

# 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  |
| <b>J. DE AZÚA</b><br>Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios. | <b>A. GARCÍA TAPIA</b><br>Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.      | <b>J. MADINAVEITIA</b><br>Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.        |
| <b>L. CARDENAL</b><br>Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.       | <b>F. GONZÁLEZ AGUILAR</b><br>Director-Médico del Instituto Cervantes.                 | <b>S. MARAÑÓN</b><br>Médico del Hospital General de Madrid, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.             |
| <b>V. CORTEZO</b><br>Profesor del Instituto Alfonso XIII.   | <b>J. GOYANES</b><br>Cirujano del Hospital General de Madrid.                          | <b>A. MEDINA</b><br>Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.                         |
| <b>L. ELIZAGARAY</b><br>Médico del Hospital General de Madrid.                                      | <b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b><br>Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.             | <b>B. NAVARRO CÁNOVAS</b><br>Profesor de Radiología del Hospital Militar.   |
| <b>A. FERNÁNDEZ</b><br>Alumno de Medicina.  | <b>T. HERNANDO</b><br>Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. | <b>J. ORTIZ DE LA TORRE</b><br>Cirujano del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina. |
| <b>M. GAYARRE</b><br>Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.                                 | <b>F. LOPEZ PRIETO</b><br>Ex-Médico-Titular.   | <b>S. PASCUAL Y RÍOS</b><br>Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.                                      |
|   |  | <b>A. PULIDO MARTÍN</b><br>Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.                       |
|   |  | <b>P. DEL RÍO HORTIGA</b><br>Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.   |
|   |  | <b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b><br>Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.      |
|   |  | <b>JOSÉ SANCHIS SANUS</b><br>Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.                        |
|   |  | <b>F. TELLO</b><br>Sub-Inspector General de Sanidad.  |
|   |  | <b>L. URRUTIA</b><br>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: La emoción, por Ramón Turró.—Profilaxia personal de las enfermedades venéreas, por el doctor E. Moñuco Villapaderna.—La cura de la blenorragia femenina, por el Dr. Sicilia.—La terapéutica específica y sus enemigos paternos, por Ramón Villegas.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Un médico que no se sienta, por el Dr. Piniella.—Documento parlamentario.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## LA EMOCIÓN

POR  
RAMÓN TURRÓ

En la obra de G. Marañón *La Edad Crítica*, entre otros temas, todos á cual más substanciosos, se consagra un capítulo á la emoción, cuya lectura me impresionó hondamente. Nunca pude ver claro en este asunto, á pesar del relieve de algunos de los psicólogos que de él se ocuparon. Si con Marañón no me ha pasado lo mismo, es porque no trata de explicar lo fisiológico por lo psíquico como aquéllos, sino lo psíquico por la base fisiológica sobre que descansa. Acertó con el camino al cambiar de procedimiento, y así es como llega donde otros no llegaron.

Psiquiatras y psicólogos coinciden en considerar las emociones como una derivación orgánica consecutiva á ciertos y determinados estados psíquicos. Veámos cómo: En presencia de un animal peligroso parece natural que el hombre huya ó tome una actitud de defensa, y lo que observamos no pocas veces, contra lo que parece natural, es que en vez de poner en juego su aparato locomotor para la fuga, ó la defensa se eché á temblar, clavado en el sitio, como reducido súbitamente á la impotencia. ¿En virtud de qué son inhibidas las corrientes centrífugas que debían impulsar al aparato locomotor? ¿Qué

factor intercurrente ha extinguido de improviso el sentimiento del dominio muscular?

El caso apuntado y cuantos se le parecen son los que más han llamado la atención de los observadores por ponerse en ellos con mayor relieve el carácter más saliente del estado emotivo. Otros hay, sin embargo, en que ese estado se acusa sin que sea inhibida la inervación psico-motriz, sino, antes bien, reforzada, como acontece, por ejemplo, con la cólera mientras no llega al paroxismo. También en ellos las derivaciones orgánicas son notorias. ¿Qué tienen de común con las anteriores? ¿Cómo explicar las unas y explicar las otras?

Abundan, más de lo que fuera de desear, los psicólogos que ingenuamente creen que para explicar fisiológicamente un estado del alma, basta con imaginar las reacciones nerviosas, según mejor convenga, como si éstas pudiesen desarrollarse independientemente de sus condiciones anatomo-fisiológicas naturales. Así, Lapicque atribuye los estados emotivos á la irradiación anormal de una energía nerviosa exuberante que se desborda de sus vías de conducción é inunda las neuronas de unos á otros centros. Aparte de que es tan imposible que las corrientes salgan de sus vías propias como lo es que la sangre discurra fuera de los vasos que la conducen, no vemos en verdad qué conexiones cabe establecer entre esos desbordamientos fantásticos y los estados emotivos.



Lange, al plantearse por primera vez el problema de las emociones, reconoció que no son más que el no consciente de una repercusión orgánica; esa repercusión la creyó ejercida por la inervación vaso motriz. W. James las atribuyó a perturbaciones musculares dependientes de centros inferiores. Sergi, afinando más la puntería, las atribuyó a reacciones viscerales. Son estas las tres hipótesis principales sobre que giró la cuestión cuando se discutía con calor; después el debate languideció, faltó de datos nuevos, hasta extinguirse como si se hubiese agotado. Conviniere generalmente, como un punto común de coincidencia, que lo que constituía a verdadera esencia de la emoción consistía en la derivación orgánica. Las discrepancias entre los psicólogos se iniciaron cuando se trató de averiguar cómo adquirimos la conciencia perceptiva de esta derivación. Mientras unos, *los cerebrales*, supusieron que es la descarga ó la difusión de la energía nerviosa determinante de la modificación orgánica la que es percibida directamente como emoción; otros, *los periféricos*, dieron, por el contrario, por supuesto que es el efecto determinado por esta descarga misma, lo que suministra el elemento percibido como tal. W. James fué el paladín de esta tesis. La acción central que se ejerce sobre las glándulas lagrimales es la que determina el llanto, y la percepción de esa secreción es lo que nos emociona, de suerte que no lloramos porque estamos tristes, sino que estamos tristes porque lloramos. Los reflejos inferiores que cohiben ó anulan la inervación voluntaria y nos hacen temblar, sugieren la percepción de ese estado, y de ahí el miedo; de modo que no temblamos porque tengamos miedo, sino que tenemos miedo porque temblamos. Y así en lo demás.

Estas investigaciones, según se ve, son orientadas por el dato psicológico; su punto de partida es la conciencia y por ella se trata de explicar las reacciones orgánicas. Falta aquí un ambiente fisiológico adecuado, porque se da por supuesto, que con el dato introspectivo basta y sobra para explicarse lo que pasa en el organismo, á consecuencia del estado emotivo. Y ese punto de vista es falso; rectifiquemos: no es falso, es ilusorio. Se imagina lo que pasa en el organismo, y lo que realmente pasa no es conforme los psicólogos lo imaginan, sino de otra manera. *Cerebrales* y *periféricos* dan por cierto que la emoción depende de una cierta difusión de energía nerviosa concomitante al estado psíquico, sea percibida inicialmente ó lo sea por sus efectos; y esto es un supuesto arbitrario, una proposición dogmática. En 1900, cuando la discusión del tema era candente, Sherrington demostró que sin esta difusión las emociones se presentan de la misma manera. Seccionó al efecto la médula espinal en la región cervical inferior en un buen número de perros y los vagos en el cuello, aislando así las vísceras torácicas y abdominales de toda influencia cerebral. En estas condiciones, si se provocaba en estos animales accesos de furor, su cara se mostraba igualmente emotiva, el ritmo cardíaco se aceleraba. Mostraban repugnancia por los alimentos que habitualmente les desagradan (la carne de sus congéneres, por ejemplo) y apetito por los que son de su

gusto. Si en ellos se provocaba el terror, ese terror se denunciaba por los mismos signos que de ordinario. Los estados emotivos repercutían, pues, sobre el organismo de la misma manera, á pesar de estar interrumpidas las vías de conducción nerviosa. Del informe emitido por Sherrington, como resumen de sus trabajos, se desprendía la conclusión cerrada de que el mecanismo que preside á la repercusión somática de las emociones subsistía como antes.

Eran en aquellas fechas estas cuestiones de palpitante actualidad y yo seguía su desarrollo con vivísimo interés. Nada saqué en claro. Me parecía incontestable la tesis de que la emoción resulta de una repercusión orgánica, y, al empalmar esta idea, que me parecía un hecho, con los trabajos de Sherrington, tan serios y decisivos, no acertaba á explicarme cómo esa repercusión podría tener lugar. Ante ese obstáculo, que juzgaba invencible, los trabajos psicológicos, incluso los más salientes, me parecían desprovistos de valor, y, al fin, rendido, acabé por desinteresarme de estas cuestiones y dejarlas. Más tarde, al conocer el trabajo de nuestro malogrado Achúcarro, respecto á la secreción interna de la neuroglia, tampoco se hizo la luz en mi cabeza ni se me aclaró el embrollo en que había quedado. Fué la lectura del libro de Marañón durante el próximo pasado verano, la que avivó mi seso, ató los cabos sueltos de otros tiempos y me puso de cara á la luz. Al leer y releer luego el séptimo capítulo de la obra y ponérseme de manifiesto que el cerebro puede influir sobre la vida vegetativa por la doble vía nerviosa y la hemática, engendrando con una y otra estados emotivos, el obstáculo en que me había atascado se desvaneció como el humo y todo me pareció entonces llano y natural.

Marañón no trata de definir la emoción ni se preocupa de si es percibida cerebral o periféricamente; acepta el hecho tal como lo impone la prenoción vulgar. Todos entendemos lo que la palabra *emoción* significa, aunque no se haya concretado su comprensión ni delimitado su extensión, que esto es lo que quiere decir *definir*. La imprecisión del vocablo no le impide advertir que en todas las emociones, somáticamente consideradas, hay un fondo común que se revela por una mímica variada, por la palidez ó el rubor, por la alteración del ritmo cardíaco, la dilatación de las pupilas, el temblor, la carne de gallina, la opresión, el sudor... Los psicólogos dan por supuesto que ese síndrome emotivo depende de una reacción central; ellos suponen que entre ese síndrome y el estado psíquico, que es considerado como su precedente, media la relación de causa á efecto y sobre esta base levantan sus concepciones teóricas. Marañón no duda que la conmoción orgánica puede ser provocada desde el centro; pero se preocupa, planteando la cuestión en el terreno experimental, de provocarla en el organismo sin la intervención del factor central, creando así el síndrome emotivo *sin motivo psíquico*. Por esta vía nos conduce al descubrimiento de cuáles son las verdaderas causas de estos fenómenos somáticos, cuál sea su naturaleza fisiológica. He aquí como lo logra:

A un hipertiroideo latente ó á un sano artificial-



mente hipertiroidizado le inyecta un miligramo de adrenalina, y bajo la influencia de este agente, al sujeto del experimento, sensibilizado por el hipertiroidismo, palidece, le tiemblan las manos y las piernas, se le oprime el pecho, le palpita el corazón, hállase, en fin, como se hallaría bajo la acción de una emoción intensa. Para observar la seguridad de su pulso se le invita a escribir, y el sujeto, en uno de los experimentos, dice al tomar la pluma: «Parece que voy a firmar mi sentencia de muerte.» Pero lo dice serenamente, como que con su frase expresa el estado deplorable de su cuerpo, mas no el de su espíritu. He aquí, pues, una emoción orgánica que no resulta de una emoción psíquica; he aquí destrabados dos hechos que introspectivamente nos parecían ligados por la causalidad. Esto nos permite estudiarlos separadamente. Los orígenes endocrinos de la emoción somática son evidentes; con ellos conocemos su verdadera naturaleza fisiológica. Si suponemos ahora que el sujeto padece el mismo ó análogo estado al firmar realmente su sentencia de muerte, ¿no serían los orígenes y la naturaleza fisiológica de la emoción que experimentaríamos entonces los mismos que los anteriores? Entre uno y otro estado no existiría otra diferencia que la que resulta del modo de provocarlo. Mientras el primero se provoca con una simple inyección de adrenalina, en el segundo la modificación endocrina del medio interno se produce bajo la influencia de un cerebro conturbado por una grave emoción; mas provóquese como se quiera, el resultado es el mismo, y esto es lo que interesa a la cuestión que se debate.

Emplazados en ese punto de vista nos hallamos ante una visión nueva del problema. Ya no se trata de discernir si la emoción depende de una difusión central modificadora de la cenestesia orgánica bajo una u otra forma según ella sea; ni de si esa difusión es percibida directamente ó lo es por los efectos que determina; de lo que se trata ahora (supuesto el hecho de que los signos emotivos dependen de modificaciones endocrinas), es de averiguar qué síndrome emotivo revela la versión al medio interno de un exceso de hormonas tiroideas, hipofisarias, suprarrenales; qué síndrome revela su defecto ó la viciosa elaboración de alguna de ellas; cómo se estimulan unas a otras; cómo se llega a ese equilibrio, siempre inestable, cómo el fiel de la balanza, cuyo sentimiento íntimo los griegos designaron con el nombre de *euforia*. El *complejo emotivo* se desengloba así en sus elementos de composición, señalando a cada uno de esos elementos el papel que le corresponde, la importancia que merece, su respectiva ponderación. Y así es como Marañón, movido de esta inspiración, estudia con admirable tino y excepcional perspicacia las emociones como signos delatores del estado funcional de las glándulas de secreción interna. Ya no es la emoción solaz ó esparcimiento de profesionales de devaneos introspectivos, sino tema científico de interés supino para el clínico y para cuantos gustan de desentrañar los oscuros fenómenos de la vida vegetativa. Ciertamente que no es Marañón quien ha descubierto las influencias endocrinas en las emociones; que otros le precedieron en esta labor acumulando empírica-

mente datos sobre datos; pero no es menos cierto que él, al provocar experimentalmente el síndrome emotivo sin la intervención del factor psíquico, nos pone de manifiesto que este síndrome está bajo la inmediata dependencia de las funciones endocrinas, cosa que no habían entrevisto los muchos fisiólogos que hasta ahora han venido ocupándose de este asunto.

