

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA 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 |
| J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios. | A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina. | S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense. |
| L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa. | F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes. | A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias. |
| V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII. | J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. | P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas. |
| L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid. | B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz. | G. RODRIGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. |
| A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina. | T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. | JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General. |
| M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos. | F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular. | F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad |
| | | L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián). |

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Resumen de la digestión normal en el niño de pecho, por Enrique Suñer.—Tratamiento de la incontinencia esencial de orina en los niños, por F. González Aguilar.—Bibliografía, por Fidel Fernández Martínez y E. Luengo.—Rectificación, por Ramón Villegas.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Un médico que no se syndica, por el Dr. Pinilla.—Por qué me he sindicado, por el Dr. César Juarros.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Resumen de la digestión normal en el niño de pecho

POR

ENRIQUE SUÑER

Una serie de estudios cuya síntesis solamente pretendemos hacer, permiten tener hoy día un conocimiento mucho más perfecto que el de hace algunos lustros, acerca de los procesos bioquímicos de la digestión y de la nutrición en el niño de pecho. Tan grande es la importancia de estas investigaciones, que no es exagerado decir que ellas han desgajado del tronco de la Pediatría una nueva rama de inmenso porvenir, que es la «Medicina del niño de pecho».

La base de toda la fisiología de la digestión en el niño pequeño es la leche: influencia de los jugos, acciones motoras del estómago y del intestino, calidad de los productos elaborados, todos estos hechos giran alrededor de la ingestión en el aparato digestivo del niño en los primeros tiempos de su vida, de aquel alimento fundamental. Con relación á la ingestión de este producto se han hecho la mayor parte de los estudios acerca de la fisiología de la digestión en el niño pequeño, que tanto han contribuido á iluminar el camino nosológico y terapéutico de las enfermedades del aparato digestivo en estas edades.

De acuerdo con la exposición que de este problema

hace Lesage (1) dejaré sentados los antecedentes fundamentales que siguen.

Las glándulas digestivas no ejercen su función de un modo independiente, sino que existe una correlación funcional entre todas ellas; así, por ejemplo, la bilis ayuda á la acción del páncreas (Claudio Bernard). Esta misma conclusión ha sido obtenida por los trabajos de Pawlow y de otros fisiólogos, que se han servido del método de las fistulas para conseguir secreciones digestivas aisladas, con las cuales han logrado hacer interesantes investigaciones. Es así como se ha logrado averiguar que el jugo pancreático sólo es activo cuando se pone en contacto con las enterokinasas del tubo intestinal.

Los trabajos realizados por la escuela alemana, y especialmente por Moro, Bauer, Hamburger Meyer, etcétera, han logrado demostrar el activo papel que ejerce la alimentación homóloga en el organismo infantil. Por alimentos homólogos entendemos los que han sufrido una serie de transformaciones en el aparato digestivo que los asemejan á los tejidos del propio organismo. Estos alimentos, así transformados, se absorben con gran facilidad y son asimilados con la máxima capacidad por las células. Los alimentos homólogos por excelencia son las propias reservas del organismo, y á continuación aparecen como homólogos todos aque-

(1) *Maladies du Nourrisson.*

llos productos alimenticios procedentes de la misma especie animal, como la leche de mujer para el niño.

Es carácter de la alimentación homóloga el no provocar en la sangre la formación de anticuerpos (precipitinas, aglutininas, hemolisinas, etc.).

Enfrente del concepto de alimentación homóloga debe colocarse el de «heterólogo». Este es un alimento distante de la especie animal, de difícil transformación por los jugos digestivos y cuyos términos de última evolución en el proceso de la digestión quedan desde el punto de vista químico distantes de la condición de los principios que integran el protoplasma y los núcleos celulares.

Los principios inmediatos para ser asimilados necesitan transformarse. En esta transformación intervienen los jugos digestivos; pero también las células que los segregan. Este trabajo no se realiza con la misma facilidad frente al mismo cuerpo que se transforma por todos los organismos en igualdad de condiciones de edad, ni dentro de cada uno en todas las épocas de la vida. Existe, indiscutiblemente, un trabajo de adaptación, de entrenamiento, que es el que explica la susceptibilidad del niño para enfermar por su aparato digestivo durante los cuatro primeros años de su vida. Como pregunta acertadamente Lesage: ¿el arte de criar artificialmente al niño de pecho, no reside enteramente en el entrenamiento progresivo y metódico de las glándulas?

De estos hechos se desprende una ley que podemos llamar «natural», defendida por todos los modernos fisiólogos, casi sin excepción, y es esta: todo animal pequeño debe ser criado por la leche de su especie».

Estudiando Fiecher las transformaciones de las albúminas, desde las peptonas a las plasteinas de Danilewski (peptoides de Bayer, enteroproteidos de Botazzi), llega este eminente químico a deducir, que el trabajo de asimilación de las albúminas es tanto más sencillo cuanto más próxima está la que se ingiere a la de los tejidos, y de aquí saca la consecuencia, además, que la transformación de la leche de mujer, su absorción y asimilación definitiva por el niño es un verdadero juego para éste; todo lo contrario de lo que sucede con la lactancia artificial. Claro es, que un cierto número de niños presentan por condiciones congénitas mejores aptitudes para hacer satisfactoriamente el proceso de la transformación de la leche extraña.

El concepto de coloide es otro de los hechos fundamentales que deben tenerse en cuenta para el presente y para el porvenir en el problema de la digestión normal.

En el organismo, como dice Loeb, todo no es más que coloide, y en este sentido lo es la sangre, lo son las secreciones digestivas, y por último, los mismos elementos celulares.

Estos coloides pueden tener un signo positivo ó negativo. Se llama coloide negativo el que precipita la disolución coloidal de hidrato de hierro al 2 por 1.000 y deja intacta otra disolución también coloidal de sulfuro de arsénico. Coloide positivo es el que procede de un modo contrario.

Cuanto un alimento más se haya modificado y transformado en el aparato digestivo por la acción de los coloides que encierran las secreciones de las glándulas del mismo, más próximos estarán los productos derivados de aquella transformación a los coloides de las células que forman los tejidos, y por lo tanto más fácil será su absorción y asimilación. El alimento heterólogo es en este sentido un coloide más distante del histórico químico de la especie animal en que se introduce, que lo es el alimento homólogo.

Finalmente, en el estudio de la fisiología fundamental y doctrinal de la digestión, hay que dar un valor considerable al equilibrio osmótico del suero sanguíneo. Sabemos que dicho equilibrio depende de la concentración molecular del suero, y que ésta, á su vez, es influida por un factor predominante y esencial, que es el cloruro de sodio. Modificaciones en el equilibrio osmótico del suero influyen en el equilibrio osmótico de las secreciones digestivas, y á la inversa. La introducción de alimentos en el tubo digestivo modifica el equilibrio osmótico de los jugos por los factores salinos que á ellos aportan y la mezcla de ambos elementos (jugo y alimento) al absorberse vienen á influir sobre el equilibrio osmótico de la sangre. Este equilibrio osmótico normal es, según los estudios de Dreser, Koranyi y Winter, examinado desde el punto de vista crioscópico = 0°,50 á 0°,60.

Digestión salivar.—Las glándulas salivares tienen una secreción activa y otra que no lo es. La activa desde el punto de vista digestivo está representada por la secreción de la glándula parótida y de parte de la submaxilar; la inactiva es la secreción de las demás glándulas que sólo actúa, mecánicamente, como lubricante del alimento.

La saliva activa contiene una diastasa que se encuentra ya en la vida fetal, que es la ptialina, amilasa ó fermento amilolítico que transforma el almidón cocido en maltosa, después de haber pasado una fase anterior de dextrina. De esta manera la saliva actúa sobre las féculas hidratándolas primero y transformándolas después hasta llegar á la formación del azúcar en esta primera digestión.

Jugo gástrico.—Contiene este jugo varios fermentos. Según Combe (1), en el niño de pecho se encuentran: el lab, la pepsina, la erepsina y la lipasa gástrica.

El lab se encuentra hasta en el recién nacido (Hamburger, Leo, etc.). Coagula la leche lentamente, transformando la caseína en albúmina soluble y en paracaseína; esta última forma á su vez paracaseinatos de calcio insolubles, combinándose con las sales cálcicas.

Este proceso de coagulación hecho por el lab ó cuajo se verifica lentamente en pequeños copos, mucho más finos en la leche de mujer que en la de animales. Según las investigaciones realizadas por Gómez Ocaña, se deduce que el cuajo para actuar sobre la leche no necesita el concurso del ácido clorhídrico.

Como ha demostrado Tobler, la coagulación hecha

(1) Les maladies gastrointestinales aigues des Nourrissons.

por el lab parece que tiene por objeto dificultar el paso rápido de la leche á través del píloro, con lo cual se consigue que sobre ella actúe por más tiempo el jugo gástrico.

La *pepsina* necesita siempre el concurso del ácido clorhídrico. Mediante éste influye sobre la lactocaseína y lactalbúmina, convirtiéndolas por un mecanismo de hidrólisis en albumosas y en peptonas. Esta peptonización no se verifica de una vez, sino por fases (sintonina, proteosas y peptonas). La pepsina, según Combe, no consigue llevar la descomposición de la molécula albuminoidea hasta los ácidos animados.

La *erepsina*, fermento descubierto por Cohnheim, sólo se encuentra en la porción pilórica y es capaz de descomponer las peptonas en ácidos aminados.

La *lipasa gástrica* actuaría sobre el 25 por 100 de las grasas contenidas en la leche, descomponiéndola en ácidos grasos y en glicerina.

Para Gómez Ocaña existen objeciones serias en contra de la existencia de la lipasa gástrica. La más importante de todas es la que supone que este fermento llega al estómago por probable regurgitación del jugo pancreático que lo contiene. No obstante esta observación, parece, por los trabajos de Heinscheimer y de Fallowise, que existe dicha lipasa en el mismo jugo gástrico. Para nada se habla del fermento inversivo en el jugo gástrico del niño de pecho. Probablemente en esta edad la transformación de los hidrocarbonados queda encomendada á la acción de la amilasa salivar.

El ácido clorhídrico libre sólo se encuentra en el estómago del niño criado al pecho, porque solamente en éste no es absolutamente neutralizado por las albumosas, las peptonas y las sales. En el niño criado artificialmente nunca se presenta en estado libre, lo que se explica por la mayor proporción de caseína y de sales que tiene la leche de vaca comparada con la de mujer. Esta neutralización completa del ácido clorhídrico en los niños criados con biberón explica en parte la mayor propensión que tienen á las infecciones digestivas, puesto que el ácido clorhídrico ejerce una acción desinfectante positiva, y además excita la secreción pancreática, y, unido á la pepsina, favorece la digestión de la caseína.

La coagulación de leche en el estómago permite separar la parte líquida de la parte sólida, constituida esencialmente por la caseína y la grasa. La primera es eliminada rápidamente á través del píloro; la segunda queda en forma de *caseum*, como un coágulo sobre el cual se adapta la mucosa gástrica. Este coágulo es entonces atacado por la superficie por los diferentes fermentos del jugo gástrico, así como por el mismo ácido clorhídrico, siempre desde la periferia al centro, y se va transformando en gotas de albumosas y de peptonas, así como de grasas, que van lenta y sucesivamente siendo expulsadas de la cavidad gástrica á expensas de las contracciones del estómago. Durante este proceso se observa que las zonas internas del coágulo de leche conservan reacción alcalina por su íntima mezcla con

la saliva, que ejerce durante todo este período digestivo su poder sacarificante. Las capas externas, en contacto con el ácido clorhídrico, pierden su alcalinidad, y con ella la acción de la diastasa salivar.

