

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. HERNÁNDEZ
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:

Glennola 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: Síndromes cardio-tiroideos, por el Dr. D. A. del Cañizo.—Crítica de las doctrinas sobre autointoxicación, por el Dr. D. José María Rosell.—Periódicos médicos.—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El desamparo de los médicos, por J. Franco Rodríguez.—Reuniones sanitarias: III Congreso Nacional de Sanidad civil; Asamblea de Colegios Médicos; Asamblea de titulares.—Hospital de la Princesa.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

SÍNDROMES CARDIO-TIROIDEOS

(Con motivo de algunas observaciones clínicas)

FOR EL

DR. D. A. DEL CAÑIZO

Catedrático de la Facultad de Medicina de Salamanca.

Dos enfermas llegadas á mi consulta, con diferencia de muy pocos días, aquejando molestias circulatorias, en evidente relación causal con perturbaciones del tiroides, al despertar mis recuerdos de casos semejantes, me han decidido á referir sus historias, con algunos ligeros comentarios sobre un asunto de tan grande interés para el clínico y en el que todavía quedan tantos puntos por esclarecer.

Observación 1.ª M. A., de veinte años, natural de Salamanca, sin antecedentes patológicos. A fines del pasado Octubre enfermó de gripe, cuando ésta reinaba en forma de terrible epidemia, de la que simultáneamente fueron atacadas algunas personas de su familia.

Su afección gripal puede reputarse de benigna, pues sólo la retuvo en cama unos ocho días, con fiebre moderada y sin ningún fenómeno alarmante; pero ya desde los comienzos de tal proceso, empezó á notar gran excitación nerviosa, insomnio y un peculiar estado de intranquilidad é inexplicable desasosiego.

Convaleciente de la enfermedad, sigue notando una impresionabilidad y emotividad exageradísimas, el menor ruido la sobresalta, como la más mínima contrariedad la exaspera; siente casi de continuo palpitaciones de corazón que se acentúan con las emociones; zumbido de oídos y sofocos de cara; se cansa al menor movimiento y el insomnio sigue pertinaz; tiene escaso apetito y ha adelgazado mucho en poco tiempo; por todo esto viene á consultarnos.

Al explorar á la paciente, llama desde luego la atención el abultamiento de la parte inferior del cuello que, tanto á la inspección como á la palpación, deja reconocer fielmente la peculiar configuración del tiroides (fig. 1.ª) acentuándose cuando la enferma hace movimiento de deglución ó espiraciones fuertes á boca cerrada.

Interrogada sobre este punto, nos dice que se ha dado cuenta perfecta de tal abultamiento, que ya existía aunque muy poco perceptible antes de la gripe y que después de ésta se ha exagerado, al par que aparecían las molestias antes consignadas, que jamás había sentido.

Era también de notarse la amplia abertura de los párpados, que con el intenso brillo de la mirada prestaba á su fisonomía un singular aspecto, como de susto ó asombro. Existía además una ligera propulsión de

globos oculares y un rápido é intenso latir de carótidas en la base del cuello.

La punta cardíaca latía con vigoroso impulso en el sitio normal, siendo los tonos puros, limpios y resonantes.

Existía taquicardia de 140 por minuto (en el momento del examen) y el pulso radial era regular y de buena tensión.

Auscultando á nivel del tiroides podían percibirse dos tonos muy semejantes á los cardíacos.

Es muy manifiesto el signo de Graef, observándose con extraordinaria claridad el retraso del párpado superior, en el movimiento descendente de los globos oculares. Hay también dermatografismo muy acentuado y temblor de cortas y rápidas vibraciones en los dedos, cuando la mano permanece quieta y extendida.



Fig. 1.^a

La orina es normal en cantidad y peso específico, sin glucosa ni albúmina, pero habiéndole hecho ingerir en ayunas 150 gramos de jarabe de glucosa, dió una marcada reducción del Fehling.

Los demás órganos y aparatos aparecen normales. Reflejos rotulianos ligeramente exaltados. Función menstrual sin alteración. Por radioscopia se comprueba que el corazón es normal en su tamaño, posición y forma, así como la aparente integridad de los pulmones.

Fórmula leucocitaria: P. N 65. — L. 12. — Mon. 19. — Eos. 4.

Ante historia tan precisa y síntomas tan característicos, el diagnóstico no parecía ofrecer grandes dificultades; nuestra enferma tenía de antiguo un ligero au-

mento del tiroides que se ha exacerbado por efecto de la gripe, ofreciéndose ahora un claro *síndrome basedowiano postinfectivo*, hecho que, si no es muy frecuente en estas regiones, tampoco puede considerarse como excepcional.

Analizando sus síntomas al detalle, vemos que en él aparecen mezclados los vagotónicos y simpaticotónicos, puesto que según los conceptos de Eppinger y Hess, pertenecerían á los primeros el signo de Graef, la excesiva abertura palpebral, la escasa protusión de los ojos y los sudores; mientras que corresponden á los segundos la excesiva taquicardia, la glucosuria experimental, la falta de alteraciones respiratorias, de los signos del pectoral, de Aschnner, etc.

Siempre me ha parecido esta contraposición entre los síntomas de uno y otro grupo, un tanto artificiosa y susceptible de discusiones; así por ejemplo, el signo de Graef y el agrandamiento de la abertura palpebral, que los citados autores consid eran de origen vagotónico, creemos que corresponde más bien al dominio del simpático, ya que su producción se explica muy lógicamente por la excitación del *músculo tarsalis superior* que representa la parte de fibra lisa del elevador del párpado y está innervado por el simpático cervical.

Teniendo esto en cuenta, nos pareció lógico deducir que los síntomas de este caso eran muy principalmente de índole simpático-tónica (como suele ocurrir á casi todos los síndromes basedowianos), y para corroborar nuestra idea procedimos á la prueba de la adrenalina.

A este fin, después de algunos días de reposo absoluto, alimentación libre de carnes y medicación antitiroidea que habían mejorado muchísimo á la paciente, hicimos una inyección subcutánea de 1 c. c. de la disolución de adrenalina al 1 por 1.000. En las horas siguientes á la inyección, las palpitaciones y sofocos, que habían desaparecido totalmente, se presentaron de nuevo, todos los síntomas se acentuaron y la orina volvió á reducir el licor de Fehling.

Una de las particularidades más dignas de atención en el presente caso, nos parece ser el que este síndrome basedowiano, con preferente determinismo cardiovascular, se haya desarrollado como consecuencia de la gripe. Fuera atrevimiento imperdonable pretender sacar deducciones de un caso aislado, buscando afinidades peculiares de esta infección por unas ú otras glándulas y atribuir á determinadas hormonas la clave patogénica de ciertos síntomas ó accidentes infectivos, pues aunque algo se ha indicado ya en tal respecto, parécenos que aún está este asunto muy falto de un estudio ponderado y firme (1). Hasta el presente, aparte

(1) Estando ya en prensa el presente artículo hemos observado un nuevo caso de basedowismo postgripal. Es una enferma de cincuenta y cinco años, de Fresno el Viejo (Valladolid). A su médico D. Angel Ortega debemos una descripción muy detallada del curso del proceso.

Tiene desde hace diez años un bocio no muy grande, acumina-do, de consistencia fibrosa que no le causaba ninguna molestia; pero desde hace un año tiene algunas palpitaciones y se cansa mucho al andar.

Hace próximamente dos meses ha pasado una gripe (cuando la epidemia) de mediana intensidad, sin determinismo torácico. A partir de este punto la fatiga y palpitaciones se han acentuado mucho,

del síndrome suprarrenal agudo de ciertas infecciones (singularmente de la difteria), es poco lo que se sabe de positivo respecto del papel que las glándulas endocrinas toman en el cuadro de las infecciones agudas; pero creemos, de acuerdo con autores muy prestigiosos (Marañón, entre otros) que este ha de ser un campo muy fecundo de enseñanzas y que bien merece la pena de que se le estudie con detenimiento.

Entretanto y sin querer prejuzgar nada, sólo la posibilidad de que puedan existir síndromes hipertiroides infectivos, responsables de ciertos trastornos vasculares y cardíacos, debe hacernos un tanto parcos y reflexivos en el uso terapéutico de la adrenalina, que hoy se emplea mucho en las graves infecciones agudas; acaso sin aquilatar debidamente sus indicaciones y sus posibles perjuicios.

Pero el interés principal del presente caso, ha de resultar de su estudio comparativa con el siguiente:

Observación 2.^a M. M., natural de Tenebrón (Salamanca); de cincuenta años. Casó a los diez y nueve y a los veinte tuvo el primer hijo. A raíz de este parto se le presentó un bocio, que desde entonces ha persistido, aumentando durante los embarazos y disminuyendo en los intermedios. Ha tenido en total diez hijos, el último hace algunos meses, después de una pausa de ocho años y cuando la enferma tenía ya cincuenta.

Hacia la mitad próximamente de este último embarazo y con motivo de un grave disgusto familiar, empezó, de manera brusca, la enfermedad que hoy la aqueja y que es, al decir de la paciente, la única que ha tenido en toda su vida.

Lo primero que sintió a raíz del disgusto, fué un estado de intranquilidad, con perenne desasosiego y excitación nerviosa, sofocos, sudores y llamaradas al rostro que la hacían molestas é insoportables las ropas de la cama, insomnio, palpitaciones, opresión en la tabla del pecho y gran fatiga que se producía ó exageraba por el menor esfuerzo.

Todos estos síntomas, que habían ido mitigándose poco á poco, volvieron á acentuarse al llegar el momento del parto, y cuando nuevamente iba estando algo mejorada, sufrió, hará unos dos meses, la caída de una caballería, recibiendo un golpe no muy fuerte, pero sí un susto considerable.

Desde entonces la palpitación es más fuerte y constante, la opresión precordial más intensa y la fatiga ha adquirido grandes proporciones; en días pasados orinaba muy poco y las piernas se pusieron muy hinchadas,

lo que ha desaparecido con el uso de una medicina que la recetó su médico.

Es una mujer fuerte, robusta, de aspecto varonil. Tiene un bocio blando, difuso, con alguna nudosidad palpable, que ocupa casi toda la cara anterior del cuello (fig. 2.^a). En las yugulares se percibe un pulso venoso no muy acentuado. El pulso radial es sumamente pequeño y depresible; da cien pulsaciones por minuto y presenta una arritmia del tipo *irregularis perpetus*.

La punta late en el sexto espacio, dos traveses de dedo por fuera de la línea mamilar y la percusión y radioscopia demuestran un aumento cardíaco del tamaño y forma que aparecen en la fotografía.



Fig. 2.^a

La auscultación corrobora la irregularidad del ritmo. Los tonos son apagados en el foco mitral y un tanto resonante el segundo aórtico. La orina tiene 1.020 de densidad y ligeros indicios de albúmina.

Tiene, pues, nuestra enferma una manifiesta cardiopatía, con gran aumento de tamaño cardíaco, con signos miodegenerativos (arritmia perpetua) y de insuficiencia funcional, que indudablemente han sido más acentuados que ahora (edemas) retrocediendo por la medicación empleada (digital?).

Pero lo más interesante en este caso nos parece ser su etiología: faltan en la enferma todos aquellos antecedentes infectivos y tóxicos que son causa más frecuente de cardiopatía; no hay tampoco hipertensión ni signos de AE. ó nefritis; son de tener en cuenta la

presentándose además sudores, sofocos, exoftalmia con brillo intenso de la mirada, dermatografismo y temblor en las manos. Tiene gran taquicardia (114 por minuto) en el reposo, que aumenta mucho por el ejercicio ó las emociones. Corazón ligeramente aumentado, tonos puros; esclerosis de aorta con muy típica imagen radioscópica. Orina normal.

Diagnóstico: basedowismo postgripal en enferma con bocio antiguo y arterioesclerosis.

Mi antiguo discípulo Sr. Morató, me dice haber observado, durante la última epidemia otro caso de síndrome de Basedow, aparecido después de la gripe en una señorita de edad y condiciones muy semejantes á las de nuestra observación primera.

edad de la enferma, los múltiples embarazos y muy singularmente, á mi parecer el bocio, que viene existiendo desde los veinte años y que junto con la especial manera que esta enfermedad se ha desarrollado y sus manifestaciones iniciales, creemos justifican su inclusión en el curioso grupo de cardiopatías, que se estudian bajo el nombre de *corazón del bocio* y que por su interés práctico y teórico es merecedor de algunas reflexiones.

Desde que Adelman (1828) señaló por primera vez las relaciones entre el bocio y las enfermedades cardíacas, han sido éstas objeto de estudio para muchos autores que han tratado de buscar sus enlaces y de esclarecer su patogenia.

Como es sabido, en el bocio se distinguen dos grupos de perturbaciones cardíacas; unas debidas principalmente á los efectos mecánicos que la tumoración del tiroides acarrea, y otras formas tóxicas en que los trastornos aparecen más en relación: los productos segregados por un tiroides enfermo; estas formas son designadas por los autores alemanes *Mechanisches* y *Thyreotaxisches Kropfherz*; á la primera le llaman también Kropfherz de Rose, y á la segunda K. de Kraus, por haber sido objeto de particular estudio para cada uno de estos autores. Para ser completos debemos recordar también *Le Gôitre cardiaque* de Revillivel, que se presenta alguna vez en el periodo de descompensación de las cardiopatías, siendo debido á la congestión venosa del tiroides, lo que origina el aumento de la glándula, junto con algunos síntomas tireotóxicos. No es, por lo tanto, un corazón de bocio, sino como su nombre indica, un bocio cardíaco.

La patogenia de la forma mecánica ó pneumica la explica Minnich del modo siguiente:

La compresión del bocio originaría una estenosis traqueal, con consiguiente dificultad al paso del aire, tanto en la inspiración como en la espiración (disnea condinada). Por la inspiración forzada, con dificultad al paso del aire, se ejerce una fuerte aspiración en el interior del tórax, que hace ceder á la débil musculatura del corazón derecho, más fácilmente que á la robusta del izquierdo. Las venas intratorácicas se replecionan fuertemente durante este periodo, con lo que aumenta la sangre desaguada en la aurícula derecha; ambos factores obran, pues, de consuno para producir dilatación del corazón derecho.

