgente la reunión parlamentaria: Los presupuestos generales del Estado cuya aprobación ha de regularizar el anómalo estado económico en que vivimos desde hace cuatro años, y el proyecto de autonomías regionales, producto de la ponencia extraparlamentaria que á toda España preocupa. Como ambos proyectos han sido presentados á la misma Cámara, el uno por expreso precepto constitucional, y el otro por así haberlo estimado conveniente el Gobierno; y como el Congreso, al que han sido sometidos, es el Cuerpo parlamentario en que más ardorosas y largas se hacen las discusiones, es de suponer que los debates se prolongarán de modo tal, que por lo menos uno, si no los dos proyectos, no llegarán á ser aprobados sino en fecha tan remota que, dadas las oscilaciones y tempestades de nuestra funesta vida política, no llegarán á ser Ley.

No nos pesaría mucho que tal sucediera, por lo menos en lo que se refiere al proyecto de autonomías, ya que en lo que nos afecta con más íntimo interés, tan mal parado resulta en él todo lo que atañe al primordial interés general y humanitario y á la salud pública.

Pero á última hora llega á nuestro conocimiento un nuevo dato que viene á empeorar la cuestión y á justificar el epígrafe que á estas líneas hemos puesto. Nos referimos al proyecto emanado del Consejo ó Asamblea de la Mancomunidad catalana que será enviado á las Cortes y del que hasta ahora sólo se tiene conocimiento por una comunicación telefónica. Según ésta, la organización, la legislación y los servicios de Sanidad y Beneficencia quedarán en absoluto concedidos á las autoridades regionales, sin que ni siquiera se haga aquella mención de *coordinación*, que confusa y todo aún dejaba una esperanza á las aspiraciones de la conveniencia y del buen sentido. Es decir, que la orientación constante, científica y universal que tiende á internacionalizar las atenciones sanitarias; la política mundial que venía obligando á compromisos internacionales

para establecer reglas comunes que obligaran á todos los pueblos á una armónica conducta en asuntos que á la humanidad entera interesan por igual, se quiere que tengan ahora un desquiciamiento local y minúsculo, con el cual tendría que contar en adelante el Estado español para sus conciertos sanitarios ulteriores; es decir, que en lo intrapeninsular habría en lo sucesivo dos poderes discrecionales y reglamentarios que en sus contraposiciones agudizarían las dificultades permanentes y accidentales que en cada conflicto epidémico ó endémico se presenta; es decir, que los representantes y funcionarios de la vida sanitaria local, perderían en lo porvenir aun la remota esperanza de ser atendidos por una autoridad más impersonal y, por lo tanto, más justa que ahora pueden tener.

No nos acalora mucho la cuestión, pues de tal manera estimamos absurdo lo que se pretende, que no podemos creer que llegue á tener estado legislativo; pero de todas maneras llamamos la atención de nuestros compañeros, los que ejercen en las provincias catalanas, sobre el peligro que para ellos significa el desamparo en que se les quiere dejar ante la autocracia incondicionada de las arbitrariedades caciquiles. Ellos pueden y deben respetuosa ó enérgicamente dirigirse á los representantes en Cortes y en las Corporaciones regionales para hacer notar lo que es tan justo, racional y conveniente en la justicia y derecho que les asisten.

Cuando el texto del nuevo documento sea más auténtico y fidedigno, nos ocuparemos de él con el detenimiento que merece; pues hoy por hoy abrigamos aún, la esperanza de que las referencias telefónicas no sean exactas ni completas.

DECIO CARLAN.

LOS MÉDICOS TITULARES (1)

LO QUE HAN SIDO Y DEBEN SER JURIDICAMENTE

POR

ALFONSO CORTEZO Y COLLANTES

Licenciado en Derecho

Profesor Agregado del Instituto de Medicina legal de la Universidad de Madrid.

III

Hacíamos alusión al trazar las líneas generales de este trabajo deshilvanado y sin método, á la transcen-

(1) Véanse los números 8.890 y 8.892.

dencia que tenía el actual momento político para la determinación del porvenir de los médicos titulares en las dos manifestaciones en que pueden ser considerados; aludíamos á nuestros temores de que una política de descentralización podría hacer más difícil la consecución del fin que nos proponemos, y abogábamos, hablando en nombre del interés de que hoy pretendemos considerarnos modestos portavoces, por una centralización en general de todos los objetivos políticos, ó en último término, de los sanitarios y benéficos que á los titulares les están encomendados.