Se ha podido averiguar que la rapidez del vaciamiento del estómago depende de la neutralización del ácido clorhídrico por las secreciones duodenales. En condiciones ordinarias el píloro se dilata dos ó tres veces por minuto y no se abre cada vez hasta que el ácido clorhídrico que pasó al duodeno con los productos de digestión estomacal, es neutralizado. Se comprende, pues, que la rapidez del vaciamiento del estómago está en primer término en relación con la acidez del quimo. Además influye la composición de los alimentos, puesto que está averiguado que la grasa con la caseína retardan las contracciones pilóricas, en tanto que los hidrocarbonados las aceleran.

Digestión intestinal.—La parte líquida de la leche, con el azúcar y las sales; las albumosas, las peptonas, la grasa neutra, los ácidos grasos, la glicerina, el almidón transformado por la diastasa salivar más ó menos completamente, todo ello reunido constituye el quimo, que penetra en el intestino delgado para ser objeto de ulteriores transformaciones digestivas (Combe.)

En el intestino delgado, el quimo es sometido á la influencia de tres jugos: el pancreático, el intestinal y el biliar.

El *jugo pancreático* tiene numerosos fermentos que intervienen de un modo activo en dicha transformación. Dichos fermentos son los siguientes:

1.º La *amilasa*, que convierte el almidón en un polisacárido: la maltosa. Este fermento tiene una acción análoga al de la saliva. Algunos autores como Krowin y Joweifd piensan que este fermento está ausente en el jugo pancreático de los recién nacidos, á lo que se debería, según ellos, la difícil digestión en estos niños de los feculentos cuando se hallan en exceso. Sin embargo, otros autores, como Combe y Lesage, no son de esta opinión, puesto que admiten su existencia en el jugo pancreático del recién nacido.

2.º La *maltasa*, que actúa sobre la maltosa transformando este disacárido en un monosacárido: la glucosa, único azúcar que puede reabsorberse por el intestino.

3.º La *tripsina* ó *pancreatina*, fermento proteolítico por excelencia, que actúa solamente en un medio alcalino y que por una acción hidratante más poderosa y extensa que la de la pepsina, actúa sobre la molécula albuminoidea transformándola en albumosa, peptona y ácidos aminados. Según Gómez Ocaña, la tripsina obra sobre la hemipeptona descomponiéndola en leucina, tirosina y otros productos.

4.º La *lipasa pancreática* ó *esteapsina* que actúa sobre las grasas desdoblándolas en ácidos y glicerina; más adelante estos ácidos en unión de los álcalis forman jabones que sirven para emulsionar las grasas.

La tripsina tiene una fase anterior inactiva: el tripsinógeno, que se transforma en tripsina por la influencia de la enterokinasa, segregada por el intestino.

La secreción del jugo pancreático, según se ha averiguado por el método de las fistulas, es intermitente

y adaptada á las necesidades digestivas. Se produce por una influencia refleja y es debida en su origen dicha acción á un hormón, la secretina, producto segregado por las células epiteliales del duodeno y yeyuno, por la acción del ácido clorhídrico particularmente. Esta influencia excitante de la secretina es anulada por la destrucción de dicho hormón, á expensas del jugo pancreático segregado.

En el jugo intestinal existen varios fermentos: 1.º, un grupo de diastasas sacarolíticas, entre las cuales se encuentran la *maltasa*, la *lactasa* y la *invertina*, que transforman los disacáridos *maltosa*, *lactosa* y *sacarosa* en glucosa (monosacárido); 2.º, la amilasa ó fermento amilolítico que obra como el de la saliva y el del jugo pancreático; 3.º, la erepsina ó fermento proteolítico, que descompone las albumosas y peptonas en ácidos aminados; 4.º, la enterokinasa, fermento activo por excelencia, que convierte el tripsinógeno en tripsina, después de haberse transformado ella misma por la concurrencia de las sales de calcio de prokinasa en entero-kinasa ó fermento activo.

La secreción biliar se activa por las grasas contenidas en el duodeno y ella interviene principalmente por las sales biliares que hacen más activa la lipasa pancreática disolviendo los ácidos y los jabones grasos.

El intestino grueso, en su parte superior, actúa principalmente para la reabsorción del agua y parte de los productos digestivos, así como para la eliminación general de las sales. Ambas funciones son desempeñadas por el ciego, el colon ascendente y el transversal.

La porción inferior del intestino grueso es puramente eliminatoria de las heces fecales, que se componen de los residuos alimenticios modificados por la intervención de los microbios intestinales.

El estudio de las heces fecales es de sumo interés clínico en el niño de pecho y á él se han dedicado libros especiales, como el de Hecht (1).

Según las investigaciones de Camerer, durante los primeros meses de la vida un niño alimentado al pecho elimina diariamente unos 15 gramos. Esta cantidad aumenta sucesivamente á 40 y hasta 50 gramos, en una proporción aproximada del 2 al 3 por 100 de la leche ingerida.

En el niño alimentado artificialmente esta cantidad es mayor y alcanza hasta el $7\frac{1}{2}$ por 100 de la leche que ha ingresado en su aparato digestivo; una prueba más de que la absorción y asimilación de la leche de mujer son más completas que con la leche de vaca.

El número de las deposiciones normales es de tres á cuatro en los primeros meses; de dos á tres al final del primer año, y de una á dos durante el segundo. Según mis observaciones, el número de las deposiciones en la región en que practico es algo menor.

Las deposiciones normales en los niños alimentados al pecho son muy homogéneas y de color amarillo de oro; este color se debe á la bilirrubina. Tienen poco ó ningún olor y una reacción ligeramente ácida, debida al ácido láctico.

(1) Die Faeces des Säuglings.

El niño sometido á lactancia artificial tiene deposiciones algo más abundantes, más espesas, que llegan á ser duras, provocando el estreñimiento, cuando la leche ha sido sometida á muy elevadas temperaturas. Poco ó ningún olor en condiciones normales y reacción neutra ó ligeramente alcalina.

La deposición normal no debe presentar grumos ni de caseína ni de grasa y al microscopio se debe ver exclusivamente granulaciones grasas y proteicas, restos de epitelio intestinal, cristales de ácidos grasos, pequeños grupos de sustancias jabonosas y microbios intestinales.

La caseína no debe encontrarse en la deposición del niño de pecho sano; tampoco los azúcares ni el almidón.

En cuanto á las bacterias intestinales, á partir del tercero ó cuarto día del nacimiento están constituidas por el bacilo bífido de Tissier, que actúa sobre los azúcares, formando ácido láctico y acético; el bacilo coli, el lactis aerógeno s, el acidofilus de Moro y el butiricus.

En el niño alimentado con el biberón se encuentran además de estas bacterias, otras, como el bacilo perfringens, el de la gangrena gaseosa y el putrificus (Bienstock).

Todas estas bacterias se pueden, desde el punto de vista fisiopatológico, dividir en dos grandes grupos: a) microbios sacarolíticos; b) m. proteolíticos.

Unos y otros se desarrollan según la mayor riqueza en productos hidrocarbonados ó proteicos del contenido intestinal.

De esta interesante circunstancia deduce Combe la siguiente conclusión, de gran transcendencia terapéutica, y es la siguiente: aumentando los hidrocarbonados en la alimentación del niño de pecho se disminuirán las putrefacciones producidas por las bacterias proteolíticas, y aumentando la caseína se limitarán las determinadas por los bacilos sacarolíticos.

En los estados patológicos producidos por un exceso de unos ú otros principios inmediatos será menester conocer cuál es de ellos el productor del estado dispeptico, antes de tomar una determinación terapéutica (este razonamiento es muy necesario tenerlo en cuenta en las prescripciones dietéticas y particularmente cuando se hace uso de la leche albuminosa).

Valladolid, 7 de Enero 1920.

Tratamiento de la incontinencia esencial de orina en los niños ⁽¹⁾

POR

F. GONZÁLEZ AGUILAR

Tratamiento especial.—Le hemos dividido en higiénico, médico y quirúrgico.

Refiérese el primero á la limpieza exquisita que debe procurarse en los órganos génito-uritarios externos. El exceso y perduración de secreción sebácea en el surco balano-prepucial del niño, las vulvitis y vulvovaginitis de las niñas, ó, simplemente, las irritaciones

(1) Véase el número anterior.

producidas por polvos fermentados (cosa muy frecuente, dada la costumbre de muchas madres de espolvorear con sustancias vegetales y muy exageradamente) ó por el uso de ropas fuertemente almidonadas (niños de clase baja) ó colocadas con gran tirantez (niños de clase acomodada), pueden producir y producen á menudo la incontinencia de orina por el mismo mecanismo que el fimosis, las adherencias clitoroidianas ó cualquiera otra anomalía anatómica.

Otro cuidado, que deberá tenerse con los enuréticos de la segunda infancia, es evitarles la vida de colegios, por lo que ella se presta á la adquisición del onanismo. Suele ser frecuente la incontinencia en los onanistas, y yo he podido observar dos casos en los que desapareció aquella con sólo establecer una vigilancia constante que hizo imposible la masturbación.

Entrando ya de lleno en el tratamiento médico de la enuresis, encontramos con los medios psíquicos, de los cuales se hacen lenguas muchos autores.

En dos ramas distintas (sugestión y educación) dividido yo la acción psíquica con que podemos influenciar en nuestros enfermitos incontinentes. Bien comprendemos la dificultad de estudiarlas por separado, puesto que de la misma savia se nutren y tienen, tal vez, igual fundamento de actuación; pero me induce á tal separación, el modo de aplicarlas y, más que nada, el convencimiento de la relativa inutilidad de una de ellas, precisamente la que más se preconiza como buena, la sugestión.

Puede ésta ser vigil, sómnica é hipnótica. De las tres merecen mirarse con seriedad la primera y la tercera; la segunda no es más que un residuo de los acrobatismos cerebrales á que nos quiso conducir Cullerre en época ya lejana y que se empeñan en modernizar algunos médicos actuales. Opinando así, no he ocuparme de ella.

La hipnosis, sí, merece tenerse en cuenta, porque no puede negarse que en algunos casos podrá dar resultado. Sin embargo, yo creo que deberá limitarse su uso á los enuréticos adultos ó, cuando más, á los adolescentes. Respecto á los niños no la he visto nunca obtener curaciones, ni siquiera mejorías; y, en cambio, tengo siempre presente el caso citado por Doutrebente referente á un niño de doce años, el cual, después de dos ó tres tentativas más ó menos afortunadas de hipnosis, sin conseguir la más insignificante ventaja para su incontinencia, fué presa de manifestaciones agudas de histerismo con grandes crisis convulsivas, terribles alucinaciones y pérdida de la vista.

Hay, además, otra razón para no encariñarse con el hipnotismo como tratamiento de la incontinencia esencial de orina. Es la siguiente: recordando que el campo de acción de la hipnosis es el histerismo, y sabiendo que en esta enfermedad es rarísima la incontinencia (por el contrario, hay retención habitualmente), hasta el punto de que dicho síntoma deberá siempre anotarse como dato muy digno de tenerse en cuenta cuando se trate de establecer un diagnóstico diferencial entre el histerismo y la epilepsia, se comprenderá que, sin negar la posibilidad de conveniencia en algunos casos,

la sugestión hipnótica tiene poca importancia en el tratamiento del síndrome que estudiamos, aun cuando quisiera Rayneau, hace veinte años, presentarla en el Congreso de neurólogos franceses como remedio heroico de la enuresis, y quisiera llevar su fantasía al extremo de relatar el caso de una niña de diez años que, aparte de curarse la incontinencia procedente de su época de lactancia, contaba, durante las tres sesiones de hipnotismo á que fué sometida, el mecanismo de cómo se producían sus involuntarias micciones.