En la espiración forzada se dificulta la expansión de la aurícula derecha, al mismo tiempo que se produce una disminución en la capacidad de los pulmones y un aumento de obstáculos en la circulación menor, condiciones á propósito para producir una hipertrofia del ventrículo derecho. Estas condiciones aumentan poderosamente cuando por la producción del enfisema, tiene lugar una desaparición del tejido conjuntivo intersticial con considerable aumento de las resistencias capilares.

El corazón izquierdo participa posteriormente y sólo de un modo secundario. A la larga añádense procesos miodegenerativos.

Se ve, por lo tanto, que esta teoría acepta como

principal fundamento la estrechez traqueal condicionada por el estruma.

Pero no todas las estenosis traqueales producen semejantes alteraciones cardíacas, por lo que parece que hasta en las formas mecánicas deben cooperar otros factores; así, un autor de tanta autoridad como Romberg piensa que no deben ser del todo extraños á su producción ciertos componentes segregados por el bocio.

Esto debe admitirse con tanto más motivo en los casos que (como nuestra observación 2.^a no presentan signo alguno de estenosis traqueal, bronquitis ni enfisema y cuya alteración cardíaca parece afectar principalmente á los segmentos izquierdos.



Fig. 3.^a

En la forma tireotóxica, muy discutida en cuanto á su patogenia, aparece como manifestación especial un síndrome cardiovascular, más ó menos intenso, pero siempre muy parecido al de los enfermos basedowianos. Según Kraus, un tercio de los enfermos con bocio tienen manifestaciones tireotóxicas (palpitaciones, taquicardia, temblor), análogas á las que se presentan en la enfermedad de Basedow y á las que pueden producirse en el tiroidismo artificial, por ingestión de preparados de la glándula. Tales efectos deben relacionarse por lo tanto con el hipertiroidismo ó distiroidismo, según se acepte una ú otra teoría.

Sin embargo, no es posible desconocer que existe una gran diferencia entre los síndromes basedowianos que sólo originan perturbaciones cardiovasculares funcionales como las de nuestra observación 1.^a, y las car-

diopatías del bocio, en las que sobre los síntomas tireotóxicos (excitabilidad, sofocos, palpitaciones, taquicardias) á veces muy poco acentuados, destacan los graves rasgos de una cardiopatía orgánica, miodegenerativa é hipertrófica, como en la observación núm. 2.

La primera representa un boceto de enfermedad de Basedow, con síndrome tireotóxico muy acentuado y trastornos cardíacos de orden funcional.

La segunda tiene un bocio crónico con ligeros síntomas tireotóxicos y con una muy manifiesta cardiopatía orgánica.

Basta repasar la literatura de esta interesante forma del corazón estrumoso, para convencerse de que todos sus casos pueden clasificarse en dos grupos, representados por estos tipos extremos: unos de forma *erética*, curso relativamente rápido y muchos y acentuados signos de hipertiroidismo, y otros de forma *tórpida*, curso lento, leves fenómenos tireotóxicos y signos más manifiestos de cardiopatía orgánica (dilatación, hipertrofia y degeneración).

Pero además, entre unos y otros existen formas intermedias y modalidades de transición, así como también es posible observar la transformación más ó menos brusca de la forma *tórpida* en la *erética*, bajo el influjo de afecciones intercurrentes: enfermedades infecciosas y conmociones psíquicas y morales.

Recuerdo á este respecto el caso de una señora de unos cincuenta años, residente en esta capital, donde yo la conocía desde largo tiempo. Siempre había llamado mi atención el brillo de sus ojos, ligeramente exoftálmicos y su temperamento excesivamente nervioso, pero hacía una vida ordinaria y atendía á los no pocos trabajos y cuidados de su numerosa familia. Hará un par de años, á raíz de grandes disgustos y preocupaciones, vino á consultarme porque se cansaba mucho al andar y se le hinchaban algo las piernas.

Lo primero que llamó mi atención (como médico no la había visto hasta entonces), fué la enorme taquicardia, el gran palpito de las carótidas y la acentuación de su habitual exoftalmía. Tenía un bocio bajo, no muy grande en apariencia, pero la radioscopia no demostró que el estruma se prolongaba mucho, por detrás del cuerpo esternal. El corazón era muy grande, casi bovino, y no presentaba soplos ni otros signos de lesión valvular. Desde entonces presentó los síntomas de una grave cardiopatía descompensada y murió muy poco después en el curso de una bronconeumonía aguda.

(Continuará.)

CRÍTICA DE LAS DOCTRINAS SOBRE AUTOINTOXICACIÓN (1)

FOR 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.

Igualmente ha podido observarse esta influencia sobre el metabolismo de los cuerpos aromáticos, por

(1) Véase el número anterior.

ciertas irritaciones reflejas que puedan partir de la pared intestinal, por ejemplo, en las indicanurias que se ven en los enfermos con úlcera gástrica ó intestinal. Becaroni (117) manifiesta que el masaje y otras excitaciones mecánicas del intestino aumenta el indican de la orina. Blumenthal (118), en inflamaciones peritíficas encuentra indicanuria bajo cualquier alimentación.

Son muchas las observaciones conocidas que demuestran que la indicanuria proviene, por mecanismo que aún no conocemos, de las más variadas influencias, aunque los diferentes procesos de éstasis principalmente en el intestino delgado, pueda ser contada bajo ciertas condiciones, indudablemente como una de ellas; aunque no se pueda afirmar si este indican proviene de absorción en el intestino ó de alguna influencia refleja que no conocemos.

Hoffmann (119) describe la aparición de indicanuria anormal en un hemipléjico, apareciendo el indican además con el sudor, en la región crural y en la piel del escroto, que aparecía manchada con azul de indigo. Gans (120) describe el caso de una enferma en la que bajo influencias nerviosas aparecían en todo su cuerpo manchas azules de indican que teñían la ropa, apareciendo al mismo tiempo bajo estas influencias, aumentando el indican de la orina y desapareciendo estas manifestaciones al cesar el efecto psíquico que las producía. Igual variación en la curva del indican urinario ha podido ser atribuida á la influencia de la menstruación.

En ciertas afecciones de la piel, prurito senil y acné vulgar, prurigo, Freund y Singer (121) han visto aparecer aumento del indican urinario que ha bajado al normal al curarse la afección cutánea. Ante el desconocimiento de la génesis de estas indicanurias que podemos atribuir á influencias químicometabólicas reflejas, podría quererse admitir un paralelismo ó relación ó comunidad de causa entre estos diferentes estados y los procesos intestinales. Por de pronto esta comunidad no sería constante, pues ni en todos los estados nerviosos, ni en los más de los pruritos y acnés, etc., se ve este paralelismo entre la dolencia cutánea ó las otras y estado anormal del tubo digestivo, y ni entre aquellas y éste y la indicanuria.

Es sabido, además, que con el ayuno no desaparecen el indican y fenol de la orina, sino que por el contrario á veces aumenta.

Por otra parte Blumenthal, en experiencias en conejos (121 a) ha demostrado que *el indican proviene del metabolismo, sin intervención de las bacterias*, y que el fenol que normalmente existe en la orina de este animal se presenta cuando se le somete al ayuno. En perros ayunando y con asepsia intestinal y en animales recién nacidos extraídos asépticamente del útero y alimentados asépticamente se ha hallado igualmente estos cuerpos aromáticos en la orina.

Para no alargar más las citas sobre esta materia, por las que veríamos que no existe una ley que pueda llegar á establecer una dependencia entre los sulfoéteres y otros cuerpos aromáticos de la orina y la clase de

alimentación, ó entre aquéllos y los procesos de putrefacción intestinales, transcribimos como última la opinión de Schmidt, que en su obra maestra, *Klinik der Darmkrankheiten* (1910), primer tomo, págs. 55 y 128, establece sobre este asunto la tesis que tiene el valor de su gran autoridad y que dice: «debe dejarse establecida como cosa hecha, que todas las conclusiones que del contenido de las sustancias aromáticas, indican fenol, etc., en la orina, quieran sacarse sobre los fenómenos de putrefacción intestinal, son falsas.»

¿Hay que deducir de lo expuesto que no existe la posibilidad de perjuicio tóxico de procedencia endointestinal, la autointoxicación de este origen, que aunque solo fuera empírica y clínicamente deberíamos aceptar?

Nosotros sólo hemos querido exponer lo que nuestros resultados y los de otros investigadores, creemos nos autoriza á argüir contra las tesis no suficientemente basadas, extendidas por algunas escuelas respecto al origen y génesis de la autointoxicación intestinal que la hacen provenir de la putrefacción de los proteicos ingeridos con la alimentación.

Esa acepción es lo que sentamos nosotros que no puede aceptarse por ser como hemos visto otras las fuentes de las putrefacciones, y por no poder considerar la putrefacción como causa principal de la autointoxicación. Como tampoco puede aceptarse la manera de medir los procesos de putrefacción intestinal ni los de autointoxicación, por los actuales análisis urinarios.

Creemos indudablemente en una patogénesis de origen intestinal para muchos estados morbosos del organismo. En el primer capítulo hemos visto los perjuicios, suficientemente demostrados, de las intoxicaciones provenientes de las fermentaciones de los hidrocarburos, especialmente en los niños, los llamados *Mehlnährschaden* y *Zuckernährschaden* y la posibilidad frecuente de estas intoxicaciones, no menos real por no haber sido tan considerada como la de los nitrogenados, ni por no poderse demostrar en la orina los productos que de ellas procederían. Y no negamos la posibilidad de una absorción patogénica de productos procedentes de la putrefacción de los nitrogenados, aunque este último daño no ha sido aún positivamente demostrado, pese á todas las teorías y libros escritos sobre los males que pueden provenirnos de la putrefacción de las carnes en el intestino, que es á lo que muchas escuelas quieren atribuir en resumidas cuentas la fuente de todas las autointoxicaciones.

Fuera de los trastornos que del deficiente metabolismo de las purinas de las carnes y como de las de los vegetales, que originan la alteración nutritiva llamada gota, y en otros trastornos de la nutrición, ó sobre la función renal hepática enfermas, ó algunos otros más, no conocemos positivamente otras acciones patogénicas que puedan originarse de la digestión é ingestión de los alimentos nitrogenados, tan imprescindibles en estado normal, igualmente que en todos los de enfermedad, como los ternarios y las sales,

Si la autointoxicación intestinal tiene alguna vez origen en los alimentos nitrogenados creemos que más

que á los productos poco posibles de su propia putrefacción, que según hemos visto en muy poco grado puede tener lugar, siendo la que da elemento á la putrefacción intestinal los productos patológicamente segregados ó eliminados por las paredes del intestino, habría de ser debida con muchas mayores probabilidades la acción patogénica que de las carnes pudiera provenir, á la absorción de productos intermediarios de la digestión, incompletamente desdoblados por los jugos digestivos, ó anormalmente resintetizados por el epitelio intestinal, que hallándose en malas condiciones de función, la acción intra ó extracelular de la erepsina sobre los polipéptidos y aminoácidos, igual que la de nueva síntesis albuminosa no las podría verificar debidamente, y en este estado enfermo, dejaría paso á albúminas no suficientemente desnaturalizadas y, por tanto, extrañas y tóxicas para el organismo.

En estados de enfermedad anatómica ó funcional del intestino, es donde han podido observarse positivamente los daños por intoxicación que puedan ser de origen intestinal, y aunque hoy no conozcamos el mecanismo que en todos los casos pueda darles origen. No sabemos siquiera hasta qué grados se altera, y su alteración pueda ser de consecuencias tóxicas por el hecho conocido que los productos intermediarios de la digestión son tóxicos para el organismo, la función aislada ó de conjunto, ó de sus estímulos secretínicos reflejos, de muchos de estos fermentos intestinales de acción específica: la arginasa que disgrega la ornitina y urea en los grupos atómicos sobre los que ya no obra la tripsina y eripsina; la nucleasa que disocia las nucleínas y ácidos nucleicos; las lipasas especiales que sin la presencia de la bilis disgregan incluso la lecitina, así como otras enzimas de acción muy específica en el trabajo de desdoblamiento á sus elementos constitutivos, ó *desnaturalización*, de las albúminas extrañas. Procesos todos que han de verificarse en el intestino delgado, donde sólo prácticamente tiene lugar la absorción; mientras que lo que ocurra de desdoblamiento anormal en el grueso, y allí solo prácticamente se verifica la putrefacción, puede ser de pocas consecuencias absorbivas para el organismo, como la práctica lo demuestra.

Las doctrinas que admiten la posibilidad de una causa etiológica capaz de reportar graves trastornos al organismo, residente en la absorción patológica de productos intermediarios de la digestión anormal de las albúminas ó de productos no convenientes, que se formarían en la misma pared intestinal, por disfunción de su epitelio, ó por acciones reflejas que probablemente pudieran partir de los plexos intestinales; estas doctrinas, que son muy distintas de las que se sostienen con las de la autointoxicación casi habitual, por la putrefacción de los azoados en el intestino, y que lógicamente siguiendo el razonamiento de sus partidarios debería existir desde que el hombre come carne, y en los animales carnívoros, debiera estar á la orden del día, pues no parece que ni siquiera exista para ella mecanismos de defensa y adaptación, como ocurre en casi todos los órdenes biológicos y patológicos; estas otras intoxica-

ciones cuyos fundamentos parecen apoyarse en bases más verosímiles, que para terminar exponemos, merecen indudablemente ser tenidas más en cuenta; aunque sus mismos enunciadores las consideren por suerte muy poco frecuentes y su aceptación no sea aún general, si bien sí, la de los graves trastornos orgánicos que á ella atribuyen, sean ya debidos á la causa de que hoy se les hace originar ó á otra que quizás se conocerá algún día.