Las manifestaciones de algunos jefes de partido hechas posteriormente á esta somera indicación nuestra; de jefes políticos que en una ú otra esfera apoyan la descentralización de los servicios administrativos, hacen, sin embargo, la excepción al tratar del importantísimo tema sanitario, cuyo fin debe desarrollarse y ser dirigido por la nación íntegra y solidariamente unificada, y como de problema tan transcendental no se tratase en el manifiesto de los regionalistas catalanes, los que miran hacia España y hacia la Humanidad de buena fe (aparte consideraciones de sectarismo político), no tuvieron más remedio que, al tratar del tema que en un principio creen lícito y libertador de muchos males de que adolece nuestra patria, hacer la salvedad en esta forma:

«De la extranjería, de la sanidad exterior é interior, de la beneficencia general y el protectorado de la particular... no hay una palabra en la enumeración de los atributos del Estado.» Estas son las palabras del discurso de Maura en que se aludía al temor de que el movimiento de los representantes parlamentarios catalanes tuviese un fin separatista.

Por lo que se refiere á las bases adoptadas por el partido reformista como programa sanitario, en nuestro número del 7 de Diciembre se han publicado, y quien las leyere podrá apreciar que, á pesar de las modificaciones que con relación á lo hoy establecido se determinan, preside en todo él el criterio de que el fin sanitario debe ser uno para toda la nación, y el médico, en todo caso, representante en la localidad ó la comarca de la función general que debe velar por el mejoramiento de la raza y por la evitación de los males que la debilitan y destruyen.

Plácenos mucho que firma tan autorizada como la de Francos Rodríguez haya sabido desenvolver, como lo ha hecho en su artículo *La autonomía y los médicos*, un tema al que nosotros no hubiésemos podido dar tanta luz; y nos place porque nos convence de que se ha sabido recoger una bandera que en estos trances de desequilibrio en que asuntos más urgentes, aunque no más importantes, atraen toda la atención de políticos y opinión, se une por esta y aquellos á lo que ha de servir de emblema general á los defensores de la unidad política indestructible del Estado que representa los intereses generales de España.

Continuando la ruta por nosotros mismos señalada en el desarrollo de asunto tan árduo como el enunciado en el título de nuestro artículo, no podemos por

menos, ya que del aspecto jurídico de la cuestión se tratá, de mostrar nuestra disconformidad con algunos tratadistas de derecho administrativo y sociólogos en la forma de considerar este problema; no porque en los términos de sus apreciaciones dejen de profesar las sanas teorías que presiden el anhelo común de los médicos titulares, sino por limitarlos, bien como Colmeiro á la represión de las causas perturbadoras de la salud pública que provienen de la atmósfera, los alimentos y las enfermedades (*Derecho administrativo*), ó como otros, á limitar la acción individual á fin de que no sea un peligro público despojándola en gran parte de su carácter técnico en presencia de un interés jurídico que más que otra cosa acarrearía graves perjuicios en determinados momentos de peligro inminente; ya que si interesante es esta labor de represión y policía, no lo es menos la que se debe realizar con miras al mejoramiento y prosperidad de la raza en el amplio fin humanitario y con relación á los intereses de patria.

Pero todas estas disquisiciones se nos podrán censurar por teóricas, y conviene á nuestro propósito suspenderlas porque el motivo que nos obligó á hablar de ellas no fué otro que el de recordarlas cuando de su estudio en la legislación pasada pensábamos analizar.

No ha sido España de los países que han ido á la zaga en materia de legislación sanitaria. Entremezclados con preceptos de orden moral y religioso que presidían la legislación de la Edad Media y gran parte de la reciente hasta la Constitución de las Cortes de Cádiz que preceptuaba que los españoles habían de ser *justos y benéficos* (art. 6.º) se hallan conceptos y reglas de orden higiénico y sanitario como las constituidas en el libro XI del Fuero Juzgo, en la Ley 1.ª, tít. 11, part. 2.ª, en la Ley 37, tít. 4 y 47, tít. 5, part. 1.ª de la Ley de Partidas y en las Leyes 10, 11 y 12 del lib. 8 y 20 del tít. 16 del mismo libro y tít. 38 del lib. 7 de la Novísima Recopilación, etc., etc., que algún día y á título de curiosidad daremos á conocer á nuestros lectores.