En cuanto á la sugestión vigil, fuerza nos será pensar en la facilidad de confundirla con procedimientos educativos de la inteligencia y de la voluntad, sin que se sustituya ésta por la de segunda persona, cualidad indispensable para que exista sugestión.

No hay, pues, tal sugestión vigil cuando educamos ó tratamos de educar la micción para que sea voluntaria; existe la influencia de convicción cerebral; puede llegarse á la habitualidad periódica de determinados reflejos..., pero siempre nuestra tendencia se marca en prosecución de un mayor desarrollo de las facultades volitivas del niño, nunca de su anulación, ni de su rendimiento á otra voluntad dominadora.

Otros procedimientos suelen emplearse con los niños incontinentes y que pasan, sin serlo, como sugestivos en estado de vigilia. Me refiero á las amenazas. Llegan éstas, en ocasiones, á producir pánico, terror sin que en tales impresiones haya sugestión alguna. Concretando mi opinión, diré que la sugestión vigil corre parejas con la hipnótica en cuanto á su inutilidad, si bien no tiene los peligros que ésta, y cuando parece proporcionar algún efecto útil es porque en realidad no hay tal sugestión, sino educación.

De ésta sí pueden obtenerse buenos resultados siempre y cuando sea bien dirigida. Se me ocurre hacer una afirmación, que no diré yo sea axiomática, pero creo verdadera en la generalidad de los casos. Es ésta: *todo niño será tanto mejor y más fácilmente educado cuanto menos se percate de que educándole están.*

Dicho lo que antecede, holgar debiera gastar tiempo en proscribir cuanto se acostumbra hacer con niños incontinentes respecto á afearlos su anomalía, á publicarles su defecto, á amenazarles con correcciones aflictivas, y lo peor de todo, á cumplirles estas amenazas. Pero andan tan generalizados estos procedimientos, al descubierto unas veces, encubiertos otras con barniz científico de burda fisiología, que creo no debemos desperdiciar ocasión que se nos presente para cerrar contra ellos con tesón y energía. La barbarie de tales procedimientos anda de la mano con su inutilidad en los casos favorables; que en los adversos empeoran de modo extraordinario la afección, y en todos, sin excepción, exponen al niño que ya de por sí tiene una tara neurótica, le exponen, digo, á adquirir enfermedades nerviosas mucho más graves que la que estúpida y brutalmente se quiere tratar.

(Se continuará).

BIBLOGRAFIA

G. MARAÑÓN.—*La edad crítica (Estudio Biológico y Clínico)*. Madrid, Biblioteca selecta de autores contemporáneos, Sociedad española de publicaciones médicas, 1919.

Un libro nuevo, colocado sobre nuestra mesa de trabajo, presentando á nuestra plegadera, como virgen dispuesta al sacrificio, la floración de sus páginas, nos produce una intensa emoción, que como promesa de placer, ofrece un deleite á nuestro espíritu.

Y cuando algún tiempo después, el anhelo de poseer lo desconocido fué satisfecho, cuando la incógnita ha desaparecido, cuando el ¿qué habrá aquí de bueno? ha sido contestado, cuando la emoción que sentimos al romper las primeras páginas se ha desvanecido, la lectura del libro nuevo ó nos deja una amarga decepción, eco lastimero del tiempo perdido, ó como voz bruja de gesta nos empuja aprisa para llegar á la completa posesión de lo que comenzamos á conocer.

Hoy hemos recibido el libro del Dr. Marañón, cariñosamente dedicado á nuestra antigua y sólida amistad. El asunto es nuevo, ó al menos nunca había sido abordado en forma semejante; la prosa es tan castiza y elegante como todas las del autor; la autoridad que nimbaba su nombre en estas materias de la endocrinología no admite comparación entre los nuestros.

Y en la primera página del libro surge, en efecto, potente y vigorosa, la personalidad de nuestro amigo. La menopausia, al conjuro de su pluma, deja de ser un simple accidente de la vida genital de la mujer, para convertirse en un concepto mucho más comprensivo, en un vasto período de la vida de uno y otro sexo, cuyo núcleo es el ocaso genital, pero en cuyo desarrollo participan todas las actividades orgánicas. La menopausia deja su puesto á la *edad crítica*.

Los veintitrés capítulos del libro son igualmente interesantes, nuevos, distintos á lo por nosotros conocido.

El que se dedica á los síntomas del aparato digestivo, merece, como es natural, nuestra particular atención.

La hiperclorhidria climatérica, tan frecuentemente observada en la clínica, es, según Marañón, una de tantas manifestaciones del hipertiroidismo que con tanta frecuencia existe durante la crisis menopáusica. La dispepsia flatulenta, cuya aparición coincide frecuentemente con el desarrollo de fuertes acúmulos de grasa abdominal, es también muy frecuente en esta época, en la que muchas mujeres se quejan de digestión pesada, plenitud, meteorismo, eructos, etc. La bulimia se observa en mujeres que, normales hasta entonces en ese sentido, se entregan con desusado afán, y hasta con verdadera glotonería, á excesos de comida cuando se hacen menopáusicas. La afición á las bebidas alcohólicas suele coincidir con la cesación menstrual.

De 103 mujeres recordadas por Marañón, en 35 no había alteración de las funciones intestinales (33 por 100); en 20 la menopausia había producido estreñimiento (21 por 100); en 26, había estreñimiento anterior, que se acentuó con la menopausia (25 por 100), y en 19 había diarrea (18 por 100). Las diarreas climatéricas, siendo menos frecuentes que los estreñimientos, tienen mucha más importancia por su escasa obediencia á los tratamientos habituales. Se presenta, de ordinario, en los días en que debía aparecer el período, y gozan de cierta virtud vicariante, útil al organismo y conocida desde los tiempos de Hipócrates.

El estreñimiento de estas enfermas se debe, casi siempre, á una paresia intestinal de origen hiperadrenalinémico, y la diarrea es de índole vagotónica, por hipertiroidismo

climatérico. Cuando domina en la crisis climatérica el hipotiroidismo, en lugar del hipertiroidismo, habrá también tendencia al estreñimiento, mientras que la hiperadrenaline-mia, si es excesiva, puede cambiar su acción paralizante sobre el intestino, en una acción excitante, que favorecerá la diarrea.

Los cólicos hepáticos, tan frecuentes en esta época, son explicables por la hipercolesterinemia, y la enfermedad de Mickulicz, propia también de los mismos meses, obedece de una manera rápida y reiterada, perfectamente demostrada, á la medicación ovárica.

El Dr. Marañón, que al alcanzar la codiciada meta de la reputación profesional, y al llegar, en edad bien temprana, al sumo del crédito científico, no se adocena ni se metaliza, y prosigue con entusiasmo su historia de investigador, nos da, en las 500 páginas de su obra, una gallarda confirmación de su fecunda inteligencia y de su poderosa voluntad.

La emoción que sentimos al romper las hojas del libro, se ha trocado en realidad. El libro es bueno. Su autor, es sabio por el concepto, por el fondo; es artista, es literato por la exposición, por la forma. El que ha hecho este libro, es el que contempla impasible, sereno, la enfermedad y el dolor; el mismo que siente escalofríos de emoción al contemplar, conmigo, en Granada, una puesta de sol desde los Adarves de la Alhambra..

FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ.

ALFRED MOORE.—*Método sencillo para montar y conservar insectos, etc.* (A simple method of mounting and preserving insects; etc.) *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, núm. 22, vol. XXII, 15 Noviembre 1919.

La conservación de insectos en las cajas de colecciones por medio de los alfileres tiene muchos inconvenientes, sobre todo cuando es necesario examinarlos microscópicamente por la fragilidad de los animales ya secos, que se rompen con los menores choques durante las manipulaciones; además en los países muy calurosos se arrugan y en el tiempo húmedo se enmohecen á pesar del cierre más perfecto de la caja. Existen también algunos animales que son temibles enemigos de las colecciones de insectos por su acción devoradora.

El autor aconseja, para salvar todos estos inconvenientes, el empleo de una substancia que llama «Thymoplas» y que se prepara añadiendo á una libra de plasticina 1 $\frac{1}{2}$ dracmas de timol pulverizado (la dracma equivale á 3,5 gramos aproximadamente). Se procede del siguiente modo: Se coloca el insecto en la posición deseada en el centro de un porta-objetos de las dimensiones adecuadas. Una vez colocado se coge una cantidad de «Thymoplas» del volumen de un garbanzo y se aplasta uniformemente por medio de un trozo de vidrio ó cualquiera otra superficie plana; entonces se convierte la lámina de «Thymoplas» en un cilindro alargado por medio de movimientos de rotación sobre una superficie plana hasta dejarle de un diámetro algo mayor del grosor del insecto; con este cilindro se forma un anillo que encierre al ejemplar y luego se coloca otro porta-objetos igual al primero y que se corresponda exactamente con éste sobre el anillo de «Thymoplas», ejerciendo presión hasta que el cilindro quede aplastado y comprima también un poco al insecto para que de esa manera quede inmóvil. Finalmente se fijan ambos porta-objetos por medio de tiras de papel engomado. En casos de insectos pequeños puede emplearse un cubre-objetos en lugar del segundo porta-objetos. El insecto queda de este modo perfectamente aislado del exterior y puede con-

servarse inde finidamente, haciéndose muy fácil su examen microscópico.

E. LUENGO

RECTIFICACION

La terapéutica específica y sus enemigos paternales.

El Dr. Pulido que ha tenido la bondad de publicar en EL SIGLO MÉDICO un artículo mío con el título que encabeza estas líneas, ha creído necesario hacer tres rectificaciones que, á mi vez, juzgo necesario rectificar.

1.º Digo yo en el citado artículo:

Que me he enterado de una discusión habida entre el Dr. Pulido y el Dr. Navarro.

Rectifica el Dr. Pulido: «Nada he leído del Dr. Navarro que conmigo y mis escritos se relacione. ¿Dónde está esa discusión?»

Rectifico yo: En el periódico *La Medicina Ibero*, núm. 101, página X, y núm. 102, pág. XIX.

2.º Digo yo: «El Dr. Pulido sugestionado por las experiencias del Dr. Ferrán...»

Rectifica el Dr. Pulido: «Si la sugestión se funda en hechos conforme. En el ensayo de Ferrán busco miles y miles de hechos y solamente en ellos fundamento mis juicios».

Rectifico yo: Las experiencias no son nunca sino un conjunto de hechos provocados (véase Claudio Bernard), y por lo tanto queda admitido por el Dr. Pulido su sugestión ante las experiencias de Ferrán. La rectificación no era, pues, necesaria.

3.º Digo yo: Que al concretar su opinión sobre las tuberculinas, el Dr. Pulido afirma que este procedimiento sólo ha servido para enriquecer á unos cuantos especialistas y que todo el mundo ha supuesto que aludía al brillante y modesto médico Sr. Verdes Montenegro.

Rectifica el Dr. Pulido: «No ha pasado por mi mente el recuerdo del Dr. Verdes Montenegro cuando escribí sobre las tuberculinas para EL SIGLO. Procuro siempre que puedo huir de las personas y pensar en las ideas».

Rectifico yo: Los especialistas no son ideas sino personas, y al decir que algunos especialistas se habían enriquecido, ¿á qué ideas se refería el Sr. Pulido?

RAMÓN VILLEGAS

Periódicos médicos.

OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las supuraciones de la parótida, por el Dr. Ver-nieuwe.—Según Dieulafoy, las afecciones supuradas de las glándulas salivares son poco frecuentes y dentro de estos casos, la mayoría corresponden á la parótida.