Planteada así la cuestión se nos presenta bajo un doble aspecto. Hay que examinar de un lado cómo influyen las secreciones internas al sensorio emotivo, cómo la preponderancia de unas hormonas sobre otras refuerza su emotividad y en qué sentido, cómo el defecto de algunas la rebaja y aun la anula de acentuarse, como si su capacidad reaccional emotiva dependiese del factor endocrino. El desarrollo de ese tema absorbe toda la atención de Marañón, que ante todo es un clínico. Hay que leer su obra, que no es corta, para convencerse de que es un comentario de ese tema general en cada uno de los casos particulares que somete a crítica y estudio. De otro lado, hay que examinar la influencia del sensorio sobre la endocrínea, tema de desarrollo más difícil que el primero y en que el autor es más parco y se mantiene en una prudente reserva. Desde luego hay que reconocer que los estados psíquicos emotivos lo son por sí mismos y no por ser repercusión orgánica; que la alegría del que saca la lotería ó el dolor de quien con la pérdida de un ser amado experimenta el vacío de su ausencia, son como son independientemente del síndrome somático emotivo que los acompaña. La llamada teoría psicológica de la emoción es una hipótesis que hizo fortuna, pero sin fundamento serio. Ni se ha demostrado que la emoción resulta de la percepción de la conmoción somática adjuntada al estado psíquico, ni ante el buen sentido es admisible que nos alegremos porque nos reñimos ó nos apenamos porque lloramos, interpretando los hechos inversamente de como son, por alto que sea quien lo diga.

Mas si la afectividad emocional es inmanente en determinados estados psíquicos, no por esto deja de ser evidéntísimo que estos estados repercuten sobre el organismo. Ya hemos visto que en la tesis de Marañón esa repercusión es fundamentalmente de naturaleza endocrina, y decimos *fundamentalmente*, porque en cuestiones de índole tan compleja no cabe hablar en términos absolutos. Existe indudablemente una relación de dependencia entre los estados emotivos y la calidad y la cantidad de los productos secretorios de las glándulas internas, como existe una acción recíproca entre esos productos, diluidos en el medio interno, y los estados psíquicos. Experimentos incontrovertibles demuestran lo primero; el experimento de Marañón y una observación clínica abundante demuestran sólidamente lo segundo. Yo concibo la dependencia de la emoción somática de la emoción psíquica tal como concibe J. Pavlov la formación del jugo psíquico en la digestión gástrica. Sometamos a un perro a la abstinencia durante dos ó tres días. Se observará la pasión del hambre vehementemente, y mientras perdure ese estado su boca se mantiene seca, pálida y seca también al



mucosa que reviste su estómago. Si de pronto se le ofrece el alimento, aun antes de catarlo y á su sola vista y con olerlo, la pasión se hace emotiva y una abundante saliorrea baña su boca, derramándose por las comisuras labiales, mientras la mucosa que reviste las paredes inmóviles de su estómago, se ponen turgentes y el jugo gástrico gotea de ellas como una lluvia. Me figuro yo que una cosa análoga debe ocurrir entre los estados emotivos del sensorio y las glándulas endocrinas, sólo que esta acción debe ser más compleja y hoy por hoy no es posible objetivarla por medio del experimento tal como se hace con las secreciones salivales y la secreción gástrica.

Sea como fuere, precisa distinguir la influencia nerviosa sobre las glándulas internas, de la influencia puramente humoral. Apoyándose Marañón en los memorables trabajos de Achúcarro respecto á la secreción interna de la neuroglia, con excelente acuerdo admite esta doble vía. Con las hormonas de esta secreción se establecerían las correlaciones humorales que sabemos se establecen entre las demás, de suerte que el sensorio no influiría sobre el organismo únicamente por las vías nerviosas, sino por ellas y por los humores secretorios, que son acarreados al medio interno. En este punto parece cabe objetar á Marañón que, si bien la idea de Achúcarro se apoya en una suma de datos propios y ajenos que la hacen viable, al fin no se trata de un hecho probado, sino de una hipótesis probable. El propio Cajal, padre espiritual del sabio que tan á deshora se murió para nuestra desdicha, no le otorga un valor decisivo. Con perdón del maestro, á mí me parece que el descubrimiento de Achúcarro no es una idea probable, sino un hecho que tiene el mismo valor que otorgamos á otros aceptados como oro de ley. Diré en qué me fundo para creerlo así, siendo en este punto más papista que el propio Papa.

Supuesto el concepto claro, concreto, terminante de Marañón respecto la naturaleza fisiológica de la emoción, resulta plenamente demostrado que el sensorio ejerce una influencia sobre ciertos órganos de la vida vegetativa durante la emoción psíquica. Durante el imperio de las teorías psicológicas se creyó dogmáticamente que esta influencia se ejercía por la vía nerviosa; mas vino Sherrington, y cortando las comunicaciones existentes entre el cerebro y aquellos órganos, incluso las vaso motoras, demostró que el contragolpe emotivo se hacía sentir de la misma manera sobre el organismo. Si, pues, la emoción somática no se anula ni perturba en estas nuevas condiciones, indudablemente las hormonas que entran en juego con motivo de la emoción psíquica no son liberadas por la acción nerviosa, sino por una acción humoral procedente del cerebro mismo. Mientras no se demuestre que el perro así operado al enfurecerse ó al ser presa del terror no modifica en nada las secreciones internas, y sigamos creyendo, de conformidad con Sherrington, que la repercusión emotiva sigue efectuándose de la misma manera que en condiciones normales, nos asiste el derecho de afirmar que esa repercusión es de origen humoral. Es por esta poderosísima razón, del orden experimen-

tal, que nos parece que el enunciado de Achúcarro es algo más que una hipótesis montada sobre pruebas indiciarias.

Barcelona, Noviembre de 1919.

## PROFILAXIA PERSONAL DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS<sup>(1)</sup>

POR EL DOCTOR

E. MAÑUECO VILLAPADIERNA

Del Hospital de San Juan de Dios.

Además de los indicados hay un medio que por su comodidad, por la facilidad de su empleo y por tener experiencia personal, por haberlo usado algunos enfermos á instancias mías, me atrevo á recomendar. Me refiero al dado por Bruck con el nombre de Cabiblen-Schutzmittel. Este consiste en un elegante estuche metálico con dos correderas. Deslizando una de ellas aparece un pequeño tubo de crema libre de grasa, soluble en agua, de gran poder antiséptico, que una vez que con ella se ha embadurnado el miembro hace la piel del pene fácilmente deslizable é impide penetren en ella agentes infecciosos. Deslizando la otra aparecen diez pequeños tallos de uranoblen medio sólido, envuelto en una película de gelatina que se deshace una vez introducido en la uretra y que tiene sólo tres centímetros de largo. Este medio tiene un fuerte poder gonococicida y la permanencia de él en la uretra hace imposible la vida del gonococo. Del tratamiento de la blenorragia por el Uranoblen me he ocupado en un extenso trabajo, publicado en EL SIGLO MÉDICO, en los números de 24 y 31 de Enero de 1914, y á él remito al lector para las particularidades del empleo de este excelente medio para el tratamiento y profilaxia de la blenorragia. El estuche no es mayor que una caja de cerillas y el mismo enfermo puede hacer uso de él sin ninguna dificultad. Desgraciadamente la guerra europea ha impedido que este producto se haya propagado como merecía serlo, pero su eficacia he podido comprobarla en la clínica en multitud de investigaciones microscópicas.

La profilaxia contra la blenorragia no es sólo importante para el hombre. La mujer la necesita igualmente. En los tiempos que corremos, esta necesidad no se limita sólo á las prostitutas. Dada la frecuencia de la gonococia y lo peligroso de las afecciones anexas que de ella se derivan en casos sospechosos hay que proteger de ella también á las mujeres casadas. La mucosa uretral femenina es más sencilla en su constitución anatómica y menos sensible para las inyecciones que la masculina; por eso son recomendables las inyecciones uretrales de sales de plata, especialmente el protargol y lavados vulvares con las mismas soluciones después del coito. Antes de él es conveniente embadurnar la vulva con sustancias grasas para impedir el acceso del contagio á las glándulas tan numerosas de esa región receptibles para la gonococia y hacer uso de jabones antisépticos (como el de Afridol ó Parisol). Las

(1) Véase el número anterior.



inyecciones vaginales de lisol y sublimado al por 1.000 son muy empleadas y resultan eficaces (en la vagina, no en la uretra). La protección del cuello del útero es muy importante por ser, como se sabe, un lugar predilecto para el asiento del gonococo. Para esto se han recomendado los pesarios oclusivos. Un médico alemán que los usaba para sus enfermas me hablaba de ellos en Berlín con entusiasmo. Pero aparte de tener que ir las mujeres al médico para que se lo ponga, lo cual es bastante molesto, la seguridad que ofrecen para el contagio es bastante problemática. Para impedir el embarazo se sabe que no son eficaces, y lo mismo se puede asegurar como medio profiláctico contra la blenorragia. De modo que yo no puedo compartir los entusiasmos del colega. Son indudablemente más útiles las inyecciones vaginales con sustancias antisépticas después del coito. También son útiles tiras de gasa de isoformo al 1-2 por 100 ó empapadas en soluciones antisépticas que se colocan con espéculo delante del cuello uterino y que se extraen después del coito. Las tabletas con sustancias medicamentosas recomendadas por sus fabricantes como medios anticoncepcionales y que gozan, según ellos, también de poder profiláctico para la blenorragia, no son seguras ni recomendables.

Más difícil que la profilaxia contra la blenorragia resulta la de la sífilis. Se trata aquí de una enfermedad que no es exclusivamente local como la blenorragia, sino que se generaliza. En los primeros períodos sobre todo tiene predilección por los órganos genitales, pero sus manifestaciones son con frecuencia tan insignificantes, que pasan desapercibidas al investigador, y, sin embargo, estas lesiones, á pesar de su insignificancia, tienen un alto poder contagioso. Estas manifestaciones pueden existir también en partes no visibles, por ejemplo, entre los pliegues rugosos de la vagina, ó ser tan pequeñas que, á pesar de un examen minucioso, pasen desapercibidas. Por eso pueden piel ó mucosas aparentemente sanas dar lugar al paso de espiroquetos y transmitir éstos á piel ó mucosas sanas que con ella se pongan en contacto. Como el contagio en la sífilis no trata da dura muchos años, de aquí la frecuencia de éstos que tienen lugar muchas veces sólo por erosiones banales.

Tratándose de lesiones visibles, claro es que esto sólo es bastante para la abstención de las relaciones sexuales. Pero como la humanidad en asuntos sexuales no tiene nada de razonable, ni aun sabiendo el peligro de los contagios se abstiene de ellos, por eso tenemos que dirigir nuestros esfuerzos á evitar la transmisión de la sífilis aunque existan lesiones. Esto puede conseguirse evitando el que se pongan en contacto partes sanas con partes enfermas y para ello presta buenos servicios el condón. Pero como éste no recubre más que el pene y muchas veces no todo él, se da el caso, con bastante frecuencia observado en las consultas, afectos primarios, en la raíz del pene ó en la región pubiana precisamente en los puntos donde no alcanza la protección de este medio.

Por eso la piel de las inmediaciones de los órganos genitales, que por su estructura es delicada, está siem-

pre expuesta á ser asiento de contagios sífilíticos. La protección de estas partes se obtiene mejor antes del coito que después de él. Neisser ha insistido y la experiencia ulterior le ha dado la razón, en la importancia que tiene el engrasar los órganos genitales aunque no sea más que con vaselina. Sólo esto impide en muchos casos el contagio, pero en general no basta, pues con el roce hay partes de la piel ó mucosas que se ven libres de la sustancia grasa y pueden entonces abrirse puertas á la infección. El descubrimiento de la transmisión de la sífilis del hombre á los animales, ha traído un progreso evidente en este asunto. Los esfuerzos para lograr la profilaxia de la sífilis empleando diversos medios son bastante antiguos. Aunque muchos de éstos eran empíricos, no todos están desprovistos de valor. Tan pronto como la sífilis se extendió, se empezó á recomendar para impedir el contagio lavados de los genitales con vino unas veces puro, otras mezclado con orina, trementina y diversos cocimientos, guayacol, etcétera. Ya en el siglo XVIII se empezó á hacer uso de mercurio, y en su segunda mitad, del sublimado mezclado con alcohol, precisamente como modernamente ha sido recomendado con eficacia. En general se usaban sustancias antisépticas, sublimado, oxicianuro, jabones y pomadas mercuriales, etc., con bastante buen resultado. Pero sólo las investigaciones experimentales en los animales nos trajeron la seguridad de la posibilidad exacta de profilaxia, que se puede obtener con estos medios en la especie humana. En este sentido no se puede negar á Metschnikoff el mérito de haber demostrado experimentalmente la eficacia de este método profiláctico.