W. Hunter en 1888, basándose en determinaciones del hierro en el hígado, en ciertas anemias hemolíticas, en las cuales encontraba en aquella entraña mayor cantidad de pigmento hemático que en el bazo, atribuía estas anemias á sustancias tóxicas hemolíticas que se producían en la mucosa buco gastrointestinal; sustancias que en la circulación portal producirían ya una eritrolisis. Sus estudios le condujeron á la conclusión que todavía sostiene en 1909 (122) que existe una forma *específica* ó especial de inflamación crónica de la mucosa del aparato digestivo, en la que se producen sustancias anormales de fuerte poder hemolítico, encontrando especialmente marcada esta acción en enfermos de éstos presentando glositis y estomatitis ulcerosas.

Igualmente que esta opinión del gran clínico inglés, en general poco aceptada, aunque no negada, es conocida la de Grawitz, que en sus excelentes y conocidos tratados de hematología, describe la génesis de ciertas formas de anemia progresiva, que la encuentra en estados catarrales del estómago ó intestino ó en otros estados de alteración funcional del aparato digestivo, con disminución ó falta principalmente de la función clorhidropéptica, en cuales estados deduce por el efecto terapéutico: lavados gástricos, supresión de la albúmina animal, medicación clorhídrica, que son absorbidas albúminas de la digestión incompletamente desdobladas y mal transformadas, y por lo tanto, extrañas y tóxicas para el organismo.

En sus notables publicaciones sobre caquexias de curso mortal sin causa anatómica demostrable, y especialmente en su última obra «Marasmo orgánico» (123) describe también este autor al lado de las caquexias conocidas: neoplásicas, por infecciones, por trastornos endocrinos más ó menos bien considerados, caquexias de origen miógeno por inactividad muscular, leucocitarias, psicógenas; etc., caquexias enterógenas, que atribuye á la intoxicación por absorción de estas albúminas no convenientemente elaboradas y las que pudieran originarse en la mucosa por el estado anormal de la misma; fundamentándose para la aserción de estas modalidades patogénicas, además de en los resultados de su terapéutica causal, en el hecho de no haberse podido hallar en los individuos de estas enfermedades y autopsiados con todas las investigaciones de que es capaz el admirablemente bien montado Instituto de Anatomía patológica del Hospital Westen de Berlín que él dirige, ningún otro vestigio de lesión anatómica más que los ligeros de la mucosa digestiva y las faltas de función citadas. Pruebas naturalmente sólo indirectas que pueden, según el gusto de cada cual, aceptarse ó no como suficientes.

Indudablemente, admitiendo ó no las etiológicas enterógenas de Grawitz y Hunter ú otras que nos son hoy desconocidas, hay que aceptar estos estados de anemias hemolíticas progresivas tipos Bierme, sean ó no de origen intestinal, pero seguramente autotóxicas y que pueden fácilmente confundidas en sus estadios finales, con las anemias aplásticas, rarísimas en alto grado, cuyo diagnóstico diferencial casi no es posible hacerlo en vida, por acabar las primeras, faltándoles también los elementos de regeneración que sirven de base al diagnóstico. Igualmente existen muchos otros estados de alteraciones orgánicas, las más diversas, descritas por los autointoxicacionistas, de origen intestinal, sean debidos á esa causa ó á otras toxiorgánicas las que aún no conocemos. El original cirujano inglés Arbuthnot Lane, émulo de Combe, en la doctrina de las autointoxicaciones intestinales, entre la larga serie de las enfermedades que llama resultados finales de la éstasis é intoxicación intestinal, describe las evoluciones de las tuberculosis latentes, el hipertiroidismo basedowiano con ó sin estruma, y las insuficiencias suprarrenales tipo Addison entre otras enfermedades, como producto de la absorción de toxinas intestinales.

Este es muy posible haya sido el caso de una importante personalidad catalana que al lado de trastornos intestinales con ligera ictericia hemolítica, anemia del mismo origen y tuberculosis latente, y una disposición á excitabilidad extraordinaria del sistema tiroideo simpático varias veces manifestado fué diagnosticado al final de su vida, de Basedow, con anemia aplástica (forma de Basedow hasta ahora, nunca observada ó descrita en la Medicina), é insuficiencia suprarrenal.

La patogenia de estas anemias hemolíticas y caquexias enterotóxicas, basándose en sus investigaciones y en las de otros autores en casos semejantes: Norden, Kast, Straus, Albu, Stedermann, Wastbustqui, Baumes-tark, que han procurado buscar la causa en las consecuencias que pudieran provenir de procesos de origen microbiano en las condiciones especiales favorables del tubo digestivo, falta de ácido clorhídrico, y catarro, ó de origen hormonal (falta de correlaciones secretorias), etc., la atribuye Grawitz sin incluir la posibilidad de productos bacterianos sobre las albúminas, á la absorción ó pasaje á la sangre de productos intermedios de la digestión de las albúminas, en forma de albumosas solubles ó peptidos cristalizables, productos venenosos para el organismo (albúminas extrañas al cuerpo), que no han podido ser llevadas hasta el final de su disgregación fisiológica y que la mucosa intestinal alterada absorbe, ó por disfunción resintetiza anormalmente. Cree que estos cuerpos podrían obrar como albúminas no desnaturalizadas, dando lugar por su acción repetida á daños anafilácticos.

Los análisis coprológicos conocidos hasta 1910, y los usuales de orina sobre la investigación de cuerpos considerados como sin verdadero fundamento capaces de revelar los procesos de putrefacción en el intestino, no conducían á Grawitz ni á los otros autores citados á ningún resultado positivo.

Grawitz, además de las de neoplasias y de otras afecciones conocidas, junto con las enterógenas citadas, describe otras caquexias que llama caquexias funcionales ó marasmos funcionales, de origen cardíaco, arterio-esclerósico, de aparato urinario, de origen leucocitario (leucotoxischer y leucoprivermarasmus), de origen linfo, miogénico, nervioso y psicógeno, demostrado en todos los casos que de estos estados presenta, ser la causa primitiva patológica, alguna de las citadas, y descarta en sus casos típicos en lo posible los otros factores más ó menos difíciles de demostrar (tuberculosis glandular latentes, hiper hipo ó disfunciones del sistema endocrínico, etc., admitiendo la posibilidad de la alteración funcional del sistema cromafínico y del tiroides por intoxicaciones de los orígenes citados.

Estos casos de acciones patológicas bien determinadas sobre la sangre, produciendo anemias de tipo grave y estados caquéticos con descomposición nutritiva y gran pérdida nitrogenada y fin letal, de origen enterotóxico, descritas por una autoridad de la gran valía científica como es la de Grawitz, merecen ser tenidos en cuenta entre las posibilidades de los procesos patológicos que pueden provenir del intestino.

En los casos de Grawitz fuera de hipo ó aclorhidria y catarro gástrico ó intestinal crónico, no se encuentra ningún otro grande trastorno de tubo digestivo. En los excrementos no se encontraba restos notables de alimentos sin digerir y ni otros signos que los que permitían diagnosticar un grado mayor ó menor de catarro intestinal. En los que se hizo autopsia no se encontró atrofia de la mucosa ni procesos ulcerosos.

Hacemos hincapié especialmente en el hecho citado tanto en los casos de Grawitz como de Hunter, de catarro crónico intestinal, como único estado patológico que encontramos con indicación para combatir, y recordamos los resultados obtenidos en nuestras pruebas sobre la génesis y entretenimiento de los catarros por alimentaciones inadecuadas. Las alteraciones en el proceso del desdoblamiento digestivo de las albúminas, y en las funciones de resintetización y absorción de los productos bien ó mal acabados, son de una demostración difícilísima ó casi imposible, ya que los procesos de absorción, como hemos dicho, son rapidísimos y los análisis de los cuerpos nitrogenados en los excretas fecales y urinarios, están muy lejos de darnos, con los conocimientos de hoy, una idea de las metamorfosis por que han pasado, no ya normal, sino mucho menos patológicamente los grupos de la molécula albuminoidea.

Si este hecho de intoxicación con la absorción patológica de productos no suficientemente preparados por el trabajo del intestino es real, hablaría ello en prueba del parecer de Röhmer (124), que por sus estudios sobre anafilaxia considera como el objeto y fin de la digestión de los nitrogenados, desnaturalizar las albúminas externas ingeridas, es decir, desproveerlas de la cualidad de poder hacer producir anticuerpos. Algunas formas de autointoxicación tendrían que considerarse como reacciones anafilácticas, lo que es también opinión de otros autores. En la patología infantil

este hecho parece bastante demostrado y Schlosmann (125) describe, entre otros, estos fenómenos anafilácticos con la ingestión de albúminas externas, por ejemplo, en intoxicaciones de niños por leche de vaca. Experimentalmente Röhmer y Andersen (126) han demostrado en cobayas, reacciones anafilácticas después de alimentarlas algún tiempo con carne y suero de caballo. Boernstein (127), en herbívoros donde ya normalmente no existe en su tubo digestivo capacidad de desintegrar y desnaturalizar las albúminas, alimentándolos con albúminas de corteza del cristalino de bueyes, obtenía reacciones anafilácticas contra esta albúmina, mientras que en animales carnívoros y en el hombre sano, eso no se presentaba. Son muy numerosos los trabajos que no podemos aquí citar, que demuestran la existencia de esta anafilaxia alimenticia.

La idea expuesta por Faust y Tallquist (128) al encontrar en las proglótides del botriocéfalo sustancias lipoides fuertemente hemolíticas y con las cuales inyectadas por la vena de la oreja del conejo se obtenían anemias fuertes en estos animales, que la anemia producida por este parásito era debida á la absorción de estas sustancias hemolíticas, despertó el interés en buscar otras sustancias hemolíticas en el intestino de enfermos de anemia perniciosa donde no era reconocida causa prima. Son muchos los autores que se han ocupado de este asunto. Graeffe y Röhmer (129), en la clínica de Krehl en Heidelberg, encontraron estas sustancias (que se obtienen con extractos etéreos de excrementos), casi constantes en los procesos ulcerosos del aparato digestivo, creyéndose haber encontrado junto con otro factor para el conocimiento de la patogenia de las anemias, un nuevo medio de diagnóstico de las úlceras del aparato digestivo. Trabajos nuestros hechos á propuesta del profesor Lüdke, de Würzburg, durante medio año en el Hospital regional de Thionville en 1910, nos dieron resultados positivos en un cáncer del recto, dos cánceres ulcerados y autopsiados de estómago, en seis enfermos tifódicos y también en enfermedades en las que no se podía encontrar nada diagnosticable en el aparato digestivo. En cambio nos dió resultado negativo en un enfermo de úlcera de estómago, uno de aquilia gástrica absoluta y anemia de Bierner, un enfermo de colitis ulcerosa aguda y en cuatro enfermos de tiflon.

Las pruebas de hemólisis las hacíamos con solución de glóbulos rojos humanos al 4 por 100 y diluciones diferentes del extracto etéreo de las heces en suero fisiológico previamente esterilizadas.

Berger y Tsuchiya, discípulos de A. Schmidt, en un caso de anemia perniciosa, obtuvieron de la mucosa gástrica é intestinal trabajada muy pocas horas después de la muerte, un lipoide que producía hemólisis en los animales, pero también lo pudieron obtener en otros intestinos sanos y enfermos aunque no obstante en bastante menos grado hemolítico, como se obtienen igualmente de todas las mucosas. En animales á los que producían irritaciones gastrointestinales con sustancias irritantes ingeridas, pudieron obtener estos mismos lipoides de poder hemolítico, que no los con-

seguían en estado sano, y emitieron la conclusión que estas substancias no eran especiales de la anemia perniciosa, aunque pudieran ocasionarla ya por sí ó ya por los estados que la producía, ni tampoco específicas de los procesos ulcerosos, sino de toda mucosa intestinal anatómica ó funcionalmente alterada (catarros ó dispepsias funcionales).

En todo caso, si no queremos decir que estamos ante alteraciones que no conocemos, probablemente de correlaciones químicas celulares, endocrínicas ó de otra índole del metabolismo intermediario, habría que aceptar que estos individuos con anemias hemolíticas ó caquexias, descritas por Hunter y Grawitz atribuidas á las causas mencionadas, deberían de ser especialmente predispuestos; ya que son innumerablemente más los que, presentando estas mismas alteraciones del aparato digestivo halladas en aquellos individuos y aun mayores alteraciones: aquilias funcionales y hasta por atrofia, y fuertes procesos de inflamación, no presentan consecuencias hemáticas secundarias.

De todo lo cual hasta ahora expuesto respecto á autointoxicaciones, se puede sacar como única consecuencia positiva y segura, que del tubo digestivo anatómico ó funcionalmente enfermo (igual que de los otros órganos ó aparatos del organismo), pueden originarse patológicamente, por su falta de función, ó alteración de la misma, substancias anormales que en él se originen, ó desequilibrios reflejos que puedan ocasionar por alteración de relaciones sinérgicas, daños que repercutan más ó menos gravemente sobre los demás. Y que del tubo digestivo, los principales perjuicios con repercusión lejana ó sobre todo el organismo, aparte de los dimanados por lesiones graves ó incurables de cualquiera de todas sus vísceras, pueden provenir principalmente de los estados catarrales ó inflamatorios crónicos, principalmente de la mucosa intestinal. Estados cuya génesis y entretenimiento frecuente hemos creído encontrar en las consecuencias que se originan de alimentaciones inapropiadas á la función secretora, mecánica y sensible de cada individuo, y el estado de inflamación y reaccionabilidad de su mucosa; y que tanto los alimentos ternarios, como cuaternarios, pueden por sí, y por la posible absorción, sus productos anormales de digestión ó fermentación ó por su acción irritante sobre la mucosa del tubo digestivo, obrar patogénicamente. Y que en este concepto no está justificado dar prioridad de posible mayor acción patogénica á los nitrogenados animales, que histórico-naturalmente son alimentación usual y obligada del hombre; sino que en muchos casos y por posibilidades de acción fisiopatológicas que hemos procurado estudiar y describir, el uso inadecuado de los otros: féculas, verduras, fruta y también leche, produce iguales y muchas veces mayores trastornos locales ó generales, que las carnes y demás nitrogenados. Y que sólo el estudio de las funciones, estado de la mucosa, y tolerancias en cada caso, puede darnos la guía del verdadero camino terapéutico.