La inflamación de esta glándula puede presentarse en gran número de casos, siendo los más importantes los siguientes:

1.º En el curso de enfermedades infecciosas como doti-enteria, pulmonía, debida á los microbios específicos ó á infecciones secundarias cuya frecuencia corresponde al orden siguiente: estafilococos, neumococos, estreptococos; estas inflamaciones sólo rara vez terminan por supuración.

2.º Parotiditis que dependen de infecciones del tubo digestivo. Penetra la infección á lo largo del conducto de Stenon. Las enfermedades que más á menudo la engendran son las infecciones bucales; estomatitis, gingivitis, dientes caria-

dos, pero también pueden ser causa de ella las gastritis, enteritis, colitis, apendicitis. Además conviene señalar como causa predisponente la falta de masticación y con ella de excitación de secreción salivar; ahora bien, lo que no se explica es porqué de todas las glándulas salivares es sólo la parótida la que queda predispuesta á la inflamación. El autor incluye también en este grupo las parotiditis postoperatorias, fundándose en la frecuencia con que después de las operaciones se presentan inflamaciones de diversos tramos del aparato digestivo, lo cual significa que la infección penetra también por el conducto de Stenon. Se ha creído que la anestesia operatoria paralizando las glándulas favorecería su inflamación, pero el mecanismo de acción de la citada anestesia parece ser otro, y es la saburra y estado infecto de la mucosa bucal. Rechaza totalmente la idea de que pueda tener parte en la producción de la parotiditis la presión que el anestesista ejerce con los dedos sobre la glándula al levantar la mandíbula. De esto se deduce que es preciso tener gran cuidado de limpiar la boca en todos los operados y muy especialmente en los que están de las vías digestivas y en los que padecen infecciones bucales. No es de extrañar la rareza de las parotiditis ascendentes, siendo así que la boca es constantemente un foco infeccioso, pues las mismas condiciones existen en el hígado y en el riñón con sus respectivas vías excretorias.

3.º Parotiditis relacionadas con otitis; puede suceder que la otitis provoque la parotiditis; que por el contrario, sea la parotiditis la que provoque la otitis ó que ambas afecciones sean independientes la una de la otra y procedan de una causa distinta de ellas. La primera de las posibilidades es sumamente rara; son frecuentísimas las otitis externas y medias, y sin embargo, pocas de ellas van acompañadas de parotiditis. La transmisión de la infección del conducto auditivo á la parótida se puede hacer directamente, dada la proximidad entre ambos, por vía linfática, pues en la parótida se encuentran los ganglios que reciben la circulación linfática del oído externo y del medio y aún queda un tercer mecanismo y es que la otitis dé lugar á una piohemia que á su vez engendra un foco metastásico en la parótida.

Más á menudo la parotiditis supurada engendra una otitis porque el pus de la primera se fragua salida á través del conducto auditivo externo, dando lugar á la otitis externa ó media. Por fin, cuando ambas inflamaciones coexisten independientemente la una de la otra, hay que suponer que la infección ha llegado á ambas partes á la vez por vía sanguínea ó linfática, ó bien que desde la boca penetraron los microbios á la vez en la trompa de Eustaquio y en el conducto de Stenon. Conviene advertir que los exámenes bacteriológicos del pus recogido de las parotiditis y del de las otitis coinciden en cuanto á la frecuencia con que se encuentran los diversos microbios; así en ambas son los más corrientes los estafilococos; después los neumococos, y por último los estreptococos.

4.º Parotiditis supurada por retención. Se presenta en los casos de cálculos salivares, que son muy raros, y en los de obstrucción del conducto de Stenon por cuerpos extraños, que son más raros todavía. El proceso tiene gran analogía con las litiasis hepática y úrica.

5.º Supuración de la parótida debida á traumatismos, ya de la glándula misma, ya de las proximidades. Sin embargo, no suele haber en este caso una verdadera parotiditis, sino más bien un flemón parotideo, porque el pus se encuentra en el tejido conjuntivo periglandular y en los ganglios de la región, principalmente en los primeros momentos de la supuración.

6.º Quedan aún causas diversas entre las cuales se en-

cuentran la actinomicosis, la fusión purulenta de los tumores parotídeos, accidentes químicos que también pueden causar parotiditis y por consiguiente supuración de esta glándula.

Insiste el autor sobre el hecho curioso de que sean las parótidas aquellas de las glándulas salivares que más fácilmente resultan atacadas. Hay cierta conexión entre las inflamaciones de los órganos sexuales y las de la parótida, pero esto sólo bastaría á justificar las últimas en un número muy restringido de casos. ¿Sufrirá la glándula parótida tal vez mayor influjo nervioso que las demás, pues es evidente que más ó menos todas las sufren? Es posible que sí; téngase en cuenta las fluxiones parotídeas que se presentan con la menstruación.

El autor se inclina á admitir un origen bucal para la mayoría de los casos de infección de las glándulas salivares, y como de todos los conductos excretores de éstas es el de Stenon el que con mayor facilidad se abre dando paso á los microbios, no es de extrañar que la parótida sufra infecciones más frecuentes que las otras glándulas y que el número de casos de esta inflamación vaya inmediatamente detrás del de las otitis que se engendran mediante la trompa de Eustaquio.

El tratamiento será, ante todo, profiláctico; hay que atender grandemente á la higiene de la boca en todos los casos de enfermedades infecciosas. Los dientes se lavarán cuidadosamente con cepillo, se practicarán colutorios á menudo con una solución alcalina de clorato potásico ó con agua oxigenada al 2 por 100. Como también predispone á la infección de las glándulas la sequedad de la boca, se dará de beber en abundancia á estos enfermos y hasta está justificado ponerles inyecciones de suero fisiológico con objeto de restablecer la humedad de los tejidos. Además se evitarán maniobras, tales como sonarse, hacer succiones fuertes, etc., que establecen condiciones análogas á las del experimento de Valsava. Una vez en período de estado de la parotiditis se aplicarán pomadas iodadas y se darán embrocaciones calientes con líquido de Burrow landanizado ó no. El cuello se tendrá todo lo quieto que sea posible y se alimentará al enfermo con leche para evitar que haga movimientos de masticación. En casos más avanzados, cuando la supuración amenace, se actuará de diversa manera, según los casos. La temperatura elevada, la tumefacción, enrojecimiento y sobre todo el edema de los tejidos periparotídeos indican que hay ó que está á punto de haber supuración. Entonces es la ocasión de examinar la desembocadura del conducto de Stenon y haciendo una suave compresión á lo largo de él observar si aparece pus. En caso afirmativo tenemos una parotiditis canalicular en la que suele dar buen resultado la maniobra sencilla de Morestin, que según él es además inocente y que consiste en hacer masaje sobre el conducto de Stenon. Los lóbulos generalmente supuran aisladamente uno de otro, pero hay que guardarse de ejercer el precitado masaje sobre la glándula misma, porque hallándose ésta inflamada como se halla, es doloroso, no se tolera y puede hacer que el pus se extienda é infecte otros lóbulos que estuvieren sanos. Las expresiones del conducto excretor son más útiles cuando éste se atasca de cuando en cuando como en los casos de cálculos parotídeos. Una vez operada la parotiditis supurada, son también convenientes las maniobras de expresión porque la estancación es cosa frecuente en este caso.

Si está infectado el tejido periglandular, si hay tendencia al flemón, es preciso intervenir sin tardanza porque nuestro enfermo se halla expuesto á la piohemia y por otra parte el pus atravesando la fascia parotídea fácilmente llega á ponerse en contacto con órganos importantes. Es extraña la

tendencia que ofrece el tejido parotídeo á la necrosis; aun cuando se haga una incisión en período temprano se ven ya eliminarse porciones necrosadas.

La incisión suele hacerse debajo de la oreja, dirigiéndose hacia abajo y adelante para ir á parar á la región submaxilar. Con esta incisión se salvan generalmente de la infección aquellos lóbulos que aún se encontraran sanos y especialmente el lóbulo preauricular, que cuando supura exige una incisión especial. A menudo se cuenta entre los síntomas de la parotiditis una paresia del facial que no tiene importancia pronóstica porque con tal de que el tratamiento vaya bien dirigido desaparece por completo. En cambio, cuando se tarde en practicar la incisión evacuatora se compromete la vida y la integridad del nervio facial. Por último, la tardanza en practicar la incisión de que nos ocupamos puede dar lugar á flebitis y á abscesos por congestión en las partes próximas que son todas de importancia considerable ó vital. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 15 de Noviembre de 1919.)

2. El síndrome de Gradenigo como complicación tardía de una mastoidectomía, por el Dr. Arthur E. Smit.— Se trata de un caso de parálisis del sexto par craneal consecutiva á una otitis media. El síndrome ó triada de síntomas de Gradenigo es el siguiente:

- 1.º Otitis media aguda (comprendiendo o no la mastoides).
- 2.º Parálisis aislada (total ó parcial) del nervio abductor del ojo (motor ocular externo) del lado correspondiente.
- 3.º Dolor intenso y muy persistente que no se localiza en la mastoides sino en las regiones frontal, parietal y occipital del mismo lado.

Como era de esperar, este síndrome se presenta de preferencia en aquellos casos de otitis media ó de mastoiditis en las que no se ha hecho el desagüe en tiempo oportuno, sino más tarde. En ciertos casos, no muchos, ha aparecido poco tiempo después de la trepanación de la mastoides y especialmente si se trataba de un hueso ebúrneo que había exigido golpeteo muy repetido. El caso que ha movido al autor á publicar este trabajo es el de una niña atacada de escarlatina, en la que al quinto ó sexto día de enfermedad se presentó dolor en ambos oídos, más pronunciado en el derecho; este dolor persistió cuatro días, al cabo de los cuales se presentó flujo purulento. La audición se encontraba profundamente alterada. El médico encargado de la asistencia de la enfermita diagnosticó una mastoiditis trece días después de la otitis. Por oposición de la familia no pudo practicar la intervención oportuna hasta treinta y cuatro días después de haberse presentado la otitis, cuando ya existía un gran absceso subperióstico y el pus había penetrado por la fosita digástrica, formando un absceso de Bezold típico. La mastoides presentaba el tipo neumático, y como no podía menos de suceder en un caso en que se había tardado tanto en intervenir, las celdillas óseas estaban muy complicadas en el proceso, especialmente las anteriores que se iniciaban en la apófisis zigomática. El autor reseco el vértice de la mastoides é hizo una contra abertura en la nuca, dando desagüe á gran cantidad de pus. La convalecencia fué lenta pero sin accidente. Ocho semanas después de la operación, de repente se presentó una parálisis del músculo recto externo del lado operado (el derecho). Había además algo de cefalalgia pero muy soportable. La herida de la mastoides ya había cicatrizado, y como no era prudente volverla á abrir se decidió el autor por el tratamiento expectante, resultando que á los once días había curado la enferma por completo. (*Minnesota Medicine*, Noviembre de 1919.)

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1 La profilaxia antituberculosa en los barcos.—El doctor Medardo Rivera, después de un detenido estudio sobre tan interesante tema, y exponer las dificultades que existen para la práctica de la higiene en los barcos, saca las siguientes conclusiones:

1.^a La profilaxia antituberculosa será tanto más eficaz cuanto más extendido esté su radio de acción.

2.^a En los barcos, como en los talleres y todos aquellos lugares en que ha de convivir un número determinado de individuos, requieren la práctica de medidas profilácticas especiales y adecuadas al género de vida que se desarrolla en los mismos.

3.^a Por la íntima convivencia que tienen que tener las tripulaciones de los barcos, son extremadamente peligrosos los tuberculosos de formas pulmonares abiertas.