Después de largas investigaciones en los animales llegó en el año 1906 á recomendar como más eficaz para la profilaxia una pomada de lanolina y calomelanos al 33 por 100. Con ella logró en los monos impedir la transmisión de la sífilis en lesiones practicadas experimentalmente y en inoculaciones de productos sífilíticos en estos animales. En consecuencia de estos trabajos, él recomendó el uso de esta pomada antes y después del coito sospechoso. Con el uso de ella se han obtenido los mejores resultados, y en nuestra Marina de guerra el empleo sistemático de ella ha conducido á una notable disminución de las enfermedades venéreas en la Armada. Ha habido, sin embargo, autores que consideran que las grasas disminuyen el valor espiroqueticida de las sales mercuriales y que este poder aumenta añadiéndolas cloruro de sodio, y por eso Siebert, que acompañó á Neisser en su conocida expedición á Java, recomienda una pomada en la que entran el sublimado, cloruro sódico, alcohol, etc., que no lleva grasa y que la fábrica de productos químicos de Byk, en Charlottenburgo, expende en tubos con el nombre de pomada profiláctica de Neisser y Siebert. Los fundamentos experimentales en que Siebert se apoyó para llegar á recomendarla son muy extensos, y hago gracia de ellos al lector, pues veo que me voy extendiendo demasiado. Sólo diré que la composición de ella es muy racional y al que le interese el asunto podrá encontrar en el trabajo de Siebert todo lo que pueda desear.



También la mujer tiene necesidad de hacer uso de la profilaxia contra la sífilis. Todas las medidas expuestas para el hombre son aplicables á la mujer. Las pomadas profilácticas y los lavados de los genitales externos, ha de usarlas lo mismo un sexo que otro, y en cuanto á los genitales internos, vagina y cuello del útero, el mejor medio de preservarlas del contagio es haciendo usar el condón al hombre sospechoso de poder infectar á la mujer.

La profilaxia contra el chancro venéreo, tiene mucha menor importancia que la de la blenorragia y la sífilis. Como se sabe, esta afección es bastante dolorosa, y como su asiento en el hombre, generalmente es en la parte del pene que ha de ser objeto de roces violentos en el coito, y en la mujer en la entrada del orificio vaginal ó en los genitales externos en sitios expuestos también á ser traumatizados, esto mismo hace que los pacientes que tienen chancros venéreos se abstengan ellos mismos de practicar las relaciones sexuales. En la convalecencia ó cuando la afección no sea dolorosa, son aplicables á ella las mismas medidas que hemos indicado para preservarse de la sífilis. Bien aplicadas constituyen una profilaxia bastante segura contra esta afección que, por ser local, no tiene tampoco la importancia de las que nos hemos ocupado.

Dada la gran trascendencia que tienen las enfermedades venéreas, no sólo para el individuo, sino para la familia y la sociedad, todo individuo que practique relaciones sexuales fuera del matrimonio, debe estar enterado de los medios que puede poner en práctica para evitar estas afecciones. A pesar de los buenos deseos del ministro actual y del celo desplegado por el ilustre inspector general de Sanidad, creo que estamos lejos todavía de la denuncia y el tratamiento obligatorio de las enfermedades venéreas. Nos queda en la actualidad el camino poco explorado entre nosotros aún, de la aclaración sexual y la ilustración de las gentes en el modo de preservarse individualmente de estas afecciones. Pero el medio mejor de profilaxia, del cual aún nada hemos dicho, es la abstinencia sexual. Sobre esto no solo el moralista, sino el médico, deben insistir sobre sus jóvenes clientes. Es necesario llevar al ánimo de las gentes que la abstinencia sexual no trae ningún peligro y que, precisamente, los peligros vienen de no practicarla. Otra cosa de que hay que convencer á las gentes es que la reglamentación de la prostitución, aunque otra cosa se crea, es completamente ilusoria. No hay reglamentación, y la sombra de ella que existe, no sirve para preservar de los contagios venéreos, y esto aun cuando se estableciera mejor de lo que hoy está. Sobre esto no hay que hacerse ilusiones, y ya he documentado extensamente este punto, en un extenso trabajo. Tanto menos se practiquen las relaciones sexuales fuera del matrimonio, tanto menor será la exposición del individuo á contraer estas afecciones, y tanto mayor uso se haga de la profilaxia cuando se practiquen, tanto más se disminuirán éstas.

Claro es que las afecciones venéreas no han de llegar á extinguirse, pues aun suponiendo que la profilaxia fuera tan eficaz que impidiera en absoluto contraer-

las, quedan todavía los contagios extragenitales, en los que por ignorancia ó falta de diagnóstico no hay profilaxia posible. La profilaxia personal no se debe usar solo contra una enfermedad, sino contra todas. Hay quien teme la blenorragia y descuida la sífilis, y viceversa. Esto es un error; tan peligrosa puede ser una como la otra. En el pabellón tengo ahora varios casos que pueden atestiguarlo.

En resumen, una profilaxia personal bien entendida ha de llenar las siguientes condiciones:

Primera. Ha de extenderse á las dos personas que tomen parte en el acto sexual.

Segunda. Ha de preceder á él un cuidadoso lavado de los genitales y sus inmediaciones.

Tercera. Una vez seca la piel ó mucosas, se han de embadurnar cuidadosamente con la pomada de Metschnikoff, de Siebert, Neisser, etc., ú otras pomadas ó jabones análogos.

Cuarta. A falta de ésta y en caso de necesidad, puede hacerse uso de la vaselina simple ó de la substancia grasa que se tenga más á mano.

Quinta. Si se usa el condón, puede prescindirse de las medidas indicadas, limitándolas solo á las inmediaciones de los genitales.

Sexta. No usándolo, es conveniente practicar en la mujer antes del coito las irrigaciones vaginales y el taponamiento del cuello del útero.

Séptima. Después de él, debe practicarse un cuidadoso lavado de los genitales y sus inmediaciones con agua caliente y jabón.

Octava. Terminado el lavado y seca la piel y mucosas, deben de embadurnarse de nuevo con las pomadas profilácticas indicadas, de Siebert, Neisser, Metschnikoff, etc.

Novena. No usando condón se debe orinar siempre después del coito é instilar algunas gotas de las soluciones concentradas de plata que hemos indicado (protargol, argirol, etc.) en el meato é inmediaciones del frenillo, y

Décima. En la mujer, que siempre está más expuesta al contagio que el hombre, se debe practicar después del coito una inyección uretral de protargol al 1 por 100, y otra vaginal de sublimado al 1 por 1.000.

Ciertamente habrá muchos que crean que todas estas maniobras son muy engorrosas, y que el acto sexual pierde su encanto practicándolas. Pero las personas sensatas no dejarán de comprender que en los coitos extramatrimoniales lo que se pierde en ilusiones está con exceso compensado por no contraer estas afecciones, que aparte de lo que cuesta tratarlas en medicinas, médicos, pérdida de jornales, etc., traen consecuencias temibles para la familia y la sociedad. Hay, pues, que llevar al ánimo de las gentes que éstas son enfermedades evitables, que con algo de cuidado y buena voluntad se consigue librarse de ellas. Pero conviene inculcar también que la principal medida para no contraerlas, es la limitación ó supresión en lo posible de las relaciones sexuales con prostitutas clandestinas ú oficiales.

Pero estas medidas, preguntarán algunos escame-



nes, ¿son realmente eficaces para proteger al individuo contra las infecciones venéreas? Esta pregunta se oye muchas veces en las consultas. Las gentes no están aún convencidas de la eficacia de estas medidas, y esto precisamente es la causa de muchos contagios (aun en personas inteligentes). Contra estas dudas de los enfermos debemos de afirmar rotundamente que las medidas indicadas, casi con seguridad, evitan los contagios, siempre que sean practicadas cuidadosamente tal como las hemos recomendado. Es cierto que en Medicina no hay nada absoluto y que alguna vez pueden fallar, pero esto no justifica en modo alguno que se prescindiera de ella, pues el número de contagios se reduce enormemente practicándolas como hemos tenido ocasión de comprobar ininidad de veces. La sífilis puede tal vez dar algún contingente, pues la profilaxia de ella es algo más difícil, pero la blenorragia se evita con seguridad teniendo el necesario cuidado. Que la profilaxia de la sífilis es más difícil, lo prueban los contagios profesionales, todavía más frecuentes de lo que debieran ser, en médicos y comadronas, en los cuales muchas veces no ha habido descuido en las precauciones, pero es que la sífilis tiene tantos modos de transmisión, que muchas veces es imposible evitarla; pero que estos contagios pueden disminuirse hasta un mínimo insignificante, lo prueban los estudios experimentales de transmisión de la sífilis realizados en época moderna. La profilaxia venérea realizada de un modo concienzudo apoyada en estos estudios, está hoy en condiciones de evitar la mayoría de las infecciones. Si éstas tienen lugar, no es culpa de la profilaxia, sino de los que no la emplean ó la hacen mal. Cuando se ha hecho su empleo obligatorio, como con gran aplauso de todos se lleva á cabo en nuestra marina de guerra, se obtienen resultados verdaderamente brillantes.

La aportación de estadísticas que prueban esto será objeto de otro trabajo, pues en el de hoy no era mi objeto más que tratar el asunto de un modo general, y me he extendido en él tal vez más de lo que hubiera deseado.

## LA CURA DE LA BLENORRAGIA FEMENINA

POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios.

Adquiere dificultades marcadas que es necesario tratar de vencer en relación con la complicación de los conductos femeninos y de la rapidez con que muchas veces ya desde el principio se constituyen variadas localizaciones: uretral, cervical, diverticular ó glandular, y la tendencia que tiene á hacerse ascendente, siendo otro obstáculo de la mayor importancia los períodos menstruales que no sólo persisten, sino que se adelantan y alargan sus plazos en muchas blenorragias uterinas, sobre todo cuando están en las primeras fases de la enfermedad.

Generalmente, cuando se asiste desde los primeros tiempos á un proceso de esta naturaleza, la secreción

meática visible contiene cantidad considerable de gonococos y es espesa, blanquecina, algo amarillosa, el cuello uterino tiene un moco pus como verdadera flemas, mucosa gruesa que sale del conducto cervical y cuelga llegando muchas veces hasta el fondo vaginal posterior, siendo más abundante la secreción uretral y menos la cervical que en los casos antiguos, en los cuales el moco-pus acumulado en muchos días y aún en las veinticuatro horas que median de una cura á otra es suficiente para cubrir en capa el hocico de tenca, y es que las uretritis en general y ésta en particular cuanto más antiguas, son más extensas y corporales, llegando el cuello á los mayores grados de desarrollo y blandura por la inflamación, al punto de que en estas formas antiguas es donde mayor eversión y prociencia hace la mucosa congestionada endo-cervical. Un modo de tratamiento que me ha dado los mejores resultados y esto no sólo en tipos agudos, si que también en crónicos, seguido con alguna ligera variante por la diferente preferencia del sitio y lesión de anatomía patológica y de bacteriología es el siguiente, que recomiendo por su sencillez, eficacia y estar al alcance de todo médico. Primero curar la vagina y el conducto del cuello uterino con lavado á gran altura, de más de un metro siempre, irrigación fuerte para que barra pronto todas las mucosidades y supuraciones con solución permanganato 1 por 2.000 á 1 por 4.000, al cual se va añadiendo progresivamente XX á C gotas de una solución nitrato plata al 20 por 100, equivalentes á 0,20 á 1 gramo de la sal argéntica, que puestos en 2 á 4 litros de agua, que es con la que suelo lavar cada conducto, resultan del 1 por 10.000 al 1 por 20.000 las dosis iniciales, al 1 por 2.000 á 4.000 las dosis finales, empezando esta adición de la plata para reforzar el permanganato, desde fines de la primera semana, ó mejor, cuando termina la agudeza subjetiva, de dolores, frecuencias, etc., sentida por el enfermo, elevando más ó menos rápidamente los elementos de esta buena combinación, según tolerancia, aspecto y cantidad del moco y pus que se observe en los algodones de la enferma y en los orificios de entrada á los focos, conviniendo después de salir el primer medio litro que lava la espesa secreción adherida, aplicar el pico de la cánula al orificio cervical lo que se hace muy bien en las paridas que lo tienen en verdadera hendidura y en las de antiguos flujos de origen metritico gonocócico desde el comienzo, ó bien aplicar el extremo de la cánula lo más cerca posible del conducto cervical para que penetre el antiséptico caliente en la primera porción uterina tan llena de microbios; en general, prolongo el lavado hasta que la mucosa toma el tinte moreno indicador de que ha tomado bien el permanganato.

Doy un toque endocervical de nitrato plata 5 á 10 por 100 cuando la mucosa está fungosa ó tarda en modificarse el ectropión y supuración espesa que produce, quitando el exceso que pueda rebosar con un poco de lavado y terminando con pincelación cervical del conducto y muchas veces de la vagina con la solución fuerte de permanganato potásico al 5 por 100 bien repetidas en los cuellos gruesos que llenan y aún no se



termina de ver sus límites en el especulum, á fin de reducirlos llegando á veces en los primeros períodos á dejar una inyección de argirol ó protargol al 5 por 100 profunda en torno del cuello en casos recientes de predominio ó exclusivismos aún gonocócicos. En segundo término la cura uretral consta de tiempos análogos: 1.º, el lavado permanganato solo ó asociado al pícrico, azul metileno ó nitrato plata, graduando dosis según estado local, hecho con cánula doble corriente y en cantidad bastante de 2 á 4 litros, primero de entrada y salida, después vesical, haciendo orinar á enferma varias veces; 2.º, inyección del protargol ó argirol al 5 por 100 ó una mezcla que uso de ambos con albargina poniendo más de 10 c. c. bien retenidos en el conducto, debiendo tardar en orinarlo todo lo posible; cuando transcurren días y el flujo no se agota ó tiene carácter sospechoso ó comprobado, asocio algunas gotas de solución nitrato plata al 10 á 20 por 100 á la fuerte solución argéntica-orgánica para reforzar su efecto. He podido llegar á positivas curaciones aun en blenorragias de ocho y más meses, de purgación muy arraigada y deformante de la matriz en cuyo pegadizo exudado teñido por tionina, verde metilo ó fuchina, me daba los grandes conglomerados de células poligonadas alargadas irregulares superpuestas montando bastante unas sobre otras, de uno ó varios núcleos ovalados muy teñidos en su cromatina y entre cuyas disociaciones ó destrucciones del epitelio pavimentoso estratificado del hocico de tenca se veían bastoncitos y rosarios de puntos como el estreptococo, pero que parecen más formas saprofíticas ó colibacilares frecuentes en el exudado de estas metritis crónicas.

