

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 FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA	A. GARCÍA TAPIA	J. MADINAVEITIA
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL	F. GONZÁLEZ AGUILAR	G. MARAÑON
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	Director-Médico del Instituto Cervantes.	Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
V. CORTEZO	J. GOYANES	A. MEDINA
Profesor del Instituto Alfonso XIII.	Cirujano del Hospital General de Madrid.	Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY	B. HERNÁNDEZ BRIZ	B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico del Hospital General de Madrid.	Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	Profesor de Radiología del Hospital Militar.
A. FERNÁNDEZ	T. HERNANDO	J. ORTIZ DE LA TORRE
Alumno de Medicina.	Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
M. GAYARRE	F. LOPEZ PRIETO	S. PASCUAL Y RÍOS
Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	Ex-Médico-Titular.	Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
		A. PULIDO MARTÍN
		Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		P. DEL RÍO HORTEGA
		Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
		G. RODRÍGUEZ LAFORA
		Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		JOSÉ SANCHIS BANÚS
		Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
		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: Profilaxia personal de las enfermedades venéreas, por los Dr. E. Mañueco Villapadierna.—Apuntes clínicos sobre sífilis y tuberculosis, por los Dres. E. Mariño y J. C. Mussio Fournier.—Informe de autopsia, por Manuel Bermejillo.—Dos casos de insuficiencia suprarrenal grave durante la gripe, por M. Clemente.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—De re sanitaria, por J. Pascual.—Asamblea de titulares, por Francisco López Prieto.—Documento parlamentario.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

PROFILAXIA PERSONAL DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS

POR EL DOCTOR

E. MAÑUECO VILLAPADIERNA

Del Hospital de San Juan de Dios.

Con motivo de la última guerra europea, las enfermedades venéreas han tenido en los países beligerantes un aumento extraordinario. Todos los Estados se preocupan de este pavoroso problema, y al ir desapareciendo los últimos chispazos de la catástrofe, vuelven los ojos los hombres de Estado á este problema, siempre de actualidad, que depaupera la raza y empobrece los pueblos. También nosotros comenzamos á prestarle la debida atención. Un ministro de gran cultura, D. Amalio Gimeno, conocedor de la importancia del asunto y secundado eficazmente por el Inspector general de Sanidad, creó por Real decreto de 25 de Febrero del actual, la *Liga contra las enfermedades venéreas*. Esta Liga que existe en la mayor parte de los países europeos ha contribuido grandemente en ellos á la disminución de las enfermedades venéreas. Entre nosotros es de esperar que conduzca al mismo resultado, estando constituida como está por personal competente y entusiasta. Ahora se encuentra en período constituyente, y si se prescinde de la lucha, muy común entre nosotros, por puestos oficiales remunerados, y se trabaja de un modo altruista y desinteresado, por la consecución del alto

fin social que se persigue, llegaremos muy lejos en la represión de las enfermedades venéreas y haremos una obra útil y provechosa.

En esta lucha concurren diversos factores que en modo alguno se excluyen unos á otros; al contrario, se complementan, puesto que todos contribuyen al mismo fin: Los problemas de la pedagogía moderna bien dirigidos. La educación sexual de la que me he ocupado en la Sociedad de Higiene. La creación de policlínicas para la curación de estos enfermos. La repartición profusa de avisos sanitarios como yo lo hago en el hospital. El inculcar en los enfermos la necesidad de tratarse estas afecciones. La institución del delito sanitario. El levantamiento de la moral. La institución de conferencias populares ó mítins sanitarios como con gran aplauso de todos lleva á cabo el ilustre Cortezo. El mejoramiento del estado económico. El favorecer los casamientos precoces. La abstención sexual y la protección de la mujer en todas las esferas de la vida, en la jurídica, en la moral y en la económica, como medio de disminuir la prostitución, son todos factores que pueden contribuir grandemente á la represión de las enfermedades venéreas. De ellos se ha de ocupar extensamente la nueva Liga creada con este fin; por eso yo no hago más que enumerarlos.

Pero además de esto, existe la profilaxia personal de las enfermedades venéreas, que es de la que me quiero ocupar hoy.

Se siente de un modo tan intenso el instinto sexual, que por mucho que se predique la abstinencia, y por mucho que progresen las instituciones sociales de represión, siempre constituirán un peligro las relaciones sexuales extramatrimoniales. Por eso el capítulo de la profilaxia personal es un capítulo que no podremos nunca prescindir de él, y ya que éstas constituyen un mal, disminuir todo lo posible las consecuencias de este mal. Si las enfermedades venéreas constituyen un castigo para la humanidad, por practicar actos penados por la moral, es lo cierto que este castigo no contiene lo bastante á las dos mitades del género humano, y los actos que originan estas enfermedades, como consecuencia de la laxitud cada vez mayor de los lazos familiares, se practican cada vez con mayor frecuencia.

Como dice un maestro mío muy querido en su prólogo de las *Cartas á Emilio*. Hay sed que no se apaga si no se satisface, apetito que no se amengua si no se devora el lujurioso manjar; hay hervor de la sangre que no se calma sino con fuego; latidos impetuosos que difícilmente encuentran freno en la humana fuerza. Si el mal es, pues, preciso, hágase sin que deje por huella tristes recuerdos; si hay que caer, cáigase sobre flores que no encierran espinas; si el abismo es inevitable, en vez de precipitarse búsquese el medio de subir sin trabajo al buscar también el de bajar dulcemente.

La sífilis es una enfermedad terrible, que ataca solapadamente y que se infiltra cobarde y silenciosa en medio de la debilidad del placer. Cuando todo parece sonreír, las ilusiones de la vida, los ojos de la mujer, el amor que tiembla en sus labios... la asquerosa bestia se desliza sin sentir, se apodera del hombre, le engaña con el fingido sueño de su incubación y estalla de repente, invadiéndolo todo, royendo, torturando, manchando la piel, destruyendo los huesos, abriendo ancho surco á la muerte en las empobrecidas entrañas de un cuerpo que languidece y se acaba. Todo le sirve de camino, á todas partes alcanza. El virus se esconde en el rojo carmín de una boca seca por la pasión, lo mismo que en el altar privilegiado de la Cytherea. Por todos los sitios está pronto al asalto. ¿Comprendéis por esto la importancia y la necesidad de la profilaxia personal?

Mientras no se llegue al tratamiento forzoso de las enfermedades venéreas; mientras no haya una ley que obligue á la denuncia obligatoria de estas enfermedades téngalas quien las tenga; y mientras el conocimiento de ellas y de sus peligros en la masa social sea tan deficiente como lo es en la actualidad, no tendremos más remedio que aconsejar la profilaxia personal.

La falta de tratamiento constituye un manantial permanente de nuevos contagios. Esto es necesario repetirlo á todas horas, pues siendo las enfermedades de que se trata perfectamente curables, sólo la apatía, la incultura y la negligencia muchas veces criminal de los enfermos, es lo que los hace no curarse y propagar estas infecciones. La profilaxia es mucho más fácil que el tratamiento, pues nadie puede predecir de antemano la virulencia que una infección sífilítica podrá alcanzar en un individuo determinado. Dada la extraordinaria frecuencia con que á pesar de los peligros que esto trae,

se practican las relaciones sexuales extramatrimoniales (por célibes y no célibes) y siendo como son éstas la fuente principal de los contagios, no queda otro medio para disminuir la frecuencia de éstos que la profilaxia personal. Desgraciadamente cuando nosotros vemos un enfermo de esta clase, suele ser tarde para hablarle de profilaxia personal; pero el médico de familia que sabe inspirar confianza á sus clientes, tiene en este territorio un ancho campo para hacer una propaganda eficaz. A ellos más que á los que se ocupan preferentemente de estas enfermedades, van dirigidas las consideraciones que son objeto de este trabajo.

El asunto de la profilaxia personal tampoco se presta por su naturaleza á ser expuesto en conferencias públicas; por eso ha de ser objeto sólo de pláticas amistosas de los médicos con sus clientes cuando vean el peligro á que éstos se exponen de no tomar las debidas precauciones antes de realizar los actos de que se trata. En general es aplicable esta profilaxia á sujetos que se han expuesto, ó que se van á exponer al peligro de una infección y aun á los que verdaderamente están ya infectados, pero que aún la infección es tan reciente, que hay medios de ahogar el germen morboso en el foco primitivo. Claro es, que el ideal sería que no se practicasen relaciones sexuales fuera de matrimonio; pero como esto hoy por hoy y probablemente en lo sucesivo es una bella utopía, el médico tiene el deber en presencia de un enfermo con venéreo y que verosíblemente una vez curado puede exponerse de nuevo á adquirir una nueva infección, de ilustrarle acerca del modo de preservarse de adquirir nuevos contagios. Esta ilustración ha de extenderse naturalmente á sujetos que acuden al médico sin estar realmente enfermos, pero que por haber practicado coitos sospechosos, el miedo les hace creer que realmente lo están.

El asunto de la profilaxia personal interesa grandemente al médico de visita, pues cuando un miembro de una familia, enferma de una afección sexual, lo primero que hace es preguntar á su médico lo que ha de hacer para preservarse del contagio. Los contagios familiares son excesivamente frecuentes, y todos los que tenemos consultas en hospitales muy concurridos, podemos certificarlo. Y como la incultura y el desconocimiento del mecanismo de los contagios en la masa social es enorme, por eso tenemos que dirigir nuestros esfuerzos á ilustrar á las gentes en estos asuntos. No se deben pintar estas enfermedades con demasiados negros colores, pues son como se sabe curables, pero no nos cansaremos nunca de repetir, lo fácil que es que un individuo que tiene sífilis pueda transmitirla á otras personas de la familia y los males que esto puede traer. En lo que se refiere á los maridos, no debemos de contentarnos con aconsejarles la abstinencia, pues la prometen fácilmente, pero difícilmente la cumplen. No todas las mujeres tienen la energía de una que acudió á mi consulta del Hospital, que desde que se enteró que su marido (albañil) tenía sífilis, le hacía dormir debajo de la cama, mientras ella se acostaba arriba. Como este caso es la excepción, no hay más remedio, por si no se cumple la abstinencia (que es lo corriente), que

aconsejar la profilaxia personal para evitar mayores males.

Los progresos que en los últimos tiempos se han hecho en el conocimiento de la etiología y en el mecanismo de transmisión de las enfermedades venéreas, nos han enseñado el camino que debe seguirse para evitar los contagios ó hacerlos inofensivos si hubieran tenido lugar. Estos esfuerzos de profilaxia son muy antiguos, y aunque entonces por desconocimiento de la etiología eran defectuosos, se han ido perfeccionando lentamente hasta llegar á hacerlos aceptables.

En la profilaxis personal hemos de ocuparnos de medidas generales que convienen á todas las afecciones venéreas y de otras especiales, según la afección de que se quiera preservar al individuo. Esta división está justificada porque las vías que sigue la infección y las posibilidades de ella, son distintas para las dos enfermedades venéreas de las que principalmente hay que ocuparse, que son la sífilis y la blenorragia, y por lo tanto, la profilaxia ha de llenar distintas condiciones, según se trate de una ó de otra infección. Medios muy eficaces contra una de ellas son en absoluto inadecuados en la concentración á que se pueden emplear, para obrar sobre la otra. Por ejemplo, el sublimado es muy eficaz para matar los espiroquetos y no es empleable para la gonococia. Por eso hay que ocuparse separadamente de una y otra afección, aunque prácticamente lo que importa es hacer una profilaxia, no contra una, sino contra todas las afecciones venéreas que el individuo pueda contraer.

Los medios generales de profilaxia de enfermedades venéreas, no son ciertamente nuevos. Hace muchos años que se sabe que una esmerada limpieza no sólo después, sino antes del coito, de los genitales de las dos personas que toman parte en el acto sexual, puede impedir muchos contagios. Cuanto más cuidadosamente se acostumbren las personas de ambos sexos, desde su juventud, á lavarse diariamente y de un modo regular los genitales, tanto más resistente se hará su piel contra erosiones superficiales que constituyen la puerta de entrada de la infección. Quien practica diariamente esta limpieza no enfermará nunca de balanitis. Todavía más eficaz es la circuncisión en individuos de prepucio largo. La mucosa del balano se endurece, la piel del pene se hace más resistente y se evitan las erosiones traumáticas del coito, tan frecuentes en los fimosis. En los dos sexos son los órganos genitales tan ricos en glándulas, que las secreciones al descomponerse producen inflamaciones y excoiaciones de la mucosa; por eso los médicos de la familia deben de llamar constantemente la atención de los padres, acerca de la necesidad de que sus hijos de ambos sexos se acostumbren desde pequeños á hacerse estos lavados.

Tanto más sensible y poco endurecido es el epitelio de los genitales, tanto más fácilmente se producen en las relaciones sexuales pequeñas grietas ó fisuras que son el punto de entrada de las infecciones. Un cuidadoso lavado de los genitales con agua y jabón antes y después de practicar el coito, es en muchos casos capaz de alejar mecánicamente la materia infecciosa, é impe-

dir el contagio. Una esmerada limpieza es también necesaria para impedir el contagio familiar. A los profanos no les cabe en la cabeza muchas veces la necesidad de que un sifítico tenga su cama, su toalla, su vaso, cubierto, baño, etcétera, separado de los demás. Por falta de estas precauciones y por desconocimiento de la afección vemos en las consultas á veces verdaderas catástrofes. El separar y hervir los objetos que usan estos enfermos, es bastante para alejar todo peligro. Los contactos directos, besos, caricias, es necesario inculcar en los enfermos que son grandemente peligrosos.

El papel que el alcohol desempeña en la frecuencia de los contagios, no deja de tener su importancia. Según una cuidadosa estadística llevada á cabo por Nofthafft, el 30 por 100 de los contagios es producido bajo el influjo del alcohol. Y se comprende que así sea. En primer lugar, en ese estado se descuidan las precauciones. La limpieza de una u otra parte ó de los dos deja bastante que desear. El embotamiento de la sensibilidad hace que el acto se prolongue indefinidamente ó que se repita de un modo innecesario. Todo esto da lugar á contactos largos y prolongados de partes sanas con partes enfermas, y por lo tanto, á la posibilidad de que la infección se produzca. Por todo esto nuestros esfuerzos deben de encaminarse á que durante el tiempo que el organismo esté bajo el influjo del alcohol, se debe recomendar la abstención de practicar las relaciones sexuales. En general puede decirse que para evitar los contagios hay necesidad de impedir que partes enfermas se pongan en contacto directo con partes sanas, ó si esto ha tenido lugar, procurar alejar mecánicamente las materias infecciosas que hayan quedado sobre las partes sanas, ó destruir *in situ* el agente infeccioso antes de que haya tenido tiempo de anidar en los tejidos sanos.

Esto en cuanto á medidas generales aplicables á todas las infecciones. En cuanto á las especiales empezaremos por la más común que es la blenorragia. ¿Cómo podremos preservarnos de adquirir una blenorragia? Las condiciones para preservarnos de este contagio son relativamente sencillas. Se sabe que éste no penetra por el tegumento externo; así que por muchos contactos que haya en la piel, no hay posibilidad de adquirirlo por ella. Solamente la mucosa es la receptible, así que en el hombre en el acto sexual, lo que hay que proteger es la mucosa uretral. Esto se consigue de un modo satisfactorio por el conocido condón, recomendado hace más de doscientos años por el inglés de este nombre. Primeramente se fabricaban valiéndose del intestino ciego de las ovejas, pero en la actualidad se usan casi exclusivamente los de goma, que bien empleados y con las necesarias precauciones constituyen una película delgada é impermeable que rodea al pene, é impide á éste ponerse en contacto de materias infecciosas. Prescindiendo de los casos raros en que por no manejarlo bien ó por desproporción de los órganos genitales se rompe y se puede contraer una blenorragia, por regla general es un medio seguro para preservarse de esta infección. Pero aun en estos casos ó cuando no se haya usado este medio (que en las tiendas de gomas

llaman preservativos) todavía se puede hacer algo si se obra con rapidez, para impedir en muchos casos el contagio. Se sabe que el gonococo en las primeras horas que siguen al coito, no penetra en el interior de la uretra más allá de uno ó dos centímetros. De modo que se debe empezar por someter á los órganos genitales á un cuidadoso lavado como he dicho antes para alejar mecánicamente la parte grosera del material infeccioso, pero además de esto, se deben emplear medios que se sabe tienen una acción deletérea sobre el gonococo. De estos preparados se han dado una infinidad y circulan en el comercio, bajo distintos nombres más ó menos raros, como viro, phalokoz, samariter, etc., pero todos ellos tienen como base medios probadamente gonococicidas como el nitrato de plata al 2 por 100, soluciones concentradas de protargol al 10 ó 20 por 100, de albargina, etc. Todas empleadas en instilación uretral son eficaces, pero si se emplean soluciones de nitrato de plata debe de cuidarse de que estén recientemente preparadas, porque con el tiempo se descomponen y producen una fuerte irritación en la uretra. Se deben emplear después de haber orinado, pues la emisión de la orina ya por sí sola arrastra mecánicamente la materia infecciosa y por eso la micción goza ante el público profano de un gran valor profiláctico. La cantidad que se debe instilar es pequeña, pues no necesita el líquido pasar de la fosa navicular y se debe dejar allí algún tiempo para que pueda penetrar en el interior de la mucosa. Es recomendable también con el mismo líquido y un poco de algodón, impregnar las pequeñas fosas y repliegues del frenillo por haber allí como se sabe glándulas receptibles para el contagio gonocócico. Todas estas soluciones producen irritación en la mucosa más ó menos intensa, sobre todo si son antiguas. Por eso si después de su empleo sobreviene una exudación uretral, no se vaya á creer que se trata de una blenorragia. Puede ser ó no puede ser. La aclaración de este extremo sólo puede dársela el microscopio demostrando la presencia del gonococo. Tanto más pronto se hacen estas instilaciones uretrales después del coito, tanto más eficaz resulta la profilaxia antigonocócica. Pero aun pasadas algunas horas, como se ha demostrado en nuestra marina de guerra y otras marinas europeas, resulta esta profilaxia eficaz. Resultan también eficaces las inyecciones uretrales después del coito, con soluciones de protargol al 3 ó 5 por 100 ó nitrato de plata al 2 por 100 ó de alipina al 1 por 100, ó bien lavados totales de la uretra, hechos por persona técnica con soluciones débiles de nitrato de plata al 1 por 5.000, de albargina al 1 por 1.000 y protargol al $\frac{1}{2}$ por 100. Soluciones de sublimado no se deben emplear porque diluídas son ineficaces para matar el gonococo y concentradas producen inflamaciones intensas de la mucosa que dan lugar á estrecheces peligrosas.