Aparte de los conceptos que á este orden se refieren incluidos en la Constitución de Cádiz á que hicimos referencia en nuestro artículo anterior, de una serie de disposiciones administrativas relacionadas y del Reglamento para las subdelegaciones de Sanidad interior del reino, aprobado en 24 de Julio de 1848 en que bien claramente se determina la necesidad de la inspección por parte del Poder central por lo que se refiere al orden sanitario y á la protección y desarrollo que debe darse por el Estado en su más amplia acepción (art. 1.º, 7.º, etcétera), aparte, decimos de la importancia que estas disposiciones tienen en sí, el primer precepto que adoptó caracteres legales en el sentido político de la palabra es la Ley de 28 de Noviembre de 1855 sobre el Servicio general de Sanidad. Como su nombre indica, se dictó con el fin de dar al servicio sanitario una organización total y una norma por qué regirse en su desarrollo y funcionamiento. En esta Ley no se destina ningún capítulo especial á los médicos titulares; pero organiza el servicio de tal forma, partiendo de la Dirección general de Sanidad (cap. I) y del Consejo de Sanidad (cap. II) del Servicio Sanitario Marítimo (ca-

pítulo IV, etc.), que al preceptuar en su cap. XI la forma en que han de constituirse las Juntas provinciales y municipales de Sanidad, no puede por menos de conferir la representación del Estado en los pueblos de más de 1.000 almas á los profesores de Medicina y Farmacia de los residentes en el término municipal.

Es fácil comprender que al hablarse en el art. 54 de las Juntas municipales constituidas por el alcalde como presidente, por un profesor de Medicina, otro de Farmacia, otro de Cirugía, etc., en los vecindarios que acostumbra mos á conocer en Castilla y en casi todo el resto de España, la referencia á este género de profesores que tan poco abundan allí donde no ejercen su titular, se confiere esa representación del Estado á los médicos titulares, como se deduce del sentido y orientación de todo el capítulo XIII que bajo el epígrafe *De los subdelegados de Sanidad*, determina y reglamenta las funciones y organización de aquéllos y éstos.

Los artículos 64, 65, 66 y 67 de esta Ley son los verdaderamente preceptivos en el orden de las funciones que deben desempeñar los médicos titulares. El 64 en cuanto obliga á las Juntas provinciales á requerir á los Ayuntamientos para que establezcan la hospitalidad domiciliaria y á exigir de estos facultativos titulares que han de realizarla «el deber de auxiliar con sus consejos científicos á los Municipios, en cuanto diga relación con la policía sanitaria». El art. 65 en cuanto autoriza á las Juntas provinciales á exigir de los Ayuntamientos «la responsabilidad á que hubiere lugar cuando ocurriese alguna defunción de la clase menesterosa sin habérsele prestado los auxilios facultativos». El art. 66 en cuanto prevé el caso de que si un pueblo por sus escasos medios económicos no pueda sufragar los gastos de asignación de los facultativos, consintiendo «una asociación de lugares inmediatos, caso en el cual se acordara por ellos mismos la cantidad con que cada uno ha de contribuir para este objeto». Y los artículos 67 y sucesivos, en los que se determina la forma de realizarse los contratos de este género con los Ayuntamientos, la responsabilidad de éstos en lo que se refiere al pago de sus asignaciones, nombramiento de los facultativos, la forma en que debe reclamarse ante la Junta provincial el pago de sus haberes, etc., etc., que tienen su origen legal al par que las exigencias de orden público general, para mantenerse sin modificación administrativa alguna hasta el momento presente.

En pago á todas estas obligaciones, á la exigencia y responsabilidad en que incurren, según los artículos 72 y 73 cuando en tiempo de epidemia abandonasen el lugar en que ejerciesen el cargo de titular (momento en que representan el interés general del Estado), sólo se les concede una apelación ante la Diputación provincial que oirá á la Junta de Sanidad de la provincia (art. 69) y en recurso ante el Tribunal Contencioso administrativo (art. 71) en lo que se refiere á nulidad de la escritura en que se contrataron sus servicios, no en cuanto al pago de los haberes devengados; y en caso de