La longitud para una revista, extremada ya, que ha

alcanzado este trabajo, no nos permite añadir, como nos habíamos propuesto, el apéndice sobre diagnóstico coprológico y criterio terapéutico para los estados fisiopatológicos que hemos descrito. Debiendo tratar estos asuntos en el Manual sobre enfermedades de los intestinos de la Biblioteca de Medicina Contemporánea que se nos ha encomendado, podemos omitir ocuparnos aquí de aquellas materias.

Los métodos empleados para nuestras determinaciones principales han sido:

Para el N. el usual de Kjeihldahl modificado por Willfahrt.

El amoníaco por el método de Krüger-Reich-Schittenhelm con auxilio del frío y del vacío. Véase Schittenhelm. Zur Methodik der Ammoniakbestimmung. Zeitschrift für physiolog. Chemie t. 39, pág. 73.

Los ácidos grasos volátiles, según el procedimiento de Salkowsky-Caughey, con destilación de las heces en el vapor y al vacío modificado por E. Welde. Véase Biochemische Zeitschrift, 1910, tomo 28, pág. 505.

El método putrimétrico bacteriológico muy sencillo, pero poco comprobado de Rodella, por infección de albúmina de huevo con una mensurada dilución de heces, esterilizando luego hasta quedar sólo los esporos de los anaerobios, principales actuantes de la putrefacción, y poniendo luego veinticuatro horas en incubación en un aparato de presión de mercurio, para determinar el volumen de los gases de putrefacción, se halla descrito en el Archiv. für Verdauungs Krankheiten. N. XX-1914, cuaderno 5, pág. 560.

Los métodos de las otras determinaciones y análisis pueden encontrarse en la obra maestra de la coprología moderna, Schmidt y Strassburger: «Die Fäzes des Menschen», 3.^a ed., Berlín, 1910, y entre muchas otras, en el tratado muy práctico: «Los métodos de investigación del Metabolismo nutritivo», de Mohr y Beutenbülle, Wiesbaden, 1911; ó «Pincussohn»: Libro auxiliar de Laboratorio Químico Médico, Leipzig, 1912. (Ambos tres libros, por desgracia, no traducidos al español).

Réstame al final dar las gracias á mis compañeros el Dr. Javier Farrerons y Luis Rosell, por su ayuda, en parte de las determinaciones de laboratorio invertidas en este trabajo.

Periódicos médicos.

OBSTETRICIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Diagnóstico precoz del embarazo, por el Dr. David Lobo.** El autor preconiza la reacción de Kotmann como el mejor medio de diagnosticar precozmente el embarazo.

He aquí lo que es y la técnica para su empleo:

La reacción de Kotmann se obtiene por medio de una combinación orgánica especial de substancia placentaria con el elemento hierro (Fe), preparada por el autor mismo y á la cual éste da el nombre de diasorcimplacenta. Se presenta bajo la forma de un polvo rosado, de olor un tanto acre y de sabor *sui generis*. Es insoluble en el agua.

«La unión orgánica de la materia placentaria con el hierro es tan íntima, que si tratamos la diasorcimplacenta por

los reactivos de las sales de hierro, no lograremos descubrir la presencia de dicho metal.»

«En cambio, si incorporamos suero de una mujer preñada al compuesto de Kotmann, el fermento proteolítico placentario producirá, ya la desmembración ó ya tan sólo la fijación de la molécula albuminoidea, con lo cual queda el hierro en libertad. Basta entonces, para completar la reacción ó, más claramente, para hacerla sensible, agregar un reactivo que nos revele la presencia del hierro.»

«Introdúzcase en una probeta esterilizada un centígramo de diasorcimplacenta; añádase mediante una pipeta 1 c. c. del suero de la mujer, objeto del examen; obtúrese la probeta con algodón flameado y déjesela en reposo durante tres horas á la temperatura ambiente. Filtrese, lávese el filtro con 1 c. c. de agua destilada, agréguese XX gotas de una solución al 18 por 100 aproximadamente de ácido clorhídrico y XX gotas de una solución acuosa al 50 por 100 de sulfocianuro de potasio y, á fin de fluidificar el conjunto, incorpórese 2 c. c. de éter.»

«La reacción se realiza tan pronto como la solución sulfocianúrica entra en contacto con el líquido filtrado, y es positiva, cuando el suero de la mujer contiene fermentos proteolíticos específicos que operen la disgregación de la molécula ferropacentaria, libertando así el hierro de la diasorcimplacenta. El líquido toma entonces un color rojo intenso, rojo cereza, transparente y uniforme, casi igual al de la sangre hemolizada.»

«En cambio, cuando el suero no pertenece á una mujer embarazada, la reacción es negativa y asume un tinte rosado sucio, equivalente á la suma de los colores de las distintas sustancias puestas en contacto.»

«La sangre, extraída por la mañana, estando la mujer en ayunas, debe dejarse en reposo de cuatro á doce horas, para separar la fibrina, y el suero será centrifugado activamente dos veces, á fin de eliminar con absoluta seguridad los elementos figurados del líquido sanguíneo.»

«En vista de la exquisita sensibilidad de la reacción ferrosulfocianúrica, se emplearán exclusivamente ingredientes libres de todo vestigio de hierro, condición ésta que es de todo punto indispensable en lo que respecta al papel-filtro.»

El autor deduce de su estudio las siguientes conclusiones:

- 1.^a Que la reacción de Kotmann es de fácil técnica y se halla al alcance de todo médico medianamente familiarizado con las operaciones de laboratorio;
- 2.^a Que es un medio eficaz para el diagnóstico del embarazo durante sus cuatro primeros meses;
- 3.^a Que sus resultados son tanto más fidedignos cuanto menos avanzada se encuentra la preñez, y
- 4.^a Que es de gran valor para el diagnóstico diferencial entre el embarazo y ciertos estados patológicos de los órganos genitales de la mujer. (*Gaceta Médica de Caracas*, 15 de Noviembre de 1918.)

RADIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Límite de sensibilidad de la exploración radioscópica de los pulmones, por Mantoux y Maingot.—Los datos suministrados por la exploración radioscópica del tórax no están á veces en conformidad con los suministrados por la investigación estereoscópica. La radioscopia revela á veces lesiones bastante profundas que escapan á la auscultación; pero en otras ocasiones deja pasar inadvertidas alteraciones relativamente importantes, perceptibles por el oído.

¿Cuál es el límite de visibilidad de las formaciones tuberculosas densificantes é infiltrantes?

Para resolver este problema los autores, después de algunas consideraciones teóricas, exponen los resultados de sus investigaciones experimentales. Son estos:

Fragmentos de tejido tuberculoso, de 5 á 7 milímetros de espesor, colocados sobre un tórax sano, no tienen sombras representativas apreciable en la pantalla fluorescente.

Un fragmento de pleura infiltrada de 15 milímetros de espesor escapa á la pantalla, salvo cuando se la presenta en os vértices, entre el sujeto y la pantalla.

Una masa parenquimatosa de 15 milímetros de espesor da sombras más ó menos perceptibles; verdaderas sombras, sin embargo, no se producen más que interponiendo en el trayecto de los rayos fragmentos ganglionares de 2 centímetros de espesor.

Con un sujeto muy corpulento, cualesquiera que sean las condiciones de presentación, las sombras de las últimas piezas mencionadas son difíciles de reconocer.

Así, pues, el examen radioscópico del tórax tiene sus límites de sensibilidad, capaces de dejar pasar inadvertidas alteraciones anatómicas superficiales y profundas, considerables. Del resultado negativo de un examen radioscópico no puede, por lo tanto, deducirse la integridad perfecta del parénquima pulmonar y la ausencia de alteraciones pleurales. (*Le Progrés Médical*, 9 de Noviembre de 1918.)

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Degeneración nefrítica de la retina, por el Dr. F. Poyales del Fresno.—Estudio del riñón nefrítico y las lesiones retinianas que le acompañan en cinco autopsias. Describe el autor minuciosamente las lesiones, de las cuales presenta numerosas microfotografías, y deduce:

- 1.^o En la degeneración nefrítica de la retina intervienen mecanismos distintos que se pueden reducir á tres grupos: tóxico, vascular y mixto.
- 2.^o Las alteraciones de tipo tóxico, en la nefritis crónica parenquimatosa.
- 3.^o Las alteraciones de tipo vascular, en la nefritis crónica intersticial.
- 4.^o Las alteraciones mixtas, en la enfermedad de Bright.
- 5.^o Lesiones pasajeras y no degenerativas de los tres tipos anteriores, se encuentran en algunas formas de nefritis agudas difusas.
- 6.^o Los exudados endorretinianos, por acción tóxica y mecánica, determinan la atrofia de la retina.
- 7.^o Los exudados extrarretinianos: degeneración, por desprendimiento é incursión mecánica.
- 8.^o Los lipoides de los exudados y placas blancas, pertenecen al grupo de los fosfátidos.
- 9.^o Las lesiones de arterioesclerosis de los vasos, corresponden casi siempre á una enfermedad general del sistema vascular.
10. Las hemorragias son de dos tipos: diapedésicas (focos) y difusas.
11. La retinitis albuminúrica no representa más que una forma de degeneración nefrítica de la retina, con signos macroscópicos.
12. Los nódulos en la capa de fibras del nervio óptico en la forma de retinitis albuminúrica, son productos de degeneración y desintegración (granos, leucocitos, somas de células ganglionares, lipoides, grasa, etc.).
13. Las hemorragias difusas endorretinianas, pueden producir despegamiento ó desprendimiento de retina.
14. La dilatación venosa obra mecánicamente, desarticulando elementos retinianos — (*Plus Ultra*, núm. 3, 1918).

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.

Semana grande.—Inauguración académica.—

En el Parlamento.

Como momento y fecha de grande interés para la vida y el porvenir de nuestra profesión, puede calificarse la semana que hoy termina. No menos que tres Congresos han tenido lugar en Madrid durante siete días. El Congreso de Sanidad civil celebrado en los días 26 á 29, la Asamblea de Juntas directivas de Colegios Médicos, simultánea con el anterior, y el Congreso de la Asociación de médicos titulares que comenzó el día 29 y aún no ha terminado al publicarse nuestro número. Con mucha complacencia hemos visto y esperamos que vea toda nuestra clase este despertar de actividades que manifiesta el haberse dado cuenta del momento crítico por el que nuestros intereses y los de la salud pública atraviesan; pero mayor hubiera sido nuestro gusto si todas estas iniciativas se hubiesen fundido en una á la que se hubiera procurado allegar ciertos elementos que estudiaran, aunque incomprensiblemente permanecen alejados y silenciosos ante el legítimo y justificado clamoreo de sus compañeros y colegas.

Justo es hacerse cargo de que la premura del tiempo y lo apremiante de la ocasión no consentían aplazamientos y preparaciones que hubieran podido hacer más concurridas estas reuniones y que hubieran podido atraer á ella los elementos á que nos referimos; pero de todas maneras es siempre de lamentar el que tales representaciones permanezcan ausentes de nuestros conciertos y no unan su voz á la de la aspiración justificada de la parte más desamparada de nuestra clase, que al propio tiempo representa la más lógica aspiración en favor del resurgimiento sanitario de nuestro país.

Como de las reuniones celebradas habrán de tener nuestros lectores cumplida referencia, nos limitamos por hoy á lo dicho y á consignar el placer con que hemos visto que en las diferentes Asambleas se haya por lo menos convenido en los dos puntos esenciales que á diario sostenemos en nuestro *programa profesional* y que desde hace tantos años venimos incansablemente defendiendo, es de-

cir, en la afirmación del carácter de función del Estado para la sanidad pública con su afirmación inspectora municipal, y en el del pago de los inspectores y titulares por el Estado, única garantía de su independencia.

Insistimos en calificar de muy convenientes los Congresos celebrados y además de muy oportuno, pues sobre serlo políticamente, por razones que no es de nuestra incumbencia el señalar y de que todos se dan clara cuenta, estos Congresos, como muy acertadamente señaló nuestro compañero el Sr. Pitaluga en el brillante discurso de clausura que pronunció en el de Sanidad civil, sirven de preparación para una acción conjunta que sin duda no dejará de ejercer el Congreso Médico Nacional que en el mes de Abril ha de celebrarse.

El domingo 26 y con la solemnidad que habitualmente revisten tales actos, se efectuó en el salón de la Real Academia Nacional de Medicina la inauguración de las sesiones del curso académico de 1919. Leyó la memoria reglamentaria de Secretaría el Excmo. Sr. D. Manuel Iglesias, secretario perpetuo de la Corporación, y en su trabajo pudo hacer resaltar la actividad perseverante con que la primera de nuestras Corporaciones científicas cumple con su cometido, por más que la brevedad del escrito no consintiera al Sr. Iglesias el hacer la mención extensa que merecen las interesantes sesiones reservadas en las que la Academia se ocupó puntualmente, con extensión y brillantez apropiadas, del aspecto científico de la epidemia de gripe que por aquél entonces se hallaba en el máximo desarrollo.

Leyó el trabajo doctrinal el académico numerario y catedrático de la Facultad de Medicina don Ramón Jiménez, disertando en él acerca de las intervenciones quirúrgicas en el cáncer del estómago y demostrando la copiosa erudición y la atención perseverante que tan distinguido cirujano dedica siempre á los temas más palpitantes de la rama científica que cultiva. El trabajo del Dr. Jiménez fué muy celebrado y aplaudido.

Después se procedió á la distribución de los premios y socorros que la Academia reparte anualmente por sí ó por delegación de generosos donan-

tes, entre los cuales merecen mención este año, por lo espontáneo y no anunciado del hecho, los otorgados por el Sr. Espina y Capo al sufragar un título de licenciado á un huérfano de médico, en conmemoración de haber sido elegido senador por la Academia, y el que el mismo Sr. Espina y el señor Cortejarena agregaron al ser dotado el premio del Sr. Calvo Martín, por ser dos los aspirantes, ambos dignos de él y muy escasa la cantidad para poder ser dividida. Cualquiera que sea la modestia de los Sres. Espina y Cortejarena, nosotros creemos que nos perdonarán el dar á conocer su generoso rasgo, bien digno de imitación.