## La terapéutica específica y sus enemigos paternales

POR

RAMON VILLEGAS

Después de una ausencia, relativamente larga, me encuentro con una discusión muy interesante habida entre el ilustre y por tantos conceptos respetable Dr. Pulido y mi querido compañero y amigo el doctor Navarro (1).

El Dr. Pulido, sugestionado (2) por las experiencias recientes del Dr. Ferrán, sobre las vacunaciones preventivas en la tuberculosis, establece un parangón entre éstas y las tuberculinas, del que las tuberculinas resultan mal paradas. Al concretar su opinión, afirma que el tratamiento específico sólo ha servido para enriquecer á ciertos especialistas, que de este procedimiento hicieron un trampolín cómodo.

Todo el mundo ha supuesto que el Dr. Pulido aludía en su crítica al Dr. Verdes Montenegro (3). Pero,

(1) Nada he leído del Dr. Navarro que conmigo y mis escritos se relaciona: ¿Dónde esa discusión? —A. P.

(2) Si la sugestión se funda en hechos, conforme. En el ensayo de la vacuna de Ferrán busco miles y miles de hechos, y solamente en ellos fundamento mis juicios. —A. P.

(3) No ha pasado por mi mente el recuerdo del Dr. Verdes Montenegro cuando escribí sobre las tuberculinas para EL SIGLO. Procuero, siempre que puedo, huir de las personas y pensar en las ideas. —A. P.

yo debo rectificar al Dr. Pulido. No creo que las tuberculinas hayan podido enriquecer á nadie; menos al Dr. Verdes Montenegro. El Sr. Verdes, no sólo no ha podido enriquecerse con las tuberculinas, sino aun siquiera conseguir aquel minimum de desahogo económico que han conseguido los más modestos profesionales que nunca salieron retratados en la prensa ilustrada, ni se anunciaron en la diaria. Y creo que el señor Pulido pensará como yo, que, si dicho señor no es realmente un genio ni una figura deslumbradora en la clínica, tampoco es una nulidad absoluta.

Por lo demás, las tuberculinas no deben su nombre y su prestigio á este brillante publicista y modesto médico que, si ha asociado reiteradamente su nombre al tratamiento específico, no es por eso ni su descubridor, ni siquiera el que mayor experiencia clínica posee acerca de ellas. Desde luego no es, ni creo que pretenda ser, el que mejor las conoce, aunque haya contribuido, no escasamente con sus publicaciones, perfectamente incoloras, á que las conozca muy poca gente.

Antes bien, las tuberculinas han padecido notablemente en su crédito, porque el Dr. Verdes Montenegro las defendiese. Este señor, al que yo no creo desprovisto de cierto talento, no disfruta de un general concepto favorable, y tal concepto, quizá injusto, dada la extensión y generalidad que hoy tiene, ha repercutido sobre un sistema de tratamiento que él defendía, por adaptación errónea del clásico refrán español: «dime con quien andas y te diré quien eres».

Yo debo decirle al Sr. Pulido que las tuberculinas no son un producto que se hayan acercado por afinidad de elección al Sr. Verdes Montenegro. Es este señor quien se ha acercado á las tuberculinas. Muchas veces ocurre en la vida que alguien se empeña en ser nuestro amigo, á pesar de no ser de nuestro agrado, y aunque este amigo sepa aprovecharse de nuestro crédito y nosotros tengamos que padecer de su descrédito inevitablemente, no por eso puede ser una razón para desprestigiar á una persona el solo hecho de saber que ha sido visto acompañada por personas que no merecen nuestra estimación afectuosa.

Quedamos, pues, en que las tuberculinas no tienen nada que ver con la buena ó mala utilización que haya podido hacerse de su nombre y de su eficacia.

En un trabajo nuestro, de publicación próxima, estudiamos científicamente las indicaciones positivas de este producto y no entraremos á discutir aquí sus ventajas ó inconvenientes. Mi personal experiencia me ha demostrado que se trata de un medicamento de efecto limitado—como cualquier otro, porque aún no se conocen panaceas en el tratamiento de la tuberculosis—pero de acción efficacísima y muy estimable en muchos casos.

Respecto á las teorías de Ferrán—á quien yo admiro como nuestro primer bacteriólogo—sólo debo decir que aguardo con vehemente impaciencia el resultado de sus inoculaciones, de cuyo valor definitivo sólo puede decidir el tiempo. Estoy conforme en teoría con el principio que informa tan sugestivo ensayo, y creo que será un orgullo para la Medicina de nuestro país que



cuenta con médicos de la excelsa categoría de Ferrán. Y será satisfactorio en verdad que fuera en España donde por primera vez se puso en práctica y con éxito un intento que era universal y fracasada aspiración. Ya, cuando Maragliano expuso sus ideas sobre la vacunación con bacterias atenuadas, manifesté mi criterio de ser éste el camino científico que podría conducir más radicalmente a la supresión de la tuberculosis. Las dificultades de técnica que rodeaban al procedimiento parecen simplificadas en la concepción del sabio barcelonés, de manera que hacen concebir esperanzas de aplicación. Con profundo interés aguardamos todos los especialistas los definitivos resultados que, de ser satisfactorios, constituirían el mayor galardón y acaso el más transcendental descubrimiento de nuestro siglo.

Pero no creo, sin embargo, que sea esta genial orientación argumento en contra de un procedimiento como el de las tuberculinas, que si ha sido desprestigiado por admiradores poco admirables, no por ello

deja de producir resultados muy beneficiosos y evidentes en el tratamiento de la tuberculosis.

## Periódicos médicos.

### PEDIATRÍA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Medicina é higiene infantil.**—Siempre son de interés y cada día más importantes las cuestiones de alimentación y cuidados de la primera infancia.

El Dr. Wengraf insiste en las dificultades y perjuicios ocasionados por la guerra mundial sobre los cuidados alimenticios é higiénicos, ya siempre un poco abandonados en Viena, pero agudizado el estado por la guerra.

Los niños alimentados al pecho y después vigilados por sus padres padecieron por sus efectos, menos que aquellos que fueron separados de sus familias, y Wengraf cita un trabajo de Moll en el cual se demuestra que su desarrollo inferior al normal fué, sin embargo, progresivo, como lo demuestran las siguientes cifras tomadas del trabajo de este autor:

| EDAD EN AÑOS                   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                | 1      | 1 1/4  | 1 1/2  | 1 3/4  | 2      | 2 1/4  | 2 1/2  | 3      | 3 1/2  |        | 4      |
| Peso.....                      | 9,000  | 9,500  | 10,000 | 10,300 | 10,300 | 10,500 | 11,500 | 12,500 | 13,500 | 14,000 | 15,000 |
| Aumento calculado.....         | 500    | 500    | 300    | —      | 200    | 1,000  | 1,000  | 500    | 1,000  | 1,000  | —      |
| Peso normal según Camerér..... | 10,200 | 10,800 | 11,450 | 11,950 | 12,700 | 13,200 | 13,700 | 14,700 | 15,300 | 15,600 | 16,500 |
| Aumento normal.....            | 600    | 650    | 500    | 750    | 500    | 500    | 1,000  | 600    | 300    | 400    | —      |

El estudio de la estadística de mortalidad de estas edades muestra la rápida progresión de las defunciones infantiles durante los años de la guerra.

Según Wengraf, por cada 10,000 habitantes mueren de 2.º al 5.º año de la vida.

|                         | AÑO  |      |      |      |       |       |
|-------------------------|------|------|------|------|-------|-------|
|                         | 1912 | 1913 | 1914 | 1915 | 1916  | 1917  |
| En la Baja Austria..... | 10,5 | 11,2 | 8,3  | 25,5 | 21,4  | 15,7  |
| En Viena.....           | 10,1 | 10,3 | 14,2 | 17,7 | 15,0  | 13,5  |
| En la Alta Austria..... | 12,1 | 12,6 | 15,9 | 16,9 | 18,8  | 14,5  |
| En Linz.....            | 16,3 | 12,8 | 14,3 | 20,0 | 27,61 | 26,01 |
| En Innsbruck.....       | 7,2  | 8,9  | 11,2 | 13,4 | 15,00 | 18,3  |
| En Graz.....            | 7,9  | 10,1 | 10,4 | 13,0 | 16,00 | 13,5  |

Pero si los efectos de las dificultades de alimentación creadas por el conflicto mundial han sido notados en estos niños, donde se han manifestado de modo más evidente ha sido en aquellos pequeños desgraciados que estuvieron además privados de la vigilancia y cuidados de sus padres.

El Dr. Wengraf no posee datos estadísticos serios, pero asegura haber visto casos gravísimos de atrofia por hambre en niños legítimos en pensión, criándose en los pueblos, y en aquellos que aun estando en la familia, tuvieron que ser cuidados por personas extrañas por tener los padres que trabajar, ó que por padecer infecciones contagiables á otros hermanos tuvieron que ser alejados de su casa. El cuadro clínico que presentaban estos enfermitos, siempre fué uniforme; pálidos por pobreza esencial de la sangre, con la piel llena de pliegues seca y poco resistente á los procesos infectivos, de donde la frecuencia en la misma de forúnculos y eczemas, cubierta de

lanugo (hipertrichosis), trastornos tróficos de la piel, la grasa desaparecida completamente, los ojos profundamente hundidos en las órbitas, sin edemas, pero muchas veces con manifestaciones de raquitismo moderado ó floido, y cuyas manifestaciones varían según el período de la vida en que el hambre se manifestó. Cuando en el primer período fueron bien cuidados, faltaba generalmente el raquitismo craneal, y sólo se manifestaba en las epífisis de los huesos largos. A consecuencia de esta enfermedad el crecimiento estaba detenido y las medidas acusaban 10 á 15 centímetros menos que las normales dadas por Camerér. El peso sólo alcanzaba en niños de dos á tres años cifras de 4 á 6 kilogramos. La musculatura estaba en estado de atrofia, por lo cual los niños no podían sostenerse en pie, andar, y á veces, ni aun mantener erecta la cabeza. Este estado de miseria orgánica iba casi siempre acompañado de profundas alteraciones psíquicas. Los niños permanecían muchas horas quietos en la cama, la mímica facial casi desaparecida y sin apenas reaccionar á los estímulos acústicos.

Este cuadro clínico algo semejante al del infantilismo intestinal de Herter, lo es sólo en apariencia, porque mejora rápidamente cuando se instituye una alimentación correcta.

El punto más interesante del artículo de Wengraf es el tratamiento de este lamentable estado, cuya curación puede conseguirse generalmente en un plazo de dos meses, si se huye del error frecuentemente cometido, tanto en las Instituciones de niños como en la práctica privada, de dar á estos enfermos una alimentación exclusiva de leche y harinas fiándose sólo del aspecto exterior del niño, muy semejante por su tamaño y peso al lactante.

El ha observado en la mayoría de los mayorcitos tratados en la Institución, que con tal alimentación la mejoría es sólo



lenta é incompleta y que aun siendo posible y frecuente el aumento de peso, el levantamiento del estado general y la curación de la anemia y raquitismo no se realizan.

Una segunda falta dietética consiste en que asimilando estos niños á los lactantes se da alimento con excesiva frecuencia, no dejándose pausas suficientemente amplias entre las comidas.

Es necesario para el buen éxito, por tanto, una educación alimenticia, que les haga perder el temor de los primeros días de su permanencia en la Institución, y empiece á despertar en ellos el apetito normal por la vista de manjares agradables y apetecibles, que se sienten á la mesa con los otros niños y que su psiquis empiece á despertar bajo los beneficiosos efectos de alimentos sabrosos, pues es bien sabido desde Pawlow, la influencia beneficiosa de la psiquis sobre los reflejos digestivos.

El Dr. Wengraf ha utilizado, por tanto, en sus casos, comidas muy espaciadas, tan preconizadas por Czerny (tres á cuatro diarias) y los niños se encontraron muy bien con esta práctica no sintiendo hambre entre las pausas.

El régimen alimenticio y la constitución de las comidas fué el siguiente:

Desayuno: 200 gramos de café con leche (2 tercios de leche con 4 por 100 de azúcar) y 35 gramos de pan con una delgada capa de mermelada.

Comida: Un plato de sopa de 200 á 250 gramos (con 20 gramos de pan, pastas, tapiocas ó sémolas), 200 gramos de legumbres ó verduras (espinacas, guisantes, ensaladas cocidas, zanahorias en sustancia ó pasadas por tamiz), y una papilla de 100 á 150 gramos.

Cena: A las siete de la tarde tapioca ó papilla de arroz 250 á 300 gramos. Pastas en leche. Pan con manteca con 150 gramos de leche, á veces huevo.

En los niños mayores de diez y seis meses, se empleará además dos ó tres veces por semana 20 á 30 gramos de carne bien picada de cordero ó ternera.

No siempre fué empleada esta alimentación y el doctor Wengraf da otra más sencilla, que puede ser considerada como una alimentación transitoria para casos excepcionales.

Los niños comen siempre reunidos en la mesa, y esta medida actúa muy eficazmente sobre el apetito de los pequeños de temperamento neuropático, que después de pocos días toman completamente su ración. Cuando esto no sucede suele estarse en presencia de un trastorno digestivo, y ordinariamente aparecen malas deposiciones, meteorismo, temperaturas subfebriles y sueño perturbado é intranquilo.

Habrà que salir en este caso del régimen esquemático precitado, sin que dure el cambio más de dos ó tres días porque no suele ser necesario. Si aparece fiebre, diarrea ó urticaria y estomatitis habrá que recurrir á una dieta blanda, y la curación será abreviada si el niño permanece en cama aunque no tenga fiebre durante el tiempo de las malas deposiciones. Cuando éstas mejoran se vuelve de nuevo á la alimentación anterior procurando separar la parte de alimento perjudicial, que suele ser el pan ó las legumbres enteras. Los huevos finamente picados en puding suelen tener un influjo favorable sobre la consistencia de las deposiciones.