(Concluirá).

Apuntes clínicos sobre sífilis y tuberculosis

POR LOS DOCTORES

E. MARINO

Profesor suplente de Patología interna en la Facultad de Medicina de Buenos Aires

Y

J. C. MUSSIO FOURNIER

Jefe de Clínica Médica en la Facultad de Montevideo.

La sífilis y la tuberculosis, estos dos brutales flagelos que azotan á la humanidad, ven enriquecerse día á día el dominio que los clínicos les asignan en la patología humana.

Tal es lo que ha acontecido con la sífilis, que después de adueñarse del tabes, de la patología general de innumerables afecciones cardiovasculares, renales, etc., se extiende, gracias, sobre todo, á un mejor conocimiento de la lues hereditaria, á capítulos sobre cuya etiología reinaba aún la más absoluta ignorancia; tal es lo que ha pasado sobre el concepto de la úlcera gástrica y duodenal que cualquiera que sea la exageración que pueda encerrar la concepción de autores modernos sobre el origen luético de la misma, no es menos cierto que ella encierra una buena dosis de verdad. Lo mismo acontece con numerosas otras afecciones (hemoglobinuria paroxística, hemofilia), sobre cuyo origen específico se acentúan día á día las sospechas.

El dominio de la tuberculosis, gracias al impulso de Poncet y de numerosos otros investigadores, se ha extendido en forma considerable. Así el asma, ciertos cuadros reumáticos, agudos y crónicos, etc., parecen ser en gran número de circunstancias, función del bacilo de Koch. La crítica tendrá solamente la misión de corregir los límites que un entusiasmo generalizador habrá hecho desbordar aquí ó acullá el legítimo campo de estas dos enfermedades infecciosas.

En esta breve nota sólo nos proponemos, abordando la cuestión desde un punto de vista puramente clínico, llamar la atención sobre la relación que la sífilis hereditaria, ó que la simbiosis sífilo-tuberculosis puedan presentar con ciertos estados mórbidos.

Así el estudio de la familia sífilítica nos ha convencido de la extraordinaria frecuencia en ella del estado linfático (hipertrofia amigdalina, ganglionar, obesidad, frecuente insuficiencia capsular y ovariana), así como del hábito asténico de Stiller (tórax característico, ptosis gástrica, ptosis de colon, corazón en gota, etc., etc.), y de numerosos cuadros de disendocrinia tan variados en intensidad como en su complejidad.

El beneficio obtenido por estos enfermos con el tratamiento específico (los cuales presentaban evidentes estigmas de heredo-sífilis) y reacción de Wassermann nos llevaron á buscar la intervención de la heredo-sífilis en los mismos estados, aun cuando el enfermo no presentaba ningún estigma claro de heredo-sífilis (tales como los estigmas óseos cutáneos, dentarios, pupilares, oftalmoscópicos de tutorelli, etc.), negatividad de la reacción Wassermann, y así como en el primer grupo

la aplicación de la terapéutica antisifilítica á pequeñas dosis nos dió aquí excelentes resultados.

Dada la latencia de la sífilis adquirida y convencidos como acabamos de decirlo de la intervención de la heredo-lues en los susodichos estados, no debemos en ausencia de una anamnesis clara ó de un estigma que vemos frecuentemente faltan, no debemos, repetimos, trepidar en ensayar en forma discreta el tratamiento específico frente á un linfático, á un asténico, á un endocrinopático, cuando hemos visto fracasar frente á sus miserias á la terapéutica clásica (arsénico, iodo, antituberculosis, hormonoterapia, etc.).

Tal es la primera conclusión práctica de nuestro modesto trabajo. Lejos de nosotros la idea de afirmar que estos estados respondan siempre á la heredo-lues. Nos limitamos á afirmar que él interviene en un gran número de casos.

En segundo término trataremos aquí de subrayar la importancia de la simbiosis sífilo tuberculosa.

Ya un gran y viejo clínico lo ha dicho: que «la sífilis prepara el lecho de la tuberculosis».

Las relaciones entre estas dos afecciones no es, pues, una cosa nueva en la Medicina.

Tanto la acción activante que la sífilis adquirida imprime á una tuberculosis en evolución, ó por el contrario, la marcha tórpida que esta última puede tomar cuando salida airoso de este latigazo inicial encuentra el terreno escleroso que le brinda el tercianismo luético sobre un enfermo ya tuberculoso.

Si la influencia de la sífilis adquirida sobre la bacilosis, bajo las dos modalidades que dejamos apuntado, es bien conocida, más interesante y no tan divulgada, á pesar de la calurosa influencia ejercida por Sergent en este sentido, es la atracción, la acción de verdadero imán que tiene la heredo-sífilis sobre la tuberculosis, la forma larvada que ésta suele tomar en aquel terreno, así como su frecuente marcha tórpida en el mismo, y por último, la acción verdaderamente maravillosa que el mercurio manejado prudencialmente realiza en todos estos casos en donde la terapia antituberculosa se estrella inútilmente.

Y así hemos tenido la oportunidad de observar numerosos casos de tuberculosis pulmonar, en donde la naturaleza de la afección no dejaba lugar á dudas por la constatación en los esputos del bacilo de Koch, mejorar considerablemente por la adjunción del tratamiento mercurial hecho á pequeñas dosis en todos aquellos casos en donde por la anamnesis se sospechaba la sífilis en sus ascendientes, á pesar de que nuestro enfermo no presentase ningún estigma claro de heredo-lues. Esta misma observación la hemos hecho en numerosísimos casos de tuberculosis larvada, presentadas en formas monosistomáticas ó realizando cuadros más ó menos complejos, pero caracterizadas sobre todo por su docilidad á la terapéutica mixta anti-sífilo-tuberculosa.

Estos enfermos son esta verdadera legión de sujetos que inundan con sus pequeñas molestias, pero ciertamente bien pertinaces, nuestras policlínicas y nuestros consultorios.

Es el enfermo de todos los días. Es el pretuberculoso, á quien con más justeza Sergent considera como el pretísico. Y bien; entre muchos de estos enfermos que se nos presentan quejándose unos de cefaleas, otros de gastralgias, de vértigos, de colitis, de reumatismos de Poncet, otros con síntomas de hipertiroidismo, de simple insomnio ó adelgazamiento, de anorexia, ligeras anemias preferentemente de tipo clorótico, muchos asmáticos, algunas pericollitis, etc., etc., hemos tenido la oportunidad de observar en infinidad de veces el fracaso ante estos casos de la terapéutica puramente antituberculosa ó antiluética, conjuntamente con las medicaciones sintomáticas que el caso requería.

Por el contrario, muy frecuentemente la terapéutica mixta (aire, sol, arsénico, iodo, tuberculina) á pequeñas dosis usada por uno de nosotros (1) y el mercurio, siendo manejado con mucha cautela, nos ha dado resultados que han desbordado nuestras esperanzas. Muchos de estos enfermos que luego se abandonaban, se presentaban luego con un evidente cuadro de tuberculosis pulmonar, como lo revelaba la constatación del bacilo de Koch en los esputos, lo que alejándonos de la duda de si se tratara simplemente de casos de sífilíticos curados, nos afirmaba en el diagnóstico de bacilosis larvada en terreno sífilítico.

En cuanto á la frecuencia de esta simbiosis, sólo podremos saberla con los años, después de una larga y concienzuda estadística.

Si nos es posible, también completaremos nuestro estudio con alguna documentación anatomopatológica y algunas consideraciones fisiopatológicas, que en esta nota de orden puramente práctico brillan por su ausencia, y bien hemos aquí al final de nuestra comunicación.

No ignoramos que muchos de estos puntos han sido ya documentados en la forma que ellos lo merecen. Sólo pretendemos llenar aquí algunos claros, y sobre todo subrayar un criterio terapéutico que no nos parece haber entrado suficientemente en la práctica.

1.º Creyendo que un buen porcentaje de enfermos pertenecientes al estado linfático, al hábito asténico, á cuadros endocrinopáticos más ó menos complejos, son función de la heredosífilis, aun mismo en ausencia de todo estigma significativo, se debe proceder á un tratamiento mercurial á pequeñas dosis, alternando con el 914 siempre que no haya ninguna contraindicación para el empleo de estos medicamentos.

Este criterio, que pueda alarmar tal vez á alguien para usarlo, así de una manera general, se nos vuelve á nosotros sobre todo imperativo, cuando nuestro enfermo, virgen él mismo de todo serio estado mórbido anterior, proviene de padres robustos, floridos y libres de toda toxi-infección (alcohol, tuberculosis, plomo, paludismo, alcoholismo) que pudiera haber tarado su descendencia.

Fácilmente se comprende que en estos casos la heredosífilis gana en probabilidades para estar presente.

2.º Frente á cualquiera manifestación de tuberculo-

(1) Mariffo.

sis, y sobre todo de los de la tuberculosis larvada que ya hemos descrito y que se nos manifieste francamente rebelde á la terapéutica clásica antituberculosa, debemos sospechar la heredosifilis y adjuntarle en consecuencia el tratamiento específico ya apuntado.

Lejos de nosotros la idea de que toda tuberculosis larvada sea función de un terreno sífilítico. Sólo constatamos aquí su extrema frecuencia.

Libremos á esta comunicación, tan llena de lagunas, de uno de los vicios que más han diezmado á la lógica médica, la falsa generalización.

En un próximo trabajo trataremos de indemnizar la falta de documentación de esta pequeña y modesta nota que, concebida sólo desde un punto de vista puramente práctico, no hace nada más que acariciar uno de los problemas para nosotros más interesantes y tal vez más fecundos de la clínica moderna.

Informe de autopsia

escrito por encargo del catedrático Dr. Maestre, y leído en la cátedra de Medicina Legal del Colegio de San Carlos.

En cumplimiento de lo ordenado por el señor juez del distrito n.º me he personado en el Depósito judicial en el día de la fecha, para practicar el reconocimiento del hábito exterior y necropsia en el cadáver de una niña de cuatro años.

De lo que resultó:

Quemaduras en labios, mentón, mejillas, lado izquierdo de cuello y pecho, antebrazos y manos, la casi totalidad del abdomen y raíz de miembros inferiores; quemaduras que algunas encuadran en el segundo grupo de la clasificación de Dupuytren (segundo grado, combustio bullosa, período de vesicación ó formación de ampollas), quemaduras otras, que denominaríamos de tercer grado, combustio escharotica ó con mortificación de epidermis, corión y tejidos subyacentes.

El corión en zonas al descubierto es rojo, con fino punteado encarnado; el mismo aspecto bermejo presenta la piel en las proximidades de las quemaduras; obsérvanse manchas amarillas que por su aspecto y situación es de pensar fueran de ácido pírico (usado como tópico queratoplástico en su tratamiento).

Cabello chamuscado. Livideces cadavéricas en dorso, región glútea y muslos. No hay herida ni fenómeno alguno de violencia.

Abierta la cavidad craneal, nos es manifiesta acentuada congestión meníngea, que por su aspecto calificamos de congestión en vida, no debida por ello á la circulación postmortem; practicados cortes seriados y frontales en masa encefálica no se aprecian focos hemorrágicos ni punteado perceptible.

Incisión en línea media desde mentón á fosa supraesternal; puesta al descubierto laringe y primeros anillos traqueales, se procede á su apertura; nótese clara congestión subglótica y traqueal.

Levantado el peto esterno costal y al descubierto cavidad torácica, el timo se observa claramente. Los pulmones parecen por el color congestionados en sus zonas antero-inferiores. Extraídos, se nota al comprimirlos, salida por bronquios de un exudado mucoso, más abundante en pulmón derecho

que en izquierdo, la consistencia está francamente aumentada en lóbulos inferiores, que en su exterior tienen color rojo obscuro en un tono tal que recuerda la esplenización tan característica de lo que Piorry denominó pneumohipostasis.

Un corte practicado en ellos nos demostró eran friables al paso del cuchillo, y observamos un parénquima pulmonar en plena hepatización roja.

Corazón.— Las cavidades derechas contienen coágulos; también las izquierdas aunque en menor cantidad; endocardio, zona muscular y pericardio no tienen anomalía alguna.

Hígado.— De bastante volumen y con intensa congestión; el corte deja ver una superficie de color violado obscuro que pone en evidencia el grado de congestión hepática.

Estómago.— Contiene muy corta cantidad de líquido lechoso, no está hiperhemiado y en pared posterior y zona prepilórica parece existir una úlcera pequeña. Intestino normal en su cara peritoneal (no se abre duodeno).

Riñón.— De tamaño normal, cápsula que se desprende con facilidad; zona cortical de tamaño y color normal ó algo rebajado, zona medular congestiva.

Varias cuestiones son pertinentes al presente caso:

1.º ¿Las quemaduras fueron originadas por fuego ó por cáusticos?

La extensión de las zonas quemadas, la situación de éstas en sitios de común cubiertas por vestiduras, hacen más verosímil suponer que lo que entró en ignición fueron esos mismos vestidos; es más, el pelo chamuscado depone en favor de que fué llama y no líquido lo que causó las lesiones. Por otra parte, en las quemaduras por fuego en una misma región aprecian diversos grados de su acción térmica, por contraposición en las caustificaciones por cuerpos químicos, la lesión es más uniforme (v. Dr. Mata: *Medicina Legal*, edición 1912, vol. III).

2.º ¿Las quemaduras fueron producidas en vida ó acaecieron después de la muerte? La rubicundez con punteado rojo del corión que hemos anotado, y el aspecto congestivo de las regiones limítrofes á las quemaduras, parecen decirnos fueron lesiones causadas en plena actividad vital; en las lesiones producidas por cuerpos en ignición postmortem, el color de la piel ó del corión es blanquecino, no hay fenómenos de inflamación, y no puede haberlos porque esta no es más que un conjunto fenomenal de reacciones vitales ante los elementos que física ó químicamente intentan alterar la arquitectura ó la constitución química de nuestro organismo. Se podrá llegar á la carbonización de los tejidos, lo que estará en relación no sólo de la temperatura, sino también de la duración del contacto con el cuerpo ó gas caliente, como demostró Cohnheim y era muy razonable pensar; pero aun llegando á ese grado destructivo de los tejidos, ni habrá signos de reacción flogística, ni por lo tanto se producirán en parte alguna flictenas, dato al que Christisson daba gran valor y al cual nosotros sólo se lo concederemos condicionalmente, pues en sujetos edematosos se puede llegar á la vesicación postmortem como demostraron experimentalmente Seuret y Chambert.

No debemos aquí sino mencionar de pasada la importancia que puede tener la diferenciación entre la escaldadura (quemadura por líquido) y una afección penfigoide de los recién nacidos (v. Ebstein y Schwalbe: *Trat. de Med. Clínica y Terapéutica*, t. V) y no entro en detalles por no ser pertinentes á este caso concreto, primero, porque la lesión no es por líquido caliente, y segundo, porque no se trata de recién nacido.

Analicemos ahora los datos objetivos de la autopsia.

Desde luego el estado de corazón con cavidades ocupadas por coágulos y no exangües, nos conduce á pensar que la muerte no ha sido rápida, es decir, á seguida de la quemadura, y queda por ende desechada la muerte por síncope cardíaco ó por shock nervioso; lo mismo es la teoría central de Fischer y Galz (alteración de centros nerviosos en especial centro vasomotor bulbar) ó la teoría de Cushing Crile, etc. (alteración primitiva de los nervios vasomotores (v. Begonin: *Patología Química*, vol. I). A más la inspección ocular nos ha proporcionado un dato que nos confirma que la muerte no ha sido rápida, puesto que las lesiones han sido tratadas terapéuticamente como demuestran las manchas de ácido péricero indicadas, y á ningún facultativo se le ocurriría comenzar ningún tratamiento general ni tópico en un cadáver.

La ulcerita observada en el estómago y zona prepilórica, es una lesión no infrecuente en las quemaduras y muy especialmente cuando la zona quemada es el tronco y no en cabeza ni extremidades (v. Schmidt: *Tratado delle malattie intestinali*). Esta pérdida de substancia en estómago nos hace pensar que también hubiera en la *pars horizontalis* superior de duodeno, que es un sitio de elección según se ha comprobado desde los estudios de Kesling en 1842; el porqué de esta solución de continuidad en la mucosa y submucosa de los quemados y precisamente en región prepilórica de estómago, y aun con mayor frecuencia en parte alta de duodeno, ha sido motivo de múltiples interpretaciones. Hunter lo atribuye á un fenómeno tóxico en conformidad con sus estudios experimentales con la toluilenodiamina. Kijanitrin y Vogt á la reabsorción de cuerpos albuminoideos, y otros autores, la casi totalidad, basándose en observaciones como la de Simmonds, la achacan á fenómenos trombóticos, que al fin y á la postre la teoría de Virchow, Sebert y Rindfleisch para la génesis del *ulcus gástrico* (v. Loeper: *Lecciones de patología digestiva*, 1917).