La acción parlamentaria de nuestros representantes está actualmente concentrada en los trabajos por ellos efectuados cerca de la Comisión dictaminadora del llamado proyecto de *autonomía y régimen local*. En él está hoy por hoy concentrada la que puede llamarse enjundia del porvenir de nuestras esperanzas, y es de creer que los que hasta ahora han dado muestras de un interés no siempre reconocido ó mañosamente desdeñado, no cejen en sus esfuerzos, cualquiera que sea el resultado que logren. Por de pronto los Sres. Francos Rodríguez, Villalobos y Vanbaumborgen se preparan á la discusión con enmiendas bien orientadas, y en el Senado, adonde el proyecto llegará más tarde, es muy de estimar la incidental intervención que el señor Royo Villanova hizo en un discurso-pregunta relativo á un expediente de aguas de Barcelona, defendiendo briosamente el carácter de función de Estado que debe reconocerse á la salubridad pública.

Por lo visto ya los señores abogados empiezan á enterarse de lo transcendental y justo de la tesis.

DECIO CARLAN.

EL DESAMPARO DE LOS MÉDICOS

FOR

J. FRANCOS RODRÍGUEZ

Ahora vamos á renovar la vida de las localidades, á darlas expansión autonómica, á romper las ligaduras que las sujetan al centralismo. La reforma está muy puesta en razón y nadie que viva con arreglo á los tiempos actuales, tendrá osadía para negarlo. El modo de realizarla es lo discutible.

A ningún español le extrañará que en el concierto de aspiraciones y de advertencias que sugiere el intento legislativo, los médicos alcen su voz, pues además de ser ellos hijos de Dios, claman por algo que á todos interesa; á los ricos y á los pobres, á los que saben bien cómo y para qué van por el camino de la vida y á cuantos le recorren sin dárseles un ardite de nada, descontento como tienen cuál será el término definitivo y fatal del viaje.

No hay interés legítimo que no tenga bien garantizada su acción, cuando llegue la hora de que se emancipen regiones y municipalidades, salvo el interés de la salud pública. El médico será, si no lo remedian quienes pueden, el que acaso se encuentre con la cara desdeñosa de la indiferencia, cuando no la airada de la arbitrariedad.

La Iglesia tiene su raíz sólida y su esfera bien marcada. El Estado, cuidadoso como debe de las almas, garantiza la independencia del sacerdote y mal que bien, casi siempre mal, asegura su vida. El párroco gozará de su estipendio y de la independencia de su ministerio, libre de enojos de campanario, aunque sea el cura quien mande repicar.

El Estado cuida de la instrucción primaria, no como debe, pero en fin, cuida, y los maestros cobran; antes los Ayuntamientos y Diputaciones hacían mangas y capirotos de los emolumentos de la escuela; ya eso no es posible, y los maestros de escuela están pertrechados contra las posibles barrabasadas de alcaldes, ediles y demás personajes del cabildo municipal.

El Estado que no quiere dejar á merced de los caprichos de los concejales la suerte de quienes sirven bien á Diputaciones y Ayuntamientos, ha reconocido la inamovilidad de ciertos empleos, y los secretarios provinciales y municipales, los contadores de fondos y algún cargo análogo pueden vivir tranquilos sin sentir la zozobra de que los aniquile como en otros tiempos el poder bravío de los caciques. El pueblo tiene cárcel. Se custodia en ella á quienes han de rendir cuentas á la justicia. El Ayuntamiento paga atenciones carcelarias, pero el funcionario no ha de tener ni atrasos ni descuidos de la Administración local, porque el Estado preparó con eficacia su independencia.

Del orden público se cuida en los pueblos, porque el Estado atiende á la Guardia civil y al Cuerpo de Seguridad, que no se hallan á merced de las pasiones ni de los embrollos locales. De manera que el cura, el maestro, el secretario, el contador de fondos, el funcionario de prisiones, el vigilante en favor de la paz social, pueden pasar junto á los alcaldes con todo respeto, pero sin la más leve inclinación sugerida por el temor á coacciones posibles. Hay un funcionario, el único que está á merced de las contingencias de la acción local análoga en su representación social; es sacerdote de la salud como del alma lo es el párroco; cuida de la vida física como de la mental el maestro, que sin criaturas no puede ni educar ni menos instruir; tiene para los vecinos mayor trascendencia que el secretario; procura que estén á buen recaudo agentes maléficos y guarda el orden de la propia suerte que la pareja de los civiles ó de policía, que nada hay tan revolucionario y trastornador como los desarreglos orgánicos. Pues á pesar de que en él debiera fijarse el Estado como en el cura, en el maestro, en todos los representantes de altas ó indispensables misiones sociales, en esta hora, el médico se quedará en el mayor desamparo.

El médico es en cada pueblo el vigilante de la salud, y ella, perturbada en un ayuntamiento, comunica el trastorno á la provincia, á la nación, al continente. Por

eso el cuidado de la salud pública no puede ser de interés local ni está diversificada en menesteres independientes. El foco de la aldea, importa á la villa, á la capital, á la región, á la nación, al continente, al mundo entero. Por lo mismo, de Sanidad no pueden hablar definiendo atribuciones varios señores que crean un estatuto desentendido de compromisos pueriles. La Sanidad ha de establecerse de tal modo que en vez de menudos mandos haya un solo para que se concierte con cuantos en nombre de la civilización dictan disposiciones universales.

El médico ahora no será el que vigile para las necesidades del Estado, y cuando vayamos á una conferencia internacional tendremos que confesar nuestra increíble desorganización. Si acudiésemos á un Congreso oficial formado con representaciones de diversos países y dijéramos: «Nosotros no tenemos ejército, tenemos milicias municipales ó regionales que mandan con criterio independiente, jefes directos; ¿no apareceríamos dimitidos como nación? Pues eso sucederá con la Sanidad si no se esclarecen bien las atribuciones fijas, inalterables que corresponden al Estado.

En cuanto al médico, si continúa con la dependencia en que vive, si no se garantiza su vida profesional, si ha de quedar como único sometido á la voluntad de las pasiones locales, que no se piense en que la inspección sanitaria tenga eficacia, y sin esa inspección la sanidad pública será una entelequia, un mito, una mentira; no habrá salvación para los cuerpos, aunque se salven las almas; no habrá enseñanza para la Higiene, aunque enseñen los maestros en las escuelas; no habrá administración útil aunque se afanen en sus oficinas secretarios y contadores; andarán sueltos por el agua, por el aire y por las personas los criminales invisibles que se llaman agentes infecciosos, aunque se guarde bien la cárcel destinada á los hombres y á pesar de que los gobiernos locales y el supremo de la patria digan pomposamente que lo son, estarán equivocados porque no hay gobierno ni cosa parecida en un país culto donde no se garantiza completamente la salud pública.

REUNIONES SANITARIAS

III CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD CIVIL

En estos últimos días se celebró en el Ateneo el III Congreso de Sanidad civil, organizado por los Dres. Albiñana y Bajo.

En su sesión preparatoria se puso á votación la mesa definitiva del Congreso, resultando elegidos los siguientes señores:

Don José María Albiñana, presidente; D. Isidoro Bajo, secretario general; D. Francisco García Gorrsew, presidente de la Sección de Colegios médicos; D. Venancio Ruano, presidente de la Sección de subdelegados; D. Aurelio Bonet, presidente de la Sección de titulares; D. Tomás Román Pulido, vicepresidente de la Sección de titulares; D. José Aguilera Collantes, presidente de los forenses; D. Julián Muñoz, presidente de los inspectores provinciales; D. José Villoslada Acosta, por los médicos libres; D. Julián Torralba, D. San

tiago Mazón y D. Francisco [Diéguez, representantes de los médicos escolares; D. Luis López García, por los practicantes; vicesecretario de actas, D. Norberto López.

A continuación se hizo el recuento de adhesiones, dando el siguiente resultado:

Tarjetas remitidas, 1.120; adhesiones por boletín, 2.321; ídem por representación, 3.592.

Total, 7.033.

En ellas figuran delegaciones de Colegios médicos, Reales Academias, subdelegados, forenses y la casi totalidad de los médicos titulares de España.

Sesión inaugural.

Presidió la sesión inaugural el alcalde de Madrid, señor Garrido Juaristi, porque los Sres. Alba y Francos Rodríguez á quienes se les había ofrecido la presidencia, no pudieron aceptar.

Habló en esta sesión en nombre de los escolares de Medicina el Sr. Torralba, para adherirse á cuantos acuerdos se adopten por el Congreso.

El Dr. Albiñana se levantó luego saludando á los congresistas y tributando un recuerdo de gratitud á los señores Canalejas y Moliner que presidieron los anteriores Congresos de Sanidad civil.

Dedica un elocuente párrafo á los médicos fallecidos durante la última epidemia gripal.

Habla de la necesidad perentoria de reorganizar la Sanidad española, puesto que la salud del pueblo es la ley suprema.

Este Congreso viene á dar fe de españolismo y combatirá todo cuanto merme la integridad de la patria. No somos enemigos de ninguna región; pero abominamos de quienes quieran descentralizar las funciones sanitarias, que son de la acción exclusiva del Estado.

De todos los partidos políticos, el único que ha incorporado á su programa el problema sanitario es el reformista, procurando dar solución á las aspiraciones de la clase médica.

Es preciso, dijo, por todos medios conseguir que los Poderes públicos atiendan como se merecen á los médicos, aunque sea apelando á actitudes violentas, incluso á la huelga profesional.

Termina el Dr. Albiñana saludando al alcalde de Madrid y al Dr. Pittaluga.

El alcalde, Sr. Garrido, saluda á los congresistas en nombre del pueblo de Madrid, dándoles la bienvenida.

Dice que entre los temas puestos á discusión figura uno que ha llamado su atención como jurisconsulto, y es el que se refiere á la creación del crimen sanitario, y terminó con estas palabras:

«Trabajad con fe, porque de éste y de otros Congresos, ha de resultar el engrandecimiento de España.»

Primera sesión.

En esta sesión se aprobaron casi sin discusión los tres primeros temas oficiales, que son:

«Creación del Ministerio de Sanidad.»

«Reconocimiento de la Sanidad como función especial del Estado, no pudiendo ser mermada ésta por ninguna concesión de carácter autonomista.»

«Necesidad de obligar á los Ayuntamientos al abastecimiento local de aguas potables.»

Después de ligera discusión se aprobó asimismo el cuarto, que era: «Establecimiento de laboratorios de Higiene en los Municipios, y donde esto no sea posible, promover la mancomunidad municipal para lograr este objeto».

Se aprueban sin discusión los dos siguientes que se refieren a la «Creación del delito sanitario», con severas sanciones para castigar la propagación de las enfermedades evitables, y la necesidad de reconocer á los inspectores de Sanidad fuerza coercitiva para castigar por sí las infracciones sanitarias, como únicas autoridades en la materia.

Se discutió con alguna mayor detención el relativo á la «Conversión en ley de la vigente Instrucción de Sanidad», pero también fué aprobado, y á continuación el Dr. Albiñana lee la proposición de ley del Dr. Moliner presentada al Congreso de los Diputados el día 2 de Julio de 1914 firmada por los Sres. Moliner, Lerroux, Melquiades Alvarez, Salvatella, Vázquez Mella, Alba y Senante.

He aquí el texto de esta proposición de ley:

Artículo 1.º Los médicos titulares dejarán de ser empleados de los servicios sanitarios de los Ayuntamientos, como son en la actualidad, pasando á ser funcionarios del Estado, con el carácter de inspectores municipales de Sanidad.

Art. 2.º En los pueblos donde hubiese más de un titular, cada uno de ellos ejercerá funciones de inspector municipal en el distrito de su demarcación, estando subordinados al inspector más antiguo.

Art. 3.º Con la base de los actuales médicos titulares, como inspectores municipales; de los subdelegados, como inspectores de distrito, y del actual Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad, se formará el Cuerpo de Sanidad civil, respetando los derechos adquiridos.

Art. 4.º Se formará el escalafón del Cuerpo atendiendo á la antigüedad, no pudiendo solicitarse ninguna plaza que no corresponda, bien á la categoría personal, bien á la de la plaza que el solicitante ocupa. Las vacantes que ocurriesen se proveerán por oposición, ingresando por la última categoría.

Art. 5.º Los médicos titulares, que en lo sucesivo se denominarán inspectores municipales de Sanidad, serán nombrados por el director general del ramo, y sus haberes serán pagados por el Estado.

Art. 6.º Al efecto de lo dispuesto en el artículo anterior, el Estado se incautará de las asignaciones que los Ayuntamientos deben satisfacer á los actuales titulares, siempre que sean las que por clasificación les corresponda. En los Ayuntamientos en que no rija dicha clasificación por estar pendiente de recurso, servirá de tipo regulador la cantidad que dicho Ayuntamiento haya consignado durante los cinco últimos años.

Art. 7.º Los inspectores municipales tendrán á su cargo la asistencia á las familias pobres, sin percibir por ello más sueldo que el correspondiente á la inspección.

Art. 8.º La Sanidad local y la libre inspección de establecimientos públicos serán de la competencia y responsabilidad exclusivas de los inspectores municipales, pudiendo éstos ejercer por sí acción coercitiva en caso de transgresiones de las disposiciones sanitarias, imponiendo la debida sanción.

Art. 9.º Los inspectores municipales serán inamovibles, no pudiendo ser separados de sus cargos sino por justa causa, previa formación de expediente, con derecho á ser oído. Estos funcionarios no podrán ser reconvenidos ni juzgados por faltas cometidas en el ejercicio de sus funciones, más que por sus superiores jerárquicos.