Como tratamiento coadyuvante el Dr. Wengraf menciona la influencia del mejoramiento del psiquismo entre las comidas, que según él ejerce influencia sobre el apetito. En los muy pequeños debe emplearse los movimientos físicos y procurar el despertar sensual; en los mayores de tres años se obtienen grandes resultados con el método de Fröbel.

El autor elige y analiza cuatro observaciones, entre las muchas que podía citar, que demuestran que con los dos re-

gímenes citados, se curan rápidamente estas formas de atrofia en un período de dos ó tres meses. El raquitismo y la anemia desaparecieron en este plazo y el peso aumentó un kilogramo en dos meses en el primer caso, dos en cuatro meses en el segundo, 1 100 gramos en dos meses en el tercero y tres kilos en dos meses en el cuarto.

Los enfermos tratados cuando se espaciaron las comidas convenientemente no presentaron ningún trastorno de diátesis exudativa, convulsiones, aumento de raquitismo por faltas dietéticas, etc. y su resistencia para las infecciones aumentó durante el período de reparación soportando muy bien la vacunación y una epidemia de gripe.

El régimen tiene además la ventaja económica, según Wengraf, de no exigir conocimientos culinarios especiales (cocina dietética) y poder ser preparado simultáneamente á la comida de los adultos; siendo además capaz de desarrollar una energía equivalente á 1.100 ó 1.200 calorías.

De esta cifra total pertenece á las grasas una sexta ó séptima parte y sólo una décima á la albúmina; el resto á los hidratos de carbono.

Calculadas las necesidades caloríficas de estos atroficos por hambre se demuestra que es una realidad en la práctica, que con una relación al peso de su cuerpo necesitan tomar enormes cantidad es de energía. El cociente de ésta en los casos del Dr. Wengraf era de 129 á 194 en el primero, 112 á 132 en el segundo, 145 á 197 en el tercero y de 131 á 191 en el cuarto.

El cociente medio de energía en esta edad alcanza normalmente de modo aproximado 67 á 81 calorías.

Los procedimientos prácticos para determinar estas necesidades suelen ser el de Pirquet, que mide la altura del niño sentado desde la cabeza á las nalgas (Sitzhöhe de Pirquet) demostrando experimentalmente que el niño necesita un suministro nutritivo como el cuadrado de esta altura, y los que calculan por el peso las necesidades á 70 ó 80 calorías por kilogramo.

Las investigaciones de Wengraf durante dos semanas siempre le han dado como resultado que es necesario administrar 100 á 200 calorías diarias para comenzar ó hacer aumentar el peso en estos enfermos.

Las necesidades de albúmina en las primeras semanas las calcula en 35 gramos por kilogramo, cifra igualmente muy elevada que puede ser muy disminuida en la convalecencia, puesto que según Voit, los nitrogenados representan la tercera parte de la constitución de algunos alimentos, como los huevos y la carne.

El autor hace notar que la leche sólo juega un papel muy moderado en estos regímenes, porque en su opinión es suficiente un cuarto de litro al día, pues siendo relativamente pobre en calorías, disminuye en cambio mucho la sensación de hambre.

La carne puede en cambio ser dada con menos temor que se hacía hace unos años, y termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

- 1.ª Que en la alimentación de los atroficos por hambre, lo mejor es una alimentación mixta semejante á la de los adultos y constituida por cuatro comidas como maximum.
- 2.ª Que la dieta de leche y papillas debe proscribirse.
- 3.ª Que las necesidades nutritivas, tanto por kilogramo como de altura sentado, son anormalmente grandes, y
- 4.ª Que los niños así tratados se defienden bien de las infecciones, que son el mayor peligro que hay que evitar, y la mayoría de ellos se curan completamente en tiempo no mayor de dos meses y sin recaídas, cuando son convenientemente cuidados.

*El estudio clínico de la atrofia por hambre que hace Wen-*



graf, es la descripción del estado en que se encuentran al cabo de pocos meses la mayoría de los niños llamados de DESTETE de nuestras Inclusas españolas cuando regresan de los pueblos donde fueron alimentados mediante una remuneración de 15 pesetas mensuales.

Un síntoma muy frecuente en ellos, la hipertrichosis, ha sido considerado por algunos autores como síntoma de tuberculosis; en un trabajo nuestro reproducido por EL SIGLO MEDICO insistíamos en la frecuencia de este síntoma en niños no tuberculosos de la clase pobre.

Tenemos muchas historias clínicas de casos como el autor, en que sólo el hambre fué causa de la atrofia entre los niños de la Inclusa de Madrid. Pero nuestra experiencia personal no nos permite admitir sin reservas el régimen aconsejado por el mismo, porque en muchos de nuestros enfermos existía además diarrea por mala alimentación, por enteritis que requieren tratamientos dietéticos diferentes en cada caso.

Cuando esto no suceda, creemos de utilidad el procedimiento terapéutico de Wengraf con las modificaciones de forma, más en armonía con las costumbres alimenticias de los niños de nuestro país, aun conservando las bases fundamentales.

El Dr. Mayerhofer dice que la ciencia de la alimentación tiene y ha de tener cada vez más en todo el mundo una importancia fundamental.

Los problemas alimenticios son de tal interés, que de su buena ó mala solución depende el bienestar corporal y la higiene y fuerza física del pueblo siempre relacionada con la cultura del mismo.

Mayerhofer considera el asunto bajo el doble aspecto de la economía política y de las ciencias naturales.

De las ciencias naturales saca la de la alimentación muchos de sus fundamentos. Como la higiene tiene necesidad de ellas para la solución de sus problemas.

La química es fundamental. Permite reconocer la bondad y pureza de los alimentos y bebidas, pero no sólo se necesita la química general, sino que también y muy especialmente la analítica. Sólo así podrán hacerse estudios como los de Liebig, conocedor de la química alimenticia, y los de Dünger sobre alimentación y cultivo de plantas alimenticias. Cree además el Dr. Mayerhofer que son necesarios conocimientos técnico-químicos de las industrias que tienen como fin la elaboración de alimentos y bebidas, cocina química, etc.

La botánica constituye otra de las bases de la nueva ciencia, tanto sistemática como descriptiva. El examen microscópico de alimentos y bebidas de origen vegetal descubre muchas falsificaciones de los mismos, y esta ciencia natural permite además conocer la clasificación, composición fisiológica y repartición de las plantas comestibles (geografía vegetal).

Por su parte, la zoología tiene también valor aunque en grado menor y sobre todo la geografía zoológica y la medicina veterinaria.

Pero Mayerhofer estima que las mayores lecciones para la constitución de la nueva ciencia se encuentran en el estudio de la alimentación comparada.

Tanto los veterinarios como los encargados de cuidar animales, han observado que los animales pequeños siguen en su desarrollo y alimentación de modo instintivo las mismas reglas que se observan en la alimentación de los niños. Las terneras, por ejemplo, guardan pausa en su alimentación de cuatro ó cinco horas, y cuando en ocasiones no toleran la leche de vacas, saben los veterinarios que mejoran con la sopa denominada en Alemania Kälbersuppe. Bajo el nombre de sopa de Liebig ha sido introducido en terapéutica infantil un alimento muy parecido.

Los granjeros saben que las terneras, de modo análogo á

los niños, deben ser destetadas progresivamente y es de observación vulgar las dificultades que se experimentan para criar animales pequeños (perros y gatos) con leche de vacas, que recuerda la gran mortalidad de los niños á biberón.

Es sabido que los animales jóvenes en el período de crecimiento enferman cuando no se les administra cantidad suficiente de agua.

En los niños recién nacidos conocemos un estado semejante, la fiebre de sed. (Durstfieber.)

El autor cita otra porción de semejanzas, entre ellas, los beneficiosos efectos de las sopas de zanahorias en las diarreas del caballo, empleada también por los aldeanos de Mährens en las diarreas infantiles, y la fragilidad ósea de las terneras y alteraciones del esqueleto de los animales lactantes, por efecto de la alimentación pobre en cal y sales que recuerdan en parte á otras enfermedades del hombre (raquitismo osteoporosis y osteomalacia).

Cita después Mayerhofer los estudios de Pirquet, sobre calorificación, necesidades y cálculo de calorías necesarias y la influencia de las mismas en el rendimiento de energía en el aumento de las secreciones, en la calidad de las mismas, etcétera. Como se ve, el asunto es complejo y de laboratorio, siendo mejor el sistema neotécnico de Pirquet.

Por último, para la ciencia de la alimentación es un auxiliar indispensable los conocimientos de medicina. No sólo precisa el conocimiento de la fisiología de la digestión, sino de las dietas en las glucosurias, en la fiebre, en las diferentes infecciones, la dieta seca, etc., la alimentación normal de los niños sanos y enfermos, de las amas, etc., y sobre todo en la lactancia artificial, las cuestiones de la importancia relativa de la grasa y de la albúmina.

El autor concluye que son necesarios conocimientos jurídicos, químicos, botánicos y médicos, y que la ciencia de la alimentación debe constituir un estudio sistematizado en las Universidades, y que debe ser la práctica introducida en los hospitales, como lo ha sido ya en gran parte de la clínica infantil de Viena.

El Dr. Klaus publicó en el mismo número del Wiener Kl. Woch. un caso interesantísimo de histerismo infantil.

Quiso la fatalidad que en una familia por él asistida se repitiera dos veces el caso, de que el nacimiento de un nuevo hijo fuese acompañado de la enfermedad grave ó muerte de otro de los que el matrimonio tenía.

Coincidiendo con un parto en esta familia fué asistida por Klaus una niña de tres años, que había oído hablar á sus padres del fallecimiento de uno de sus hermanos, ocurrido en el parto anterior de su madre, y que presentaba la sintomatología de la enfermedad que causó la muerte de aquél, y que la niña había oído referir.

El desarrollo clásico de la historia clínica, y los buenos resultados terapeúticos obtenidos por la sugestión facilitaron el diagnóstico de histerismo que Klaus hizo á pesar de la poca edad de la niña (tres años).

A propósito de este caso clínico, mencionaremos una observación personal de una niña de cuatro años, diagnosticada y tratada como coxálgica del primer período durante cuatro meses, y que observada por nosotros resultó tratarse de una coxalgia histérica puramente funcional, y sin ningún síntoma orgánico de coxalgia, que curó completamente después de cuatro meses de dolor y claudicación con dos sesiones de sugestión (Noviembre, 1919.—Dr. J. Bravo y Frías.)

## OTORRINOLARINGOLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Los catarros llamados crónicos, por el Dr. Kaufmann (de Angers).—Aunque desde hace más de veinte



años, los oto rino laringólogos hayan llamado la atención de los médicos sobre la mala interpretación dada á los catarras crónicos, me parece de utilidad insistir de nuevo sobre estas afecciones.

En el recién nacido ¡cuántos corizas sífilíticos pasan desapercibidos!

La rinitis diftérica es igualmente descuidada. ¡Cuántas difterias graves son transmitidas por el enfermo que en perfecta salud parece solo de una ligera afección nasal! En los casos dudosos sería necesario buscar el bacilo de Loeffler en la secreción nasal. Hace ya algún tiempo fui llamado para ver una joven de veinte años que padecía de la nariz sufriendo epistaxis frecuentes. Al hacer la rinoscopia anterior observé: la mucosa edematosa, pequeños tractus negruzcos, vestigios de hemorragias y secreción espesa mucopurulenta. La facies de la enferma estaba edematosa y el color pálido. Nada en la orina y ausencia de ictericia. Hice examinar la secreción nasal, y ésta contenía bacilos de Loeffler. El empleo del suero antidiftérico hizo desaparecer en seguida todos estos síntomas, pero no se hubiese hecho el diagnóstico; qué responsabilidad para el médico que no hubiera impedido este medio de contagio!

A los enfermos que moquean pus crónicamente se les debe enviar al especialista que podrá descubrir en ellas, ya una sinusitis maxilar, ya una sinusitis etmoidofrontal, una etmoiditis supurada ó una esfenoiditis.

La siguiente observación es muy típica:

X., catorce años, vino á mi consulta, por un catarro crónico que padecía desde la edad de dos años. Siempre ha estado enfermo y padecía de cefalalgias. Había tenido una enterocolitis mucosa-membranosa y estaba obligado á seguir un régimen muy severo. Desde hace algunos años, disminución de la acuidad visual. Un oculista le prescribió el uso de gafas, que no mejoraron en nada la visión. Padecía de amnesia.

Le hice la rinoscopia anterior sin encontrar nada de particular. Por rinoscopia posterior se ve la faringe tapizada lateralmente de pus. Examiné de nuevo las fosas nasales, encontrando pus en la hendidura olfatoria de los dos lados. Le propuse la resección de los cornetes medios y del etmoides, que fué aceptada por el enfermo.

En una sesión reequié los dos cornetes medios y una parte de las células posteriores. En el lado izquierdo pude coger de una sola vez todo el bloque que extraje en masa. A la derecha, necesité hacerlo en dos ó tres veces.

En los días siguientes no noto nada de particular; á los quince días nuevo examen; á la derecha no hay ningún pus, y éste persiste en el lado izquierdo, lo que me decide á una nueva intervención. Con las pinzas extraigo de nuevo una célula etmoidal bien caracterizada por su estructura alveolar y llena de pus.

Al cabo de otros quince días, como el pus persiste siempre á la izquierda, nueva intervención. Con mucha precaución, pues me encuentro en la parte superior del tercer meato, y puede ser que en el cuarto, royendo el etmoides con las pinzas, retiro una célula etmoidal y me apercibo de la salida de pus por el orificio del seno esfenoidal.