En el riñón, como manifestamos al hacer la reseña de la necropsia; presentaba la zona cortical de tamaño y color algo rebajado; en tanto la zona medular congestiva era de oscuro, color que fácilmente contrastaba con la cortical; esto concuerda con el aspecto macroscópico del riñón en la inflamación aguda de este órgano, tan frecuente en las quemaduras. Rosenstein dice al describir la anatomía patológica de la nefritis aguda (v. Leyden y Klemperer: *Malattie dei Reni*, capítulo de nefritis aguda, por Rosenstein), macroscópicamente no se observa alteración en el tamaño, ni tampoco en la coloración de los riñones afectados; precisa que haya transcurrido al menos una semana, para que estas manifestaciones lesionales se hagan perceptibles; tan sólo, añade, contrasta el color pálido de la zona cortical en comparación con el oscuro de la medular. Todo ello nos dice que el parénquima renal en el caso que nos ocupa, sufría una inflamación aguda en íntima relación con el proceso tóxico de las quemaduras, como luego veremos, y esta intensa toxemia condujo á lo que con Castaigne denominamos nefritis sobreaguda y manifestada ó exteriorizada clínicamente por la anuria con tan gran frecuencia observada en las quemaduras (v. Castaigne: *Les maladies des reins*, 1918).

Otro dato podemos sacar de esta observación del riñón y de los detalles que nos da Rosenstein: que la vida de la niña fué corta, no debió de llegar á una semana, pues de otra suerte, las alteraciones de tamaño y color de zona cortical podían haber sido acentuadas.

En el pulmón y correspondiendo á pleura visceral se observan manchas de Tardieu.

Estas equimosis subpleurales no tienen la significación

que Tardieu las asignó, y es más, tampoco se puede afirmar, dados los conocimientos que hoy tenemos sobre mecanismos vasomotores en pulmón, que las indicadas subfusiones hemáticas sean debidas á parálisis del pneumogástrico según afirma Balthazard en su *Medicina Legal*, fundándose en los estudios de Mosso Sabemcs desde los trabajos de Frank, que los nervios vasoconstrictores provienen del ganglio estrellado, que es uno de los ganglios escalonados en la cuerda del simpático; son como su origen indica, nervios simpáticos (v. Castellino y Pende: *Patología del Simpático*, edición italiana, 1915); queda, pues, para el vago autónomo ó para simpático, según la terminología de Meyer, el papel estrictamente vasodilatador; por lo tanto, una parálisis del autónomo no haría sino quitar el antagonista, suprimir el enfrenador, á los estímulos vasoconstrictores del simpático; es en una palabra, dejar á éste dueño del campo; lo que es lo mismo, funcionalmente hablando, á producir isquemia, que es diametralmente opuesto á la premisa que sentábamos antes siguiendo á Balthazard. Esta fenomenología es en un todo semejante á lo que por vía experimental se puede reproducir con ciertos venenos; así vemos que la inyección de adrenalina (ortodioxifeniletanolmetilamina, Aldrich), va seguida de vasoconstricción, taquicardia, midriasis, etc., y estos mismos fenómenos aparecen con la atropina, pero tengamos presente que la primera substancia es eminentemente simpaticotropa, cuyo sistema excita, y por el contrario, la atropina es esencialmente vagotropa ó simpaticotropa, pero cuya acción es paralizar las terminaciones de este sistema que vale tanto como excitar el contrario.

Por lo tanto, fijemos la idea de que la vasoconstricción en territorio de arteria pulmonar es la hipertonia de sistema simpático, aumentando presión en arteria pulmonar (por disminución de continente) y rebajándola en aurícula izquierda y aorta (v. Hernando y Marañón: *Manual de Med. Interna*, tomo I).

Resumiendo sobre las manchas de Tardieu, diremos:

1.º No son exclusivas de las muertes por asfixia.

2.º No se producen por parálisis del vago, sino por excitación de éste ó por parálisis de simpático, camino cualquiera de ellos que conduciría á idénticas manifestaciones.

Esto no empece para que digamos prudencialmente como Castellino y Pende (obra citada) que son maestros en la materia, que en lo relativo á innervación vasomotora pulmonar, aún no se ha dicho la última palabra.

El pulmón, tanto en su aspecto externo como en la su perficie de su parénquima seccionado, se nos presenta con una típica hepatización roja, no faltando sus pequeños gránulos formados por tapones de fibrina que llenan los alvéolos (v. Ebstein y Schwalbe: *Tratado de Medicina Clínica*, tomo I); es lógico por ello, afirmarnos en la idea de que en el momento de la muerte existía una pulmonía lobular ó fibrinosa de ambos pulmones, en la primera fase del segundo período de lesión anatómica, es decir, hepatización roja (véase Ramón y Cajal: *Manual de anatomía patológica*).

Es muy razonable pensar que entre las quemaduras y esta pulmonía hay la relación de causa á efecto.

¿Por qué mecanismo pudo la lesión de la piel producir la pneumopatía indicada? Probablemente la quemadura originó, por vía puramente nerviosa, excitación parasimpática, y más me inclino á creer en una parálisis del esplánico (véase supra); es factible el primer mecanismo, pues por semejante procedimiento (excitación más ó menos acentuada de la piel de abdomen y pecho) se produce congestión pulmonar, constituyendo lo que en Clínica se denomina reflejo pulmonar de Abram (v. Hernando y Marañón, obra citada, pág. 575). Pero hasta aquí no hemos atendido sino á la parte fluxiona-

ria ó congestiva, mas falta la inflamatoria ó flogógena, el elemento infectivo, el mas importante en el determinismo de la lesión; no ha lugar á dudas, que en la boca existe una rica flora microbiana, entre la que con frecuencia se cuenta el pneumococo de Fraenkel, sobre todo en sujetos que en alguna ocasión anterior han padecido sus efectos, y desde ella, desde la cavidad oral y naso faringe, han penetrado en torrente circulatorio, concluyendo por fijarse en aquel *locus-mircosis resistencie* que el pulmón ofrecía.

No olvido que dado el estado de alteración funcional tras las quemaduras, los microgérmenes pudieron seguir las vías naturales sin pasar á la hemática, es decir, constituirse una neumonía por deglución.

No obstante creo que el mecanismo de infección fué muy otro. Los microbios entraron por la piel un tanto lesionada en su integridad anatómica y funcional y habiendo perdido por ello el organismo el importante baluarte defensivo que representan las barreras epidérmicas (v. S. R. y Cajal: *Anatomía Patológica y Bacteriología*; Sernaun y Neumann: *Bacteriología*); esto equivale á decir que en el presente caso la neumonía se originó por idéntico mecanismo genético, que en las calificadas de neumonías traumáticas con relación de continuidad en el revestimiento cutáneo.

Los elementos microbianos, tan abundantes en la piel, conforme estudios experimentales de Koch, Schimmelbresch en la génesis de la forunculosis y por otros (v. Salvador Pascual: *Cuestiones Médico Legales sobre neumonía traumática*, SIGLO MEDICO, núm. 3.406, 22 Marzo 1919), aprovecharon las zonas de piel destruidas para penetrar en el medio interno, en el que pocas defensas celulares y humorales se les opondrían dado el estado de intoxicación y agotamiento del organismo tras las quemaduras (v. infra) y fueron á localizarse en aquel lugar donde el riego sanguíneo era más alterado (pulmón), ocasionando dichos gérmenes como manifestación de su vitalidad la inflamación aguda de su parénquima.

Pasemos á la última parte de nuestro informe, quizá la más compleja y más interesante. ¿Qué mecanismos conducen á la muerte en las quemaduras? Y teniendo en cuenta estos mecanismos y los datos concretos de nuestra autopsia, ¿cuál fué el proceso que condujo al éxito letal en nuestro caso?

Lacassagne (*Compendio de Med. Leg.*, vol. II), distingue dos formas de muerte en las quemaduras; una, que denomina rápida, en dos á tres días; la otra, que califica de lenta, de varios días á algunas semanas, y causada por intoxicación y complicaciones. No se puede poner en duda la existencia de una muerte rápida, pero en límites más estrechos que los que Lacassagne adopta, es una muerte inmediata producida, á no dudar, por la rápida alteración de los plasmas, bajo la acción del calor, por una verdadera neurorrágia ó hemorragia de la sensibilidad. Como decía Dupuytren, en fin, por una brusca alteración de la dinámica cardiovascular por trastornos bulbares y por ende de los centros vasomotores y vitales, en el más amplio sentido de la palabra.

Mas no es este nuestro caso; trátase aquí de una muerte que, como ya hemos demostrado, acaeció algún tiempo después de la lesión térmica; tratemos, pues, de la génesis de muerte lenta.

Cada autor, cada investigador, tiene su concepción en el mecanismo de esta muerte, sintetizando las teorías de sus antecesores y añadiendo ó transformándolas en relación con las nuevas adquisiciones que aportan la observación clínica y la bioquímica, en cuyo dominio está la resolución del problema.

Kuss expone como causa la falta de reflejo cutáneo por destrucción de zonas tan eminentemente sensitivas, como re-

presenta la piel en cualquiera de sus segmentos. Bilotz la adjudica á la insuficiencia de la perspiración cutánea. Ponfick á la alteración de los eritrocitos, y según sus observaciones, á degeneración parenquimatosa del hígado, seguida de todas las consecuencias de una insuficiencia aguda de la célula hepática. Otros conceden gran trascendencia á las lesiones encontradas en diversos territorios nerviosos; tales son: alteraciones medulares encontradas por Parascandolo en substancia gris y en cordones posteriores, las de células de Purkinje del cerebelo y células ganglionares del cerebro observadas por Scagliosi y engendradas, según él, por los productos nocivos de que ahora hablaremos (v. Novoa Santos: *Pat. Gral.*, t. I).

Spigler dijo que la letalidad en las quemaduras, cuando no era próxima, la creía originada por productos formados por el recalentamiento de la albúmina, y ateniéndose á este concepto explicaba los casos de extensas quemaduras no seguidas de muerte, diciendo que en ellos, el mismo producto tóxico neoformado se destruiría por el exceso del calor que le origina (véase Ken: *Cirugía*, vol. II). Esta concepción de Spigler, creo la podemos dar hoy día más completa, teniendo presentes los conocimientos sobre lipoides del organismo y su papel en los fenómenos vitales (v. Rodríguez Carrido: *Los lipoides celulares*, Congreso de Valladolid, X-1915). Sabemos que la acción de un cuerpo químico en el organismo, sea cual fuere su arquitectura atómica ó molecular (cuerpo simple ó compuesto) está condicionada por un grado de solubilidad en los lipoides, verdadera barrera defensiva de los plasmas celulares; una aplicación práctica de estas ideas ha sido hecha por Haus Meyer y Orestosa en sus estudios sobre los anestésicos, cuyo poder narcótico está dado por el grado de solubilidad en los lipoides tan abundantes en centros nerviosos (los cerebrósidos «frenosina, cerebrón, etcétera», y algunos fosfátidos como la Sahilina y la Sphingomielina).

Por lo tanto, y volviendo á nuestro razonamiento, la toxicidad de los elementos desintegrados de la albúmina por el calor, no será simplemente debida á que se destruyan por un exceso en la intensidad del foco termógeno, sino de que los complejos químicos desintegrados sean ó no solubles en los lipoides, originando en el primer caso sus funestos resultados, y en el segundo sólo son tenidos en el organismo como elementos extraños é inaprovechables y que son eliminados como si se tratara de elementos catabólicos ó escoria de los elementos vivos.

Modernamente, el sentir de todos es que la muerte lenta en las quemaduras está producida por un autoenvenenamiento. Reiss dió la prueba experimental de que en el organismo del quemado aumentaban los cuerpos tóxicos inyectando cantidades *pequeñísimas* de orina á conejillos les producía la muerte; y señaló lo de *pequeñísimas* cantidades, por ser el dato que da valor al experimento, pues sabido es que con grandes cantidades de orina se les produce la muerte, aunque el líquido sea de un sujeto en el más perfecto fisiologismo.

Weindenfeld observó que tras la implantación de trozos de piel quemada en cavidad peritoneal del conejo, se producía grave intoxicación seguida de éxito letal; como se ve, son éstos experimentos muy semejantes á los verificados por Delbet y Kasajonopulos (v. *Le Progrés Med.*, 20 Julio 1918) para la comprobación de lo que desde la reciente contienda se llama shock tóxico. Heyde y Vogt tras detenidos estudios sobre el asunto, dicen que las albúminas desintegradas *in loco*, se comportan como albúminas extrañas, es decir, cuerpos de propiedades antigénicas y de ello sacan la conclusión de que la muerte en las quemaduras puede considerarse

como una proteotoxiosis idéntica á la que se denomina hipersensibilidad ó anafilaxia desde Richet.

Dada, pues, esta síntesis genética, ¿cuál ha sido el mecanismo en nuestro caso?

La niña sufrió la acción de un cuerpo en ignición que la prendió seguramente los vestidos, ocasionándola unas quemaduras que casi llegaban á una tercera parte de la superficie tegumentaria, y aunque no muy profunda y desoyendo á Weindenfeld que dice «lo importante es la intensidad, no la extensión» (v. Keen, obra citada), decimos, pues, que su extensión era suficiente para poner muy en peligro la vida; en estas zonas quemadas se produjo la muerte de un gran número de elementos celulares, y no digamos tan solo por coagulación de la albúmina, sino por coagulación de los sistemas coloidales que forman los plasmas vivos, es decir, aglomeración de las partículas dispersas en una disolución coloide que en su especial terminología se denomina formación de un gel, y en nuestro caso transformación de un hidrosol (estado dinámico ó vivo) en hidrogel (estado estático, muerte) (v. A. Gregorio Rocasolano: *Estudios químico-físicos sobre la materia viva*, 1918).

La lesión de la piel fué seguida de congestión pulmonar por el mecanismo antes indicado, estado fluxionario que fué seguido de infección (v. supra) y he aquí el organismo con un foco de infección, sobre la profunda toxemia que sufría; el riñón lesionado en su elemento noble ó secretor, cierra la casi única puerta de salvación, los mecanismos defensivos claudican hoy un verdadero agotamiento, como decía Crile en su preciosa teoría cinética del shock (v. Crile y Larrea: *Snoce-Association*, London, Laundez Company, 1915) y la muerte del último plumazo.

No se vieron en este caso las cápsulas suprarrenales, en las que tan frecuentes, según observaciones de Koliko, son las lesiones congestivas y hemorrágicas, explicadoras de la hipotensión vascular que existe en muchos casos.

Conclusiones.

- 1.^a Las lesiones del presente caso no fueron originadas por cáusticos, sino por llama.
- 2.^a Las quemaduras fueron hechas en plena vida, no *post mortem*.
- 3.^a La muerte se produjo dentro de la primera semana.
- 4.^a La muerte fué causada por las quemaduras como *primum móvil* y por la neumonía y la nefritis que como complicaciones ó coadyuvantes, originaron la profunda toxemia causa próxima é íntima del fatal desenlace.

MANUEL BERMÉJILLO
Alumano de Medicina legal.

Dos casos de insuficiencia suprarrenal grave durante la gripe

POR

M. CLEMENTE

Clinica de enfermedades infecciosas del Hospital general de Madrid.
Dr. Marañón.

Conocidas son las dos importantísimas funciones que las glándulas suprarrenales desempeñan: la función angiotónica y la antitóxica.

La primera función angiotónica, consiste en mantener elevada la tensión sanguínea, atribuyéndose este papel á la adrenalina, producto segregado por la sustancia medular de la glándula.

Por virtud de la función antitóxica son neutraliza-

dos los venenos que circulan por el organismo y que pueden ser de dos clases: exógenos, ó sea procedentes del exterior, como son los medicamentos, y principalmente los producidos por las infecciones microbianas, y endógenos ó engendrados en el mismo organismo y muy principalmente por el ejercicio muscular, que ejercen sobre la economía un efecto parecido al del curare y que se manifiesta, si aquellos son abundantes, por la astenia, según han demostrado Brown-Sequard y Langlois en sus interesantes trabajos.

También son demostrativas las experiencias que Langlois ha realizado en animales, demostrando una disminución en la toxicidad de la atropina, estricnina, nicotina, etc., cuando se inyectan mezcladas con extracto suprarrenal. Oppenheim ha hecho análogas experiencias con el fósforo, el arsénico y la orina.

Con este ligero recuerdo de la fisiología de las glándulas suprarrenales, pasemos á la descripción clínica de la insuficiencia suprarrenal.

Ha sido ésta estudiada durante el curso de las enfermedades infecciosas por numerosos autores, y muy especialmente por Sergent, que, en unión de L. Bernard, ha descrito por primera vez el síndrome que estudiamos.

Los síntomas principales de la insuficiencia suprarrenal aguda son: dolor lumbar, vómitos, diarrea ó estreñimiento, frecuencia y pequeñez del pulso, hipotensión y tendencia al colapso, hipotermia, y astenia generalizada. Además, ha descrito Sergent un síntoma, casi constante, según él, y al que ha dado el nombre de «línea blanca suprarrenal». Este síntoma hemos tenido ocasión de comprobarlo en una de nuestras observaciones.

Como se vé, la sintomatología de la insuficiencia suprarrenal responde al cuadro de un envenenamiento, pudiendo, según su intensidad y duración, dar origen al síndrome agudo, subagudo ó crónico.

Pero cuando el síndrome de insuficiencia no se presenta puro sino unido al cuadro clínico de una enfermedad infecciosa, su importancia es mayor, por lo que tiene de común con el desfallecimiento cardíaco que puede presentarse en las infecciones y del cual es importante diferenciarlo, ya que la simple administración de la suprarrenalina puede resolver el conflicto, como ha ocurrido en los casos vistos por nosotros.

Ha sido observado este síndrome entre las infecciones agudas, en la fiebre tifoidea, en la difteria, en la escarlatina y sarampión, en el tifus exantemático. La intensidad de la sensación de astenia en la gripe, induce á pensar que en esta infección fuese también frecuente la lesión de las glándulas suprarrenales por los venenos infecciosos, y así lo han demostrado durante la pasada epidemia gran número de observadores, describiendo casos clínicos de insuficiencia aguda, como los que á continuación relatamos, y demostrando anatómo-patológicamente la lesión de dichas glándulas en cadáveres de griposos (Sergent, Marañón, etc.).

Observación 1.^a A. S., cuarenta y dos años, jornalero. Ingresó en el Hospital, padeciendo bronconeumonía gripal doble, con todo el cuadro clínico característico

de esta enfermedad, en sus formas graves. Se le trató con la vacuna antigripal y se le hizo una emisión sanguínea de 500 c. c.