Art. 10. Con el descuento obligatorio que de los sueldos se acuerde, se formará el Montepío oficial del Cuerpo de Sanidad, para la concesión de jubilaciones y pensiones á viudas y huérfanos.

Art. 11. Independientemente del mencionado Cuerpo, y

para mayor perfeccionamiento de los servicios de la higiene pública, funcionará el Cuerpo de médicos higienistas, con la idoneidad y organización que determina el respectivo reglamento.

Art. 12. Una comisión nombrada por el Gobierno se encargará de desarrollar el articulado de esta ley y de redactar el reglamento del Cuerpo de Sanidad civil.

A propuesta del Dr. Pittaluga se aprobó, con las modificaciones que se crean convenientes con arreglo á los progresos modernos.

Segunda sesión.

En esta sesión el Sr. Aguila Collantes lee y defiende elocuentemente las siguientes conclusiones de los médicos forenses que son aprobadas por aclamación:

Primera. Pago por el Estado.

Segunda. Aumento gradual de sueldo según categoría y con arreglo á la ley de Funcionarios civiles.

Tercera. Sueldo á los forenses sustitutos según categoría del Juzgado.

Cuarta. Revisión del arancel ó supresión del mismo, caso de dotarse las plazas decorosamente.

Quinta. De subsistir el arancel, aclaración de los casos en que se debe aplicar éste y quién debe pagar lo deven-gado.

Sexta. Aclaración de los servicios que debe prestar el médico forense.

Séptima. Que desaparezcan las excepciones que se hacen hoy para la provisión de las plazas de forenses de Madrid y Barcelona, proveyéndose éstas por concurso de rigurosa antigüedad entre forenses de término que hayan entrado por oposición.

Octava. Creación en cada distrito de un hospital forense, y donde hubiese hospital, señalar dos salas regidas por el forense.

Novena. Nombrar una Comisión que entregue al ministro de Gracia y Justicia estas conclusiones.

Asimismo se aprueban las que presenta el Sr. García Plaza, como representante de la clase escolar, y las de los practicantes defendidas por el Sr. López García.

Da lectura acto seguido el Sr. Albiñana á los temas especiales siguientes, que también son aprobados:

1.º Solicitar el indulto del Sr. Alegre.

2.º Que se considere á los Ayuntamientos como contratantes particulares en sus relaciones económicas con los funcionarios municipales para poderles exigir la responsabilidad civil judicialmente, ya que es imposible hacerla efectiva por el procedimiento administrativo.

3.º Que los cargos técnicos sanitarios sean compatibles con todo otro cargo de elección popular.

Sesión de clausura.

La presidió el Dr. Pittaluga, quien después de leer una carta del sabio Cajal, pronunció un elocuente discurso, cuyos primeros párrafos los dedica á enaltecer la figura científica y social del gran histólogo español.

En lo que atañe al problema sanitario, se refiere al programa publicado por el partido reformista hace poco tiempo.

Precisa el otorgamiento de las pensiones á las viudas y á los huérfanos de los médicos que prestaron servicios al Estado y perdieron la vida en las epidemias.

Se refiere luego á la necesidad absoluta de que el Estado pague sus haberes á los médicos titulares, única manera de sustraer á estos funcionarios de las coacciones de los caciques. El pago de los titulares por el Estado es una necesi-

dad de política interior, siendo vergonzoso que gran parte de los médicos se hallen sin cobrar sus sueldos de los Municipios.

En largos períodos aboga por la libertad económica, base de todo progreso y regeneración social.

El voto no es libre cuando no se puede dar de comer a los hijos. Es preciso que la función del médico se sustraiga a la tiranía de los Ayuntamientos.

Habla de la creación de un Cuerpo general de médicos repartidos por todas las regiones, pagados por el Estado.

El médico tiene dos funciones distintas que llenar; la sanitaria y la benéfica. Estas funciones son antagónicas.

Respecto a los temperamentos revolucionarios y de huelga, aconseja la transigencia y la bondad por parte de los profesionales. Pero cuando se agote la paciencia, se dirá a las autoridades que no hay certificaciones, que no hay autopsias, que no se prestan servicios oficiales, rompiendo la cadena que ata al médico a sus explotadores.

Terminó el Dr. Pittaluga invitando a que se sumen y unifiquen en sus aspiraciones las tres Asambleas que en la actualidad se hallan deliberando.

Luego los Sres. Albiñana, Román Pulido, Aguila Collantes, Serrano Piqueras, Juan Torralba, Santiago Mazón y Francisco Diéguez, comisionados por el Congreso, se dirigieron inmediatamente a Palacio para ser recibidos por Su Majestad el Rey, ante el cual el Dr. Albiñana ha leído un mensaje, en el que se pide que las conclusiones sean convertidas en leyes.

«Ellas—dice—representan la aspiración unánime de la clase médica española; de esa clase que acaba de prestar heroicos y abnegados servicios a la Patria con ocasión de la terrible epidemia, durante la cual han sacrificado su vida más de 200 compañeros nuestros ofreciéndola, generosos, en holocausto de la Humanidad.

Aspiramos—añade—, en primer término, a la intensificación de los servicios técnicos que se relacionan con la conservación de la salud de los ciudadanos, primera fuente de prosperidad y riqueza, y en segundo término, a la constitución y retribución decorosa de un ejército sanitario plenamente capacitado para la eficaz efectividad de dichos servicios »

Después de hablar acertadamente de la situación tristísima en que se encuentran los médicos rurales, dice:

«En las conclusiones entregadas al jefe de nuestro Gobierno se contiene la fórmula que puede poner término a esta deplorable situación. En vuestra angusta bondad confiamos los médicos españoles y en el alto espíritu de justicia que mueve todos los actos de Vuestra Majestad. Si algún día nuestras aspiraciones se ven convertidas en triunfantes realidades, la clase médica española sabrá agradecerlas al Rey magnánimo que guarda en su corazón el más fervoroso amor al engrandecimiento de nuestra amada España.»

Así terminó el Congreso de Sanidad civil, durante cuyas sesiones reinó gran entusiasmo.

Asamblea de Colegios Médicos.

La Asamblea de los Colegios Médicos de España, en la que han estado representados los Colegios de Toledo, Zaragoza, Palencia, Albacete, Burgos, Sevilla, Ciudad Real, Málaga, Zamora, Valladolid, Bilbao, Canarias, Cuenca, Avila, Almería, Jaén, Asturias, Salamanca, Navarra, Guipúzcoa, Alava, Soria, Murcia, Lugo, Cáceres, Baleares, Cádiz, Huelva, Logroño, Pontevedra, Corniña, Orense, Badajoz, y adheridos casi todos los restantes Colegios, ha votado las siguientes conclusiones:

«Primera. La clase médica considera como programa

mínimo de sus aspiraciones [de urgente realización, las siguientes:

1. Pago de los titulares, forenses y subdelegados por el Estado.

2. Que los titulares sean, a su vez, inspectores de Sanidad.

3. Que se resuelvan inmediatamente, sin tramitación dilatoria, las concesiones de pensiones a favor de las viudas y huérfanos de los médicos fallecidos víctimas de la epidemia gripal.

4. Que el Estado garantice el cobro de haberes a los facultativos de la Beneficencia provincial.

Segunda. Para la consecución de estas aspiraciones, que estima de estricta justicia, se pondrán en acción todos los medios que se juzgue necesarios, para lo cual queda nombrado un Comité ejecutivo, con residencia en Madrid, formado por los Dres. Almarza, Piga, Velasco, Pajares, Coca, Albiñana, Criado y Carro, en relación con los presidentes de todos los Colegios Médicos provinciales, para realizar una acción común cerca de los Poderes públicos, a fin de obtener la concesión de tan justas reivindicaciones de los médicos españoles.

Los Colegios de Médicos, representación genuina de la clase, desean se les concedan más amplias atribuciones, que redundarán, en primer término, en beneficio de la Sanidad pública española. A ellos incumbirá el informe de propuesta para la provisión de vacantes de titulares e inspectores, que vayan ocurriendo, para que de ella elijan los Ayuntamientos sus médicos. La administración de los fondos de los Colegios de huérfanos y la provisión de las plazas de huérfanos en dichos Colegios, modificando, en este sentido, el Real decreto de fundación del Colegio del Príncipe de Asturias, de 15 de Mayo de 1917. La concesión de franquicia postal, que facilite las relaciones del Colegio con las organizaciones oficiales y con sus asociados. La propuesta de los médicos que han de formar en la Comisión mixta de reclutamiento y de los que hayan de intervenir en los organismos oficiales y que hoy constituyen cargos debidos a la acción política, y una intervención directa en la organización de los servicios sanitarios de sus respectivas provincias, que evite la intromisión de elementos políticos en las funciones sanitarias.

La Asamblea de Colegios de Médicos cuenta, para la realización de su programa mínimo de aspiraciones de la clase médica, con la colaboración de todos los organismos médicos, dispuestos a secundar el movimiento que prepara el Comité ejecutivo nombrado, que se traducirá en una actitud radical y extraordinaria, si antes del 15 de Marzo no se obtiene la seguridad de que los Poderes públicos acogen las justas aspiraciones de la clase médica española.»

Asamblea de titulares.

En el momento de cerrar esta edición se está celebrando en el Colegio de Médicos la Asamblea de médicos titulares bajo la presidencia del Dr. Almarza, y en su primera sesión se han aprobado las siguientes conclusiones:

Pago de los haberes por el Estado.

Que los subdelegados sean inspectores de Sanidad.

Pago de pensiones a las viudas y huérfanos de los médicos.

Se dará al Gobierno un plazo provisional hasta el 15 de Marzo para resolver favorablemente, y caso de no obtener resultado, se declararán los médicos en rebeldía.

En nuestro número próximo daremos cuenta de las demás sesiones.

HOSPITAL DE LA PRINCESA

SESIÓN CLÍNICA DEL DÍA 18 DE ENERO DE 1919

Un caso de fractura de cuello quirúrgico de húmero.

El Dr. Corrales.—Se trata de un hombre de veintiséis años de edad, que recibe un balazo en la parte anterior tercio superior del brazo izquierdo. El proyectil, animado de una gran velocidad, pues el disparo fué hecho á 203 metros, atravesó las partes blandas (musculatura del deltoides) y al llegar al húmero transformó la mayor parte de su energía ocasionando la fragmentación del hueso, cuerpo como es muy poco compresible.

El enfermo, tan pronto como recibió el traumatismo, adopta la posición habitual de los traumatizados de miembro superior, sujetándose con la mano derecha el antebrazo del miembro lesionado; síntoma que nos habla de la importancia funcional. Amortiguó el dolor en los primeros momentos (hasta la colocación de un apósito) sujetándose el brazo fuertemente contra el tronco, dolor espontáneo debido sobre todo á lesiones de partes blandas.

Una vez en la Clínica y explorado el enfermo, observamos un orificio pequeño de unos 3 á 4 milímetros de diámetro en la región anteriormente mencionada; y comparando el lado sano con el enfermo, observamos una ligerísima tumefacción, dato que hay que buscar en la mayor parte de los casos por comparación, pues como en este caso, la tumefacción era tan escasa que hubiera sido imposible apreciarla si no hubiéramos seguido esta regla.

Por palpación observamos que la región se encuentra un poco dolorida, y que al llegar á la parte anterior, sitio comprendido entre las bases de las apófisis troquiteriana y troquiniana y la inserción pectoral mayor, una zona profundamente dolorosa, síntoma al que Malgagne da una gran importancia.

El surco pectorodeltoideo se encuentra borrado. El movimiento del hombro un poco descendido. No observamos movilidad anormal del hueso, síntoma que recogemos por asentar la lesión próxima á una articulación, sujetando el extremo superior con una mano y haciendo girar al inferior.

Al observar este síntoma que ya se puede considerar como patognomónico, á no ser que se trate de una de esas fracturas con enclavamiento, pudimos observar también crepitaciones fuertes que no hay que confundir con esas crepitaciones finas que algunas veces se observan en los grandes traumatismos, y que son debidas, ó bien á exudados fibrinosos en vainas tendinosas, ó extravasado sanguíneo en vías de reabsorción. Estos dos últimos síntomas deben ser recogidos al mismo tiempo.

Y una vez apreciados estos síntomas por los que diagnosticamos una fractura de cuello quirúrgico de húmero, paso á estudiar el curso ulterior de este enfermo que es lo que verdaderamente tiene interés.

¿Qué hacer con este enfermo? Nada más racional y lógico, á mi escaso juicio, que lo llevado á cabo por mi maestro el Dr. Blanc, cuyos profundos conocimientos y experiencia son grandísimos.

En otros tiempos y no en época muy lejana, probablemente el tratamiento se hubiera reducido en este caso á un vendaje corriente de escayola; pero hoy no puede hacerse esto. En la actualidad toda fractura abierta, aunque el orificio sea pequeñísimo, debe prácticamente considerarse como

una herida infectada y, por lo tanto, á ella se reduce su tratamiento.

En efecto, este enfermo á los dos días de haber entrado en la clínica tuvo una fiebre de 38°, y este dato que para los antiguos quizá no le hubieran dado importancia alguna bastó al Dr. Blanc para considerar la herida infectada y, como tal tratarla.

Se trasladó al enfermo á la sala de operaciones, y previa anestesia clorofórmica, se desbridó ampliamente la herida y se observaron los dos fragmentos del hueso, unas cuantas esquirlas, entre ellos, muy pequeñas y una esquirla mayor de forma triangular que estaba unida al fragmento superior.

Una vez extraídas todas las esquirlas y puestos al descubierto todos los recodos de la herida observó el Dr. Blanc que la esquirla triangular á que hago referencia tenía bastante cantidad de periostio y podía considerarse como un foco osteogénico.

¿Qué papel desempeña esta esquirla viva? Dos principales: 1.º mecánico por su unión con el fragmento superior, y el 2.º vital por la gran cantidad de osteoblastos que encierra su periostio y hace que se forme antes el callo; y otro excitando y activando la proliferación de los osteoblastos, de los periostios de los fragmentos, que merced á estas células epiteloides se forma principalmente el callo; y esta esquirla triangular que ha hecho que se ejerza una verdadera quimiotaxis positiva, si se me permite la frase, llegará un momento que será digerida por otras células, que son las que impiden el crecimiento excesivo de los huesos.