Dos horas después vienen á llamarme. X perdía por la nariz un líquido claro como agua que me hace pensar en una pérdida de líquido cefalorraquídeo, además de que el enfermo dice que el líquido que le cae en la garganta tiene sabor salado. Prescribo el reposo absoluto en cama. Por la noche se presentan vómitos y raquialgia, sin fiebre ni cefalea.

Al día siguiente, la salida del líquido es menos abundante, el enfermo se siente mejor y se levanta de cinco á ocho, á pesar de mi prohibición, haciendo movimientos y

ejercicios intempestivos. Durante la noche y á la misma hora que el día anterior, segunda raquialgia y vómitos, siempre sin fiebre ni cefalea. Prohibición de levantarse ni moverse en la cama.

El tercer día, nada de particular.

El cuarto día, desaparición de las pérdidas de líquido.

Había debido lacerar con las pinzas las vainas fibrosas de la duramadre que acompañan las terminaciones del nervio olfatorio. Creo esta hipótesis la más probable puesto que al examinar la hendidura olfatoria la misma noche del accidente, veía caer gota á gota el líquido cefalorraquídeo. No pude ver la lámina cribosa que debía estar recubierta por la mucosa.

Hace ocho meses que X fué operado (6 Febrero). Todos los síntomas han desaparecido, incluso el catarro crónico. La visión es normal, le ha vuelto la memoria y han desaparecido los fenómenos de enterocolitis mucosa-membranosa. El enfermo puede comer de todo, incluso feculentos que antes le producían diarrea. Es indudable que la ingestión diaria de pus, trastornaba las funciones gastrointestinales.

Los médicos generales deben, por lo tanto, no descuidar los catarras crónicos, habiendo mucho que aprender con la exploración de las fosas nasales, como con la de todos los órganos.—(*Le Medecin Français*, 1 Noviembre, 1919).—J. F.

2. **Cuerpos extraños del oído.**—Con este título refiere P. Kirmisson en el *Journal des Praticiens* (núm. 35 de 1919) el siguiente caso:

A un niño de la escuela le introdujo otro en el oído un trozo de yeso, y para extraerle se practicaron con un alfiler maniobras que no dieron otro resultado que traumatizar el conducto auditivo. Avisado á los dos días el autor, cloroformizó al enfermo (lo que es necesario para no exponerse por movimientos de éste á lesionar el tímpano ó el oído interno), y con el espejo frontal pude ver el yeso, que parecía negro. Desinfectado el conducto auditivo, con una pinza acodada de oídos cogió el yeso que se quebró en fragmentos; empujados éstos hacia una de las paredes del conducto auditivo, por detrás de ellos con una jeringuilla se inyectó agua, que al reflejarse sobre la pared arrastró hacia afuera el cuerpo extraño.—L. P.

3. **De las hemorragias consecutivas á la enucleación de las amígdalas y modo de combatirlas,** por E. Glas.

—En doce años ha practicado el autor 3.000 tonsilectomías. Del instrumental empleado depende no poco el que sobrevengan las hemorragias. Para evitar éstas, las reglas son: 1, no profundizar demasiado con los instrumentos cortantes; 2, después de aislar bien la amígdala, emplear los anillos cortantes de Ehrhardt ó de Reiner, que al mismo tiempo hacen la torsión de los pequeños vasos; 3, tener mucho cuidado al separar el polo inferior á causa de la posibilidad de fuerte hemorragia por parte de la lingual; 4, evitar la adición de adrenalina á la solución anestésica. Los coágulos en el hueco de la amígdala son siempre sospechosos; de producirse hemorragia, hay que limpiar y hacer la cura de Clauden, colocando los tapones pediculados.

El principal instrumento para detener la hemorragia tonsilar es el compresor de Mikulicz-Störk, que contiene un cuerpo hemostático aislado del tejido pulmonar por Fischl. Wagner ha introducido una modificación en este aparato para darle mayor firmeza. Nunca han sobrevenido después de su aplicación mortificación de los tejidos ni fenómenos sépticos.

El aparato de Sluder es sólo aplicable en los niños. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, núm. 40, de 1919).—L. P.



# 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.

El expediente del Ayuntamiento de Jerez.—El señor Burgos y Mazo.

Ignoramos cuál pueda ser el origen, aunque nos figuremos cuál sea el objeto de la noticia propalada por algún periódico, de que el Ayuntamiento de Jerez, suspendido por el gobernador de Cádiz, iba á ser reintegrado en sus funciones. Procurando enterarnos en donde pudieran darnos noticias ciertas, he aquí lo que de testimonios irrefutables hemos podido recoger:

El expediente de suspensión fué elevado, como es de ley, al Gobierno, para su confirmación ó su resolución, oído, según también es de ley, el Consejo de Estado.

Cuando se encontraba en este alto Cuerpo el expediente (es decir, cuando el Gobierno no podía resolver ni en uno ni en otro sentido), es precisamente cuando se propaló la noticia á que nos hemos referido, con lo cual queda demostrada su falta de fundamento. En cuanto á su acierto, baste con decir, según informes que tenemos por fidedignos, que la Comisión permanente del Consejo de Estado ha informado por unanimidad, previo dictamen en su sección de Gobernación, que procede la confirmación de la providencia por la que fue ron suspendidos el alcalde y tenientes de alcalde del referido Consejo, que debe pasarse el tanto de culpa á los Tribunales de justicia para su procesamiento, si hubiere lugar, que asimismo debe apercibirse al gobernador de la provincia, por no haber amonestado á los concejales por su inasistencia y descuido de los intereses que les estaba confiados, y, por último, que respecto á los concejales, que se les imponga el máximo de la multa que autoriza la ley Municipal.

Esto es lo que por cierto tenemos en este asunto. ¿Qué interés podrán tener los que otras alarmas é infundios hacen circular?

En huelga empresas, redactores, tipógrafos y hasta vendedores de los periódicos políticos y de noticias, apenas llega á nuestro forzado aislamiento la noticia de la temida crisis ministerial, que, sin embargo, tenemos por cierta.

Temida la llamamos, porque aparte de lo que acerca de ella pensemos como españoles interesados en el bien general, como médicos y como amantes del mejoramiento de los servicios de la sanidad pública, creemos que nada puede ocurrirnos peor que un cambio político en las presentes circunstancias.

El Gobierno del Sr. Sánchez Toca, con el cual ningún lazo político ni compromiso de bandería nos liga, ha sido para la clase médica española y para la preocupación por los intereses sanitarios un Gobierno estimable, que todos debemos ver desaparecer con verdadero sentimiento. Su presidente no ha opuesto obstáculo alguno á nuestras aspiraciones, antes las ha alentado y sostenido; el ministro de Hacienda se ha comprometido á presentar y defender ante el Parlamento la parte de ellas que á él le competía, y en cuanto al ministro de la Gobernación Sr. Burgos y Mazo, no ha perdido momento ni desperdiciado ocasión para hacer lo que á él le tocaba hacer, y se va dejando en ambas Cámaras proyectos de ley que resuelven las primordiales cuestiones que nos preocupan.

Desconocer todo esto, que es tan evidente, sería querer que sobre nosotros cayese el merecido dictado de ignorantes ó de desagradecidos y tendría además el peligro de enseñar á todos los políticos, que son los que después de todo resuelven estas cuestiones, que los médicos no tienen en nada lo que por ellos se hace y que en no acompañando el éxito á los propósitos, no hay razón que les convenza de que se estima la justicia de sus aspiraciones.

Volvemos á empezar; pero es innegable que mucho terreno llevamos ganado y que muchos son ya los que sucesivamente vienen comprometiéndose en favor nuestro.

¿Qué nos tendrá reservado el porvenir inmediato en la resolución de esta crisis?

DECIO CARLAN

### UN MÉDICO QUE NO SE SINDICA

FOR EL

DR. PINILLA

Parece ser que las antiguas Corporaciones masónicas, y en general, en las sociedades secretas, copiaron el régimen militar, y en sus cónclaves no se podía pe-



netrar sin tener «la palabra de orden», como en una plaza guerrera sin dar el «santo y seña».

Y hete aquí, que para gozar de santa calma y más sagrada libertad, los médicos no vamos á poder vivir entre médicos, si el gran número se «sindican» y nos obligan á conocer el santo y seña para penetrar en su cenáculo ó en su falansterio.

Empero, existe de necesidad en todo rebaño, además de las ovejas, ó de los carneros, un número de pastores, y existe además un can, con oficio no menos noble y útil.

Permitid *hablar* á un perro al rebaño galénico. Por lo menos es un perro que no morderá, aunque ladre en balde.

Las palabras es bien sabido que no sólo tienen el valor lógico del concepto que quieren expresar, sino que, apartándose además del lexicológico, llegan á conseguir un valor en uso, como dicen los economistas, y un valor en cambio. Dicho más sencillamente, las palabras adquieren personalidad conforme los hombres las utilizan, y los tiempos pasan. El *lar* de los greco-romanos no es, ni significa hoy lo que entonces, y el gremio de que hoy se habla, no es, ni puede ser, el de los tiempos de las germanias.

Sindicarse los gremios en el siglo xx, y señaladamente en estos últimos años, no es tampoco agrupar á los hombres por oficios ó profesiones, con el intento de «defender sus derechos y mejorar sus intereses», sino intento de mantener derechos y mejorar intereses de un modo especial, no empleado antes.

Así, cuando se lee en el artículo primero del reglamento del Sindicato médico que la finalidad de este es oponerse á la aprobación de aquellas otras leyes y disposiciones que perjudiquen las conveniencias sanitarias de la colectividad, ocurre preguntar: ¿y por qué medios y procedimientos?

Uno de estos medios, dice ese *non nato* Reglamento, será el de intervenir directa é indirectamente en todas las instituciones relacionadas con los intereses de la Asociación ó de la profesión. Pero vuelve á surgir otra duda; qué instituciones sociales escapan *latu sensu*, á relacionarse con la ciencia y el arte de la Medicina.

Y en fin, se indica otro medio (séptimo del art. 1.º): «utilizar los que estime necesarios la Asociación para alcanzar su objetivo». Como por ejemplo, el medio que taxativamente se apunta en párrafo anterior, y es: *solidarizando su actuación con la de todo otro organismo, cuyo fin primordial sea el de mejorar las condiciones morales y materiales de la clase trabajadora.*

El Sindicato médico, como se ve, aspira á usar toda clase de recursos—sin distinguir de legales ó no, lícitos ó no— para conseguir sus fines, y sin que aluda entre éstos á ideales más altruistas que el de «elevar la condición moral y de cultura de los médicos como clase profesional...»

Pero distingamos de clases. ¿La de médicos es una clase profesional ó una clase trabajadora? Si es lo primero, justo aparecerá que procure unirse con otras clases profesionales. Si lo segundo, deben ir unidos á las clases trabajadoras.

Que los médicos no pertenecemos á estas últimas, me parece indudable. Si basta trabajar para llamarse trabajador, el Barón de Rotschild es un trabajador infatigable, y lo son muchos millonarios, y hasta algunos ministros. Pero los banqueros, ni los gobernantes son clase trabajadora, como no lo es la clase médica; aunque haya médicos que trabajan más de doce horas diarias.

Para figurar entre la «clase trabajadora» hace falta estar sujeto á una soldada ó salario fijo, y nada más que á ese, y á una labor uniforme y fija, y nada más que á esa. Y la clase médica, aun la más trabajadora (!) la rural ó la de Sociedades benéficas, ni tiene jornada fija é inmutable, ni sueldo fijo, que no permita aldehaleas más ó menos aleatorias.

Si hay alguna labor independiente de horario fijo, de intensidad de atención fija, de jornal fijo é inmutable, esta es la médica.

Los médicos somos unos trabajadores constantes y constantemente preocupados de nuestra labor. Hay en nuestro trabajo mezcla de rudo esfuerzo muscular, y de fino, espiritual esfuerzo; mezcla de cavador y de filósofo, de sacerdote y de mercader. Somos indudablemente una clase de hombres trabajadores, pero no somos una clase trabajadora, sino trabajada por el dolor y la penuria.

¿Qué tenemos de común para unirnos—como clase— con los comerciantes ó los labradores, con los industriales ó con los industriuosos? Absolutamente nada.

Los economistas no nos resuelven tampoco la dificultad, delimitando lo que sea propio de una clase obrera ó trabajadora, de lo que sea específico de una clase profesional. Sin embargo—dicen algunos—el tener un patrón, sea individual ó colectivo, el depender de éste mediante un estipendio marcado, es más típico del obrero que del profesional. Y en tal caso, ¿cómo no considerar obrero al médico contratado por un pueblo ó por un Comité? Y respondemos: Ni en ese caso es obrero el médico. El más esclavizado á un Municipio ó á una directiva societaria, tiene ó puede tener más enfermos que aquellos, goza de prudente libertad para *trabajar* con ellos tanto ó cuanto tiempo, y siempre podrá más colocarse en un estado de «energía potencial de trabajo» que le permite aumentar la energía actual económica.

El fijar bien estos términos es muy importante, porque como vamos á ver, se trata de un aspecto de la «lucha de clases», y los sindicatos ó no son nada ó son «equipos de luchadores».

Así señala Duprat el hecho de que la cohesión gregaria es el primer efecto social de la lucha. Mas esa cohesión, que después de todo es nada más que el aspecto social del hombre, si no tiene por magma unitivo cierta idealidad; si únicamente son los intereses, la lucha reviste un aspecto del más puro materialismo egoísta.

La *sindicación* es, en efecto, cosa antigua, y esencialmente civilizadora si se quiere, en cuanto expresa al hombre sociable. Pero el *sindicalismo*, como todos los *ismos*, tiene el grave peligro de un predominio, de una



hegemonía ó mandarinismo funesto para toda idealidad. Sería el medio de artesanizar la Medicina, que aspiró siempre á revestirse de un matiz sacerdotal.