El enfermo está postrado, sin poderse mover, y cuando, á costa de grandes esfuerzos, consigue hacerlo para sentarse en la cama, cae rendido y fatigado; el pulso es frecuente y pequeñísimo y muy depresible, y la radial deja de latir en cuanto se ejerce sobre ella la más ligera presión.

A los nueve días de su ingreso en la Clínica, los fenómenos bronconeumónicos han mejorado muchísimo; el pulmón está permeable, ha cesado la tos, y la temperatura ha descendido á 37°. Pero contrastando con esta mejoría local y general, el enfermo sigue en el mismo estado de intensísima astenia; las extremidades están frías y cianóticas; y el pulso continúa con la misma frecuencia y enorme hipotensión. Se le prescriben XV gotas diarias de suprarrenina, y desde los primeros días el enfermo mejora sensiblemente, hasta que á las dos semanas es dado de alta, completamente curado.

Observación 2.ª S. L., de cincuenta años, casada. Ingresa con el mismo cuadro clínico de bronconeumonía doble gravísima. Se la trata también con la vacuna antigripal y al octavo día, la temperatura, que al ingresar alcanzaba 39°,5, ha descendido á 36°,5 y los signos estetoscópicos, así como la disnea, tos, etc., han mejorado mucho.

Presenta, no obstante, igual estado de enorme astenia que el enfermo anterior, que la impide moverse en la cama; vómitos, diarrea, pulso pequeño intensamente hipotenso y muy frecuente. Lividez cianótica y frialdad de la nariz y las extremidades; y, en suma, un aspecto de inminente gravedad. Se prescribe la suprarrenina á igual dosis que en el caso anterior, observándose desde el principio la reposición del pulso y la atenuación de la astenia; y á los doce días la enferma es dada de alta, completamente curada.

* *

Las características clínicas del síndrome presentado por estos dos enfermos y singularmente la intensa astenia, la acentuadísima hipotensión y la algidez; así como el resultado verdaderamente específico obtenido con el extracto suprarrenal, en ambos casos nos permite asegurar el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal aguda, grave; llamando la atención de los prácticos hacia esta complicación, ya que su diagnóstico y tratamiento exactos pueden ser, en ocasiones, de vital utilidad para el enfermo.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Sobre la acción ocitócica de la quinina.**—El doctor Manuel J. Flores presenta una comunicación á la Sociedad de Médicos de Bolívar, en la cual dice que, á pesar de admitirse una acción excitante de la quinina á pequeñas dosis sobre la fibra muscular lisa, y, sobre todo, de las del útero, no ha podido comprobarlo en catorce años de ejercicio

profesional, en terreno tan eminentemente palúdico como el Estado de Bolívar.

Ha empleado la quinina á grandes dosis en todas las épocas de la gestación, y no ha tenido el menor trastorno, habiendo alguna vez tenido que intervenir en el momento del trabajo, por inercia uterina, á pesar del empleo de la quinina.

Refiere la siguiente observación, por demás interesante:

XXX.—Joven, casada, sufre de paludismo desde antes de su matrimonio; ha tenido cinco embarazos llegados todos á feliz término. En cada uno de ellos se han presentado accesos palúdicos, unos en los primeros meses, otros durante los últimos, habiéndosele suministrado quinina á fuertes dosis sin haberse presentado aborto ni parto prematuro. Los dos primeros niños los tuvo sin inconveniente y gozan de buena salud. En el tercer embarazo se presentaron los accesos palúdicos al quinto mes, y fué sometida como anteriormente al tratamiento quínico y trasladada á otra localidad donde permaneció todo el tiempo de la gestación. Llegado el momento del alumbramiento tuvo un niño robusto, todavía en mejores condiciones que los anteriores. En el cuarto embarazo se presentaron los accesos en la misma época; la misma medicación que en el anterior fué empleada, pero la paciente permaneció en el mismo foco palúdico, donde á pesar de las altas dosis de quinina persistieron los accesos hasta el octavo mes, debidos probablemente á reinfecciones. En estas condiciones tuvo un niño delgado, con anemia muy pronunciada; horas después el niño acusaba cianosis de los labios y de las extremidades, ligeras convulsiones, llanto con grito y elevación de la temperatura. Al día siguiente á la misma hora idéntico cuadro, y así se repitieron estos accesos por varios días. Dados los antecedentes de la madre, desde un principio se formuló el diagnóstico de accesos palúdicos cotidianos, que se confirmó por la presencia del *plasmodium vivax* en el examen hematológico. El niño curó á dosis elevadas de quinina.

En el último embarazo los accesos se presentaron en el séptimo mes y en la misma forma que los anteriores; se siguió el mismo tratamiento, permaneciendo la enferma en el mismo foco palúdico donde residía; en estas condiciones dió á luz un niño de término, delgado y anémico, quien tuvo tres horas después cianosis de las extremidades y de los labios, frialdad general, convulsiones y disnea. Estos síntomas duraron unos minutos para repetirse dos ó tres horas después. Se pensó en una forma perniciosa del paludismo, dados los antecedentes palúdicos de la madre, y se le aplicó una inyección de 10 centigramos de carbamido de quinina. El examen hematológico no reveló plasmodios palúdicos, pero hay que tener en cuenta que ya se había administrado la quinina. Diez y seis horas después de nacido el niño sucumbió en medio de uno de esos accesos. Cree que este niño como en el anterior el germen palúdico fué exclusivamente el autor de aquellos accesos que cedieron en el penúltimo á la acción de la quinina.

Esta observación ofrece el caso de una mujer en quien se efectuaron cinco embarazos con accesos palúdicos en cada uno de ellos y que á pesar de habérsele administrado quinina á altas dosis no se presentaron en ninguno síntomas de aborto ni parto prematuro.

Afirma que los abortos que se presentan en la gestación de una mujer palúdica, son debidos en la mayoría de los casos, á la infección palúdica y no al agente que tan valiosos servicios presta en el tratamiento de dicha enfermedad. (*Gaceta Médica de Caracas*, 15 de Julio de 1919.)

2. **La digitaloterapia moderna, basada en la actual concepción de la fisiología cardíaca.**—D. Antonio Mut

hace un estudio muy interesante de las diversas afecciones cardíacas, y los efectos obtenidos en ellas con el empleo de la digital; estudia las diversas teorías para explicar la acción de esta substancia, y termina sacando las siguientes conclusiones:

1.^a Los efectos más rápidos y brillantes de la digital se obtienen en la arritmia completa (fibrilación auricular).

2.^a La contraindicación más severa es la bradicardia, sobre todo cuando los métodos clásicos, ó mejor, los trazados gráficos, demuestran que existe un bloqueo parcial del corazón.

3.^a Las demás arritmias (taquicardia, pulso alternante, extrasístoles) no constituyen indicación precisa de la digital. Se exceptúa de esta regla la taquicardia paroxística, en la que puede y debe administrarse desde el primer momento.

4.^a La digital no produce aumento en la presión sanguínea. Por consiguiente, puede y debe administrarse en todo enfermo hipertenso, siempre que otras circunstancias lo indiquen.

5.^a La digital no es tampoco diurética *per se*. Sólo se obtienen efectos diuréticos manifiestos cuando existen edemas, y éstos obedecen á causa cardíaca.

6.^a Cuando se presenta la insuficiencia del corazón, la digital está indicada sea cualquiera la clase de lesión valvular de que se trate. Si éstas se hallan compensadas, la dederá es, por lo menos, inútil.

7.^a La indicación dominante de la digital es la *insuficiencia* del corazón. Cuando desfallezca la energía del miocardio por defecto de tonicidad, la digital está indicada, trátase de la arritmia que fuere. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, Octubre de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. **Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el azúcar, por A. Vinkler.**— Divide el autor los casos tratados en dos series, débil y fuerte: en la primera se empezaba inyectando 5 c. c. de solución de sacarosa al 5 por 100, aumentando progresivamente la cantidad inyectada y la densidad de la solución, de manera que á la décima inyección la solución era al 20 por 100 y se inyectaban 10 c. c., cantidad y proporción de las que no se pasaba. En la serie fuerte se inyectaban al principio 5 c. c. de solución al 10 por 100, aumentando hasta la inyección décima, en la que se inyectaban 10 c. c. de solución al 50 por 100. En ambas series la inyección se hacía en los glúteos, cada dos días, y precedida de inyección de novocaína.

En todos los enfermos el proceso tuberculoso se hallaba en actividad, evidenciándose unas veces los bacilos en la expectoración por el método de Ziehl-Neelsen, y tratándose en otros casos de procesos destructivos sin bacilos tuberculosos en la expectoración, pero con síntomas clínicos definitivos.

En los enfermos de la serie débil el dolor fué menor, no habiéndose determinado si se debía sólo al contacto de la solución con las fibras musculares ó si se produjo algo de exudado inflamatorio. En pocos casos se produjo una ligera elevación térmica (38°3), sin reacción de focos, quizás no diferente de la que se presenta en la *injetio vacua*. En algunos pacientes sobrevinieron ligeros trastornos, como sudores nocturnos, mayor debilidad, sin que se pueda afirmar que dependieran de las inyecciones. La disminución de la expectoración sólo se observó en uno de la serie fuerte, que tuvo vivos dolores que irradiaban al pie. Los de la serie débil expectoraban poco más ó menos como antes. Respecto al estado de euforia, nada se pudo comprobar.

Dotada de mayor poder difusivo la solución anestésica, es absorbida antes que la solución azucarada, que queda en

contacto con las fibras musculares, con cuyos jugos dista mucho de ser isotónica: esto explica la producción del dolor.

Pregúntase el autor si el azúcar, suponiendo que pueda llegar al pulmón sin ser transformado, obrará allí activando la cicatrización como en las heridas de la piel, ó si prestará su agua á los esputos para fluidificarlos, recubriendo de una capa mucosa los tejidos inflamados, ó si por el dolor que producen las inyecciones se aminoran los reflejos de la tos y la expectoración, ó, finalmente, si puede hablarse de una verdadera acción específica. En serio, nada puede sostenerse. — (*Wiener Klinische Wochenschrift*, núm. 40 de 1919.)— L. P.

4. **Falso permanganato de potasa.**— M. Dulière, inspector principal de Farmacia en Bélgica, ha tenido ocasión de hallar en casa de un farmacéutico un producto que se había entregado á este último con la denominación de *permanganato de potasa industrial*.

Este pretendido permanganato se presenta en granos irregulares, brillantes, que tienen un ligero parecido con la sal verdadera mal cristalizada. Por pulverización da un polvo pardo-rojizo soluble en agua fría, más rápidamente soluble en la caliente y que da una solución de color rojo sangre. Era igualmente soluble en el alcohol y daba una solución que los álcalis hacían cambiar el color en violeta azulado; con los ácidos la coloración se volvía amarilla.

El producto dejaba 6-8 por 100 de cenizas, en las que el autor ha observado la presencia de potasa, de sosa, de magnesio, de hierro y de cal combinadas con los ácidos sulfúrico, clorhídrico, carbónico y fosfórico.

El permanganato en cuestión era un extracto seco de leño tintóreo, probablemente un extracto acuoso tratado por el alcohol.

M. Dulière explica la sustitución diciendo que el permanganato de potasa se emplea á veces para teñir los muebles de madera; como este producto ha alcanzado precios muy elevados, se le sustituye, para este uso, por extractos tintóreos, y el vendedor, consciente ó inconscientemente, ha creído podía emplearse igualmente para el uso farmacéutico. (*Monitor de Farmacia*, 15 Octubre, 1919.)

5. **Tratamiento de la tuberculosis por inyecciones de sacarosa, por E. Ladek.**— Chassaingne, Lo Monaco, Medevielles y Guibert han empleado y dado á conocer este tratamiento.

Se disuelve azúcar cristalizada de caña en igual cantidad de agua destilada, se filtra varias veces y se esteriliza; de esta solución se inyectan en los glúteos cada dos días 5 c. c. tras otra inyección de 1 c. c. de solución al 2 por 100 de novocaína, con objeto de calmar el dolor, que suele ser tan intenso que á veces obliga á suspender las inyecciones.

Fueron sometidos á tratamiento 16 pacientes, todos con lesiones bilaterales y extensas, tos y expectoración, pero sin fiebre; excepto en dos, en todos existían abundantes bacilos tuberculosos en los esputos; en uno de ellos había tuberculosis laríngea.

A las pocas horas de la inyección, en el sitio donde ésta había sido practicada, todos experimentaron dolores, que algunas veces sólo se presentaban á la presión, y otras eran muy intensos y se irradiaban hasta el pie; desaparecían en uno ó dos días; en dos enfermos fué preciso suspender el tratamiento.

Nueve enfermos, ó sea las dos terceras partes de ellos, reaccionaron con fiebre nocturna de 38°, que duraba algunas horas y que después de las tres ó cuatro primeras inyecciones dejó de presentarse. En un caso en que siguió presentándose la fiebre hasta después de la sexta inyección, se suspendió el tratamiento. Reacciones de los focos ó genera-

les, como con la tuberculina, no se observaron en ninguno. Siempre se presentaron sudores nocturnos. En cinco enfermos, que fueron trasladados, sólo se practicaron 13 inyecciones; en los demás se hicieron 20, 30 y hasta 40.

En la tos y en la expectoración fué en lo que más influyó el tratamiento. Los accesos de tos fueron menos frecuentes y menos violentos, la expectoración más fácil, los esputos más líquidos y menos pegajosos, la cantidad total de éstos disminuyó; algunos pacientes decían notar en ellos un sabor dulzaino, pero es posible que fuera efecto de la sugestión; el número de bacilos permaneció inalterable.

En ningún paciente se observaron claramente síntomas objetivos de mejoría del proceso tuberculoso pulmonar; sólo en uno de forma ulcerativa, muy depauperado, que había padecido gripe, y en el que por tanto se trataba de una infección mixta, se pudo observar manifestamente en uno de los lados la desaparición de estertores de grandes burbujas.

En uno de los enfermos, á las 30 inyecciones, se presentó pleuritis exudativa, y en otro, á las 20 hematoma considerable; en el que padecía tuberculosis laríngea, ésta permaneció invariable.

Nada de particular se observó respecto al aumento de peso; en ninguno disminuyó; siguió aumentando en los que antes de instituir el tratamiento aumentaba; en dos permaneció invariable.

Los enfermos experimentan bienestar, á lo que quizás contribuya el levantamiento de espíritu por la esperanza en el remedio nuevo. No es éste inofensivo, y puede ser que el apasionado temperamento de los autores franceses haya influido en su encomio. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 2 de Octubre de 1919).—L. P.

6. Resultados de la vacunación preventiva contra la influenza—En el *Public Health Journ de Toronto* (Julio 1919), Wadsworth se refiere al uso de la vacuna contra la influenza en el Estado de Nueva York, incluyendo las referencias hechas por varios oficiales de Sanidad y médicos, las referencias de todas las instituciones del Estado y las referencias especiales de diferentes instituciones particularmente escogidas. La vacuna se preparó suspendiendo en disolución salina fisiológica los cultivos de quince diferentes especies del bacilo de la influenza desarrolladas en un medio adecuado de sangre coagulada, etc., etc. Un centímetro cúbico contiene un billón de gérmenes.

Reuniendo las conclusiones sobre el valor práctico de esta vacuna, es evidente que las empleadas hasta el día han fracasado en la producción de una protección contra la influenza ni la neumonía por influenza.—P. M.

7. Las enfermedades del páncreas como causa de la detención del desarrollo de los niños, por F. Passini. (*Deutsche med. Woch.*, núm. 31, del 31 de Julio de 1919).—Con las denominaciones de «infantilismo intestinal», de «insuficiencia digestiva de los niños», de «debilidad congénita del aparato digestivo», etc., se han descrito por Herter, Schütz y Heubner, respectivamente, estados en los que, según Escherich, Tisser y Moro, frecuentemente persiste la flora intestinal propia del niño de pecho, con microorganismos casi exclusivamente Gram-positivos, y que clínicamente se caracterizan por el estacionamiento del crecimiento orgánico.

Es de creer que en la génesis de estos estados intervengan diversos factores: insuficiencia de secreción de la pepsina, alteraciones de las glándulas intestinales, anomalías de inervación de los órganos abdominales, y también perturbaciones del funcionalismo del páncreas.

Como casos que comprueban este último origen, refiere el autor los siguientes:

En el primero se trataba de un niño de nueve meses, que á pesar de haberle cambiado de amas y de haberle alimentado con biberón, apenas se había conseguido que variara su peso del que tenía al nacer. Cualquiera que fuera la forma en que se le alimentara, las deposiciones eran diarréicas, anormalmente coloreadas, con manifiesta insuficiencia de digestión de la grasa, viéndose numerosas gotitas de ésta en las heces fecales. Murió de bronconeumonía. Por la autopsia se confirmó la opinión de que se trataba de una enfermedad del páncreas: en este órgano, de la mitad del tamaño normal, existía degeneración quística y desaparición de la ínsula de Langerhans. Ningún dato indicaba que la afección se debiera á la diabetes, á la sífilis ni á la tuberculosis.

De los mismos padres, y poco tiempo después, nació una niña, que vivió hasta los dos meses, en cuya fecha murió también por una infección de las vías respiratorias: casi el mismo era su peso al morir que al nacer, habiendo permanecido estacionario todo el tiempo, y también se comprobó por la autopsia la degeneración quística del páncreas y la desaparición de la ínsula de Langerhans.

En otro caso se trataba de un niño de diez y ocho meses: inútilmente se habían ensayado con él todas las formas de lactancia natural y artificial, pues si bien durante algunas temporadas se habían logrado ligeros aumentos de peso, el ascenso de éste se detenía pronto, retrocediendo luego hasta casi el peso primitivo. Murió de bronconeumonía, y en la autopsia se encontró el páncreas relativamente aumentado de volumen, con dilatación de los conductos excretores y retención de la secreción y focos necróticos del parénquima.