La herida fué tratada con líquido de Carrel, irrigación continua, hasta que estuvo completamente aséptica, lo cual es fácil de comprobar haciendo preparaciones con el exudado de la herida, y así como observamos 40 ó 45 bacterias por campo en el microscopio, llegó un momento que no presentó más que una á dos por campo, y entonces se trasladó á la sala de operaciones, 1.º, para la extracción del proyectil, y 2.º, para cerrar la herida. El primero se encontró en el espesor del músculo subescapular y la fractura consolidada por completo.

Sarcoma del maxilar superior.

El Dr. Lahoz.—El asunto que tengo el honor de exponer no tiene á mi juicio más novedad que la de inaugurar la serie de Conferencias científicas que patrocinadas por nuestro querido profesor el Dr. Blanc y Fortacín serán con mucho más acierto continuadas por mis queridos compañeros de internado.

Dicho esto advertiré que he de procurar ser breve con objeto de que vuestra impaciencia por oír el resumen de nuestro insigne maestro dure lo menos posible.

J. M., de setenta y ocho años. Los antecedentes familiares carecen en absoluto de interés.

Respecto á los individuales, asegura el enfermo no haber padecido nunca ninguna enfermedad.

Fecha de comienzo de la enfermedad actual, hace siete meses.

Respecto á la causa y modo de comenzar la enfermedad, figura en los antecedentes de este enfermo un dato discutido por los autores, y que á mi corto entender se le debe dar alguna importancia etiológica. Es el siguiente: hace ocho meses y con ocasión de una caída, se dió un golpe con una piedra en la región facial derecha. Antes de este accidente se encontraba perfectamente bien y un mes después es

SIL=AL

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

cuando notó el enfermo la tumoración. ¿Puede esto ser simple coincidencia? ¿Se puede atribuir el sarcoma única y exclusivamente a este traumatismo? Ni lo uno ni lo otro. Yo creo que el traumatismo lo que pudo hacer muy bien es acelerar la hipergénesis conjuntiva que estaba, por decirlo así, en embrión, ó bien cuyo germen desconocido estaba ya presto á actuar obrando el accidente como instigador del oculto responsable, ya sea un esporozoo según Clarke, ya un blastomiceto según Busse.

La enfermedad comenzó del modo siguiente: Al mes aproximadamente del percance que he mencionado, notó un bulto pequeño en la región correspondiente al macizo facial derecho que le dolía espontáneamente y más aún cuando hacía presión sobre él. Esta tumoración fué aumentando poco á poco de volumen al tiempo que su estado general iba empeorando notándose gran pérdida de fuerzas y adelgazando. Cuando entró en el hospital, tenía algo dificultada la fonación, así como también la masticación que era á su vez algo dolorosa. La fosa nasal derecha estaba algo disminuida en su amplitud; tenía epistaxis con alguna frecuencia y algo de fetidez. Por inspección se notaba una tumoración del tamaño de media manzana en la región correspondiente al maxilar superior derecho. La piel á su nivel estaba tensa, rubefacta y brillante y surcada por algunos vasitos ingurgitados.

Por palpación se podía comprobar su 'fijeza' así como también su relativa blandura. Era sumamente dolorosa á la presión.

Diagnóstico.— Todos los síntomas enumerados, principalmente la evolución rápida de la enfermedad, el empeoramiento considerable de su estado general, los dolores, hace pensar se trate de un caso de neoplasia maligna del maxilar superior derecho. En efecto, así se comprobó después de operado, viendo por el análisis anatomopatológico, macro y microscópico, que á pesar de la avanzada edad del enfermo, se trataba de un osteosarcoma perióstico del maxilar derecho.

Pronóstico.— Como toda neoplasia maligna, el pronóstico no puede ser más sombrío; enfermos son éstos que están acechados constantemente por la implacable garra de la recidiva. La operación va seguida en muchos casos de la llamada neumonía de deglución que puede matar al enfermo. Sin embargo, en contadísimos casos puede obtenerse una curación definitiva, aunque esto, como digo, es sumamente raro. Por tratarse en el caso presente de un osteosarcoma puede no reproducirse.

Tratamiento.— Como en todos los casos de tumores malignos, el tratamiento quirúrgico hoy por hoy y salvo contadas excepciones, continúa en todo su esplendor. Dentro de esta forma terapéutica, la extirpación lo más amplia posible no sólo del tumor en sí, sino á poder ser del órgano en que asienta, es lo único que puede hasta cierto punto ponernos al abrigo de las recidivas. Las resecciones parciales quédense para los tumores benignos, pero en los malignos, más que en ningún otro caso, debemos llevar á cabo el aforismo vulgar de «cortar por lo sano». Los tejidos blandos vecinos si suponemos que están invadidos, también se extirparán. Este enfermo fué operado por el Dr. Blanc que le practicó con la maestría en él peculiar una resección total del maxi-

lar superior derecho. La técnica que siguió fué la siguiente: Incisión del Nélaton de todos conocida. Una vez trazada ésta, separó convenientemente el colgajo, y aislado y seccionado que fué el nervio infraorbitario legó pericestio únicamente por donde el escoplo ó la cizalla tenían que actuar dejando el resto adherido al bloque que iba á extirpar, cosa muy de tener en cuenta en los casos de resección del maxilar por tumores malignos, pues si se conserva el periostio unido al colgajo de partes blandas, será seguramente el responsable de una recidiva; por estas razones, insisto en que el periostio se debe siempre conservar pegado al hueso que vamos á extirpar. Únicamente se legará á nivel de las tres líneas que pasarán por el cuerpo del malar, por la apófisis ascendente del maxilar debajo del hueso malar y á nivel de la unión de los dos maxilares. Una vez hecho esto, seccionó el cuerpo del malar en dirección oblicua por medio de la sierra de cadena, después la apófisis ascendente con la cizalla. Luego seccionó el velo del paladar extirpándole en su totalidad por parecer que estaba algo invadido; éste dato hay que tenerlo en cuenta por lo que más adelante diré. Últimamente seccionó con el escoplo y de delante á atrás la bóveda palatina. Después destruyó las inserciones pterigoideas del macizo óseo. Puesto ya en libertad el maxilar lo basculó bruscamente hacia abajo, se fracturaron las inserciones etmoidal y pterigoidea y separadas las partes blandas que aún le retenían fué resecado el hueso.

Hizo la hemostasia de rigor y dejó colocado un tubo de drenaje. La alimentación del enfermo se hizo como en todos estos casos y durante cierto tiempo por vía nasal, mediante sonda de Nélaton.

El curso post-operatorio de este enfermo presenta la particularidad siguiente: A los seis días de ser operado se le presentó en el ojo derecho una queratitis, que, á mi juicio, perteneció á las llamadas neuroparalíticas, que consisten en una infiltración y ulceración consecutiva de la córnea y que se observa en los casos de parálisis de trigémino, cosa que muy bien pudo ocurrir por ser el maxilar superior y el oftálmico dos de las tres ranuras de dicho nervio, y lesionado por estiramiento la primera, pudo muy bien repercutir la parálisis en la segunda, lo cual daría lugar á una serie de trastornos tróficos responsables de la queratitis, ó según otros autores, esto sería debido al alojamiento y exposición de cuerpos extraños sobre la córnea insensible; por cualquiera de los dos mecanismos el resultado es el mismo.

En la actualidad el enfermo tiene una panoftalmitis, presentando la córnea perforada y abundante supuración; á mi juicio este proceso puede obedecer á dos causas: ó á la propagación de la queratitis inicial favorecida por los microtraumas que los cuerpos extraños pueden haber ocasionado efecto de la insensibilidad que antes decíamos, ó á una infección añadida retroocular que, empezando en la cápsula de Tenón, se ha propagado á todo el ojo. Esta opinión es tanto más sostenible por cuanto como dijimos al hablar de la operación, hubo necesidad en este enfermo de extirpar en su totalidad el velo del paladar por estar algo invadido. Pues bien, pudiera muy bien ocurrir que la causa infestante partiendo de la boca llegara á la cámara retroocular, ocasionando la panoftalmitis á su vez favorecida por los trastornos tróficos, cuya causa hemos tratado de analizar.

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 "muestritas"
tras, LABORATO-
RIO PESQUI Prim,
25. San Sebastián,

Conclusiones.—1.^a La importancia del traumatismo que cuenta en la anamnesis.

2.^a La necesidad de conservar el periostio unido al bloque que se ha de extirpar en los casos de neoplasia maligna.

3.^a La enfermedad ocular empezó siendo una queratitis neurotrófica, y después una panofalmitis por infección posterior favorecida por los trastornos tróficos ya existentes.

El Dr. Blanc y Fortacin.—Voy a añadir algunos conceptos aclaratorios de algunos expuestos en las comunicaciones presentadas. En la del Sr. Lahoz se suscitaba la interpretación del mecanismo patogénico de los trastornos oculares sufridos por este enfermo. No desecho en absoluto la teoría neurotrófica, pero la considero poco probable.

Tampoco me parece posible el conceptuar los accidentes como derivados de una infección retroocular. El enfermo como ven ustedes no tiene ni exoftalmos ni oftalmoplejia que hagan suponer la existencia de un proceso supurado orbitario. Lo probable es que la infección aquí haya alcanzado el globo ocular por vía venosa.

La comunicación del Sr. Corrales plantea dos asuntos de la mayor importancia en punto á tratamiento de las fracturas abiertas en general y de las de arma de fuego como variante de esas. ¿Dada una fractura abierta debe ser considerada como prácticamente infectada? Rotundamente debe ser contestada afirmativamente esa pregunta. Se dirá y con razón que muchas fracturas abiertas curan espontáneamente y sin signo alguno de infección. Mas en frente de esas, son muy numerosas las que presentan accidentes terribles que unas veces exigen la amputación y otras cuestan la vida al enfermo. Por eso en nuestra clínica y salvo contadísimas excepciones toda fractura abierta es sistemáticamente esterilizada mediante la irrigación con solución de Dakin ú otro procedimiento similar sin esperar á que aparezcan los signos clínicos de la infección (supuración, fiebre elevada, etc.); claro es que no siempre es posible establecer esta desinfección preventiva por venir á nuestras manos la herida en plena evolución infecciosa ya desarrollada.

En las fracturas por arma de fuego es práctica establecida el extirpar el trayecto del proyectil donde anidan gérmenes de la piel y cuerpos extraños arrastrados por el mismo; y claro está que siempre que sea posible se procederá á la extracción de dicho proyectil. En nuestro caso no fué posible por no conocer la situación de éste, que como ha dicho el Sr. Corrales se hallaba alojado en la fosa subescapular; y como la localización radiográfica no pudo ser hecha más que tardíamente, ello motivó seguramente el que la herida tardara en desinfectarse.

Los conceptos que respecto á osificación ha expuesto el Sr. Corrales explican porqué en nuestro caso la conservación de esa esquirla adherida á periostio ha actuado á la manera de un injerto por oposición manteniendo la reducción fragmentaria como podía haberlo hecho una clavija.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

Conjuntivitis blenorragica metastásica.

Dr. B. Carreras.—Sabido es que el gonococo puede provocar la inflamación de la conjuntiva de dos maneras distintas: Por contaminación directa, mediante el pus de la mucosa uretral primitivamente infectada y sirviendo de me-

dios transmisores los dedos, líquidos de lavado, ropa, etc. Por vía indirecta, mediante el paso de los diplococos á la sangre, por la cual son arrastrados hasta la epiesclera en donde proliferan y causan la inflamación de la mucosa conjuntival. La primera forma de contaminación da lugar á la conjuntivitis blenorragica vulgar, de aparatoso cuadro sintomático y reconocida gravedad, sobre todo en el adulto. La segunda ocasiona la llamada *conjuntivitis blenorragica metastásica*, de síntomas reaccionales mucho más moderados y de pronóstico casi siempre benigno. Esta última forma es muy rara, sin llegar á ser excepcional. El hecho de no haber hallado ningún caso publicado en España, creo debe atribuirse en gran parte á la poca importancia que se da al factor etiológico—salvando siempre honrosas excepciones—sobre todo en las afecciones de la conjuntiva.

Por esto considero interesante dar á conocer el caso clínico que he tenido ocasión de observar y tratar hace muy pocas semanas.

José D. S., de diez y ocho años, soltero, natural de Madroñera (Cáceres) y vecino actualmente de Madrid, viene á consultarme el día 28 del pasado Septiembre, acompañado de un primo suyo, médico, el cual me ruega que examine á su pariente, afecto de una inflamación conjuntival, que teme sea de carácter maligno por sufrir el paciente una uretritis blenorragica y sospechar se haya infectado los ojos con el pus gonocócico.

Procedo inmediatamente al interrogatorio, del cual saco los siguientes datos que ordeno á continuación:

El paciente llegó á Madrid el 3 de Septiembre, contrayendo poco después una blenorragia uretral, cuyos primeros síntomas empezó á notar el 15 del mismo mes. Cinco días más tarde se le infartaron los ganglios inguinales. El día 24 amaneció con intensos dolores en la rodilla izquierda, los párpados pegados, fuerte lagrimeo y sensibilidad á la luz.

Al día siguiente la rodilla derecha estaba también interesada y los síntomas oculares habían aumentado en intensidad. Una sensación molesta de escozor le hacía parpadear á menudo y tenía el blanco del ojo muy enrojecido.

La inflamación articular bilateral fué diagnosticada de artritis blenorragica, y viendo que la inflamación ocular se mantenía sin ceder lo más mínimo, su primo me lo acompañó, por temor de que se tratara de una conjuntivitis purulenta grave, para que le diere mi opinión é instituyera el tratamiento adecuado.