inutilidad adquirida en época de epidemia, con una recompensa de las Cortes, á propuesta del Gobierno, que nunca pasará de 5.000 reales anuales, por el tiempo de su inutilidad, siendo requisito indispensable la audiencia é informe favorable del Consejo de Sanidad. Es decir, que para reclamar las deudas y derechos devengados en contra de los Ayuntamientos, la apelación administrativa de los titulares se reduce á la Diputación provincial y á la audiencia de una Junta provincial de Sanidad; pero si se inutilizaran total ó parcialmente para ejercer su profesión y quieren reclamar algún beneficio en relación con el art. 74 de la Ley que examinamos, entonces son necesarios nada menos que la propuesta del Gobierno y la determinación de las Cortes, es decir, dar fuerza de Ley del reino á una resolución que tiene por objeto conceder una pensión á una familia huérfana, en el cumplimiento del deber, que no bajará de 500 pesetas y no excederá de 1.250 (art. 74).

Pero no quedan reducidas á los términos expresados la escasez de beneficios que esta ley concede á estos médicos en relación con los deberes que les son exigidos; que el art. 75 hace extensivo este beneficio á cualquier médico que realice actos de la misma índole; y el Real decreto de 22 de Enero de 1862 que aprueba el Reglamento para la concesión de las pensiones establecidas por los artículos 74, 75 y 76 de la Ley anteriormente examinada, ratifica este criterio regulando en sus artículos 2.º, 3.º, 4.º y 5.º las condiciones y requisitos necesarios para obtener las pensiones, según éstas sean de 2, 3, 4 ó 5.000 reales. Y no es esto lo más grave que se contiene en la parte de legislación que venimos examinando: el art. 8.º del Reglamento últimamente citado en relación con el 12 y último, exige los siguientes documentos para poner á las familias que por el cumplimiento de un deber ó en aras del bien público quedan arruinadas, que nuestros lectores comprenderán inmediatamente consumen la pensión que pueda ó no concedérseles: Certificación legalizada de tres facultativos en que se acredite la salud del aspirante con anterioridad al contagio; los títulos ó diplomas profesionales ó certificación legalizada de ellos; una información de 12 testigos vecinos del pueblo, mitad pobres y mitad ricos, y las partidas legalizadas de defunción del profesor, la de casamiento y las de nacimiento de sus hijos. Pues no son menos los trámites. Con los documentos expresados, el alcalde informará al gobernador, éste oirá el dictamen del Consejo y Junta provinciales de Sanidad, y con el suyo elevará el expediente al Ministerio de la Gobernación, quien informará al Gobierno, que oirá previamente al Consejo de Sanidad del Reino y luego... resolverá en justicia si hay crédito, ó no lo niegan las Cortes (artículos 9 y 10 del Reglamento de 22 de Enero de 1862).

Por Ley de 24 de Mayo de 1866 se modifican los artículos 26, 27, 35, 40 y 101, cuyo espíritu de reforma hemos trasladado en los de ellos que interesan á nuestro propósito al tratar de la ley original, por no debatir

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
IGUAL EN COMPOSICION Y PUREZA AL NEUTRALON ALEMAN
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

dos veces sobre los mismos puntos que tan próximamente sufren alteración.

En el mismo año y con fecha 28 de Agosto se dicta por el Ministerio de la Gobernación, en aquel entonces desempeñado por González Brabo, una Real orden, en virtud de la cual se obliga á todos los médicos de la Beneficencia municipal ó provincial á prestar gratuitamente toda clase de informes y servicios que el Gobierno considere necesarios.