Aunque no fué posible determinar si en los citados casos era cuantitativa ó cualitativa la alteración de la secreción pancreática, se inclina el autor á creer que en los dos primeros se trataba de apancreatismo ó hipopancreatismo, y en el tercero de dispancreatismo. De esto se había originado la alteración de la flora intestinal bacteriana.—L. P.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Conducta en las hemorragias del aborto, por el doctor Bournet.—Como quiera que este accidente se debe siempre á un desprendimiento parcial del huevo y á su retención total ó parcial en la cavidad del útero, es necesario acabar artificialmente este vaciamiento, porque el útero vacío ya no sangra. Sin embargo, estos casos no son los que ponen al médico en un aprieto, porque la conducta que debe seguir es terminante, sino aquellos otros en que siendo el desprendimiento muy limitado se plantea el problema de si podrá continuar el embarazo, porque entonces la hemorragia es muy poco importante. Si se trata de una mujer que no menstrúa desde hace uno ó dos meses, y en la que se presentan dolores rítmicos en la región uterina, símbolo de que hay contracciones de este órgano, acompañados de un ligero flujo sanguíneo, como la vida de la madre no corre peligro, por lo pronto se hará lo posible porque continúe el embarazo, y para ello se acuesta á la enferma y se la hace tomar opio mediante una inyección de un centígramo de morfina, indicándole que á las tres horas se ponga una irrigación con treinta gotas de láudano de Sydenham disueltas en un vaso de agua templada. Este enema le repetirá otra vez durante el día. Al siguiente se pondrá otros dos enemas semejantes, pero con 25 gotas de láudano cada uno nada más. Así continuará todos los días á dosis decrecientes. Algunas veces con estas precauciones desaparecen todos los síntomas y el resultado es satisfactorio en extremo; otras dichos síntomas y sobre todo, la hemorragias menguan, pero así que la enferma

trata de levantarse de la cama, repite. Entonces, si su violencia no justifica la intervención más activa, se guardará á la enferma en reposo y se la vigilará constantemente para evitar que en un momento dado su gravedad se acrezca y se encuentre sin socorro. Se tomará la temperatura á diario y se hará la antisepsia de la vulva. Las irrigaciones vaginales son más perjudiciales que beneficiosas, deben suprimirse. Muchas veces se producirá el aborto espontáneamente, otras se agrava la hemorragia ó aparece la infección, y entonces hay que intervenir activamente sin esperar más.

Si la hemorragia es fulminante no hay que perder el tiempo con medidas que, seguramente, van á resultar ineficaces, sino vaciar el útero al momento, en la seguridad de que en el mismo instante la hemorragia va á cesar por completo, si pues tras del alumbramiento en el parto á término sobreviene algunas veces inercia uterina y una hemorragia que en muchas ocasiones es mortal, á pesar de todo cuanto se haga por cohibirla, este accidente puede decirse que prácticamente no se presenta nunca en el aborto. Conviene advertir que unas cuantas vellosidades coriales bastan para entretener una hemorragia peligrosa; por lo tanto, el vaciamiento ha de ser total. Lo primero que hace falta averiguar ante una hemorragia de esta naturaleza es si el aborto ha terminado por completo, es decir, si ha sido expulsado todo el huevo ó si solamente se está verificando, y quedan aún partes de éste dentro del útero. Para ello siempre que se pueda, que serán pocas veces, se examinará personalmente todo lo que la enferma ha expulsado, se recogerán los coágulos y se disociarán uno á uno á ser posible al chorro de la fuente, con lo que se distinguirán muy bien las vellosidades. Si al hacer este examen se encontrara el huevo indiscutiblemente íntegro, podemos considerar á la enferma al abrigo de todo peligro, y previa las condiciones de asepsia necesarias como después de todo parto, dejarla en reposo. Si hay elevación de temperatura se combatirá mediante la quinina que favorece la contractilidad del útero. Cuando no se tiene seguridad de que se haya expulsado el huevo completo, y esto es lo más corriente, está indicada la intervención, que muchas veces no se podrá hacer de momento porque se carece del material necesario. En tales condiciones se recurre por lo pronto al taponamiento vaginal, operación que requiere gran asepsia, y para la cual se cortarán y afeitarán, si es posible, los pelos que rodean la vulva, se extraerán de la vagina todos los coágulos que haya, y no se empleará nada de material que no esté perfectamente esterilizado. Lo más á propósito para hacer el taponamiento es una tira de gasa de unos 10 centímetros de anchura por 8 á 10 metros de longitud. Todo taponamiento que se haga con menos cantidad de material no inspira confianza. Como por lo común tampoco se dispondrá de este material, se recurrirá á paquetes de algodón hidrófilo, envueltos en pañuelos limpios que se harán hervir por espacio de media hora, por lo menos. Si tampoco se dispusiese de algodón hidrófilo, se emplearán paños que se hallarán en cualquier parte y que se someterán desde luego á la ebullición prolongada. Mediante una válvula ó un espéculum, se abrirá bien la vulva, y con unas pinzas largas se introducirá un extremo de la mecha de gasa ó de algodón, ó de paño, hasta el fondo de saco posterior de la vagina, para luego ir rellenando todos los resquicios.

Un taponamiento para estar bien hecho, requiere comodidad al hacerle, y para ello lo mejor es colocar á la enferma sobre una mesa cubierta con una sábana limpia de modo que la vulva quede á ras del borde de la mesa. En caso de disponer de dos ayudantes, se harán colocar las piernas flexionadas sobre el vientre. Si no los hay, basta con

hacer que apoye los pies en dos sillas convenientemente dispuestas. Un taponamiento bien hecho resulta un poco doloroso é impide la micción espontánea, por lo que es conveniente hacer orinar á la enferma antes de ponerle, y si no puede hacerlo sola, sonarla. El sondaje no se deba repetir con el tapón puesto, porque éste no se mantendrá más de veinticuatro horas en ningún caso. Durante este tiempo es muy frecuente que al quitar el tapón, pasadas las mencionadas veinticuatro horas en las que se habrá tenido tiempo de preparar lo necesario para el vaciamiento del útero, se encuentre en la vagina ó en el cuello uterino entreabierto el huevo entero ó todos los restos de él que no habían sido expulsados. Entonces el accidente se ha resuelto espontáneamente, y ya no queda otra cosa que hacer que poner una irrigación vaginal para limpieza de este órgano y administrar á la enferma en los días siguientes algo de sulfato de quinina. Si el huevo siguiese sin expulsar, se anestesia á la enferma, se dilata el cuello uterino, mediante las bujías de Hegar, después de haberle fijado por medio de una pinzas de garfio, y cuando ya se pueda introducir en el útero holgadamente el dedo índice, se mete la mano entera en la vagina, después de quitar la pinza de garfio. Para esta maniobra es lo mejor no colocar los dedos en forma de cono según tantas veces se ha aconsejado, sino introducir primero los cuatro últimos dedos y luego el dedo pulgar, de igual modo que se introduce la mano en un guante nuevo (Chacón). Con la mano izquierda se mantiene fijo el fondo uterino á través de las paredes abdominales. Entonces se introduce el dedo índice, y si se puede el índice y el medio en la cavidad uterina, y con ellos se va desprendiendo el huevo hasta lograr este desprendimiento por completo. En seguida con los mismos dedos ó mediante expresión del útero con la mano izquierda, por el procedimiento de Credé, se expulsan los restos. Por medio de la cánula de Doleris de doble corriente se pondrá una irrigación uterina con una solución yodiodurada. En caso de que siga sangrando el útero, aunque ligeramente ya, pues no lo puede hacer en cantidad, se coloca un taponamiento intrauterino que debe penetrar hasta el fondo de la matriz. Este cortará por completo toda hemorragia, y al extraerle arrastrará consigo todos los residuos del huevo que hubiesen podido quedar. Este tratamiento es el que hay que esforzarse por conseguir siempre, porque es el mejor en opinión del autor, pero si fuese del todo imposible anestesiar á la enferma, entonces la dilatación forzada es muy difícil de conseguir, y lo más prudente es, preparada la enferma para el taponamiento vaginal, hacer penetrar hasta más allá del anillo de Bandl una mecha de gasa empapada en tintura de iodo, la cual se sujetará por medio del taponamiento vaginal. Al extraer ambas mechas á las veinticuatro horas se encontrara el cuello dilatado todo lo necesario para proceder al raspado digital. El autor rechaza en todos los casos el empleo de la cucharilla cortante, porque aunque reconoce que no es muy doloroso ni exige una dilatación tan considerable, le considera un arma ciega. (*Gazette des Hôpitaux*, 27 de Septiembre de 1919.)

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de la hemorragia cerebral, por Gilbert.—El agente esencial del tratamiento preventivo de la hemorragia cerebral es la sangría, que debe ser repetida con intervalos más ó menos grandes desde una vez cada mes hasta cuatro ó seis veces al año; la cantidad de sangre extraída puede variar de 150 á 500 gramos. Edad de cincuenta á cincuenta y cinco años, facies congestiva, hipertensión arterial de veintitrés ó veinticuatro, vértigos, zumbido de oídos, ce-

faleas, hemorragias espontáneas que realmente se pueden calificar de providenciales, equimosis subconjuntivales, que el sujeto pertenezca á una familia de hemorrágicos; tales son los síntomas que indican la necesidad de sangrar. A la sangría [deben asociarse los purgantes salinos, el régimen alimenticio adecuado, el ioduro potásico—25 centigramos diarios durante tres á seis semanas, separados por intervalos de cuatro á ocho semanas de descanso y fricciones alcohólicas.

Como *tratamiento de la fase apoplética* de la hemorragia cerebral constituida, sangría—que á lo menos aminora la congestión cerebral activa de alrededor del foco, que tan importante papel desempeña en la producción de accidentes; discutiéndose si debe practicarse en el lado paralítico ó en el opuesto, que es el de la lesión, y si debe hacerse con preferencia en la mediana cefálica por desaguar más alta en la axilar—, sanguijuelas, ventosas escarificadas, purgantes, sinapización—con cuidado, porque fácilmente se producen escaras—, caloríferos—evitando cuidadosamente las quemaduras—, colchonetas de agua, cambiar frecuentemente al paciente de posición para evitar las congestiones hipostáticas, cateterismo; si el estado apoplético se prolonga, inyecciones de suero glicosado para hidratar al paciente, y de aceite alcanforado, de esparteína ó de cafeína, si defallece el miocardio.

En la *fase hemipléjica* conviene intervenir en seguida, sin esperar demasiado, como se hace generalmente. Desde que el coma desaparece conviene comenzar el masaje y la movilización articular. El amasamiento de los miembros paralizados será al principio suave y después vigoroso. La movilización articular se repetirá todos los días y se efectuará en todas las articulaciones del lado paralizado. Las articulaciones se movilizarán en todos sentidos, de tal suerte, que el día que el paciente recobre las funciones de sus miembros, los ligamentos y los tendones articulares no hayan perdido nada de su laxitud. El amasamiento evitará la atrofia y favorecerá la circulación en los músculos.

Un poco más tarde, pero tan luego como sea posible, hay que comenzar la reeducación voluntaria motriz. Los hemipléjicos se hallan en un estado de amnesia motriz, habiendo perdido la memoria de los movimientos; si no se les reeduca, caen en la abulia motriz, y más tarde en fobia del movimiento: como á un niño, hay que enseñar al enfermo á andar y á coger las cosas con sus manos. Como los movimientos son más fáciles dentro del agua, según la ley de Arquímedes, para que el paciente se anime, desde que empieza á ser capaz de efectuar algunos movimientos, se le debe bañar dos ó tres veces á la semana.

Más tarde aún se recurrirá á las corrientes galvánicas débiles, no á la electricidad farádica, que puede precipitar la contractura: si esta aparece se la combatirá por el amasamiento, la movilización y los aparatos de tracción elástica.

Fósforo, yoduros, nada de estriénina, que es susceptible de congestionar el eje cerebroespinal y favorecer las contracturas. (*Le Concor Medical*, 5 de Octubre de 1919.)—L. P.

ELECTROLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Quiste seroso espontáneo del iris: tratamiento y curación con la electrolisis bipolar.**—El Dr. Enrique B. Dénario presenta la siguiente interesante historia clínica, en la cual por no atreverse á hacer ningún otro tratamiento, empleó este medio curativo con excelente resultado.

D. M., cincuenta y un años, viuda, argentina. Persona

sana, no tiene antecedentes de familia ó personales de importancia. Fué operada hace cuatro años de un fibroma del útero. Nunca ha sufrido de los ojos, no ha recibido golpes ni heridas, ni por tanto nunca ha sido motivo de intervención quirúrgica en sus ojos.

Hace un año que comienza á notar que su visión disminuye del ojo izquierdo.

Al examen, el 25 de Enero de 1918, encuentro el ojo derecho normal.

En el izquierdo nada hay anormal en los párpados, músculos, conjuntiva, ni vías lagrimales. En el globo ocular nada tampoco es anormal, salvo el quiste del iris que se percibe perfectamente. Este comprende una tercera parte del iris del lado externo; por su lado interno alcanza á la pupila que deforma ligeramente, y por su parte externa llega completamente al borde ciliar, su cara anterior toca la córnea; el quiste es transparente y se deja iluminar muy bien con la lámpara de Sachs, la tensión es apenas aumentada, ligera inyección periquerativa, fondo de ojo normal, visión = $\frac{1}{4}$.

Hubiera deseado hacer la extirpación quirúrgica del quiste, para librar á la enferma de tan grave molestia y también para hacer el examen anatómico de la pieza. Difícilmente me decidía á ello, pues dada la extendida implantación del quiste y su tamaño, hubiera sido imposible su extracción radical y la recidiva necesaria. A la larga la enucleación se hubiera impuesto. Se me ocurrió entonces el uso de la electrolisis, hoy tan en boga en diversas partes del cuerpo y aun del ojo. Recorriendo la literatura, he encontrado que la aplicación de la electrolisis había sido propuesta y realizada por Thilliez (1908), sin que el método se generalice, no siendo citado en los grandes autores, lo que puede servir de excusa á mi ignorancia.

El 31 de Enero de 1918, con ayuda del Dr. Rómulo Gil y previas instilaciones conjuntivales de cocaína é inyección de una gota en la cámara anterior, practiqué la electrolisis, introduciendo en el quiste y á través de la córnea la aguja correspondiente al polo negativo. Durante dos minutos, dos milliamperes, y dos minutos después, cuatro milliamperes. Se vió bien la formación de burbujas.

Dos días después el quiste se había reducido á más de la mitad; había ligera inyección periquerística; en el punto de la punción ligera infiltración corneana. A la semana la mejora es visible; la tensión normal.

El 9 de Marzo de 1918, como el quiste tiene tendencia á crecer de nuevo, se le hace la segunda aplicación. La electrolisis es ahora bipolar, introduciéndose ambas agujas; las burbujas son más abundantes; la córnea se enturbia en su proximidad durante los cuatro minutos que dura la aplicación de cuatro milliamperes.

En los días sucesivos y durante quince días hubieron fenómenos inflamatorios marcados, pero felizmente cesaron, habiendo desaparecido completamente el quiste y quedando en su sitio una ligera sinequia del iris con la córnea en el punto de la punción. Hay que hacer notar que el cristalino se opacificó, lo que redujo su visión a contar dedos á 0,50 centímetros.

Hasta la fecha (1.º de Julio de 1918) todo está en orden y hace suponer que el quiste ha sido radicalmente curado. No he querido expresamente extraer su catarata, lo que se hará más adelante. (*Semana Médica* de Buenos Aires, 4-11-1919).

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.

Las últimas Asambleas. — Asuntos varios é importantes.

En la última semana se han efectuado en Madrid dos nuevas Asambleas de Corporaciones médicas: la de los Colegios Médicos de las provincias Vascongadas y la de los Colegios Médicos de toda España. A través de la natural confusión producida por la coincidencia de estas Asambleas, de cuya diversidad nadie se daba explicación, he aquí lo que hemos podido averiguar. La Asamblea de Colegios Médicos estaba convocada desde hace meses y tenía por objeto, entre otros de menor importancia, el llegar á la federación ú organización armónica de los diferentes Colegios provinciales, es decir, de todo el Cuerpo médico español. Sin términos pomposos, ni fórmulas de dudosa interpretación, lo que se procuraba obtener era una efectiva y práctica *Sindicación*, que no otra cosa es y ha sido siempre toda colegiación profesional. Pero elementos que no tenemos necesidad de señalar, pues, son bien conocidos en sus propósitos y en su historia, temieron, sin duda, que esta reunión hiciera comprender lo que era evidente, la inutilidad anterior y presente de los aludidos elementos, y discutieron convocar precipitadamente otra Asamblea, en fecha anterior de algunos días á la de los Colegios, para darse la pueril satisfacción de decir que ellos eran los iniciadores de un movimiento de aparente unión y de disgregación efectiva, puesto que sólo en nombre de una parte de los médicos se congregaban.

Como los hechos tienen una lógica á la que nadie puede oponerse, ha resultado lo que había de resultar: la primera Asamblea en el orden cronológico ha pasado inadvertida, y la de los Colegios Médicos ha llegado á acuerdos que serán estimados con consideración y respeto por el Gobierno y por toda la clase médica.

Por hoy nada más podemos decir: no están las circunstancias políticas para consentir profecías, ni siquiera para afirmar lo mismo que se tiene por seguro; pero baste con decir que ahora parece que el asunto, desde el punto de vista médico, reviste aspectos de formalidad que confirmarán las buenas

disposiciones del Gobierno y del Parlamento, si es que la semana que viene hay Parlamento y Gobierno.

La Asamblea de los Colegios vascongados ha tenido, como objeto principal, uno que no puede ser más razonable, y en el cual es lógico que les apoyen todos los médicos españoles: se refieren estos Colegios al abuso inconcebible y á la desigualdad molesta que resulta de la capacitación que con tanta facilidad se concede á los médicos extranjeros para ejercer en España, á cambio de las dificultades y falta de reciprocidad que encuentran los médicos españoles para ejercer en el extranjero.