4.^a El medio que creemos más factible para impedir el embarque de dichos tuberculosos, es la práctica del reconocimiento de todos los tripulantes en las Estaciones sanitarias. (*Medicina Ibero*, 15-11-919.)

2. Meningitis purulenta aguda exclusivamente raquídea.—El Dr. Garrahan, en la Asociación Médica Argentina, da cuenta de la siguiente observación, según dice por la rareza del caso y por la importancia práctica que pueda tener su conocimiento para la terapéutica.

Se trata de un niño de cuatro años de edad, que se enferma bruscamente, con fiebre alta y cefalalgia. Al quinto día de enfermedad ingresa en el hospital, sin cefalalgia, con fiebre alta, con *Kernig* acentuado, sin rigidez de nuca. Por punción lumbar se extrae pus espeso, en el cual se constatan (por examen directo y por cultivos) dos veces, meningococos con el tipo del Jaeger Heubner (Dr. Gourdy).

Aparecen en el niño abscesos múltiples, en el pus de uno de los cuales se constata el mismo germen, y fallece al día decimoquinto de enfermedad con ligera rigidez de nuca.

En la autopsia se encontró pioemia, leptomeningitis supurada dorsolumbar y paquimeningitis de todo el raquis.

El D. Garrahan hace proyectar una fotografía de la médula con sus meninges inflamados, y cortes macro y microscópicos que evidencian la ausencia de leptomeningitis cervical, y la existencia del proceso dorsolumbar.

Tiene interés especial la observación:

1.^o Por la rareza de las meningitis exclusivamente raquídeas, primitivas, no originadas en lesión ósea, por ejemplo.

2.^o Por la supuración peridural extendida.

3.^o Por la naturaleza del germen, meningococo de Jaeger-Heubner.

Sugiere el comunicante la posibilidad de tratar quirúrgicamente los casos en los que se pueda asegurar un diagnóstico de lesión exclusivamente raquídea. (*Semana Médica*, de Buenos Aires, 2 Octubre 919.)

3. Reumatismo poliarticular crónico, curado con inyecciones hipodérmicas de ácido salicílico.—El doctor Pedro L. Balña presenta a la Asociación Médica Argentina el siguiente interesante caso: enfermo de treinta y ocho años, con antecedentes de tifoidea a los once años y desde hace siete muy probablemente sífilis; tiene desde hace catorce años blenorragia crónica; actualmente hay gonococos en los filamentos mucopurulentos de la orina.

En Abril de 1918, con su blenorragia en supuración, se inicia una poliartitis aguda, febril, que llega a abarcar todas las articulaciones, grandes y pequeñas, de todas las extremidades.

Desde entonces recibe entre otros el siguiente tratamiento:

Doce baños termales en Cacheuta; 20 inyecciones de bicianuro de Hg, intramusculares, 27 ídem íd. endovenosas; 10 de aceite gris; 5 de novarsenobenzol; 7 de haptinógeno gono; 30 de núcleo proteína gonocócica; 7 de iodolipol con 5 de suero de caballo; 15 de azufre coloidal; uno de tuberculina. Además, dos meses de helioterapia; salicilato de sosa Clin; por boca, sellos, etc., etc.

Estuvo internado en los hospitales Ramos Mejía, Clínicas y Español.

Este tratamiento que duró diez y seis meses, dejó al enfermo en el siguiente estado: ambas rodillas y hombro derecho espontánea y permanentemente dolorosas. Caminaba y movía los brazos con dificultad, dormía muy mal, y teniendo que cambiar de posición á ratos; no puede volver á su ocupación. Decide ver al Dr. Balña, quien después de ensayar sin éxito inyecciones de azufre coloidal y una de tuberculina, practica el procedimiento de Sejournet. Dice el Dr. Balña, que este autor aconseja para el reumatismo y gota, inyecciones hipodérmicas de ácido salicílico diluido en agua al 1 por 1.000; se hacen inyecciones periarticulares, hipodérmicas, de 1 á 2 c. c., en una ó más articulaciones.

El enfermo, así tratado, mejoró considerablemente, notándose la disminución del dolor, después de un minuto de la inyección. Diez miligramos bastaron para la curación; pero por precaución se inyectó 12 miligramos más.

Hace veinte días el enfermo se considera absolutamente sano, sin vestigios de dolor; camina y sube escaleras, duerme normal; solamente hay limitación parcial en el movimiento de elevación de sus brazos, debido á la inmovilidad observada durante mucho tiempo. Aconseja el Dr. Balña la difusión del tratamiento, por el resultado obtenido, y de paso dice que lo está ensayando con éxito en otros procesos dolorosos de índole distinta.

En una neuritis por herpes zoster, muy dolorosa, el efecto analgésico fué muy superior al que se puede obtener con la morfina. En una ciática neurálgica curó con una inyección, pero fracasó en una ciática radicular. (*Semana Médica*, Octubre, 2-919.)

4. La disnea de los cardíacos.—El Dr. Leónidas Jorge Facio estudia este síntoma, y dice:

En los prolegómenos de las lesiones de orificio ó valvulares la disnea se presenta como un fenómeno provocado por cualquiera de las actividades que requiere la vida normal; es la acentuación ante el esfuerzo de un fenómeno de corta duración, y que el reposo corrige en corto período de tiempo. La prolongación de este período, su acentuación para mejor decir, caracteriza la faz inicial de la disnea en los cardíacos.

Ella es un fenómeno que se observa durante el esfuerzo provocado.

La defensa instintiva, ante ella, del enfermo, es entonces de gran eficacia. Evitarla en la manera que sea posible, es atenuar la marcha de los graves fenómenos futuros de la insuficiencia.

Las sensaciones subjetivas que despierta no están exentas de cierto período angustioso, que se continúa después de corregida la disnea por un estado de cansancio y abulia, capaz de modificarse por el reposo. Eliminando el factor esfuerzo, los actos de la vida normal no la producen, siempre que no se altere el ritmo natural de ejecución; cuando él se sobrepasa, se está en el dominio del esfuerzo.

Llega un momento en que la aceleración de los movimientos respiratorios se hace continua; no hay disnea propiamente dicha, pues ella se presenta sin ser mayormente

intensa, en todos los actos de la vida vegetativa que requieren esfuerzo. La alimentación y defecación, la conversación, el pensamiento mismo son ejemplos. La manera como estos actos se ejecuten marcarán sus distintas gradaciones. Fácil es darse una idea de su valor interpretativo, cuando se le observa durante la conversación, ó mejor aún, durante la lectura hecha en voz alta y continuada. El número de respiraciones por minuto se acelera en razón directa del esfuerzo.

Después de un período de reposo, que llega hasta media hora, todo entra en calma; los movimientos respiratorios acelerados marcan el estado habitual del enfermo y le imprimen una conducta particular frente á todos los actos capaces de modificar su ritmo respiratorio. Este período, por lo general, no dura mucho tiempo; las lesiones anatómicas, desde este momento, se aceleran, y las resistencias periféricas comienzan á establecerse de una manera definitiva. La aceleración de los movimientos respiratorios toma entonces los caracteres definitivos de la disnea, y esta disnea tiene por característica su continuidad. Fácil es imaginar la situación que ella destina en el enfermo, frente al esfuerzo. Llega, finalmente, una última etapa, la que la disnea continua es coronada por un otro fenómeno que indica su última modalidad, la disnea, de sueño. Esta marca las últimas etapas de la insuficiencia cardíaca; durante el sueño normal las funciones todas de la vida vegetativa disminuyen. En los primeros instantes de la vida ellas entran en plena actividad. Cuando existe la integridad fisiológica, es requerido el corazón por la función respiratoria. En la insuficiencia cardíaca, llegada á este grado, él no responde, y la disnea entonces se presenta como un síntoma de la más alta importancia, que puede pasar, después de un tiempo más ó menos largo, ó confinar en el síncope.

En estas distintas modalidades de la disnea, la edad es factor á tener en cuenta.

Cuando más grave es el sujeto, más intensa es la manera de reaccionar. Los niños en quienes la insuficiencia cardíaca es tan frecuente después del reumatismo, la disnea se presenta desde una época temprana; en los adultos, donde las reacciones son menos intensas, y mayor en cada sujeto la conciencia de su estado, tarda más en llegar á la forma continua; en los viejos es más largo el plazo. El está también favorecido por la naturaleza lenta de los procesos, que aseguran su larga evolución, y donde las adaptaciones se van haciendo paulatinamente.

El estudio de las modificaciones del ritmo respiratorio es el punto capital de las alteraciones funcionales á observar en los cardíacos. Su estímulo es el esfuerzo; su causa íntima, la interrupción de la respiración durante el momento del esfuerzo, ó del acto fisiológico. Ella marca el punto inicial de la grande etapa á desarrollarse, que se pasa sin mayor angustia en los primeros episodios; y llega á la angustia extrema cuando se presenta después, durante el sueño. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 10-9-1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

5. Importancia del tiempo respiratorio en la exploración manual del abdomen, por L. Pron.—A pesar de la boga de que gozan actualmente los procedimientos de laboratorio en el examen de los enfermos, la palpación y la percusión son y serán siempre medios irremplazables de exploración clínica, puesto que están al alcance de todos y no necesitan preparación alguna; además, en ciertos casos como en la nefroptosis ó en la hiperestesia visceral, sólo la pal-

pación será susceptible de aportar al médico los datos necesarios para el diagnóstico.

Pero frecuentemente sucede que, ya sea por la indocilidad del enfermo, ó por la conservación de una tonicidad parietal, normal ó paranormal, la palpación da pocos resultados.

Hacer respirar profunda y ampliamente al enfermo, es un medio banal y muy conocido, destinado á rebajar la pared abdominal y hacer la exploración á fondo.

La respiración fuerte produce otro resultado; *moviliza todos los órganos abdominales* que descienden notablemente durante la inspiración bajo la presión del diafragma.

Ya se trate del estómago, del hígado, del riñón ó del bazo, é incluso del colon transversal, todas las vísceras infra-diafragmáticas son movilizadas y descendidas, y con más intensidad cuanto mayor es su atonía ó sus medios de fijación están más relajados.

Sabemos que sobre este movimiento de descenso inspiratorio, está basado el procedimiento de Glenard para la palpación del bazo y del hígado y del riñón móvil. La mayor parte de los riñones móviles y de las deformidades del hígado no se podrían apreciar, si el paciente no hiciese grandes movimientos inspiratorios, y lo mismo sucede con el bazo, que en ciertos casos de hipertrofia con congestión ó esclerosis, sobrepasa sólo algunos centímetros el reborde costal, gracias al movimiento del diafragma.

Si un apreciable número de nefroptosis pasan desapercibidas, y si las estadísticas de clínicos imparciales acusan un tanto por ciento muy desigual, es porque muchos no levantan bastante fuertemente la región lumbar, y sobre todo porque no hacen escuchar al enfermo movimientos de inspiración bastante amplios.

En lo que concierne al estómago, la acción del diafragma se hace sentir desde dos puntos de vista diferentes.

El primero se refiere á la exploración del ruido de *chapoteo*. Tanto este ruido es fácil (y aun más que fácil en ciertos casos de debilidad parietal) de provocar cuando el estómago está dilatado ó completamente atónico, tanto más difícil es y más perseverancia se necesita para encontrarlo cuando después de una comida el estómago está solo medianamente distendido y conserva su situación normal; ó cuando en ayunas no está vacío, pero se encuentra oculto debajo de las falsas costillas.

Haciendo las pequeñas presiones intermitentes inmediatamente debajo del reborde costal, al final de la inspiración se obtendrá el ruido del *chapoteo* puesto que empujado por el diafragma, el estómago desciende haciéndose accesible á los dedos.