Y á partir de esta fecha hasta la promulgación del Reglamento sobre contratos con médicos titulares de 14 de Junio de 1891, son dignas de tenerse en cuenta á nuestro propósito, aparte de los principios establecidos en la vastísima legislación sobre Sanidad marítima y sobre epidemias, que no podemos analizar, la Real orden de 8 de Enero de 1886 sobre nombramiento y separación de los subdelegados y determinando cuándo son inamovibles los médicos y farmacéuticos que desempeñan plazas de titulares, que establece en sus artículos 2.º y 3.º que los titulares de poblaciones de más de 4.000 vecinos, con antigüedad de más de diez años, no podrán ser separados sin expediente gubernativo, previa audiencia del interesado y de la Junta provincial de Sanidad, y que en los pueblos menores de 4.000 vecinos se estará en lo que respecta á los derechos y deberes del profesor, á lo que el contrato y las disposiciones vigentes determinen. Es decir, que suponiendo dos Ayuntamientos que por su vecindario pertenezcan á las dos categorías marcadas por los artículos 2.º y 3.º de esta Real orden, es de peor condición el que más necesita que se le proteja contra los desmanes caciquiles, que el que puede vivir del ejercicio de la profesión casi independiente y apenas significa nada el sueldo señalado á la titular para su desenvolvimiento económico; otra de las disposiciones á que aludimos comprendida en esta era legislativa, es la Real orden de 13 de Mayo de 1886 en que se modifica la de 23 de Mayo del 62, en que sólo se daba de plazo treinta días para solicitar las pensiones á que se refieren los artículos 74, 75 y 76 de la ley de Sanidad, ya examinados, ampliando éste á cuatro meses para los damnificados dentro de la Península, y seis á los de Ultramar; otra es la Real orden de 22 de Septiembre del mismo año en que se determinan las obligaciones de los facultativos y alcaldes, impuestas por el Poder central sobre la manera de contener el desarrollo y propagación de la difteria, y que es una nueva prueba de lo que para la salud pública general significan los titulares y el cómodo procedimiento que constituye el acordarse de ellos al tratar de sus obligaciones y no en el legítimo derecho de velar por que sus intereses les sean respetados; otra es la Circular de 27 de Febrero de 1889 sobre estadística sanitaria en que se exige á los médicos municipales la obligación de dar cuenta mensualmente al subdelegado respectivo del estado sanitario de la localidad, con expresión de

las enfermedades dominantes, causas á que fueron debidas, condiciones climatológicas ó topográficas que abonen su desarrollo, etc., etc., que viene á apoyar la argumentación que hacíamos en el comentario de la anterior disposición aludida. De la legislación relativa á las obligaciones impuestas á estos médicos con el motivo de la invasión cólica del año 90, nada diremos: la Circular de 12 de Agosto y la Real orden de 8 de Octubre de aquel año, dicen más que nosotros pudiéramos decir respecto de los sacrificios y presiones á que se vieron obligados los médicos titulares en el desarrollo de aquella epidemia.

Del Reglamento aprobado por Real decreto de 14 de Junio de 1891 para el servicio benéfico sanitario de los pueblos, hacíamos en nuestro último artículo una somera alusión y una referencia ligerísima á su preámbulo, porque le considerábamos en el aspecto puramente adjetivo que este género de disposiciones ha tenido siempre. Hoy, para cerrar el aspecto histórico que venimos reseñando, no haremos otra cosa que trasladar aquella parte de su articulado que se refiere á las obligaciones de los médicos titulares y que encierra como la mayor parte del resto de la legislación sanitaria, el espíritu centralista y de dependencia directa del Estado, de la fundamentalísima función de velar por la salud pública. El art. 2.º de este Reglamento dice: «Además de la asistencia gratuita á las familias pobres, vacunación, etc., etc., tendrán los facultativos municipales las obligaciones siguientes: 1.ª Prestar los servicios sanitarios y de interés general que dentro del término jurisdiccional correspondiente les sean encomendados por el Gobierno y las autoridades sanitarias superiores... y para qué escribir más. ¿No es suficiente base esta y los preceptos contenidos en los apartados 2.º, 3.º y 4.º en los que se les encomienda el auxilio de conocimientos de las Corporaciones provinciales, la función de médicos del Registro civil cuando no los exista en la localidad (gratuitamente) y la cooperación á la administración de justicia en sustitución de los médicos forenses, no es suficiente base, repetimos, para que con el convencimiento adquirido en el examen de la necesidad evidente demostrado por la legislación pasada, coordinemos otra que atienda más á la justicia de la reclamación de los derechos de esta clase?»

NECROLOGÍA

EL DOCTOR GALCERÁN GRANES

En Barcelona, en donde había adquirido un envidiable renombre como neuropatólogo, ha fallecido el Dr. Galcerán Granés.