Baste con recordar los hechos siguientes: Desde el año 70 próximamente, el Gobierno español ha concedido á los médicos portugueses libre ejercicio profesional en España, esperando del Gobierno portugués una reciprocidad que al cabo de cincuenta años no se ha concedido en esta fecha; en varias repúblicas americanas sucede esto mismo; recordamos el caso particular de un médico español, catedrático de número de la Facultad de Madrid y académico también numerario de la Real de Medicina, á quien no se consintió su ejercicio profesional en una República americana, en época en que, solamente acudiendo á datos personales, podían señalarse en Madrid 5 ó 6 médicos sudamericanos que ejercían sin obstáculo alguno.

Otro caso menos conocido: durante la última guerra un médico español ha ejercido en un Hospital de sangre de París hasta la cesación de las operaciones, ha sido condecorado por el Gobierno francés, pero éste le ha negado autorización para continuar ejerciendo en Francia.

No censuramos el que cada Gobierno tome las medidas que estime oportunas para garantizar el ejercicio profesional en su territorio; pero lo que sí censuramos es que el Gobierno español dé una muestra tan notoria como infundada del desdén que le merece la validez de los mismos títulos que él concede.

Y luego, para muestra de nuestras eternas paradojas, el *español* que adquiere un título en Universidades extranjeras, tiene que revalidarle en España; esto es, se encuentra en peor condición que el nacido fuera de nuestra patria.

Es de esperar que la justa pretensión de los Colegios vascongados sea atendida y que se revisen las autorizaciones concedidas hasta la fecha, cesando en la concesión de otras nuevas con los países que no nos concedan la debida reciprocidad.

La Asamblea de Colegios envió como acto final de sus acuerdos una Comisión de su seno para visitar el Colegio de Huérfanos del Príncipe de Asturias. El efecto que en esta Comisión produjo su no anunciada visita efectuada en la mañana del día 2, se comprenderá con decir que en el local mismo redactaron los visitantes unas cuartillas que en forma de manifiesto dirigirán a todos los médicos españoles, alentándoles en la santa labor de progreso de aquella Institución.

La Comisión, de la que formaban parte los señores Villegas Montesinos, de Córdoba; Peña Vaguero, de Valladolid; Pérez Gallo, de Briviesca; del Mazo Andrés, de Palencia, y otros, pasó a visitar y a felicitar cordialmente al presidente del Patronato Dr. Cortezo, cambiándose entre todos frases de afectuosa cordialidad y de entusiasmo.

Al entrar en prensa nuestro número, vemos con satisfacción que por la intervención atinada y discreta del Colegio de Médicos de Murcia se ha resuelto favorablemente la cuestión del pago de honorarios de los médicos de Caravaca, que era a nuestro juicio la más escandalosa de las que se encontraban pendientes en tantos otros puntos de España.

Continúen así los Colegios, que la justicia, es la justicia.

DECIO CARLAN

DE RE SANITARIA

CARTA ABIERTA

A LOS SEÑORES DE LA COMISIÓN MÉDICA DESIGNADA POR EL EXCMO. SR. MINISTRO DE LA GOBERNACIÓN, PARA INFORMAR EN LOS ASUNTOS DE REFORMAS SANITARIAS

Un Ministerio de Sanidad ¿para qué? Para dar órdenes que nadie cumple, para arrancar de los departamentos ministeriales el sin número de servicios médicos que tienen adscritos. ¿Va el ministro de la Guerra a prescindir de mandar a los individuos que forman el Cuerpo de Sanidad Militar? ¿El de Marina dejará que otro entienda en el Cuerpo de Sanidad de la Armada? ¿Quién arrebatara a Fomento los médicos de Sanidad del Campo y los inspectores veterinarios de que dispone por su ley de Epizootias? ¿Cómo pretender que el de Instrucción Pública desista de su sueño de inspectores escolares y disponer no sólo de los vocales médicos de las Juntas locales de enseñanza, si que también de los médicos de beneficencia? ¿Es factible que el de Gracia y Justicia renuncie a ser jefe de los forenses y médicos

de penitenciarias y prisiones? ¿Podrá el de Estado renunciar al derecho que le asiste de nombrar a los que han de representarle en las conferencias internacionales, que de paso sea dicho, en ellas se toman acuerdos que nos obligan sin que el Gobierno pueda oponerse a ello?

El día que el flamante Ministerio de Abastecimientos se convierta en Ministerio de Comercio no dejará de reclamar para sí los médicos de puertos y fronteras y los de emigración.

El ministro de Hacienda, cuya misión está reducida, en lo que a los médicos se refiere, a ordenar se cobre de los libres lo necesario para pagar a los que ejercen cargo oficial, tal vez no ponga reparos a la creación del Ministerio de Sanidad; el que indudablemente estará conforme con ello, será el de la Gobernación por los sinsabores que le acarrea la Sanidad y los médicos, si bien algunos de sus subordinados lo sentirán por los servicios de Higiene hipotéticamente transformados hoy en profilaxis del mal venéreo y por el derecho que les asiste de nombrar delegados e inspectores y tratar los asuntos sanitarios de los pueblos de su provincia, según los vientos que corren antes o después de unas elecciones.

Un departamento de Sanidad con su ministro sujeto a las trimestrales crisis, con subsecretario, directores, jefes, porteros mayores, delegados en provincias y subalternos en los pueblos, no es posible en nuestro país y no creo exista en nación alguna.

Diffícil es prever si en la radical transformación que la dirección política de los pueblos ha de sufrir, en cuanto termine la tremenda crisis actual, la práctica de la medicina será socializada y estará supeditada a los trust y sindicatos, con tarifas señaladas por cooperativas y compañías de seguros, y la parte científica en sus aspectos docente y de investigación se considerará como función del Estado y por ende dependiente de un organismo anexo a Instrucción pública, o bien, si las fábricas de títulos y centros de investigación, serán autónomas y libres.

Interin se despeja la incógnita, estimo que los médicos alcanzaremos la respetabilidad y consideraciones a que tenemos derecho por los servicios que prestamos al individuo y a la sociedad toda, con solo ser médicos y haciendo siempre de médicos. Fundo tal esperanza en lo que, en mis cincuenta y tantos años, he visto y observado, y es, que existen en esta provincia (la de Gerona), y supongo que en las demás pasará igual, médicos cuyos antepasados, de dos, tres y más generaciones ejercían ya en los pueblos en que se halla el que hoy visita, sin que ninguno de ellos hubiese necesitado ser funcionario de clase alguna; con solo ejercer de médico obtuvieron de sus convecinos la estima y remuneración debidas.

Esto dije hace un año al Dr. Coca (1), contestando

(1) Gerona, 22 Octubre de 1918.—Dr. Coca.—Madrid.—Muy señor mío: mucho dudé si debía o no contestar a su atenta carta del 15, instándome a que contribuya a la información abierta por la importante Revista que usted tan dignamente dirige, referente a la conveniencia de crear un Ministerio de Sanidad. Como soldado de

á su requerimiento para que contribuyese á la información abierta en la *Medicina Ibera*, sobre la creación de un Ministerio de Sanidad, como panacea para curar el malestar de la clase médica; reconozco que lo escrito no encuadra en los procedimientos de halago que están en uso y por ello hizo bien en no publicarlo.

Como las ansias de redención persisten, me atengo á lo escrito y hoy debo añadir que por mientras no se nos enseñe y eduque de otro modo, toda organización sanitaria que se intente, fracasará.

Con aunar la ley de Sanidad de 1855 y la Instrucción de 1904 teniendo muy presente que la actuación sanitaria ha de estar completamente separada de la acción benéfica, suprimiendo algunos organismos artificiosos y burocráticos, robusteciendo la autoridad de las Juntas de Sanidad y dando poder coercitivo á los Colegios, los derechos y deberes de los médicos estarían deslindados y la Sanidad pública garantida.

Las Juntas de Sanidad que en su más rudimentaria organización se hallan integradas por representantes de la industria y la propiedad, tienen el control de la Iglesia y los consejos de médico, farmacéutico y veterinario, presididas por el alcalde, con poder ejecutivo y no el mero consultivo que hoy poseen, serían verdaderos Comités de salud pública, que sin lesionar grandes intereses, darían solución á problemas sanitarios, aun en esos pueblos de caserío disperso y cuyos habitantes apenas conocen la higiene personal y en los cuales no es dable aplicar los Reglamentos sanitarios que necesariamente han de cumplirse en villas y ciudades.

Ordenar que el alcantarillado, suministro de agua, régimen de mataderos, policía de mercados, higienización de viviendas, aislamiento de infecciosos, inspección de escolares, rijan por igual en entidades de población que por sí solas no llegan á formar municipio, que en urbes de miles de habitantes, es un error en que incurrió el legislador. Se arguye que el rústico y el ciudadano tienen igual derecho á que la Ley ampare su salud; no he de ser yo quien lo niegue, pero hay alguien capaz de afirmar que son idénticas las circunstancias que rodean á uno y otro desde la cuna al sepulcro.

Ampliando el número de vocales y entidades, que deben formar parte de las Juntas de Sanidad á proporción del mayor censo de población, hasta equipararlas á las actuales Juntas provinciales, verdaderas corporaciones idóneas para resolver complejos asuntos de Higiene pública, dejando para el Real Consejo de Sanidad la resolución en última instancia de los asuntos arduos; elevando á su vicepresidente de libre elección del Consejo á la categoría de director general, tendríamos una sólida armazón sanitaria.

Creando un cuerpo de inspectores, encargados de velar sobre la observancia de las órdenes dimanadas de la Dirección ó las Juntas, con facultad de proponer las mejoras que su celo les sugiriese para mejorar los servicios confiados á su vigilancia.

Á la, mi deber sería callar, mas ante la invitación de los superiores doy un paso al frente y hago entrega de las dos cuartillas que acompaño; si las halla usted aceptables, utilícelas, si no, échelas al cesto, que por ello no se dará por agraviado s. s., J. PASCUAL.

Como auxiliar indispensable á las inspecciones y necesario elemento de juicio, á más del Instituto Nacional de Higiene habría necesariamente que crear en las capitales de provincia y poblaciones de más de 20.000 habitantes ó en comarcas ó partidos judiciales, según permita la topografía agrupar un conjunto de poblaciones de más de 25.000 almas, laboratorios y parques sanitarios bajo el control de los inspectores, regidos por una comisión administrativa nombrada por la Junta de Sanidad de la localidad ó por la mayoría de las Juntas de los pueblos que integran la comarca ó partido en que funcionasen Laboratorio y Parque.

Deben suprimirse las actuales subdelegaciones (1) que si pudieron ser útiles cuando su creación, hoy sobran del todo, puesto que gran parte de las obligaciones que les impone el Reglamento de 1848 quedan incumplidas y otras son de incumbencia de los Colegios (médicos, farmacéuticos y veterinarios), corporaciones á las cuales encomienda la ley de Sanidad y la Instrucción general el prevenir, amonestar y calificar las faltas de orden moral que puedan cometer los que ejercen profesiones sanitarias.

La intervención de la Administración en asuntos sanitarios debe quedar reducida á la profilaxis de las enfermedades y bastando para ello un director general técnico, electivo por el Real Consejo de Sanidad, y éste con atribuciones similares á las que posee el Instituto de Reformas Sociales, cuyas iniciativas han llegado á tener fuerza de ley, Juntas locales y provinciales de Sanidad para adaptar en sus respectivas jurisdicciones los Reglamentos dimanados de la Superioridad, el Instituto Nacional de Higiene y los Laboratorios y Parques sanitarios diseminados en capitales y partidos y una efectiva inspección, quedaría sobradamente garantido el ordenado funcionamiento de las profesiones sanitarias.

La Inspección deberá ser *general* para los asuntos de carácter internacional, *regional ó provincial* para servicios que no encuadrasen en los límites de un municipio, y *local*, un inspector en cada Ayuntamiento. Los inspectores generales serían de libre elección del Gobierno, nombrados por la Dirección general con las form alidades y garantías que exigiese el Real Consejo los regionales, provinciales y de poblaciones de más de 10.000 habitantes por previa oposición, los restantes por libre elección de las Juntas de Sanidad. Todos los inspectores tendrán garantido por el Estado el cobro de sus emolumentos.

Excepción de los altos cargos, que gozarían de sueldo fijo, los servicios de inspección deberían estar gratificados á tanto por servicio que se prestase; ello serviría de estímulo para intensificar su acción (la nómina

(1) Las actuales subdelegaciones son organismos anacrónicos; tengo el pleno convencimiento de que si se girase una visita de inspección verdad, catalogando lo que en los archivos de las subdelegaciones se guarda, quedaría probado cuán inútiles han resultado. Pasaron aquellos tiempos de los primeros subdelegados quienes daban cuenta periódica á las Academias de distrito de los trastornos que en la salud pública de la comarca se presentaban, hoy buena parte de ellos solicitan el cargo para adjetivarlos miembros de las recetas ó las tarjetas de visita, y alguno que otro para hojear la Ley de emolumentos sanitarios.

propende á amortiguar la actividad. En la tarifa de emolumentos debería desaparecer la socaliña del tanto por ciento al superior que hoy existe y prescindir de la base de población, puesto que igual trabajo supone el inspeccionar un local ó dictaminar sobre un servicio en pequeñas poblaciones que en las grandes urbes; la diferencia que las actuales tarifas señalan, quedaría compensada con el mayor número de actos de inspección que tendría que realizar el inspector de un lugar ó el de una ciudad.

El deber de asegurar á los indigentes los medios necesarios para combatir las enfermedades que pueden sobrevenirles es función completamente distinta de la sanitaria; no basta tal como está hoy organizado, facilitarle médico y medicinas; el individuo enfermo necesita, además, el plan dietético que la enfermedad imponga; conviene, si el enfermo es el jefe cabeza de familia, que ésta no carezca de lo elemental para vivir; si es un niño, precisa apartarle de toda contingencia que depaupere su organismo, y á la par hay que evitar que el enfermo ó su domicilio sean focos que irradie effluvios morbosos; para ello bastaría crear un completo servicio escalonado de hospitales; meras enfermerías en los pueblos de escaso vecindario, edificios de reducida capacidad en villas y centros de comarcas, con servicios diferenciados en ciudades y poblaciones de 5.000 á 10.000 habitantes, verdaderos nosocomios en las grandes urbes; á ellos tendrían que acudir los indigentes que necesitaran asistencia. La hospitalización debería ser obligatoria en casos de enfermedad contagiosa.

Habrà quien diga que el indigente tiene, al igual del *burgués*, derecho á permanecer en su domicilio. No; á lo que tiene derecho es á ser debidamente asistido, lo que no puede hacerse dejándolo en su casa donde todo falta; sola la visita del médico, el suministro de la medicina que prescribe, los escasos recursos que la caridad de algún vecino puede suministrarle, no impide que se revuelque entre pajas, se abrigue con harapos, que sus excretas infecten á los deudos, que sus emanaciones se concreten en sucias paredes, que perdure su enfermedad ó que ésta le deje aniquilado para volver de lleno al trabajo que tuvo que dejar. El diftérico, el tífico, el escarlatinoso, el tuberculoso, han de ser debidamente cuidados.

Adviértase que pido la hospitalización obligatoria para los indigentes, es decir, *todos los faltos de recursos para subvenir las necesidades que acarrea una enfermedad* (1); el hospital no ha de servir nunca para los ricos, no ha de ser tampoco un refugio para holgazanes, ni hospedería de pordioseros; los primeros podrán utilizar las casas de curación y talleres quirúrgicos que la iniciativa particular ha creado; los vagabundos y holgazanes,

(1) Dado el gran número de sindicatos, sociedades de resistencia, Comités que pretenden y logran mejoras económicas de la clase jornalera, ha de ser difícil hallar familias que no pueden destinar cuatro céntimos al día (tipo mínimo de una iguala), para pagar al médico que ha de asistirles en las enfermedades comunes; la ocasionada por accidentes del trabajo reales ó figuradas, ya viene obligada á pagarle el patrono.

los reglamentos de policía urbana han de señalarles su modo de comportarse para que no afeen nuestros poblados.

He de hacer constar que lo que propongo no es original ni irrealizable; la orientación que señalo ha sido inspirada en el ejemplo de pasadas generaciones, puedo asegurar por lo que á nuestra provincia se refiere, que antes de que los modernos sociólogos nos atiborrraran de altruismo y humanitarismo, en todas las poblaciones de más de 2.000 almas había hospital sin que dejaran de tenerlo muchas de menor vecindario; para convenirse de ello, basta hacer constar que siendo 32 los municipios que tienen un censo superior á 2.000 habitantes, son 60 los Ayuntamientos que perciben rentas de bienes que pertenecieron á aquellos benéficos asilos (1).

La desidia de nuestros padres y la poca aprensión de la generación actual han hecho que administradores poco escrupulosos disiparan las rentas de aquellas fundaciones y las complacencias de nuestros políticos han permitido que el Estado les arrebatara sus bienes con desamortizaciones y repetidas conversiones de Deuda pública.

Los servicios que el médico en su calidad de tal presta al común de las gentes, es decir, el aspecto profesional de la medicina, escapa á la acción de la Administración pública, depende solo del común acuerdo entre cliente y médico; podrá éste, si lo estima bueno para sus intereses, tratar con una comunidad de vecinos, creándose un partido médico, aceptar un cargo de médico de una Hermandad ó Montepío, ser médico de una Compañía de Seguros, igualar á familias é individuos sueltos, indicar anticipadamente sus honorarios en intervenciones y tratamiento, podrá especializar su práctica y hasta industrializar su modo de ejercer; tiene derecho á hacer valer su talento ó su audacia, nadie podrá impedirle probar fortuna; lo que no podrá en ningún caso es dejar de cumplir las leyes y reglamentos sanitarios, ni hacer una competencia desleal á los otros médicos; de las omisiones legales en que incurra cuidará de corregirlos la *Inspección*; de su comportamiento profesional entenderán los *Colegios* con autoridad bastante para juzgar y castigar deslices y trasgresiones que por estar al margen del Código Penal quedan impunes, con grave detrimento de la sociedad.