El segundo modo de utilización de la inspiración, se aplica á la *percusión*. Este modo de exploración da buenos resultados para delimitar el espacio de Traube; pero es muy aleatorio para la región inferior; la diferencia de sonoridad es á menudo poco distinta entre el estómago, el colon transversal y el intestino delgado. Se puede aumentar esta diferencia de sonoridad y hacer posible la delimitación de la parte inferior de la gran curvatura, percutiendo *muy débilmente* y con rapidez á distintas alturas, durante la inspiración (y no al fin, como para explorar el riñón móvil).

Durante este movimiento, el estómago no sólo desciende, sino que va hacia delante aplicándose contra la pared abdominal, pudiéndosele entonces percibir directamente en vez de hacerlo sobre la masa intestinal, interpuesta.—*J. Ferrero*.

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.

Año nuevo.

Bajo extraños auspicios comienza este año de 1920. Cuando todo permite creer que será un año de paz y de ventura por lo tanto; cuando cansados los hombres de luchar y destruirse, se asegura que la paz está establecida; cuando en los campos esterilizados por las devastaciones de la guerra pueden ya sembrarse los frutos de la esperanza y de la vida; cuando vueltos á sus hogares los que de ellos salieron para defenderlos de la posible invasión, parece que tienen el derecho de gozar tranquilamente los productos de su trabajo y el bienestar tranquilo de las familias; cuando todo esto parece que podía asegurarse, después de firmada la paz entre diferentes países desde Mayo á Octubre de 1919, es, sin embargo, lo cierto que la paz, la tranquilidad, el sosiego no se encuentran asegurados en parte alguna.

Los países que se han debilitado por la lucha perdiendo en ella su sangre y su dinero, no pueden recuperar por arte mágica lo que en cinco años de bárbara contienda perdieron, y los países que permanecieron extraños á la materialidad de la lucha, no se avienen hoy á sufrir las consecuencias que inevitablemente se les impone, y son á su vez teatro de luchas sociales é intestinas que amenazan durar por largo tiempo, y que seguramente los empobrecerán y los aniquilarán tanto como á los otros les aniquiló el material derramamiento de sangre.

Es tan difícil que los hombres se hagan cargo de lo inevitables que son los hechos y los fenómenos que derivan de las leyes históricas, que consideramos baldía toda predicación é inútil todo razonamiento. Lo que á diario acontece justifica nuestro escepticismo. Véase si no el espectáculo que nuestro Parlamento ofrece: abierto recientemente y con el propósito y la promesa de discutir y votar una ley económica que normalice la insostenible situación en que desde hace cinco años vivimos, lo primero que se hace es dejar á un lado el presupuesto y las leyes económicas ó dedicarles á lo sumo mermado y desdeñoso espacio en cada sesión, y en cambio de esto, dedicar horas y horas á interpelaciones sobre asuntos y cuestiones que todos nos sabemos

de memoria y que en fin de cuenta á lo que conducen es á demostrar al país la evidente decadencia de los hombres políticos de la generación actual, su escaso patriotismo y la torpeza que los inspira en la gestión de los negocios públicos. No somos nosotros los únicos que así pensamos: en los pasillos de las Cámaras, en los Círculos políticos ó no políticos en donde se habla con sinceridad y sin los formalismos convencionales que impone la prensa ó el Parlamento, en todas partes se oye la misma pregunta: «¿En dónde están los hombres, en dónde los espíritus animosos y desinteresados que pongan por delante de todo la idea de la Patria?».

¿Aparecerán en este año de 1920, cuyo nacimiento arrullan por una parte las protestas de rebelión, las instigaciones á la huelga, á la revolución y al motín, y por otra parte las apelaciones á la violencia, á la represión, al paro obligatorio, al hambre forzada? Muy optimista tendría que ser el que supusiera que en la pugna de tales intereses, que toman ya los caracteres del odio más que los de la apelación á las reivindicaciones de la justicia, podrá producirse un apaciguamiento próximo. El año que entra no nos ofrece, pues, grandes garantías para suponer que nos trae la tranquilidad; y si no trae tranquilidad, no trae progreso ni promete mejoramiento en nada ni para nadie.

¡Ojalá pensarán en esto los que capitanean é incitan las supuestas fracciones, y reconociendo que el interés colectivo es el mismo para todo, depusieran los egoísmos individuales, de grupo y de bandería, y se persuadieran de que no hay más que un camino para la obtención del bienestar y el adelanto humano en la tierra: «el trabajo»; y el trabajo exige quietud, seguridad, mutuo reconocimiento de los derechos de todos, justicia, equidad, olvido de la codicia y apagamiento del odio. Véase si tenemos razón al decir que los auspicios bajo los cuales comienza el año de 1920, son muy difíciles de interpretar y no muy tranquilizadores en la apariencia.

Reciban en este año como en los anteriores, nuestros compañeros, nuestros amigos, los favorecedores constantes y cada día más numerosos de EL SIGLO MÉDICO nuestra felicitación sincera, la expresión de nuestro deseo por su ventura y la promesa de que, dignos de la noble tradición que venimos sosteniendo, estaremos siempre á la devoción y al ser-

vicio de los altos intereses de la ciencia, de la profesión y de la humanidad.

DECIO CARBAN

Un médico que no se syndica.

La terapéutica del Sindicalismo.

Confieso que mis pocas simpatías por el sindicalismo puro y aplicado á la curación de las enfermedades de la clase médica, nace de mi educación «en liberal», es decir, de mis arraigadas creencias en que los males sociales han de obtener alivio mejorando á los individuos y respetando su soberanía dentro de las otras esferas en que se mueve como ser sociable.

¡Sindicalismo, sindicalismo! ¿No será ésta una palabra de la que se nos pida cuenta el día del juicio final, en que como decía Sotze se nos exigirá responsabilidad de haber empleado palabras ociosas?

El sindicalismo es ocioso entre médicos. Les une y confederará á los médicos quiéranlo ó no, un pan eucarístico que no es precisamente amonedado, que es doctrinal y está por encima de toda cotización del mercado de los intereses pecuniarios: les une un capital de ideas que poseen; son capitalistas de los tesoros de una ciencia y de un arte sublimes. Y el sindicalismo todo lo más es un método, jamás una doctrina. Es, dice Payol, la inercia metódica.

¿Por qué han pensado los médicos en este método de lucha para mejorar su situación aflictiva? Y esta situación aflictiva ¿á qué proviene?

En mi sentir se acoge este procedimiento por influjo del ambiente de rebeldía que se respira por todas partes. El ámbito moldea los espíritus como el vaso el líquido que contiene. «Pasaron los tiempos —escribía Ríos Rosas hace lustros— en que las muchedumbres creían en la omnipotencia del legislador, cuyas abstractas construcciones viven un día si no interpretan las necesidades de la vida.» Y ahora —me permito añadir— surge una nueva fe corporativa en que parece abdicar toda la energía individual.

Mas ¿de dónde viene —vuelvo á preguntarme— la situación doliente de la clase médica? Y me contesto: de la exuberancia de individuos diplomados, en actitud de servicio, aunque carezcan de aptitud para el servicio.

Pensad por un momento en que la cifra de médicos en España se redujese á la mitad, y no habría problema de sindicalismo. Sin embargo, habría unión de hombres y reunión de esfuerzos; habría, diciéndolo ó no, gremio ó sindicato, pero no habría sindicalismo médico. Y esto no es una tantología, ni una perogrullada, á menos que llamemos de ese modo á esta aplicación de una ley ó casi ley económica.

Para mantener una norma de precios en una mercancía dada, es corriente que los productores arrojen al mar ó destruyan un sobrante de producción ¿No podríamos también echar al mar un sobrante de títulos doctorales, ya que no es humano el recurso de exterminar á los portadores de los mismos?

No sólo es hacedero, sino que es fácil. Basta con un Real decreto, ó si es preciso, una ley limitando el número

de matriculados, y si esto pareciese opuesto á la libertad de las profesiones, una ley limitando el número de Facultades de Medicina. Fácil me sería demostrar con números y estadísticas lo que está ya en el ánimo de todos: que aumenta el número de abogados y de médicos á medida que se dotan á las Universidades de estas sendas carreras literarias. No soy muy viejo y he visto llegar á San Carlos, á la Facultad de Medicina de Madrid, los alcaldes de muchos Municipios en busca de jóvenes recién licenciados que quisieran ir á los pueblos; mientras veo ahora á muchos médicos buscar á los alcaldes para obtener una titular, misérrima.

Equiparar á los médicos con los ingenieros o con los oficiales del Ejército; convertir las Facultades al molde de las Academias de esas otras clases profesionales, es medio más seguro de proteger el bienestar que se demanda. Siempre fué la profilaxis más seguro recurso que el tratar los males en evolución activa...

Formemos una Liga á la inglesa para conseguir esa reforma en la legislación actualmente establecida. Para un fin concreto es más fácil también unirnos que sindicarse con heterogéneos elementos para una multiplicidad de fines. Esto aparte de que bastaría que acordasen esa iniciativa los Colegios existentes.

La sindicación médica no esgrimiendo la razón de la fuerza —contra la cual triunfará siempre la resistencia pasiva— sino la fuerza de la razón, es sustituible por la creación de un organismo nuevo que no tenga ni el nombre de otros que significan violencia y que se aspira á copiar. «Organismo, dice Wundt, significa relación exterior de partes, ser consocio de sí mismo, con unidad de voluntad y voluntad capaz de elegir.»

La sindicación proyectada no es eso, no logrará ser eso.

En la Edad Media fué la ciencia sierva de la teología. ¿Se quiere que en la edad futura sea esclava de la demagogia, se entregue á la dictadura del proletariado?

El castillo roquero medioeval servía muy bien para guarecer á los que estaban dentro, pero como dice Georges Renard, de quien es el símil, aprisionaba á los que defendía.

Por eso no quiero pertenecer á esa guarnición. Y prefiero los peligros de la libertad á la protección que brinda el disolverse en un alma colectiva.

Solidaridad, sí. Fraternidad, mejor. Libertad, siempre.

DR. PINILLA

POR QUE ME HE SINDICADO

Un voto en pro.

Pertenezco al Sindicato médico; di en el Ateneo de Madrid una conferencia en favor de los «Sindicatos profesionales», publiqué su resumen en *La Medicina Ibero*, cuatro ó cinco artículos más acerca de este tema en la prensa diaria, y sigo creyendo que hice bien haciendo todo esto por las XII razones siguientes:

I.—El sindicato profesional es una organización por entero dentro de las leyes, aceptada por las personas de orden—en España abundan los sindicatos católicos—é impuesta por el Estado á ciertas profesiones; siendo

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso. MADRID

aspiración de muchos técnicos en cuestiones sociales la sindicación obligatoria, como remedio al desorden y desorganización del trabajo.

Renunciar á la sindicación, equivale á colocarse en un plano de inferioridad respecto á las carreras y oficios que se sindicaron, pues constituye un medio *legal* de defensa de los intereses colectivos.

II.—Los sindicatos profesionales no representan ninguna novedad dentro de la cual se camine á ciegas. Hay suficiente literatura, técnica y experiencia acerca de ellos. Existieron en Roma y en la Edad Media, no siendo sino una forma, esporádica, de resistencia de los intereses gremiales. Véase «*Etude historique, juridique et économique sur les Syndicats professionnels*» por Hyacinthe Glotin. París, 1892.

III.—El sindicato médico representa un freno al exceso de individualismo que dificulta y artesana el ejercicio de la carrera. Los médicos españoles carecemos de espíritu colectivo y hemos de adquirirlo pronto si no queremos descender de nivel intelectual y social, corporativamente.