De sus méritos da cuenta el Dr. Rodríguez Méndez en este párrafo de una excelente crónica dedicada al ilustre finado:

«Hace años dió en la Facultad de Medicina una serie de

LA DIABETES

Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI

que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura gratis. Laboratorios PESQUI Prim, 25. San Sebastián

conferencias verdaderamente magistrales. Ha redactado numerosos dictámenes; un solo párrafo bastaba para decir: esto es de Galcerán. Ha intervenido con eficacia y serenidad en procesos criminales, casi siempre, si no siempre, como defensor, no como acusador. En condiciones difíciles se hizo cargo del maltrecho y desacreditado Manicomio de San Baudilio de Llobregat, y sobre las inaprovechables ruinas fundó un establecimiento digno de loa. En el Manicomio de Reus, hoy Instituto Pedro Mata, intervino en su situación, construcción, régimen y sostenimiento con toda su valía, que no encontró obstáculos para desplegar toda su pericia; así salió la magna obra. En el primer Congreso español de la tuberculosis (Barcelona, 1910), la sección que organizara y nutriera, fué una de las más sobresalientes, y eso que todas fueron superiores. Hace muchos años dirigía y daba vida potente a un periódico de su especialidad, repleto de enseñanzas, siempre interesante y robustecido con su ingenio, periódico cuyo último número apareció en Diciembre, pocos días antes de morir; la enfermedad, ni en sus fines, pudo poner obstáculo a las libres y provechosas manifestaciones de su poderoso intelecto.

El Dr. Galcerán Granés era redactor de la *Gaceta Médica Catalana*, en donde su prestigiosa firma aparecía con alguna frecuencia al pie de trabajos luminosos de psiquiatría.

Al querido colega y a la familia del finado les enviamos la expresión de nuestro sentimiento por la desgracia sufrida, pues consideramos la desaparición de Galcerán Granés como una pérdida irreparable para la medicina patria.

Sección oficial.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SOCORROS PÉREZ DE LA FANOSA Y MELCIOR

Cumpliendo las prescripciones de la Fundación Pérez de la Fanosa, esta Academia, en sesión de 21 del corriente mes, ha adjudicado los nueve socorros anunciados oportunamente, a las personas que a continuación se expresan, las cuales son médicos necesitados, ó pertenecen a las familias que se hallan en igual caso.

Con 500 pesetas.

Al médico D. Cecilio Rodríguez y Bendito, de Logroño; a doña Esperanza Osende y Botana, viuda del médico don Gonzalo Romero Juego, de Zas (Coruña), y a doña Isabel Herrero y Martín, viuda del médico D. Víctor Viñuela y Cristóbal, de Madrid.

Con 250 pesetas.

A doña Julia Chapado y Franco, viuda del médico don Heliodoro Hidalgo y Robles, de Riello (León); a doña Juana del Olmo y González, viuda del médico D. Ricardo Ortiz de Cantonal y Lassauca, de Madrid; a doña Mercedes Tomás, viuda del médico D. Francisco Cebreiro y Picos, de Narrón (Coruña); a doña Filomena Amat y Amat, viuda del médico D. Domingo Amat y Ruiz, de Félix (Almería); a doña Remedios Roel y Báguena, viuda del médico D. Eustasio Viviente y Sánchez, de Murcia, y a doña Enriqueta Mauro y Falces, viuda del médico D. Julián Grima de Ursa, de Segovia.

SOCORROS DEL DOCTOR MELCIOR

Además, la Academia, en sesión de igual fecha, y cumpliendo lo establecido para los donativos Melcior, ha adjudicado los dos anunciados, de 250 pesetas cada uno, a doña

Matilde López y Mata, viuda del médico D. Federico López de Saa, de Madrid, y a doña Alejandrina Sanz Nogués y hermanos, huérfanos del médico D. Timoteo Sanz Gómez.

Lo que se anuncia para conocimiento de los interesados, y a fin de que se sirvan recoger el expresado socorro en las oficinas de la Academia en cualquier día lectivo, de once a una de la tarde.

Madrid, 27 de Diciembre de 1918.—El secretario perpetuo, *Manuel Iglesias y Díaz*. (*Gaceta* del 4 de Enero de 1919.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,2; mínima, 704,3; temperatura máxima, 11,6; íd. mínima, 0,1; vientos dominantes, N. O. ONO. NNE.

Los estados catarrales agudos de las vías respiratorias han aumentado considerablemente en número durante la última semana; las bronquitis benignas y las traqueobronquitis han sido muy numerosas. Las bronconeumonías gripales continúan en la misma proporción y la mortalidad ha aumentado aunque en pequeña proporción.

Los afectos crónicos de corazón, la tuberculosis pulmonar y las afecciones crónicas renales han producido una parte de las defunciones.

Crónicas.