Corriendo á cargo del Estado un riguroso servicio de profilaxis (Higiene pública), normalizando la beneficencia hospitalaria para indigentes, y el ejercicio de la profesión sin más límite que el de una práctica honrada, la salud pública quedaría garantida, el malestar de la clase médica desaparecería, el bochornoso episodio de Jerez no podría reproducirse.

J. PASCUAL.

28 Septiembre de 1919

POSTDATA.—La casualidad ha puesto en nuestras manos un tomo de las *Décadas de Medicina* (tomo IX, Ma-

(1) No encaja en esta carta una detallada reseña de los hospitales que había en las comarcas gerundenses, número de camas que tenían dispuestas y capital que contaban *Deo volente* será objeto de un estudio especial.

drid 1826), periódico que se publicaba en Madrid hace un siglo; en él va inserta una carta del Dr. D. Mateo Seoane, fechada en Rueda y Julio de 1819; en ella se dice:

«La principal causa de la degradación (*sic*) de los médicos es la invención de los contratos entre los facultativos y los cuerpos municipales de los pueblos. Desde el momento mismo en que el profesor de la ciencia de curar, de esa ciencia liberal por esencia cedió su libertad y se contrató especialmente a sí mismo, pactando con una autoridad que tiene en su poder todos los medios de abusar, fomentó la creencia común en los pueblos de considerar á los facultativos como *criados de la villa*.

«Si en vez de pactar con los Ayuntamientos hubiesen insistido en toda su plena libertad haciendo contratos particulares con los vecinos de los pueblos, contratos que siendo solo entre particular y particular tienen todas las ventajas de las dotaciones fijas y ninguno de sus inconvenientes.»

«Nadie ignora cómo se adquieren los partidos; los caprichos más ridículos, los compromisos más irracionales y á veces hasta las más degradantes preocupaciones presiden á la admisión de los facultativos en los pueblos.»

«¿No sería mejor que los profesores de la ciencia de curar ejerciesen libremente su profesión obligando á los que reclamasen su asistencia á pedirlo como una gracia?»

«Hay quien propone un medio eficaz para mejorar la suerte de los médicos de partido; el que los Ayuntamientos no tuvieren facultad de despedirlos; este paso equivaldría á prohibir los contratos y convertirnos en verdaderos empleados; ¿faltaría acaso á los pueblos que quieren arrojar á sus facultativos mil medios de aburrirlos? ¿No sería altamente indecoroso para los profesores y la profesión misma el empeñarse en seguir contra viento y marea sufriendo desaires á continuo? Se dice que es vergonzoso el abandonar el partido.»

«Lo vergonzoso es subsistir en un pueblo donde no se ha podido ó no se ha sabido formarse una reputación; el que se halle en este caso si tiene honor busca otra parte donde hacer ver la injusticia con que se le ha tratado.»

No he de ser yo quien diga si el Dr. Seoane fué profeta, pero sí he de repetir lo que indiqué al principio, y es, que en esta provincia son varios los médicos de abolengo profesional, sin que ni ellos, ni sus antepasados hayan figurado en nóminas del Municipio, y añadir que los hay, y en gran número, que por voluntad de los vecinos desempeñen el cargo de alcalde.

Aquí, la mayoría de rodalias ó partidos se han creado de común acuerdo entre vecinos y el médico, sin intervención en alguna de la Administración.

Dejaría de ser sincero si no hiciere constar que de algunos años acá se ha despertado la afición á cobrar de los fondos del Ayuntamiento, algunos con cantida-

des irrisorias y hasta figuradas á veces, debido al temor de ver realizadas las promesas hechas por los *redentores* de que el Cuerpo de Titulares, con su Junta, sus clasificaciones, escalafón y ascensos, impondría á los pueblos el médico que habría de asistir al común de vecinos; ante tal peligro se han puesto, y han hecho bien, en condiciones de resistir la avalancha de tal competencia.

J. P.

ASAMBLEA DE TITULARES

Según estaba anunciado, el 17 del actual dió comienzo la Asamblea de titulares de la cual ya tienen noticia nuestros lectores por la prensa diaria, en la que se hacía constar (y lo celebramos) el entusiasmo y la gran concurrencia á ella; pero como nosotros escribimos para compañeros, hemos de decirles la verdad, y ésta es la siguiente.

El día 17, á las once de la mañana (á pesar de estar citados á las diez), dió comienzo la sesión en el Ateneo, presidida por Almarza, el cual hizo historia de los padecimientos de la clase, y explicó su entrevista con Besteiro para deducir que debemos ingresar en la Unión General de Trabajadores.

Después hicieron uso de la palabra varios compañeros, la mayoría de los cuales son opuestos á esta unión.

D. José Haro, médico de Caravaca, hizo historia de los motivos que han tenido para ir á la huelga, y pide el apoyo de los compañeros, el cual se le ofrece con gran entusiasmo.

A instancias del Sr. Rodríguez de Dios, hace uso de la palabra el Dr. Ballesteros, el cual dedica elogios al ministro de la Gobernación, y ataca al de Hacienda; dijo que ya se sabe que éste suprimió 10 millones del presupuesto de Gobernación, y que allí estaban incluidos los haberes de los médicos (lo cual sabe muy bien el Sr. Ballesteros que no es cierto.)

Dice también que saltando por cima de todo, se ha dado un Real decreto concediendo 500.000 pesetas, para material, las cuales se gustarán mal (cosa que también le consta al Sr. Ballesteros que no es cierta); pues estas pesetas son el sobrante del crédito que se concedió para la epidemia, que hay que devolverlas al Estado si no se emplean en material, del cual siempre estamos reconociendo que estamos necesitados.

Esto hace que un compañero, cuyo nombre lamento no conocer, diga que no se debe censurar lo que se gaste en material, pues la última epidemia demostró nuestra carencia de él.

Y con esto terminó la sesión de apertura, á la cual concurrimos 61, cuando empezó la sesión, y á la terminación éramos 82.

Por la tarde hubo reunión en el local Fomento de las Artes y se discutió la siguiente ponencia:

Primero. Nombramiento de una Comisión ejecutiva, la cual será mandataria de los siguientes acuerdos de la Asamblea.

Segundo. Ver á la mayor brevedad á los ministros

de la Gobernación y Hacienda para cerciorarse si está incluido en los próximos presupuestos el pago de las dotaciones de los titulares por el Estado.

Tercero. Presentar á las Cámaras colegisladoras un mensaje, por los trámites constitucionales necesarios, haciendo presente que, caso de que las Cortes actuales no aprueben dicho pago, declinan para lo sucesivo la responsabilidad de los sucesos que se originarían al verse precisada á la ejecución de medidas rigurosísimas de defensa.

Cuarto. Para la ejecución de estos propósitos cuenta la Asociación con las organizaciones regionales existentes y las adhesiones, bajo palabra de honor, hechas á la Comisión ejecutiva de la Asamblea anterior.

Quinto. Para la mayor extensión de los acuerdos la Comisión recabará la adhesión de los que no lo hayan hecho el día de la fecha.

Se pronunciaron fogosos discursos, en los cuales se propusieron la adopción de medidas radicales, y terminó con uno muy sentido pregonando la unión como único medio de conseguir nuestras aspiraciones, el señor Sanmiguel, del partido de Torrijos.

Se acordó que una Comisión visitara al día siguiente al señor ministro de la Gobernación.

El día 18 no pudo celebrarse la sesión en el Ateneo, porque no nos reunimos más que ocho ó diez asambleístas.

La Comisión fué á ver al Sr. Burgos Mazo, el cual les recibió con gran cortesía, y en demostración del interés que tiene por los médicos, les presentó la fórmula que ya el sábado anterior publicó EL SIGLO MÉDICO (dirá alguno que esto ha sido debido á presión de la Asamblea).

Por la tarde hubo sesión, y allí los que habían formado parte del Comité de defensa dieron cuenta de los motivos por los cuales se habían separado, y se acordó que se formara un Comité central, *solamente de titulares*, el cual hará los trabajos necesarios para conseguir la sindicación de éstos, prescindiendo de los políticos médicos y de los de las poblaciones (buena manera de predicar la unión empezar excluyendo á derecha y á izquierda).

Al día siguiente fué otra Comisión á ver al Sr. Bugallal, y según nuestras noticias, este señor les manifestó (como ya había manifestado á los Dres. Cortezo y Salazar, tan censurados), que no se aprobarán los presupuestos sin que vaya incluida la consignación de los haberes de los médicos, pero que estudia la forma más factible y que menos tropiezos tenga en las Cortes.

Después de redactarse las bases que se presentaron al Gobierno como acuerdos de la Asamblea y de introducir entre ellas la *original* e inusitada *de que en ninguno de los proyectos de Ley ni disposiciones reglamentarias futuras se pueda tocar á la actual organización de la Junta de Patronato y Defensa*, se disolvió la Asamblea, por supuesto sin tomar el acuerdo ni menos la molestia de girar una visita por el Colegio de Huérfanos, por si acaso tenían el disgusto de ver que aquello marcha prósperamente... á pesar de los pesares.

Respecto á la continuación de la Junta de Patrona-

to, que por lo que se ve era lo que se trataba de demostrar, y de sobreañadirle un Comité central compuesto de titulares que vendrán á Madrid periódicamente y á cuyos gastos contribuirán los titulares de toda España, no tenemos otra cosa que decir sino que este procedimiento nos parece mucho mejor que el de los *protectores permanentes de oficio*, pues al fin los titulares efectivos podrán renovándose representar mejor las aspiraciones de los de su clase que los que pueden haberlas olvidado en sus cómodas representaciones madrileñas.

FRANCISCO LÓPEZ PRIETO.

Madrid 25-11-919.

Documento parlamentario. ⁽¹⁾

Art. 5.º 4) TIPO DE MORTALIDAD EN LOS MUNICIPIOS.—Siempre que el número de defunciones ocurridas en un Municipio durante cinco años consecutivos exceda del tipo de mortalidad media en la Península, el inspector municipal de Sanidad llamará la atención sobre el hecho al inspector provincial, é inmediatamente se practicará por éste una información detallada acerca de las causas que produzcan la inusitada mortandad y de los medios adecuados para evitarla, sometiendo el asunto á la Junta provincial de Sanidad y elevando después el expediente á la Inspección general para su resolución definitiva por el Ministerio de la Gobernación.

Aprobado que sea el plan de reforma que se juzgue indispensable para establecer la normalidad sanitaria en la población, se dará un plazo prudencial á los Municipios para que ejecuten las obras de saneamiento, pasado el cual, y después de una nueva información realizada por las Autoridades sanitarias centrales, el Estado podrá encargarse de llevarlas á cabo por cuenta de los Ayuntamientos responsables.

Cuando la causa del abandono sanitario sea debida á la escasez de recursos económicos de los Municipios, el Estado tratará de favorecer la ejecución de las obras de saneamiento de las poblaciones, ya por auxilio directo con cantidades consignadas para este objeto en los Presupuestos generales, ya autorizando el uso de inpuestos especiales, ora por anticipos fácilmente reintegrables, ora facilitando la realización de empréstitos municipales dirigidos exclusivamente á fines sanitarios bajo la garantía del Estado ó contribuyendo éste en parte al pago de los intereses de la Deuda amortizable, dentro de ciertos límites señalados en las disposiciones que al efecto se dicten en los Reglamentos de aplicación de esta Ley. Para atender á estos fines se consignará anualmente en los Presupuestos del Estado las cantidades correspondientes.

B) HIGIENE DE LAS VIVIENDAS.—Ninguna casa podrá ser construída ó reformada sin el permiso correspondiente del inspector municipal de Sanidad, reconociendo que en los planos y los proyectos de la obra se han tenido en cuenta todas las condiciones sanitarias exigidas en el Reglamento de Sanidad municipal. Antes de utilizar las viviendas será comprobado por el inspector municipal si se han cumplido en ella todas las condiciones señaladas en el proyecto; si después de veinte días de haberse solicitado el permiso de construcción no se ha resuelto nada sobre la demanda, el propietario podrá considerarse autorizado para comenzar las obras. Si el permiso de construcción fuese dene-

(1) Véase el número anterior.

gado, el propietario, si no lo cree justo, podrá elevarse en recurso a la Junta provincial.

Las Juntas municipales de Sanidad redactarán, si no lo tuvieran ya, en el plazo de seis meses, su Reglamento general de Higiene municipal con arreglo a las bases aprobadas por el Real Consejo de Sanidad, y a las que deberán adaptarse en los asuntos sanitarios las Ordenanzas municipales.

En este Reglamento se fijará, entre otras cosas, en cuanto afecte a las viviendas, el minimum de condiciones que deben reunir, no sólo en lo que se refiere a la capacidad, ventilación, iluminación general de las habitaciones y cubicación y ventilación de los dormitorios, sino singularmente en cuanto se relaciona con la perfecta evacuación de las excretas y aguas residuales. Si dentro del plazo señalado los Municipios no han hecho su Reglamento de higiene, se les impondrá uno por la Inspección general de Sanidad, al cual tendrán que someterse.

En el plazo más breve posible los inspectores municipales llevarán a cabo el empadronamiento sanitario de todos los edificios públicos y casas particulares, sin olvidar los construídos en los ensanches ó extrarradios, fijando en cada hoja sanitaria los defectos higiénicos que revele el examen pericial y las obras urgentes de saneamiento que deben ser realizadas por los propietarios.

Cuando un inmueble cualquiera sea dañoso para la salud pública, la Junta municipal de Sanidad dictaminará sobre la naturaleza y urgencia de los trabajos de saneamiento que sea preciso llevar a cabo para remediarlos, así como respecto a la decisión de que sea ó no habitada la vivienda mientras tanto no se realicen en ella las obras de salubridad indispensables. En caso de acordar que no debe ser habitada, se procederá al desahucio y a la clausura de la casa hasta tanto no se practiquen en ella las obras de saneamiento necesarias. Los propietarios que no se muestren conformes con la decisión de la Junta municipal, podrán elevarse en recurso ante el gobernador y la Junta provincial de Sanidad.

En casos de urgencia y de negativa de los dueños del inmueble a llevar a cabo las obras de saneamiento de las viviendas en el plazo determinado por la autoridad sanitaria, se ejecutarán de oficio por el Municipio, con cargo a los dueños y en la forma administrativa que determinen las disposiciones vigentes sobre la materia.

Cuando la insalubridad de los edificios sea tal que no permita ser remediada por obras parciales de saneamiento, no quedará otro recurso que la expropiación y demolición forzosa, por motivos de sanidad general; para lo cual será preciso seguir los procedimientos ya establecidos por las leyes para la expropiación ordinaria por causas de utilidad pública.

En caso de urgencia grave y con motivo de epidemia, podrá llevarse a cabo la expropiación omitiendo el procedimiento declaratorio de utilidad pública.

El Estado, la provincia y el municipio favorecerán la construcción de casas baratas y sanas para las clases pobres, con arreglo a la ley de 12 de Junio de 1911.

C) ABASTECIMIENTO DE AGUAS POTABLES Y EVACUACIÓN DE LAS EXCRETAS.—Siempre que un municipio precise para responder a las necesidades de su vecindario la captación y utilización de un manantial de agua potable y pura, se procederá a incoar el oportuno expediente de utilidad pública necesario para la expropiación del venero, comprendiendo dentro de él la zona de terreno que se requiera para asegurar la pureza de

las aguas y evitar que puedan ser éstas por cualquier causa disminuídas ó contaminadas.

La indemnización que pueda corresponder a los propietarios de los terrenos será determinada con arreglo a lo que dispongan las leyes sobre expropiación por causas de utilidad pública.

Si la captación y conducción de las aguas dentro y fuera de las urbes fuera imperfecta y expusiera a las aguas a su contaminación microbiana revelada por el análisis microbiológico ó por la existencia en la población de enfermedades de origen hídrico, el Gobierno obligará a los municipios a llevar a cabo las obras de purificación de las aguas potables dentro de un plazo prudencial, imponiéndoles el deber de consignar en sus presupuestos anuales las cantidades necesarias para atender a esta necesidad primordial de sus servicios sanitarios.

El mismo procedimiento de imposición a los municipios se seguirá cuando la cantidad de agua por habitante y la necesaria para atender a los servicios públicos sea insuficiente, según las normas que se señalen sobre este punto en el Reglamento correspondiente.

Asimismo todos los municipios dedicarán atención preferente a la evacuación de las excretas y aguas residuales, adoptando los métodos más en consonancia con los adelantos modernos y con las circunstancias locales. A este fin el Reglamento de higiene municipal marcará con la debida precisión las reglas aplicables en cada caso, y por las autoridades sanitarias se cuidará especialmente de su cumplimiento, entendiéndose esta obligación de los municipios de carácter principal.

Los pueblos que no cuenten con recursos suficientes para llevar a cabo la purificación de sus aguas de bebida y la evacuación de sus excretas, podrán ser subvencionados para este especial objeto por la provincia ó por el Estado; a tal fin se consignará todos los años en los Presupuestos generales del Estado determinada cantidad destinada a atender esta demanda apremiante de la Sanidad general y se favorecerá a los municipios y hasta a las asociaciones particulares que acometan así la empresa de sanear las aguas de bebida como la de evacuación de excretas de las poblaciones en que se haya demostrado esta necesidad, con cuantos otros medios estén al alcance de la acción del Gobierno y que han sido señaladas en el apartado A) del art. 5.º de esta Ley al tratar de la disminución del tipo de mortalidad en los municipios.

Los ríos, arroyos, canales, lagos, pantanos y cursos de aguas de todas clases que sirvan de abastecimiento a las poblaciones y que en el decurso del trayecto que corran al descubierto puedan ser contaminadas de algún modo, serán objeto de una rigurosa policía sanitaria que evite este riesgo. El Real Consejo de Sanidad redactará un Reglamento de vigilancia sanitaria de los depósitos y cursos de aguas en general, imponiendo graves correcciones a los infractores, y determinará además la cantidad de agua con que se ha de dotar a cada población, teniendo en cuenta el número de habitantes y sus servicios públicos.