IV.—El sindicato médico supone el predominio de los más sobre los menos. Es un régimen de mayoría nacido como antídoto del de privilegio y nepotismo que cultivan los políticos.

V.—Aun siendo realmente deficiente el reglamento aprobado, no puede suponer motivo de apartamiento por hallarse ya en vías de reforma y ser susceptible de muchas más, de cuantas quieran introducirle los sindicados.

VI.—A pesar de existir los Colegios, el sindicato médico no tienen nada de superfluo. Los políticos, en el poder ó fuera de él, van evolucionando en el sentido de dejar de ser directores de la opinión del país, para adquirir la categoría de funcionarios servidores de las normas facilitadas por las distintas agrupaciones sociales. Privese á los Colegios de su carácter oficial, hágase realmente obligatoria la colegiación, y los sindicatos médicos habrán dejado de tener razón de ser. Los títulos nada significan; lo importante es el contenido.

VII.—En los actuales momentos de crisis social los médicos, como los españoles todos, tienen el deber de concretar sus puntos de vista y sus soluciones; pero no cada uno por su lado, sino en colectividad, tanto más cuanto que la calidad de biólogos les obliga á un asesoramiento especial.

VIII.—El que carezca el programa del «sindicato médico» de un plan preciso no puede justificar alejarse de él, pues el prejuicio de una línea de conducta, fijada de antemano, le haría sobradamente rígido é ineficaz para el bien de la clase.

IX.—El sindicato médico, como todos los sindicatos profesionales, como todas las disciplinas, monásticas, militares, estéticas, etc, lesiona los egoísmos individuales; pero no se olvide que las verdaderas redenciones rituales, espituvieron y tendrán siempre el aspecto de una esclavitud práctica.

X.—No hay por qué hacer caballo de batalla de la cooperación ó no cooperación con los obreros. Fué un error plantear prematuramente esta cuestión superflua; ya que un «Sindicato profesional», por el solo hecho de serlo, unas veces estará al lado y otras enfrente de los demás sindicatos, según determinen los que lo integren y sin que esta cuestión de táctica justifique un cisma.

XI.—Estando la labor de los «Sindicatos profesionales» totalmente al amparo de las leyes generales de la nación y no existiendo la menor concomitancia entre tales organizaciones y el Sindicalismo, pueden pertenecer á ellos los hombres de las más diversas ideas.

XII.—El «Sindicato profesional» es una institución encaminada á reglamentar la *concurrentia* y la *producción*. Véase «*Du rôle des Syndicats professionnels*», por A. Lafond. París, 1905.

Con estas XII razones justifico yo, ante mí mismo, mi pertenencia al sindicato médico.

DR. CÉSAR JUARROS

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

19

Resumen de la legislación extranjera sobre protección de aguas y defensa de las corrientes contra la polución por inmundicias y aguas residuarias.—Preceptos de significación ó transcendencia sanitaria en nuestra ley de Aguas.—Actuación necesaria del funcionario sanitario para lograr la protección de las fuentes públicas, corrientes y manantiales.—Procedimiento á seguir por los Ayuntamientos para la adquisición de fuentes, alumbramientos y manantiales de aguas potables: justificaciones necesarias en el expediente que se instruya.—Reglamentación de la concesión por el Estado de auxilios ó subvenciones para la ejecución de obras de abastecimiento.—Aguas minero-medicinales.—Requisitos necesarios para la concesión de la autorización de apertura y declaración de utilidad pública de establecimientos de aguas minero-medicinales.—Preceptos vigentes sobre protección de estas aguas.

20

Datos que deben recogerse por los inspectores provinciales para la confección de monografías sobre los abastecimientos de aguas.—Preceptos legales sobre la materia.—Disposiciones sobre saneamiento de las aguas.—Resumen de la legislación extranjera sobre destino y tratamiento de inmundicias y aguas residuarias.

21

Concepto legal de las adulteraciones y sofisticaciones de los alimentos.—Preceptos legales relacionados con la adulteración, falsificación y alteración de las sustancias alimenticias.—Condición que deben reunir los alimentos y los utensilios relacionados con la alimentación.—Preceptos sobre competencia técnica inspectora: reglas para la toma de muestras.—Preceptos sobre el decomiso de carnes: casos de decomiso total ó parcial.—Preceptos sobre prohibición pe-

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York.

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.º y 2.º grado, etc.

Laboratorio: J. Ferret y Robert, Sitges (BARCELONA).

riódica ó temporal de la venta de sustancias alimenticias: aspecto sanitario de estas medidas prohibitivas y competencia de las Juntas de Sanidad.—Investigaciones que deben llevarse á cabo por los inspectores de Sanidad en los casos de intoxicación ó infección de origen alimenticio: investigaciones relacionadas con las personas afectas y con los lugares de fabricación, preparación, almacenamiento y venta de las sustancias sospechosas.—Práctica á seguir en los casos en que la persona acusada no esté conforme con el dictamen del técnico ó del Laboratorio.—Correcciones administrativas y competencia de la jurisdicción ordinaria.

22

Resumen de la legislación extranjera sobre explanación y ensanche de ciudades, construcción de viviendas, viviendas para obreros, viviendas insalubres é inspección de viviendas.—Legislación nacional.—Legislación sobre higiene industrial.

23

Legislación española sobre policía mortuoria.—Nuestra legislación como resultante de orientaciones políticas y sanitarias y de la influencia religiosa: carácter concordante y casuístico de las disposiciones vigentes.—Normas relativas á las defunciones: disposiciones sobre declaración, certificación y comprobación de la defunción y licencia de enterramiento.—Permanencia de los cadáveres en las viviendas: limitaciones sanitarias.—Plazos de enterramiento y su limitación por circunstancias sanitarias.—Condiciones de los ataúdes.—Conducción de los cadáveres á los Cementerios: normas legales sanitarias.—Transporte de los cadáveres á otros términos municipales: condicionamiento sanitario.—Preceptos de higiene sanitaria sobre embalsamamiento y autopsias.—Preceptos sanitarios para exequias de cuerpo presente.

24

Inhumaciones en los cementerios.—Condiciones que deben reunir las fosas y nichos y las criptas, bóvedas subterráneas, panteones ó mausoleos.—Condiciones de los depósitos de cadáveres.—Intervención sanitaria en los proyectos de construcción, reparación y ampliación de cementerios.—Cementerios católicos y civiles: ley de 29 de Abril de 1855 y disposiciones posteriores concordantes.—Administración, cuidado y conservación de los cementerios.—Intervención de la autoridad eclesiástica en los cementerios católicos: reglamentación de los cementerios católicos, inhumaciones en ellos de cadáveres ó sus restos, construcción de panteones y posesión de llaves.—Inhumaciones fuera de cementerios. Excepciones legales.—Concesiones de Real orden: condiciones.—Inhumaciones de los cadáveres y de sus restos.—Disposiciones legales sobre autoridades competentes, prevenciones sanitarias, funcionarios sanitarios y casos en que deben intervenir.—Inhumaciones de restos fuera de los cementerios: disposiciones legales.

25

Preceptos legales sobre materia estadística y datos demográfico-sanitarios.—Datos que son de consignación obligada en los libros correspondientes de los Juzgados municipales con arreglo á la ley y Reglamentos del Registro civil. Datos de importancia sanitaria que deben remitir los Juzga-

dos á los Gobiernos ó á sus Inspecciones sanitarias los Alcaldes, Jefes provinciales de Estadística, Directores de Establecimientos benéficos y funcionarios sanitarios de la provincia.—Estadísticas que deben remitirse por las Inspecciones provinciales á la Inspección general de Sanidad.—Publicaciones estadísticas de la Inspección general.—Estadísticas que figuran en Boletín municipal de estadística demográfico-sanitaria.—Su importancia; medios de obtener su mejoramiento y ampliación.

26

Preceptos legales sobre vigilancia higiénica de los Establecimientos de enseñanza y sobre inspección médico-escolar. La inspección médico-escolar en la legislación y en la realidad.—Aspectos de sanidad escolar en que debe intervenir el inspector de Sanidad.—Admisión escolar.—Casos infecciosos.—Conocimiento de los casos de exclusión escolar por infecciosas ó parasitarias.—Cierre temporal de escuelas.—Legislación extranjera sobre vigilancia higiénica é inspección médico-escolar.—Reglamentación de la exclusión temporal de los escolares, plazos cuarentenarios y condiciones para el reingreso.

27

Organización y regulación de la higiene municipal.—Organización de la higiene y sanidad municipal en los países de mayor eficiencia higiénico-sanitaria.—Ventajas de los Reglamentos locales de higiene para autoridades, funcionarios y administradores.—Condiciones que deben reunir estos Reglamentos locales.—Condicionamiento de los Reglamentos locales por normas generales.—Adaptación de los Reglamentos locales á las condiciones físicas, económicas y morales de los municipios.—Aprobación de los Reglamentos locales de higiene.

28

Esquema general de un reglamento local de higiene.—El Reglamento general como contenido mínimo de los Reglamentos locales.—Posibilidad de incluir en éste preceptos higiénico-sanitarios de mayor rigorismo ó eficiencia que consten en las ordenanzas.—Reguladores de la higiene municipal; la posibilidad ó realidad económica, las normas higiénico-sanitarias indispensables á lo que debe hacerse y las aspiraciones ó estética higiénica.—Capítulos de que debe constar un Reglamento local.—Preceptos que pueden ser incluidos en un Reglamento local, en armonía con las normas sanitarias generales, en los capítulos correspondientes á suministro de agua y vigilancia de su pureza, evacuación de aguas y residuos y servicios de limpieza pública.

29

Disposiciones que deben incluirse en un Reglamento de higiene local en los capítulos correspondientes á: condiciones higiénicas de las viviendas; higiene de los edificios públicos y de los establecimientos industriales, comerciales y de uso público; policía sanitaria de las industrias insalubres y vigilancia contra adulteraciones, sofisticaciones y averías de sustancias alimenticias.—Competencia y autonomía de los Ayuntamientos para la organización de los servicios de inspección de subsistencias: necesidad de que los funcionarios inspectores resulten relacionados y sometidos á la Junta sanitaria. Reglamentación especial por los Ayuntamientos.

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 y muestras gratis. LABORATORIO PESQUI Prim 25. San Sebastián

tos, adaptándose á las normas generales, de los servicios sanitarios de mercados, mataderos y laboratorios.

30

Preceptos que pueden incluirse en el capítulo de profilaxis de las enfermedades infecciosas de un Reglamento de higiene local.—Modo de procurar el enlace de las organizaciones sanitarias municipales con el inspector local y la dirección técnica de éste.—Modo de lograr la mayor eficiencia en los servicios municipales de vacunación y desinfección.—Especificación en el Reglamento de higiene municipal de los deberes y las funciones de autoridades y Corporaciones y de los vecinos, en caso de epidemia.—Preceptos que pueden incluirse en un Reglamento local en el capítulo de policía mortuoria.—Reglamento especial de los cementerios por los Ayuntamientos.—Preceptos de policía sanitaria de espectáculos incluíbles en un Reglamento de higiene local.

31

Ejercicio de las profesiones sanitarias.—Requisitos legales para el ejercicio.—Ejercicio de varias profesiones sanitarias por los poseedores de varios títulos.—Intrusismo.—Jurisdicción competente para su corrección.—Preceptos legales.—Deberes sanitarios de los profesionales médicos y los practicantes y matronas.—Establecimientos é Institutos que deben ser dirigidos por médicos.—Dirección de los Establecimientos de aguas minerales.—Legislación sobre la materia, estado de transición actual.—Modo como podrán armonizarse los derechos del Estado, de los propietarios, de los profesionales y del público.—La Inspección sanitaria de los Establecimientos como privativa del Estado; la dirección de los mismos, de elección del propietario y la utilización de los recursos hidroterapéuticos, mediante prescripción por los profesionales libres.