Cruz de Beneficencia.—El Ayuntamiento de Benquerencia de la Serena (Badajoz) ha acordado solicitar la Cruz de Beneficencia de 1.ª clase para su digno médico titular D. Sixto Castro, que durante la epidemia de gripe ha prestado servicios valiosísimos a aquel vecindario, consiguiendo, gracias a sus sacrificios personales y trabajo incesante, que de 500 atacados sólo hubiera que registrar tres defunciones.

Nos parece digno de aplauso el acuerdo del Ayuntamiento de Benquerencia de la Serena y enviamos nuestra enhorabuena al médico y querido compañero D. Sixto Castro por la merecida recompensa para que se le propone.

Así deben corresponder los Municipios a los desvelos y sacrificios de sus médicos por el vecindario.

Justa protesta.—Nos escribe de Vitoria nuestro querido amigo y compañero D. Eduardo López, suplicándonos nos hagamos eco de las vicisitudes que le vienen haciendo sufrir para cobrar las dietas devengadas durante la epidemia de gripe, en algunos pueblos de la provincia.

Realmente estas cosas no debían de suceder, y trasladamos al Dr. Gimeno, como ministro de la Gobernación y como médico, la justa queja del compañero de Vitoria.

Comité Femenino de Higiene Popular.—Premios de Higiene.—Las señoras y señoritas que forman este Comité, continuando su obra de divulgación de las prácticas higiénicas, realizan en este mes el XXXIII Concurso de Higiene, y para ello convocan a los vecinos del distrito del Hospital, en donde se ha de verificar.

Se darán los premios en metálico y en la forma siguiente:

Sólo a las familias de obreros que como máximo disfruten de 4 pesetas de jornal, y cuyos hijos de cinco a once años asistan a recibir todos los días de este mes, de diez de la mañana a ocho de la noche, los beneficios y enseñanzas de la higiene que las señoras les dedican en la 1.ª Casa de Higiene Benéfica Infantil, calle de la Esgrima, 2, principal.

Los vecinos del distrito del Hospital que quieran optar a los premios, se presentarán a recoger la tarjeta correspondiente en la 1.ª Casa de Higiene de Madrid, los días pares las niñas y los impares los niños, donde los recibirá para darle las instrucciones necesarias la Comisión de Señoras del Comité.

Las víctimas de la gripe en Italia.—La Dirección de Sanidad pública ha facilitado una estadística de los estragos causados por la gripe en Italia.

Según esta estadística, los fallecidos por dicha epidemia fueron 16.400 personas.

Los médicos en la epidemia necesitan ante todo sostener las fuerzas del enfermo y asegurar una rápida y completa convalecencia. Estas indicaciones las cumple maravillosamente el

“BIOTÓNICO ALBIÑANA”

poderosa medicación glicero-cacodílico-fosforada, de seguro efecto reconstituyente, que prescriben los médicos en todos los pueblos atacados.—Pídase en las farmacias bien surtidas y al depositario general, E. DURAN (S. en C.), Marlana Pineda, 10.—MADRID

Conferencias en el Sanatorio de Valdelatas.—El día 26 del presente mes se reanudarán en el Real Sanatorio Popular Antituberculoso Victoria Eugenia, de Valdelatas, las conferencias que el director del establecimiento, el eminente Dr. Codina Castellví, da el cuarto domingo de cada mes, á las cuatro de la tarde, para los enfermos y sus familias, y que fueron suspendidas durante los meses de Noviembre y Diciembre por las circunstancias sanitarias de entonces. La conferencia de este mes versará sobre el tema siguiente: «Higiene profiláctica en el Sanatorio. Errores y preocupaciones de los enfermos y sus familias. Necesidad de una disciplina rigurosa por convencimiento ó, en su defecto, por imposición».

Asamblea de médicos titulares.—La Junta de Patronato de médicos titulares había acordado convocar nuevamente la Asamblea que tuvo que suspender en Octubre por las circunstancias especiales sanitarias que hemos atravesado, en la primera quincena del próximo Febrero. Se encuentra ahora con la convocatoria del Congreso de Sanidad civil, y como desea evitar la molestia de muchos compañeros, si se ven obligados á hacer dos viajes á Madrid en un mes, ha decidido que la Asamblea de médicos titulares se celebre el 29, 30 y 31 del actual, es decir, inmediatamente de haber terminado el Congreso. Así los concurrentes á ambas manifestaciones pueden actuar en ellas durante un solo viaje.