Si á la hora presente va á ser esa «la palabra de orden» para penetrar en el nuevo Alcázar, yo me declaro irreverente y heterodoxo de esa nueva *doxia*, que tal vez se imponga, como muchos dogmas, no precisamente por la exaltación de los corazones.

Sindicación y sindicalismo, querámoslo ó no, tienen hoy para el mundo todo, un significado distinto del puramente léxico. Llevan por dentro pasión material y temperamento de violencia.

Y lo prueba el que no ha podido sustraerse á ese ámbito el proyectado Reglamento á que vamos aludiendo. En su artículo 4.º habla de prestar el Sindicato su apoyo *integral* á los asociados con preferencia á los demás, haciendo la justa salvedad de «en igualdad de condiciones». Insiste en el 9.º en que todo asociado se obliga á no utilizar otra colaboración que la de sus compañeros de Sindicato (dando de lado la sabiduría ó idoneidad que debía ser lo preferido), y remata con otras dos indicaciones que aún con cierto eufemismo nos informan bien del sentido esotérico de la nueva Corporación. Aludo al secreto de las deliberaciones (artículo 17) y á los acuerdos de trascendencia que puedan afectar á los enfermos de Beneficencia (art. 52) entre los cuales, es claro, que se alude á la huelga...

Ese, ese es sentido de violencia que tiene hoy el sindicalismo, y que no faltaría al de los médicos.

El enfermo, llamado proletariado médico, busca una nueva postura en que acomodar su dolor, evidente y digno de aliviarse.

Pero ese alivio ó curación podría venir de otra manera, como podremos ir examinando ahora, y resolviéndolo entre pares, sin intromisión ni alianzas con... «otras clases trabajadoras».

## Documento parlamentario. (1)

Además del Instituto Nacional de Alfonso XIII y de los Regionales sostenidos por el Estado, en todas aquellas provincias donde no existen Institutos de Higiene se podrán crear Laboratorios provinciales, siendo forzosa la existencia de un Laboratorio municipal con personal y material proporcionado á sus respectivas necesidades en cada población de más de 20.000 habitantes. Los Laboratorios provinciales podrán organizarse, para mayor economía, sobre la base de los Laboratorios municipales que existan en las capitales de provincia, si á ello se avienen los Municipios correspondientes.

Los Institutos Nacional y Regionales serán sostenidos por el Estado; los Laboratorios provinciales y municipales contarán para su mantenimiento con las cantidades consignadas en los correspondientes presupuestos de la provincia y del municipio para personal y material.

En la nueva organización será respetado todo el personal de los Laboratorios provinciales y municipales que, funcionando en la actualidad, estén reconocidos oficialmente.

**Art. 7.º Delegación de funciones.**—Las facultades

del Ministerio de la Gobernación respecto á los servicios de Sanidad é Higiene, se entenderán permanentemente delegadas, para mayor prontitud y eficacia de sus determinaciones, en el inspector general de Sanidad, y, por derivación de éste, en los demás inspectores del Ramo, excusándose la intervención directa de las autoridades gubernativas mientras no sea preciso por precepto especial de la Ley ó de los Reglamentos, ó no lo requiera el pronto y efectivo éxito de las providencias.

Esta delegación será de carácter ejecutivo y comprenderá la facultad de hacer efectiva la sanción á que den lugar las infracciones de los preceptos de esta Ley ó de los reglamentos que se dicten para su ejecución.

Todo recurso que contra providencia de los inspectores sanitarios interpongan los particulares que se crean perjudicados por ellas, será elevado directamente á la Inspección general de Sanidad para su resolución definitiva. No se admitirá ningún recurso sin antes haber hecho efectiva la sanción á que diera lugar la falta sanitaria.

Del ejercicio de estas facultades delegadas darán cuenta inmediatamente los inspectores á las autoridades que corresponda.

El Ministerio de la Gobernación fiscalizará en todo momento el uso que de dicha delegación hagan los funcionarios de Sanidad, procediendo contra ellos en caso de falta ó extralimitación.

Por tratarse de resoluciones emanadas de los inspectores por virtud de la delegación general antedicha, las resistencias que se susciten para su obediencia y cumplimiento serán contrarrestadas por los alcaldes, las autoridades gubernativas y sus agentes, como si de una manera directa proviniera de ellos el mandato.

Las multas impuestas por los inspectores de Sanidad que, con arreglo á las disposiciones vigentes, dejen de hacerse efectivas dentro del plazo señalado para ello, y sin que los interesados hayan entablado el recurso correspondiente, serán cobradas procediendo á su exacción por la vía de apremio, por los jueces municipales ó de primera instancia, inmediatamente que éstos hayan recibido de los inspectores el parte oficial correspondiente.

**Art. 8.º Higiene del trabajo.**—La profilaxis de las enfermedades del trabajo tendrán por objeto:

1.º La investigación de las causas que produzcan las enfermedades propias de toda clase de industrias, artes y oficios, y la confección de la estadística sanitaria de morbosidad y mortalidad de los trabajadores en relación con sus respectivas ocupaciones manuales.

2.º La reglamentación de la higiene del trabajo en fábricas, talleres, minas, industrias agrícolas, etc., con la imposición de las sanciones correspondientes á patronos y obreros que falten á las reglas establecidas en los Reglamentos dictados para la conservación de la salud de los operarios.

3.º La inspección médica ó sanitaria de talleres, fábricas, minas y en general de todo centro de ocupación industrial ó mercantil, con el fin de establecer y hacer cumplir las medidas de profilaxis que eviten la producción de las enfermedades infecciosas y las propias de cada industria; y

4.º Para obtener el cumplimiento de las leyes sociales del trabajo relativas á la profilaxis de las enfermedades industriales y de las infecciosas, se establecerá un régimen de educación higiénica de los obreros, patronos y del público en general, que permita unir el propósito de los reglamentos sanitarios colectivos el esfuerzo de la profilaxis individual, cumplida por el convencimiento que cada cual tenga de los medios de conservar su salud y su vida en el ejercicio de su arte u ocupación.

(1) Véase el número anterior.



**Art. 9.º Estadística sanitaria.**—La estadística sanitaria general y la especial de las enfermedades infecciosas se organizará con arreglo á las prescripciones siguientes:

A) Las publicaciones de la estadística sanitaria serán dirigidas por la Inspección general de Sanidad, la que entenderá en la recopilación de datos, régimen de los servicios é implantación de todas las reformas necesarias para la mejor información é investigaciones de los hechos, y contará con la cooperación de todos los Centros, Corporaciones y Dependencias del Estado, de las Diputaciones y Municipios.

B) Comprenderán los trabajos estadísticos la recopilación de los datos referentes á morbosidad y mortalidad, particularmente los relativos á enfermedades infecciosas; las estadísticas especiales; las de las enfermedades epizooticas transmisibles al hombre; las de vacunación y revacunación, así como de cuantos trabajos estadísticos sea preciso conocer referentes al estado de salud ó condiciones de salubridad de los pueblos.

C) La jefatura y dirección de los trabajos estadísticos de recopilación de datos para la confección de las estadísticas sanitarias estará encomendada en las provincias á los inspectores provinciales de Sanidad, quienes con los inspectores de distrito y los inspectores municipales, serán los encargados, dentro de su respectiva jurisdicción, de recolectar los datos que han de ser utilizados por la Inspección general de Sanidad para inserción en los boletines estadísticos que mensual y anualmente se publican por dicho Centro.

D) El incumplimiento de los servicios expresados los retrasos injustificados en el envío de datos, su falseamiento ó inexactitud por negligencia y cuanto indique falta en el celo del servicio, se considerará como infracciones sujetas á las correcciones disciplinarias que establece esta Ley.

E) Los médicos que presten sus servicios en cualquier hospital, dispensario y otros establecimientos benéficos, así como los directores ó administradores de los mismos, tendrán la obligación de facilitar los datos y cuadros estadísticos que por los funcionarios de Sanidad se les interese, según se disponga en los Reglamentos. Igualmente todos los médicos libres, veterinarios y demás personas que ejerzan profesiones sanitarias, estarán obligados á facilitar también cuantos datos se les pidan por las autoridades y funcionarios de Sanidad, dentro de los plazos que ordenan las disposiciones vigentes y se determine en los Reglamentos.

Este servicio de información para la estadística sanitaria alcanzará á las Asociaciones mutualistas, cooperativas y benéficas particulares, así como también á las fábricas, talleres, minas, centros industriales ó fabriles y demás colectividades que tengan establecidos servicios de asistencia médica á los asociados y sus familias.

F) Los presidentes de las Juntas directivas de las Asociaciones y los directores ó gerentes de las industrias, tendrán también la obligación de facilitar los datos que se les interese por los inspectores de Sanidad, para los fines de la estadística.

G) Todas las infracciones en que incurran, tanto los profesores ó médicos libres, como los veterinarios y las demás personas ó entidades á que se refiere el artículo anterior, por incumplimiento del servicio de estadísticas, serán castigadas por el inspector ó autoridad sanitaria correspondiente, quienes incurrirán en responsabilidad si por lenidad dejasen de aplicar la sanción establecida en el capítulo de esta ley que trata de las correcciones disciplinarias.

**Art. 10. Seguros sociales.**—El Instituto Nacional de Previsión, al par que siga desarrollando las instituciones de seguros obreros de vejez é invalidez, establecerá el de enfermedad y el maternal, que son los que

más se relacionan con la sanidad del país, llegando al ideal del seguro obligatorio, considerando como la única forma de resolver en toda su amplitud el problema de la beneficencia y la sanidad públicas, y haciendo que con los fondos de las Sociedades mutualistas á que concurren proporcionalmente los obreros fuese necesario, para que, unido su total importe á las necesidades de los asociados en casos de enfermedad, invalidez, ancianidad, viudez, orfandad, etc., sino que los fondos de reserva de las antedichas Asociaciones se empleen ya directamente, ya por medio de préstamos hipotecarios, en obras sanitarias de carácter social, como hospitales, sanatorios, casas baratas é higiénicas para obreros, saneamiento de poblaciones, obras de reeducación profesional de inválidos, instituciones pro infancia, y en general, en cuanto pueda de algún modo beneficiar directa ó indirectamente la salud de los asociados y mejorar, por tanto, el estado sanitario del país. Una vez instituido el seguro obligatorio de enfermedad y maternal, se organizará la asistencia pública de los enfermos pobres de un modo distinto á la actual, de acuerdo con los principios del seguro y fijando en los Reglamentos la manera de atender al auxilio pecuniario de los asociados enfermos y á los gastos de los servicios médicos y farmacéuticos, así como á los de los partos.

Para contribuir á tales gastos, el Estado se encargará de ingresar en las Cajas del Seguro de enfermedad y maternal el importe de la consignación que actualmente tienen los Ayuntamientos en sus presupuestos respectivos para obligaciones de la asistencia médica y farmacéutica de sus enfermos pobres, sin perjuicio de aumentar esta contribución del Estado si fuese necesario, para que, unido su total importe á lo ingresado por las cuotas de los obreros y los patronos, puedan las Cajas del Seguro atender á las necesidades de este nuevo sistema de asistencia facultativa de los individuos asegurados, que equivale á una verdadera socialización de la actual Beneficencia municipal.

#### **Art. 11. Inspectores de Sanidad.**

A) **INSPECTORES MUNICIPALES.**—Para mejor cumplimiento de esta Ley, mientras tanto se organizan los seguros, los médicos titulares serán transformados en inspectores municipales de Sanidad, y á fin de que puedan ejercer sus cargos con la debida autorización é independencia, y que la inspección sanitaria hasta en su grado mínimo resulte función relacionada con la administración sanitaria central, se dispondrá por el Ministerio de Hacienda la forma cómo los Ayuntamientos ingresen en el Tesoro público el importe de sus médicos titulares con arreglo á las cuotas de clasificación que á cada pueblo correspondan, encargándose el Estado por su parte del pago á los médicos de sus respectivos haberes y sin menoscabo de aquellas facultades que la ley Municipal otorga á los Ayuntamientos para el nombramiento y separación de sus propios funcionarios.

Habrán tantos inspectores como distritos municipales. Cuando en un mismo Municipio hubiere dos ó más titulares, y un solo distrito municipal, será inspector el más antiguo ó el que reúna las condiciones que se marquen.

Un reglamento especial dictado por el Real Consejo de Sanidad organizará convenientemente los servicios de los inspectores municipales de Sanidad.

La Inspección general podrá imponer la sanción que corresponda á los inspectores que cometan faltas graves en el servicio, después de incoado el oportuno expediente por el inspector provincial con informe de la Junta de la misma clase y audiencia del interesado.

Al inspector municipal compete el cuidado del más exacto cumplimiento de las leyes, reglamentos y demás



disposiciones sanitarias, singularmente las que hacen referencia en especial á la higiene de las poblaciones y la vigilancia del estado sanitario de su circunscripción municipal, informando á las autoridades sanitarias superiores sobre todo aquello que el interés de la salud pública reclame alguna providencia. Además le corresponde el servicio de estadística sanitaria y la redacción de una Memoria anual sobre la situación sanitaria del Municipio y las reformas que su deficiencia exija.

El inspector municipal será el jefe de la oficina de Sanidad del Municipio.

B) INSPECTORES DE DISTRITO.—Los actuales subdelegados de Medicina continuarán desempeñando sus cargos en la misma forma que está determinada en las disposiciones vigentes, y sus vacantes irán en lo sucesivo amortizándose. En su lugar se crea la Inspección de Sanidad de distrito sanitario, que comprenderá una zona de territorio distinta y más amplia que la que corresponde á los partidos judiciales. El número y amplitud de estas zonas sanitarias será señalado oportunamente teniendo en cuenta la extensión y número de habitantes de cada provincia, y las condiciones especiales de las poblaciones.