Examen ocular.—Párpados con ligeros indicios de edema, de coloración normal. La hendidura palpebral algo estrechada, deja ver parte del segmento anterior del globo, de aspecto lacrimoso y con ligera hiperemia hacia los ángulos. Separados los párpados se ve el bulbo ocular fuertemente inyectado hacia el ecuador. La inyección es de color rojo vivo y decrece en dirección al limbo. Los alrededores inmediatos del limbo están libres de hiperemia. Esta ofrece su máximo de intensidad en los fondos de saco, siendo aquí de color acarminado. La conjuntiva palpebral es lisa, pero presenta una inyección difusa menos intensa que en el *fornix*, pero más acentuada que en la región bulbar. El lagrimeo muy abundante y la secreción reducida á algunos filamentos mucosos en los fondos de saco y en el ángulo interno. El cuadro, en suma, muy parecido al que ofrecen ciertas formas agudas de la conjuntivitis subaguda diplobacilar.

Fué tomada un poco de secreción de cada ojo para examinarla más tarde al microscopio. La córnea estaba perfec-

PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso. Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo á la vez que higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander

tamente sana. Iris, reflejos pupilares, medios transparentes, membranas profundas y visión normales.

En virtud de las circunstancias que precedieron á su aparición, de los antecedentes del enfermo y del aspecto clínico de la afección, diagnosticué una *conjuntivitis blenorragica metastásica*, diagnóstico que fué apoyado por el examen microscópico de la secreción. Este *frotis*, que fué también examinado por el profesor Márquez, quien con su proverbial gentileza me brindó su microscopio, por lo que me complazco en expresarle una vez más mi agradecimiento, no contenía ningún germen patógeno y sí únicamente filamentos de mucus, células epiteliales y leucocitos polinucleares.

Este diagnóstico me permitió tranquilizar al paciente asegurándole la curación en un corto número de días, por ser el pronóstico de la *conjuntivitis blenorragica metastásica* casi siempre benigno. Como tratamiento ordené lavados con solución salina fisiológica cuatro veces al día seguidos de instilaciones de argirol al $\frac{1}{2}\%$. De este modo se obtenía, mediante los lavados, suprimir la secreción con su molesta sensación de cuerpo extraño, y mediante las instilaciones aprovechar el efecto calmante del argirol sobre la conjuntiva inflamada y beneficiar de su acción ligeramente astringente. Además aconsejé cristales ahumados contra la fotofobia, y el tratamiento local de la uretritis y el de la infección general por las vacunas anticonocócicas. El siguiente día recibió la primera inyección de vacunas que le provocó una intensa reacción febril, obligándole á guardar cama.

El 2 de Octubre le visité en su casa. Los dolores articulares le impedían casi el tenerse en pie. El estado de sus ojos era altamente satisfactorio. La inyección bulbar era apenas perceptible, y aunque bastante marcada en los fondos de saco, había, no obstante, disminuido mucho. De la secreción sólo quedaba un punto grisáceo en el ángulo interno. El lagrimeo y la fotofobia habían desaparecido casi por completo. Ordené suprimir los lavados y continuar con dos instilaciones diarias de argirol.

Cuatro días después la conjuntivitis estaba completamente curada.

No necesito fundamentar el diagnóstico de este caso porque el cuadro era tan típico y completo que no puede haber lugar á error, ya que no sólo existían aquellos síntomas que son necesarios para establecer un diagnóstico bien fundado, si que también se hallaban de manifiesto otros que, aunque no son necesarios, cuando existen le dan un grado de certeza incontestable.

La *conjuntivitis blenorragica metastásica* puede ser, en efecto, unilateral y aun en el caso de ser bilateral pueden transcurrir de doce á veinticuatro días entre el ataque de un ojo y el del congénere. Puede también suceder que la manifestación ocular sea la única manifestación de una gonococia que se creía curada y no ir acompañada de artritis.

En estos casos se comprende que el diagnóstico pueda ofrecer dudas aunque siempre será posible establecerlo si se tienen en cuenta las razones que vamos á exponer.

Cuando el cuadro sintomático es menos completo y aparece con alguna ó algunas variantes de las que acabamos de indicar, puede establecerse el diagnóstico por la eliminación de todas las demás causas de conjuntivitis agudas que no

sea la uretritis blenorragica inicial cuya existencia es siempre fácil de comprobar aunque se halle en período de latencia, guiados por los antecedentes. En efecto, en tres grupos podemos clasificar las causas capaces de producir una conjuntivitis aguda: 1.º Los agentes físicos. 2.º Los agentes químicos. 3.º Los agentes microbianos.

(Se concluirá)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,0; mínima, 701,8; temperatura máxima, 10º; id. mínima, -4º,3; vientos dominantes O., NO. ONO. NNE.

Siguen siendo frecuentes y numerosos los catarros superficiales de las vías respiratorias, principalmente en su forma traqueales y laringotraqueales. Las bronquitis y bronconeumonías se mantienen en la misma proporción que en las anteriores semanas. La viruela decrece, y en los padecimientos crónicos continúan observándose las agravaciones propias debidas á las inclemencias y vicisitudes atmosféricas.

Crónicas.

Sociedad Española de Física y Química.—Hace diez y seis años se fundó esta Sociedad cuya vida ha ido prosperando y engrandeciéndose cada año como lo han ido demostrando las Memorias que al final de cada curso se publicaban.

El espíritu de investigación científica en esta esfera, era casi nulo en nuestro país. Hoy al lado de las firmas de Casares, Moles, Cabrera, Ferrer y Carrasco, suenan nombres nuevos: Baltá, Pérez del Pulgar, Catalán, Pizarroso, Rius; y en colaboración á la labor de los nacionales, nombres tan conocidos como Fourné y Vulquin, Wagner, Ph. Gayo, Damianowich y otros profesores no menos ilustres.

El volumen formado por las Memorias y trabajos originales realizados este año, es uno de los mayores que la Sociedad ha publicado, y el número de los nombres nuevos que en él aparecen revela ya la existencia en nuestra juventud de una franca corriente de entusiasmo por las indagaciones científicas.

La salud en Carabanchel Bajo.—El gobernador civil de Madrid Sr. Romeo, siguiendo la loable conducta en los asuntos que con la Sanidad tienen relación, ha autorizado al alcalde de Carabanchel Bajo para invertir la cantidad de 5.000 pesetas en el servicio de pavimentación de algunas calles de aquel Ayuntamiento que por hallarse en un estado de abandono tal hacían temer se desarrollase en su consecuencia una verdadera epidemia, ya anunciada por algunos casos de enfermedades que eran indudablemente debidos á este estado de abandono.

Es de suponer que el alcalde del vecino pueblo, con esta ayuda que le presta el gobernador de la provincia, atenderá las justas quejas de aquel vecindario.

Notificación.—La Administración de Contribuciones ha notificado al Colegio de Médicos que el 31 de Enero remitirá á la *Gaceta* y *Boletín Oficial* la relación de los señores médicos que hayan obtenido patente del corriente año, y advierte que desde su publicación se procederá reglamentariamente contra los que ejerzan careciendo de aquélla y contra los señores farmacéuticos que despachen fórmulas que no contengan el número y clase de la patente correspondiente al año actual del profesor que la suscriba.

Hospital del Patronato de la Cruz Roja española.—Desde el momento de su inauguración ha constituido un verdadero éxito, tanto por el desvelo de las damas encarga-

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.), Mariana Pineda, 10. — MADRID

das de su vigilancia—de las que toman más activa parte Su Majestad la Reina y SS. AA. las Infantas doña Isabel, doña Luisa y duquesa de Talavera—como por los donativos que no dejan de recibirse continuamente y la labor practicada por los doctos facultativos encargados del servicio técnico.

Desde el 16 de Diciembre hasta la fecha han sido asistidos en el Hospital los siguientes enfermos:

Consulta.—Cirugía, 36 enfermos, 86 asistencias; Ginecología, 12 enfermos, 60 asistencias; estómago é intestinos, 10 enfermos, 40 asistencias; corazón y pecho, 16 enfermos, 48 asistencias.

Total, 74 enfermos y 234 asistencias.

Hospitalizados: 13 enfermos; operaciones practicadas, 12.

Continúan las consultas de estas especialidades á cargo de los reputados doctores que se expresan á continuación:

Cirugía, Dr. Noguera; lunes, miércoles y viernes, de nueve y media á diez y media.

Ginecología, Dr. Luque; martes, jueves y sábados, de seis á siete de la tarde.

Estómago é intestino, Dr. Serrada; lunes, miércoles y viernes, de nueve á diez.

Corazón y pecho, Dres. Luxán y Villa; martes, jueves y sábados, de diez á once.

Nariz, garganta y oídos, Dr. Olegario de la Cruz Repila; martes, jueves y sábados, de once á doce.

Ojos, Dr. Romero Plá; lunes, miércoles y viernes, de once á doce.

Pérdida sensible.—Tenemos el sentimiento de participar á nuestros lectores el fallecimiento de nuestro querido amigo y asiduo colaborador de EL SIGLO MEDICO D. Juan José del Junco, ocurrida en Jerez de la Frontera.

Era persona que por sus cualidades mereció la estimación de cuantos le trataban y por su extensa cultura fué designado delegado oficial de Jerez en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, en el que presentó importantes estudios.

Había sido premiado por la Sociedad Española de Higiene, y por su obra *Higiometría* fué nombrado socio de mérito de la Academia de Higiene de Cataluña.

Colaboró en varios periódicos políticos y profesionales y sus estudios sobre higiene hicieron que fuera nombrado subdelegado de Medicina é inspector municipal de Sanidad.

A su distinguida familia le enviamos la expresión sincera de nuestro pésame, y especialmente á su hijo el doctor Junco, médico de Sanidad de la Armada, que sabe lo mucho que en esta casa queríamos al finado.

La gripe en los Estados Unidos y en Cuba.—Pasajeros de los Estados Unidos y de Cuba llegados á Cádiz dicen que la epidemia gripal persiste en ambos países.

En Nueva York hay muchos hospitales dedicados á esta epidemia; reinan intensos fríos, caen grandes nevadas que agravan los caracteres de la dolencia y hacen subir las cifras de defunciones.

Sanidad municipal.—Dentro de breves días empezarán los inspectores de Salubridad del Ayuntamiento de Madrid á girar las correspondientes visitas sanitarias para expedientes sobre la llamada jornada mercantil, según la ley de 4 de Julio de 1918, los cuales están siendo remitidos á la Junta de Salubridad é Higiene por el Negociado de Reformas Sociales, con arreglo al reglamento correspondiente, é inserto en la *Gaceta* del 18 de Octubre del pasado año.

El Instituto de Sueroterapia.—Como avance de la Memoria anual que se publicará en breve, ha dado el Instituto Municipal de Sueroterapia los siguientes datos de la labor benéfica y científica realizada por dicho Instituto durante el pasado año.

Enfermos asistidos, 4.335, padeciendo toda clase de infecciones agudas de la infancia, predominando la difteria, garrotillo y enfermedades que producen trastornos del aparato respiratorio.

Se ha hospitalizado y alimentado gratuitamente en las enfermerías del Instituto á todos los enfermitos cuyo estado lo ha requerido, y aun á los que padeciendo trastornos leves han querido sus padres dejarlos hasta que se terminase el tratamiento.

Se han practicado 1.315 intervenciones quirúrgicas de diversa índole, administrándose para la curación de enfer-

medades, sueros, vacunas y tratamientos microbianos, fabricados todos por el Laboratorio Municipal.

Como labor científica, se han dado cursos especiales á diversos médicos, venidos de varias regiones á estudiar en el Instituto, se ha hecho seguir á las enfermeras del mismo lecciones teórico prácticas para conseguir su aptitud, y, por último, se han dado conferencias de divulgación científica por el personal facultativo médico auxiliar.

Reimpresión.—Siendo muy numerosos los pedidos que se nos hacen del agotado primer volumen del formulario universal que con el nombre de *Por las Clínicas de Europa* venimos publicando, y comprendiendo que los suscriptores que lo son con fecha posterior al principio de su publicación desean tenerle completo, hemos decidido, á pesar de los gastos que esto nos significa, proceder á la reimpresión de dicho primer tomo que estará dentro de breves días á disposición de los que deseen adquirirle.

La vacunación en Madrid.—El gobernador de Madrid ha sido visitado por el director del Laboratorio municipal de esta capital con motivo de informar á dicha autoridad del número de vacunaciones practicadas y servicios realizados en evitación de la viruela.

El Sr. Chicote dijo al Sr. Romeo, que el día anterior tuvo que pedir el auxilio de la guardia de seguridad para evitar la aglomeración de público en el Laboratorio. En esta dependencia han sido vacunadas 2.500 personas.

Esto es por lo que se refiere á la capital. En los demás pueblos de la provincia las noticias que se reciben dan cuenta del buen efecto que ha producido la disposición del gobernador, hasta el extremo de que en muchas localidades, por falta de locales apropiados para tal fin, surgen dificultades para realizar la vacunación con la prontitud que debía hacerse.

En evitación de estas dificultades de local, el gobernador ha dirigido atento oficio al ministro de la Gobernación, pidiendo se le consienta utilizar á éste fin las oficinas en que antes se realizaba el servicio de Correos.

Según los últimos cálculos han sido practicadas en la provincia, en éstos pocos días, unas 400.000 vacunaciones.

El tifus en Cartagena.—Hace algunos días se ha presentado en Cartagena una epidemia que desde los primeros momentos revestía todos los caracteres de ser el tifus exantemático. En efecto, las noticias oficiales que se han dado sobre este asunto confirman dicho temor.

Las últimas noticias recibidas; acusan en las últimas veinticuatro horas un número de invasiones bastante crecido á pesar de los esfuerzos de las autoridades sanitarias realizadas para evitar la propagación del mal.

El ministro de la Gobernación, requerido por las autoridades de aquella población, ha enviado un profesor del Instituto de Higiene de Alfonso XIII, para cooperar á la extinción de la enfermedad. También se ha remitido de Madrid una estufa de desinfección y los elementos más indicados que en su utilización puedan contribuir á la extinción total de la epidemia.

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



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus gástricas*, A. J. y S. ESCOPET, Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal 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

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

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.ª de la Cabeza, 1.

¿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.