Las Compañías del Norte y Madrid, Zaragoza y Alicante han concedido la tarifa 108 á los asambleístas, como seguramente la concederán las demás Compañías á las que cursará la petición de la Junta la de Madrid, Zaragoza y Alicante.

Todos los médicos titulares que deseen concurrir á la Asamblea en estos momentos realmente críticos para el país, y más especialmente para la clase médico-rural, pueden dirigirse á la Junta de Patronato, Duque de Rivas, 7, solicitando la tarjeta de identidad, que le será remitida inmediatamente.

**

Los subdelegados de Medicina de esta capital tienen sus respectivas residencias en las señas que á continuación se publican:

Distrito Buenavista, D. Nicasio Mariscal, San Roque, 4.
Centro, D. Juan Veranes, Pavia, 4.
Congreso, D. Luis Soler, San Mateo, 7.
Chamberí, D. Luis Ortega Morejón, Fernando VI, 4.
Hospital, D. Adolfo Cejudo, Almirante, 14.
Hospicio, D. Emilio Lacasa, Los Madrazo, 7.
Inclusa, D. Vicente Gimeno, Serrano, 51.
Latina, D. Manuel Tolosa Latour, Atocha, 133.
Palacio, D. Florencio Porpeta, Alcalá, 35.
Universidad, D. Bernabé Malo de Poveda, San Bernardo, 63.

En memoria del Dr. Rego.—El último domingo á las seis de la tarde y concurrida por numeroso y selecto público se celebró en el Colegio de Médicos bajo la presidencia del catedrático Dr. Forns la sesión necrológica en memoria del malogrado Dr. D. Juan L. de Rego.

Los discursos que se pronunciaron encomiando la labor del Dr. Rego, fueron pronunciados por los señores y con los lemas que á continuación se expresan:

Dr. D. Miguel Fernández, «El Dr. Rego como publicista».
Dr. D. Enrique Jaramillo, «Rego, mi discípulo en naturalismo».

Dr. D. C. Ruiz Ibarra, «El Dr. Rego y la medicina natural».

Dr. D. José Zahonero, «De esto, de lo otro y lo de más allá».

Y el Dr. D. Rafael Forns, «El Dr. Rego como médico».

El acto resultó muy apropiado y todos los oradores fueron premiados al fin de sus disertaciones con el aplauso sincero del público.

—El lunes 27 se celebrará en el Colegio de Médicos de Madrid la Asamblea de Juntas directivas de Colegios de Médicos de España, que fué aplazada á consecuencia de la epidemia.

En dicha Asamblea se tratará de intereses profesionales.

—Ayer á las seis de la tarde, continuaron en el Colegio de Médicos la discusión de la ponencia del proyecto de reorganización sanitaria, presentado por la comisión el 14 del pasado.

Los médicos y la autonomía regional.—En una de las

secciones del Congreso se reunieron el día 22 por la tarde los diputados médicos, para tratar de la situación que crea á la clase médica el proyecto del Gobierno sobre autonomía regional.

Se acordó presentar una enmienda al art. 1.º del proyecto, en el sentido de que se deslignen de las facultades que el Estado concede á las regiones aquellas que se relacionan con Sanidad y Beneficencia.

Para un estudiante de Medicina.—El albacea testamentario de D. Victoriano Martín de Layseca ha entregado al rector de la Universidad de Valencia la suma de 1.500 pesetas para que con ellas se costee la carrera de Medicina á un alumno pobre que, por su aplicación y buenas costumbres, sea digno de ello.

Al presente número acompaña un suplemento, cuya lectura recomendamos, sobre los precios de varios productos preparados por el Laboratorio de la Farmacia Americana de Madrid.

CASA METZGER, Paseo de Gracia, 76, Barcelona, sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídase catálogo.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de oal con

CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

IODASA BELLOT

Solución titulada

de **IDOPEPTONA**

IDO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE

3 gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

Dosis.— Niños. . . De 5 á 20 gotas.—Adultos. . . de 10 á 50 gotas

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por

JOSÉ ROBERT Y SOLER

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO:

FARMACIA ROBERT-Lauria-74

BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MEDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1.—Madrid, Tel. 552

¿NECESITA V. UN CICATRIZANTE PODEROSO?
¿SI? Pues use el **BÁLSAMO COLOFÓNICO UNIVERSAL**. De venta en Madrid, depósitos de Pérez Martín, E. Durán y farmacias de Gayoso y Borrell Hermanos.