D.—ATENCIONES SANITARIAS DE CARÁCTER MUNICIPAL.—Todos los Ayuntamientos invertirán necesariamente en obras de saneamiento y en dotación de personal y material de los servicios de orden sanitario el minimum de su presupuesto de ingresos que señale la oportuna escala del Reglamento de ejecución de esta Ley, cuya inversión vigilarán las autoridades sanitarias, con el fin de poder exigir a los Municipios la debida responsabilidad, no pudiendo ser aprobado ningún presupuesto municipal que no lleve consignadas las can.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

tidades necesarias para atender á sus servicios sanitarios.

La prioridad de las obras de saneamiento se señalará también en las disposiciones que se dicten para la ejecución de esta Ley.

Art. 6.º **Institutos de Higiene.**—A más del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII se crearán por el Estado los Institutos de Higiene Regionales que hagan falta, para cuya fundación y sostenimiento se llevarán á los Presupuestos generales los créditos necesarios. Las funciones de estos Institutos serán:

a) Cooperar con los correspondientes inspectores de Sanidad al estudio y combate de epidemias y enfermedades, así como á la formación de las estadísticas sanitarias, auxiliándolos con sus informes en todo cuanto se relacione con el aspecto técnico ó de Laboratorio que hoy tienen los problemas sanitarios.

b) Preparar vacunas, sueros y toda clase de productos microbianos utilizados en el diagnóstico, profilaxis y tratamiento de las enfermedades infecciosas, con el fin de atender á las necesidades públicas en la extinción de las epidemias y epidemias.

c) Poseer en el parque sanitario anejo todo el material fijo y movable de desinfección y aislamiento que permita instalar rápidamente, cuando sea preciso y en cualquier localidad de la circunscripción correspondiente, hospitales de aislamiento, laboratorios transportables y puestos de desinfección, á cuyo efecto tendrán dispuestos el personal y el material en forma de brigadas sanitarias rápidamente movilizables.

d) Preparar especialmente el personal sanitario mediante la enseñanza de la Microbiología, Parasitología, Química, etc., en sus relaciones con la Higiene pública, como condición indispensable para el ingreso en los destinos técnicos de la administración sanitaria.

(Continuará.)

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION (1)

81

Condiciones y organización de las Maternidades.—Establecimientos y obras que concurren á la protección sanitaria é higiénica de la infancia.—Emplazamiento, construcción, condiciones y organización de los Hospitales y Sanatorios de niños.—Distribución racional de los Sanatorios marítimos en nuestro país en armonía con sus condiciones geográficas y climatológicas.—Programa de un plan de utilización de los recursos climatológicos del país.

82

Establecimientos y obras generales que deben reunir la infancia abandonada.—Condiciones generales que deben reunir las Inclusas y Casas-cunas.—Régimen higiénico.—Lactancia.—Lactancia artificial.—Precauciones y material necesario.—Emplazamiento, construcción, condiciones y organización de los Hospicios y Manicomios.

83

Conveniencia, construcción, condiciones y organización de los Dispensarios.—Importancia educativa higiénica y sa-

(1) Véase el número anterior.

nitaria de los Dispensarios.—Ejemplar tipo de Dispensarios.—Régimen en los Dispensarios é instituciones similares.

84

Hoteles, fondas, posadas, casas de dormir y albergues populares.—Normas que deben presidir á su construcción.—Prevenciones contra la promiscuidad: disposiciones que pueden facilitar la pronta limpieza y desinfección de habitaciones, mueblaje y útiles.—Disposiciones encaminadas á la protección contra portadores de microbios y enfermos infecciosos que pueden pasar desapercibidos.—Higiene en los restaurantes y establecimientos de consumo de alimentos y bebidas.

85

Preceptos fundamentales higiénico-sanitarios que deben tenerse en cuenta para la construcción y acondicionamiento de los locales públicos de reunión.—Ventilación, calefacción y limpieza de estos locales. Lugares de evacuación y sus condiciones.—Lavaderos públicos: normas higiénico-sanitarias fundamentales.—Baños públicos y duchas populares: organización.

86

Datos higiénico-sanitario-pedagógicos que deben tenerse en cuenta para la construcción de Escuelas.—Escuelas rurales y urbanas.—Area cubierta y descubierta.—Distribución del edificio escolástico.—Orientación, iluminación, ventilación y calefacción en los edificios escolares.—Preceptos higiénico-sanitarios que deben presidir á la construcción de internados.

87

Orientación, formas y dimensiones del aula escolástica.—Iluminación natural y artificial.—Grifos higiénicos para bebida.—Vestuario.—Número y disposición de retretes.—Palestra gimnástica.—Baño escolar.—Locales accesorios.—Mobiliario escolar.—Modelos más convenientes.

88

Vigilancia higiénica de la Escuela.—Inspección de los locales y examen de los escolares.—Necesidad del examen periódico de ojos, oídos, dientes, nariz, garganta y piel.—Vigilancia de la educación física de los escolares.—Fines de la inspección médica escolar.

89

Profilaxis de las enfermedades escolares.—Profilaxis de las afecciones nerviosas, desviación de la columna, trastornos oculares y disturbios funcionales.—Efectos psíquicos de la fatiga intelectual: profilaxis.—Puntos de vista higiénicos de la instrucción.—Escuelas de anormales.—Colonias escolares.—Escuelas al aire libre.—Importancia sanitaria de la educación higiénica de los escolares.

90

Profilaxis de las enfermedades transmisibles en la escuela.—Profilaxis de las enfermedades del cuero cabelludo.—Profilaxis de las enfermedades infectivas agudas.—Exclusión de la Escuela.—Condicionamiento del cierre de las Escuelas.—Medidas cuarentenarias para los escolares.—Fiscalización de las medidas profilácticas adoptadas y su comprobación documental.

91

Higiene y sanidad carcelarias.—Morbilidad y mortalidad carcelarias.—Crítica higiénica de los sistemas colectivos de

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).

Ambur, pensilvánico y progresivo. — Normas higiénicas para los edificios carcelarios. — Normas higiénicas compatibles con los sistemas carcelarios actuales. — Régimen carcelario: profilaxis de las infecciones en las cárceles.

92

Prevención de las enfermedades profesionales. — Las horas de trabajo y la fatiga. — Agotamiento funcional de la energía muscular. — Causas que favorecen la fatiga. — Manifestaciones clínicas y acción patógena de la fatiga. — La fatiga y los accidentes del trabajo. — La fatiga en el trabajo de mujeres y niños y sus consecuencias.

93

Profilaxis de las enfermedades profesionales. — Enfermedades producidas por las sustancias tóxicas. — Industrias en que se manejan y efectos que producen sobre los aparatos y sistema respiratorio, gastro-intestinal, cardio-vascular, hematológico, nervioso, genito-urinario, óseo, muscular, piel, membranas mucosas, ojos, oídos y organismo en general. — Prevención de las intoxicaciones profesionales. — Sucédáneos industriales de las materias tóxicas. — Organización de la higiene corporal del obrero. — Refectorios, agua de bebida, lavabos, baños, duchas y vestuarios.

94

Profilaxis de las enfermedades profesionales causadas por las materias pulverulentas no tóxicas. — Nosocomiosis y dermatitis. — Industrias en que se producen y prevención. — Prevención de las enfermedades producidas por los trabajos a alta temperatura ó presión y por los trabajos mineros. — Enfermedades profesionales infectantes. — Prevención de la anquilostomiasis.

95

Higienización del trabajo y saneamiento del taller. — Barrido y desinfección. — Ventilación y renovación del aire. — Eliminación de materias deletéreas. — Calefacción y refrigeración de los talleres. — Procedimientos de captación del polvo. — Higiene corporal del obrero. — Prevenciones contra la propagación de las infecciones en los talleres. — Necesidad de una inspección médica complementaria de la inspectora del trabajo.

96

Higiene de la ciudad. — El acrecimiento progresivo de la población urbana y sus consecuencias higiénico-sanitarias. — Los factores de la insalubridad urbana y medios de lograr su reducción progresiva. — Peligros que envuelve la promiscuidad urbana, y la variedad y número de portadores de gérmenes existentes en las ciudades. — Ventajas sanitarias ciudadanas de orden económico cultural y de organización sanitaria. — Normas higiénicas que deben presidir á la construcción, reforma y ensanche de las ciudades.

97

Saneamiento del medio urbano. — Defensa del suelo. — Procedimientos de pavimentación: crítica y elección. — Defensa de la vía pública contra los gérmenes patógenos: defensa contra las contaminaciones de la vía pública por gérmenes de origen intestinal, urinario, bucopulmonar y cutáneo, y contra las contaminaciones de origen animal. — Preceptos higiénicos que deben presidir á la construcción y entretenimiento de los urinarios y retretes públicos. — Defensa de la vía pública contra los residuos y aguas residuales industriales. — Defensa ciudadana en los medios de transporte.

(Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,0; íd. mínima, 694,7; temperatura máxima, 12,4; íd. mínima, 0°,6; vientos dominantes, O. OSO. N.

Siguen aumentando en número y en intensidad las bronquitis y los catarros generalizados de las vías respiratorias. También se presentan bronconeumonías y pleuresias, algunas de índole gripal. La mortalidad ha aumentado ligeramente.

En los niños se observan anginas catarrales, bronquitis y algunos casos de sarampión y escarlatina.

Crónicas.

ESPAÑA

Interesante á nuestros suscriptores. — Según teníamos anunciado, el día 1.º del corriente mes fué entregado á nuestro banquero el giro contra los suscriptores que aún no han abonado el actual año de 1919. Les rogamos hagan efectivas las letras á su presentación (aunque no las crean corrientes), pues lo contrario nos irroga muchos gastos y grandes perjuicios. Después pueden escribirnos, y sus quejas serán debidamente atendidas.

Advertencia. — Las letras llevarán un aumento de una peseta cada una, aunque los gastos de giro nos cuesta algo más. Los que envíen el importe de la suscripción por giro postal, pueden descontarse los gastos que el giro les ocasione.

Los suscriptores que reciben el periódico *El Sol* en combinación con *EL SIGLO MÉDICO*, y cuyo abono ha terminado ó está para terminar, tienen que remitir 30 pesetas importe de un año, en lugar de 24 que costaba el año pasado, por acuerdo del referido periódico *El Sol*.

Otra víctima de la gripe. — El 30 de Noviembre último falleció en esta corte nuestro distinguido amigo el médico titular de Albalat de la Rivera (Valencia), D. Zoilo Fernández-Checa é Izquierdo. En Septiembre de 1918 se contagió de la gripe, de la que no curó, pues adquirió á consecuencia de ella una endocarditis; y aun enfermo, continuó trabajando con las dificultades y las molestias propias de tan terrible lesión cardíaca.

A primeros del mes anterior vino á Madrid, pues ya no podía más y tuvo que entregarse, con el ansia de que le vieran algunas notabilidades médicas y poder recobrar la salud perdida, lo que desgraciadamente no consiguió.

También este infortunado compañero es de los que se llevan la llave de la despensa, quedando en situación apurada su viuda y sus tres hijos, el mayor de nueve años.

A toda su familia enviamos nuestro más sentido pésame y en particular á nuestro querido y buen amigo el médico titular de Miguelturra (Ciudad Real), D. Casio Clemente, hermano político del difunto.

El hacer bien á villanos... — Un individuo llamado Silverio, que comía con frecuencia en la Cocina Económica de Oviedo, en vista de que la aglomeración de gente que allí había no le permitía entrar en el local con la prontitud que él deseaba, disparó cinco tiros sobre las hermanas de la Caridad encargadas de los comedores.

Los proyectiles alcanzaron á dos de las religiosas, llamadas Damiana Zurbano y Presencia Pérez. La primera tiene tres heridas, y la segunda la fractura de un brazo.

El criminal, aprovechando la alarma que se produjo, logró huir y desaparecer del lugar del suceso.

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.]

Cursillo de Anatomía.—El catedrático de esta Facultad de Medicina, D. Leonardo de la Peña, comenzó el lunes, 1.º de Diciembre, á las siete de la tarde, en la cátedra primera del Colegio de San Carlos (Atocha, 104), un cursillo teórico-práctico de Anatomía humana, sobre «La pelvis del hombre y los órganos génito-uritarios».

Estas conferencias serán públicas y gratuitas, y seguirán los lunes, miércoles y viernes no festivos, á la hora indicada.

Terminado el tema de este cursillo, el Dr. Peña se propone continuarla con otras conferencias acerca del «Aparato de la visión» teratología elemental, y asimismo sobre temas de «Urología práctica», que anunciará oportunamente.

Médicos de la Beneficencia municipal de León.—El día 2.º del pasado mes, celebró sesión extraordinaria el Ayuntamiento de León, á la que concurrieron todos los concejales é individuos de la Junta municipal, con objeto de cubrir dos plazas de médicos de la Beneficencia.

Tras amplio debate, resultaron elegidos en votación secreta los doctores de aquel ayuntamiento, D. Pascual García Molinero y D. Evaristo Lesuán Luven.

Socorros á médicos ó sus familias.—La Real Academia de Medicina, en sesión del 26 del pasado, ha acordado anunciar y conceder á médicos necesitados ó á sus familias, los siguientes socorros:

Tres de 500 pesetas de la fundación Pérez de la Fanosa.

Un donativo de 500 pesetas de un señor Académico; y

Seis donativos de 250 pesetas del Excmo. Sr. D. Carlos Melcior y Sendín.

Las solicitudes se presentarán en el plazo de quince días, contados desde el día siguiente al de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid* (fué inserto en la del 1.º del corriente), acompañando los debidos justificantes, y dirigiendo las instancias á la Secretaría (Arrieta, 10), de once y media de la mañana á cuatro de la tarde.

Se advierte que los que hayan obtenido socorros ó donativos de esta Academia por cualquier concepto de igual índole, no podrán solicitar de nuevo.

La gripe.—En la semana pasada, la prensa diaria publicó algunos telegramas referentes á los puntos que en la actualidad están invadidos por este mal.

De Mérida se comunicaba que, viajeros llegados esta mañana del pueblo de Don Benito, dicen que se ha declarado allí, con caracteres graves, la epidemia gripal, y de Linares, que la epidemia de gripe se ha presentado en forma alarmante. El número de atacados alcanza la enorme cifra de 2.000.

El número diario de defunciones es de 30.

En favor de los huérfanos de la guerra.—El día 29 del pasado, por la tarde, se celebró en el palacio de Bellas Artes, de Barcelona, la verbena organizada por la Asociación Pro Infancia y Pro Patria, á favor de los hijos de los soldados catalanes y franceses muertos en la guerra.

La condesa de Audiffret comunica que la institución El Sostén Francés recibe numerosas solicitudes para la adopción de hijos de soldados muertos en el campo de batalla, y que para socorrer á los huérfanos se ve en la necesidad de acudir á las personas pudientes, ya que los niños pobres se mueren en la miseria.

Los farmacéuticos de Bilbao.—Una Comisión de farmacéuticos de Bilbao ha visitado al alcalde para entregarle un escrito con las renuncias individuales de los farmacéuticos no destituidos por el Ayuntamiento en vista de la actitud de esta Corporación al aceptar una providencia gubernativa del día 17 de Septiembre último.

Sin embargo, los farmacéuticos, atendiendo los intereses del vecindario, se han ofrecido al alcalde para resolver el asunto con arreglo á las normas legales.

Del conflicto de Lorca.—Según parece, las clases médicas habían presentado un escrito al alcalde pidiendo que se les pagasen los haberes que se les adeudan, y que ascienden á 25.000 pesetas.

Los médicos, en vista de que el alcalde no les dió contestación en el plazo de cinco días, presentaron un recurso ante el gobernador, apoyándose en la disposición del Sr. Ruiz Jiménez, que señala aquel plazo como el máximo para contestar.

Dícese que los médicos no titulares, por solidaridad con la actitud de sus compañeros, secundarán el movimiento de éstos.

AMÉRICA LATINA

CHILE

Crédito para saneamiento.—El Congreso de Chile ha votado y puesto a la disposición del Poder Ejecutivo un crédito que alcanza la suma de 300.000 pesos para combatir las enfermedades infecciosas en todo el territorio de la república.

La sanidad ferroviaria.—Se ha fundado un hospital ferroviario en Santiago de Chile donde serán atendidas las víctimas de accidentes causados por trenes y también los empleados de estos últimos. También se ha establecido un servicio de sanidad en los ferrocarriles, agregándose á ciertos trenes carros hospitales para la conducción de los enfermos.

AMERICA DEL NORTE

Los hospitales particulares de New York y su estado económico.—El informe anual de los hospitales particulares de la ciudad de New York demuestra que estas instituciones tienen un déficit de más \$3 000.000. Este déficit se debe al aumento en el costo de funcionamiento de los hospitales. El costo diario de mantener á los pacientes indigentes se ha elevado de \$2.02 en 1914 á \$3.13 en 1919, ó sea un aumento de 58 por 100. Se calcula que en 1919 el costo por persona será de \$3.50. El año pasado, estos hospitales asistieron á 147.422 enfermos. El costo de mantenimiento para los 46 hospitales que pertenecen á la asociación fué \$9.073.065.

LOS ESTADOS UNIDOS

Planes de la Northwestern University para la educación médica.—La Northwestern University de Chicago espera erigir en el curso de diez años, nuevos edificios para sus departamentos de medicina, dentistería, derecho y comercio. La cantidad que se espera gastar en la escuela de medicina asciende á \$2.500.000. Para llevar á cabo estos planes, la Universidad ha emprendido una campaña con el fin de recaudar un fondo de \$25 000.000, confiándose en obtener la mitad de dicha suma á fines del mes de Junio de 1920.

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



Raimost
vino sin alcohol

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

IODASA

BELLOT

Solución titulada

de IODOPEPTONA

ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE

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

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de yoduro alcalino.

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

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros. 63.—MADRID

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 Médico por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

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