(Concluirá.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,3; íd. mínima, 707,5; temperatura máxima, 10,9; íd. mínima, 0°,2; vientos dominantes, SO. N.

Han continuado durante la pasada semana presentándose en crecido número las infecciones intestinales febriles, algunas de carácter tifoideo marcado aunque no grave y las más de naturaleza colibacilar. Las inflamaciones de los órganos respiratorios siguen siendo de índole gripal en su mayoría y produciendo un aumento en la proporción de las defunciones.

En los niños se presentan casos de sarampión, bronquitis y anginas catarrales.

Crónicas.

ESPAÑA

Nuevo consejero.—Por Real orden de 9 de Enero ha sido nombrado consejero de Instrucción pública, nuestro distinguido compañero D. Florencio Porpeta, catedrático de la Facultad de Medicina.

La Asociación gaditana de Caridad.—Es digna de todo elogio la labor que viene realizando en la capital andaluza esta asociación.

Con motivo de la entrada en el nuevo año, ha inaugurado un nuevo local destinado a escuelas.

En los comedores que sostiene esta institución, se sirven diariamente 600 comidas para obreros.

En el orden de la beneficencia es una entidad importante, y por consiguiente, digna de todo elogio la conducta del pueblo de Cádiz, que sostiene la benéfica institución.

La higiene y la infancia en Pamplona.—En los primeros días del presente mes han celebrado una reunión en Pamplona el alcalde de aquella capital, el director municipal de higiene y el regente de las escuelas públicas, en la que trataron de la deficiencia con que se prestaban los servicios de higiene, principalmente en su relación con la infancia.

Determinaron que los niños de las escuelas recibirán cura dentaria gratuita y dar conferencias dedicadas á las madres, en las que se haga comprender el importante papel que la higiene desempeña en la crianza de los niños.

Un hospital nuevo en Sevilla.—El día 12 de los corrientes se celebró en la Facultad de Medicina de Sevilla una reunión á la que fueron convocados el Rector de aquella Universidad y el decano de la Facultad de Medicina, que, secundados por importantes elementos de aquella capital, se proponen la fundación de un hospital que reúna las condiciones de higiene y que estará dotado de los aparatos más modernos.

Muerte de un catedrático.—La prensa diaria da cuenta del fallecimiento en Valladolid del catedrático de la Facultad de Medicina de aquella Universidad, D. Victor Santos.

Colegio de médicos de Vizcaya.—Se previene á todos los médicos del país vasconavarro y á los del resto de España, que no deberán solicitar la plaza de titular del pueblo de Berriatua sin consultar antes con esta Junta de gobierno (Epalza, 2) por haberse producido la vacante como repesalia de la elevación justa y moderada de las iguales convenida por los colegiados del distrito de Marquina y aprobada por la Junta de gobierno del Colegio.

Contra el acuerdo del Ayuntamiento de Berriatua que constituye una infracción de todas las disposiciones legales y se halla en pugna con el reglamento de facultativos titulares de Vizcaya, ha sido entablado el oportuno recurso de alzada que no puede menos de prosperar.

Pensiones concedidas.—De 1.100 pesetas á doña Magdalena Rullan, viuda de D. Pedro Real, farmacéutico titular de Baleares.

De ídem á doña Ana Dolores Rodríguez, viuda del médico D. José Ibáñez, de Almería.

De ídem á doña Cecilia Coll, viuda del médico D. José Pujó, titular de Ullastrell (Barcelona).

De ídem á doña Teresa García, viuda del médico D. Antonio Asensio, de Murcia.

De ídem á doña Josefa Tenreiro, viuda de D. Leoncio Rosado, médico de Coruña.

De ídem á doña Dolores Balmas, viuda de D. José Herrera, médico de Almería.

De ídem á doña Juana Paz Lesta, viuda del médico de Coruña D. Juan Rodríguez.

De 800 pesetas á D. Enrique Lacampa, como jubilación remuneratoria de subdelegado de Veterinaria de Zaragoza.

De 1.100 ídem á doña María de los Remedios Lacalle, viuda del médico D. Heliodoro García, de Logroño.

De ídem á doña Feliciano Pérez, viuda de D. Saturio Navarro, médico de Soria.

De ídem á doña Agustina Carrasco, viuda del médico D. Tomás Delgado Merino, de Badajoz.

Nacimientos y defunciones en Madrid, durante el año 1919.—La Secretaría general del Ayuntamiento ha remitido á la prensa el avance al resumen anual del Boletín de estadística demográfica correspondiente al año 1919.

El número de nacimientos se eleva á 16.309, y el de defunciones, á 18.147.

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

La proporción por mil en los nacimientos es de 25,52, y en las defunciones, de 28,39.

De los 2.693 nacimientos registrados en el distrito de la Inclusa corresponden al establecimiento de su nombre y Casa de Maternidad 1.071, y de las 2.217 defunciones, 423.

La diferencia en menos con relación a la mortalidad del año 1918 ha sido en 1919 de 827 defunciones. El término medio diario es de 49,72.

Ocurrieron 197 defunciones por fiebre tifoidea; 976, por gripe; 90, por viruela; 1.899, por tuberculosis pulmonar, y 2.018, por otras enfermedades del aparato respiratorio.

Termina la estadística con la siguiente nota:

La mortalidad, notablemente aumentada en los meses de Enero y Diciembre, debido a la gripe y a la bronconeumonía, fué menor en los restantes meses a la del año anterior, por lo que resulta disminuida la totalidad, comparada con la de 1918.

El Colegio de médicos de Pamplona.—El Colegio oficial de médicos ha celebrado en los últimos días del pasado Diciembre una asamblea general, reuniéndose setenta colegiados bajo la presidencia de D. Claudio Armentáriz.

Se tomaron los siguientes acuerdos:

Modificar el reglamento en el sentido de autorizar a la Junta de gobierno para que no contrate servicios profesionales con ninguna Corporación ni Sociedad; crear fondos de previsión para pagar doce pesetas diarias a todos los médicos desposeídos de su cargo injustamente u obligados a abandonar el partido; contribuir a este fin todos los asociados con 100 pesetas.

Se adoptaron, además, otros acuerdos, conducentes a lograr que los Ayuntamientos remuneren en la cuantía necesaria a los médicos titulares.

El Colegio médico de León.—A los seis meses de haberse disuelto el Colegio médico provincial, ha vuelto de nuevo a constituirse, nombrándose para los cargos que se indican a las siguientes personas:

Presidente, D. Félix Salgado Benavides; vicepresidente, D. Francisco Acevedo Fernández; tesorero, D. Pascual García Moliner; contador, D. Agustín de Félix Legri, y D. José Eguigaray y Pallarés, vocal.

Consultas públicas.—En el Dispensario de Urgencia del distrito del Centro (Plaza Mayor, 18), han sido prestados durante el mes de Diciembre los siguientes servicios:

Visitas de urgencia a domicilio, 290; casos de urgencia en el Dispensario, 1.218; casos judiciales, 61; asistencia a partos, 16; y en las consultas públicas gratuitas de medicina general, 409; medicina infantil, 431; cirugía infantil y ortopédica, 174; cirugía general, 169; boca y dientes, 418; pulmón y corazón, 620; estómago, intestinos e hígado, 161; vías urinarias, 404; ojos, 825; matriz y embarazo, 220; garganta, nariz y oídos, 930; piel, venéreas y sifilíticas, 603; sistema nervioso, 155; huesos y articulaciones, 122; vacunación y revacunación, 65. Total de asistencias prestadas, 2.337.

—En el Real Dispensario antituberculoso «Victoria Eugenia» (Tutor, 36), han sido prestadas durante el pasado año 16.238 asistencias, admitiendo a 1.303 enfermos de nuevo ingreso y rechazando 4.935 (6.601 varones y 9.637 hembras).

Se aplicaron 11.356 inyecciones hipodérmicas de tuberculinas, tónicos iodoirradiados, cuerpos inmunizantes de Spengler, sueros, etc., etc.

Se hicieron tratamientos por radioterapia e investigaciones con rayos X a varios enfermos, suministrándose 76 cursos de escayola y desinfectándose 358 prendas por medio de los vapores de formaldehído, habiéndose organizado en el verano dos expediciones de niños pretuberculosos a los Sanatorios marítimos de Pedrosa (Santander) y Oza (Coruña), sufragándose los gastos de la Fiesta de la Flor.

Por la bondadosa señora presidenta del Ropero de Santa Rita de Casia, doña Consuelo Avalos de Espina, se ha socorrido a 129 tuberculosos con 698 prendas, calzado, muletas y camas completas, haciendo la visita domiciliaria para comprobar la verdadera necesidad.

Se han pagado los medicamentos a los enfermos más necesitados y han sido distribuidos donativos en metálico por el señor director y señores profesores del Dispensario.

—En la Consulta y Clínica de enfermedades de la matriz y del embarazo, instalada en la Casa de Socorro de la Inclusa, Encomienda, 21, a cargo del Dr. Lizcano, se han prestado durante el año 1919 los servicios siguientes:

Enfermas de la matriz asistidas, 2.100; ídem embarazadas, 200; operaciones, 262; número total de asistencias, 6.760

La consulta tiene lugar todos los días no festivos, de diez a doce, reservándose los miércoles para el tratamiento contra el aborto y parto prematuro.

FRANCIA

Estadística municipal de la ciudad de París.—Durante la semana 49.^a de 1919 se han registrado 770 defunciones en lugar de 808 en la semana anterior (promedio de la estación 915).

La escarlatina ha causado 3 fallecimientos (promedio 1) y se han señalado 155 casos nuevos (promedio 69).

Se atribuyen a la gripe 5 muertes; por meningitis cerebro espinal epidémica, 2 fallecimientos, y señalados 3 casos nuevos.

En la semana 50.^a se han registrado 762 defunciones. Por escarlatina, 2; por difteria, 2; por gripe, 6; por meningitis cerebro espinal epidémica, 1; casos nuevos registrados, 2.

AUSTRIA

Anciano ilustre.—El renombrado otólogo profesor Politzer, de Viena, acaba de celebrar, hallándose en perfecto estado de salud, el sexagésimo aniversario de su doctorado. Reciba nuestra modesta felicitación.

ALEMANIA

Prudente medida.—Los Gobiernos de Baviera y Sajonia han prohibido las representaciones públicas de hipnotismo cuyos funestos efectos son bien conocidos.

Congreso en proyecto.—La Sociedad de Medicina interna de Alemania ha resuelto celebrar su trigésimo segundo Congreso en la primavera de 1920, sin que todavía haya designado la población donde tendrá lugar. Será el principal tema de las discusiones la terapéutica inmunizadora y la quimioterapia en las infecciones. El discurso inaugural está a cargo del profesor Schittenhelm, de Kiel.

—El famoso profesor Rubner, decano de la Facultad de Medicina de Berlín, ha sido nombrado secretario perpetuo de la Academia de Ciencias de aquella capital.

—En la vacante ocasionada por la muerte del profesor Fischer, se cree que será nombrado el profesor Willstatter, de Munich, que obtuvo el año 15 el premio Nobel.

—Ha fallecido el profesor Baginsky, célebre laringólogo de Berlín, hermano del recientemente fallecido pediatra del mismo nombre.

Al presente número acompaña una circular informativa, cuya lectura recomendamos, sobre Oposiciones al Cuerpo de Contabilidad del Estado.

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. ESCOFET, 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.