El inspector de Sanidad de distrito tendrá por funciones propias las de vigilar el cumplimiento de las disposiciones sanitarias, la de informar á los inspectores provinciales de cuantas novedades relacionadas con la salud pública ocurran, las del servicio de estadística y las de tomar por sí las medidas que sean necesarias para impedir la propagación de las enfermedades contagiosas, dentro del distrito ó circunscripción á que corresponda. Dependerán inmediatamente de los inspectores provinciales.

Como el inspector del distrito debe ser un técnico especializado en materia sanitaria, ingresará en el Cuerpo por oposición, siendo preciso para concurrir á ella haber seguido un curso de ampliación de estudios de Sanidad en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, y poseer un certificado de aptitud ó diploma de médico sanitario expedido por este Centro. Los inspectores de distrito, en cuanto forman parte de la Sanidad Central, serán pagados por el Estado con el haber que se consigne en los Presupuestos.

Un reglamento especial aprobado por el Consejo de Sanidad regirá las funciones de los inspectores de Sanidad de distrito.

Los subdelegados de Farmacia y Veterinaria seguirán funcionando en la misma forma que hoy están organizados y conforme con los nuevos reglamentos que se dicten para la mayor eficacia de su función.

C) INSPECTORES PROVINCIALES.—En cada provincia habrá un inspector provincial de Sanidad, y uno regional en el campo de Gibraltar, á cuyo cargo estarán los servicios de sanidad é higiene pública correspondientes á su circunscripción y cuyos deberes y atribuciones serán los que se señalen en los Reglamentos y demás disposiciones vigentes en la materia. Gozarán de las retribuciones asignadas en los presupuestos generales del Estado.

Art. 12. **Defensa sanitaria de puertos y fronteras.**—La defensa sanitaria de puertos y fronteras estará á cargo del Cuerpo de Sanidad exterior regido por su reglamento orgánico, con el fin de evitar la importación de enfermedades exóticas é infecciosas en general, de acuerdo con los convenios sanitarios internacionales.

Art. 13. **Indemnización.**—Los daños que se causen á cualquier persona en sus bienes con la ejecución de prácticas sanitarias, siempre que no hayan sido determinadas por su culpa, serán objeto de indemnización en los casos y en la forma que se precise en el reglamento correspondiente.

Estos daños se pagarán por los que los hubieren producido infringiendo un precepto sanitario, por el

Ayuntamiento ó la provincia respectiva, y en último término por el Estado, según se establezca en las disposiciones que se dicten al efecto.

Art. 14. **Penalidad.**—Las infracciones á la presente Ley y á los reglamentos que se dicten para su ejecución serán castigadas con la multa de 50 á 5.000 pesetas ó con la pena de ocho días á un mes de arresto si la falta es grave, y caso de ser un particular el que la cometa, y con la amonestación, suspensión de empleo y sueldo y destitución del cargo, según los casos, si el infractor fuera funcionario público. Las faltas leves se corregirán con la reprensión y la multa de 5 á 50 pesetas. En caso de reincidencia dentro de los dos años de la última imposición, las penas podrán ser elevadas al doble. Siempre que la infracción pudiera constituir delito, los responsables serán entregados á los Tribunales ordinarios.

Por la Comisión de Códigos, asesorada por la Inspección general de Sanidad, se procederá en el plazo de seis meses á la revisión y clasificación de los delitos y faltas sanitarias consignadas en el Código penal, á la designación de los Tribunales y autoridades que han de entender en los mismos y á señalar la sanción penal que en cada caso corresponda.

ARTÍCULO ADICIONAL. El Real Consejo de Sanidad redactará en el plazo improrrogable de seis meses el reglamento ó reglamentos correspondientes á los preceptos de esta Ley, quedando anuladas cuantas disposiciones se opongan al cumplimiento de la misma.

Madrid, 13 de Noviembre de 1919.—El ministro de la Gobernación, *Manuel de Burgos y Mazo*.

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION (1)

98

Defensa y saneamiento de la atmósfera de las ciudades. —Espacios libres en las poblaciones.—Su importancia higiénica y medios de facilitar su multiplicación: influencia comparativa de la multiplicación de espacios libres y creación de grandes parques.—La ciudad jardín.—Defensa contra los gases y vapores, olores, humos y polvo de origen industrial. —Medios de prevenir la polución alimenticia de las ciudades.—Bases higiénico-sanitarias para la organización del aprovisionamiento alimenticio, de la reglamentación de los mercados é inspección de los alimentos.

99

La regulación urbana higiénico sanitaria del aprovisionamiento, preparación y venta del pan, carnes y leche.—Distribución urbana y doméstica, del agua en la red urbana y doméstica; protección térmica.—La dispersión en la red de distribución.—Importancia del conocimiento de los datos de distribución y consumo.—Conveniencia sanitaria de la municipalización de los abastecimientos.—Bases higiénico-sanitarias para la regularización é inspección de los servicios de abastecimiento de aguas; la inspección sanitaria en los casos de abastecimiento doble por agua potable é industrial.—Organización de la inspección sanitaria en los mercados; depósitos, almacenes.—Organos y medios para el montaje de la inspección sanitaria alimenticia.—Bases higiénicas para la construcción y régimen de mercados.

100

Defensa contra los residuos de la vida urbana y contra

(1) Véase el número anterior.



las aguas residuales.—Alejamiento de las aguas residuales.—Sistema de alcantarillado y de alejamiento de las aguas sucias ó negras, pluviales ó blancas, industriales y subterráneas.—Condiciones que impone la higiene á todo sistema de alcantarillado.—Acometimiento de las bajantes.—El problema del sifón terminal: crítica.—Acceso, ventilación y limpieza del alcantarillado.—El alcantarillado en sus relaciones con los demás servicios urbanos subterráneos.

## 101

Alejamiento de las inmundicias sólidas.—Volumen y composición de las basuras.—Los gérmenes canales y los específicos en las basuras.—Limpieza, recogida, tratamiento y destino de las basuras.—Medios de impedir la producción del polvo. Sistemas modernos de riego y limpieza de la vía pública.—El alejamiento y destrucción de las inundaciones en las poblaciones sin alcantarillado.—Alejamiento y destrucción de los cadáveres de animales.

## 102

Alejamiento y destrucción de los cadáveres humanos.—Historia de los cementerios y crematorios.—Los cementerios desde el punto de vista higiénico.—Mecanismo de la destrucción de los cadáveres en el terreno; condiciones y terrenos apropiados.—Situación de los cementerios respecto á las ciudades: la capa acuífera subterránea.—Extensión de los cementerios en relación con el número de cadáveres que habrán de inhumarse.—El respeto á los cadáveres y el condicionamiento sanitario de las ceremonias fúnebres.—Bases para la regulación higiénica de las ceremonias fúnebres, enterramientos y construcción de cementerios.—Importancia higiénica de la cremación.—Sistemas de incineración.—Regulación sanitaria del traslado y exhumación de cadáveres.

## 103

Desinfección.—Definición de los términos esterilización, agentes antisépticos, germicidas y desodorizantes, asepsis y fumigación.—Agentes químicos de desinfección.—Modo de destrucción de las bacterias por los agentes químicos.—Influencia de la temperatura y del tiempo de acción.—Penetración de los desinfectantes.—Efectos de las materias albuminoideas sobre las germicidas.—Métodos de medida del poder de los desinfectantes químicos: determinación del coeficiente carbólico.—Fenol, coeficiente de los principales germicidas comerciales.—Aparatos para la desinfección por agentes químicos.

## 104

Líquidos desinfectantes.—Uso de las soluciones desinfectantes.—Empleo del bicloruro de mercurio.—Del coaltar y sus productos.—Empleo del fenol y cresoles.—Líquidos creosólicos: indicaciones sobre el lisol, creolina, asiptol, asoprol, sanatol, solveol, solutol y demás preparados.—Los naftoles, la formalina, el permanganato potásico, el agua de cal, los hipocloritos, los sulfatos de cobre y hierro, el cloruro de zinc y los preparados de cloruro, bromo y yodo.—Empleo de ácidos.—Idem del alcohol.—Los jabones como detergentes y antisépticos.

## 105

Agentes físicos de desinfección.—Valor desinfectante y utilización de la luz solar, rayos ultravioletas, electricidad, llama, calor seco, ebullición y vapor.—Aparatos para la desinfección por el vapor.—Autoclaves y estufas modelos.—Modo de funcionamiento é instalación de las estufas.

## 106

Desinfectantes gaseosos.—Preparación de las cámaras de desinfección.—Aparatos para la desinfección por el formal-

dehído y sulfuroso.—Modelos de aparatos.—Eficacia y modo de funcionamiento de los mismos.—Otros desinfectantes gaseosos.

## 107

Método de desinfección.—Desinfección del aire.—Desinfección de las habitaciones, de los establos y de los vehículos de transporte.—Desinfección de la ropa blanca.—Desinfección de los vestidos y objetos de uso.—Desinfección de los libros.—Desinfección de los cadáveres.—Desinfección en los demás casos en que puedan presentarse.—Transporte de los objetos é instrucciones para los aparatos desinfectores.

## 108

Desratización.—Desratizantes gaseosos.—Acondicionamiento de los locales para lograr la destrucción de ratas y otros roedores por desinfectantes gaseosos.—Preparación de los locales, alcantarillas, etc., á prueba de ratas.—Utilización de los enemigos naturales de las ratas.—Caza de las ratas.—Venenos y virus bacterianos.

## 109

Insecticidas.—Insectos portadores de infecciones.—Preparación de cámaras para la fumigación.—Eficiencia relativa de los insecticidas.—Valor del azufre y sulfuroso, del formaldehído, pyreiliru, fenalcanfor, ácido cianhídrico, bisulfuro de carbono, petróleo y derivados y arsénico y sus sales.—Desinfección entomo-parasitaria.—Agentes pulicidas.—Destrucción de los mosquitos.—Medios de supresión y destrucción de las moscas.

## 110

Organización de los parques de desinfección.—Material con el que debe contarse.—Material en los parques provinciales.—Dirección técnica de los parques de desinfección.—Laboratorios é Institutos de Higiene.—Organización, personal técnico y funciones.

*Programa de microbiología general.*

## TEMA 1.º

Bacterias: Definición, morfología general y estructura.—Biología, nutrición, movilidad y reproducción de las bacterias.

## 2.º

Acción de los agentes físicos sobre las bacterias.—Luz: diversos rayos del espectro solar y su acción especial.—Acción de la temperatura.—Acción de la electricidad.

## 3.º

Acción de los agentes químicos y especialmente de los antisépticos sobre las bacterias.—Aplicaciones prácticas á la desinfección.—Distinción entre antiséptico y desinfectante.

## 4.º

Estudio de las reacciones de las bacterias desde el punto de vista diagnóstico.—Tropismos y quimotaxis.—Reacciones ópticas: fosforescencia, ídem térmicas, ídem químicas.—Estoenzimas y su influencia sobre los medios de cultivo; fermentos proteolíticos, hemolisinas propias de algunos cultivos; fermentos inversivos, oxidasas, peroxidasas ó catalasas.

## 5.º

Estudio de las reacciones químicas de los productos de excreción bacteriana.—Fermentación.—Formación de pigmentos.—Fermentación de la urea y formación de amoniaco.—Formación de las bases amoniacaes; del indol, del escatol.—Idem del hidrógeno sulfurado.—Acción reductora de las bacterias.



## 6.º

Nitrificación bacteriana: su mecanismo.—Condiciones favorables de producción.—Sus resultados prácticos.

## 7.º

Acción de los microbios sobre los hidratos de carbono.—Fermentaciones de los azúcares.—Sus productos.

## 8.º

Toxinas microbianas alcaloides y albumósicas; caracteres diferenciales según las reacciones que determinan en el organismo.—Constitución de las albumósicas ó toxinas propiamente dichas.—Agresinas.

## 9.º

Hifomicetos.—Morfología general y estructura.—Características biológicas.—Cultivos de los hifomicetos.—Observación microscópica.—Investigación de los tejidos.—Inoculaciones experimentales.—Géneros parásitos del hombre y enfermedades á que dan origen.

## 10

Blasomicetos.—Morfología general y estructura.—Características biológicas.—Cultivos de las blasomicetos.—Observación microscópica.—Investigación en los tejidos.—Inoculaciones experimentales.—Géneros parásitos del hombre y enfermedades á que dan origen.

## 11

Protozoarios.—Morfología general y estructura.—Características biológicas.—Cultivos de los protozoarios.—Observación microscópica.—Investigación de los tejidos.—Inoculaciones experimentales.—Grupos y géneros parásitos del hombre y enfermedades á que dan origen.

## 12

Inmunidad natural é inmunidad adquirida.—Propiedades celulares y humores de los animales inmunizados.—Paralelo entre el proceso nutritivo general y el propio de la inmunidad.—Propiedades bactericidas de los sueros.

## 13

Citelisinias.—Bacteriolisinias: su naturaleza y modo de obrar.—Hemolisinas.—Fenómenos de Pfeiffer y sus consecuencias.

## 14

Aglutininas.—Aglutinación y su mecanismo.—Génesis del aglutinoide.—Teoría para explicar el hecho de la aglutinación.—Especialidad de las aglutininas.—Aglutinaciones de grupo. Método Castellani.—Relaciones entre la inmunidad y las aglutininas.—Diferencia entre éstas y otros productos de inmunidad.

## 15

Precipitinas.—Su naturaleza.—Constitución y división.—Precipitinas bacterianas.—Su investigación.—Precipitinas albuminoideas.—Aplicaciones higiénicas y medicolegales.—Titulación de las precipitinas.—Especialidad originaria y constitutiva de las albúminas.—Método capilar.

## 16

Fijación del complemento.—Teoría de Ehrlich para explicar la inmunidad.—Diversas categorías de receptores.—Hemolisis.—Sistema hemolítico: modo de dosificarlo. Fundamento en que descansa la reacción de fijación del complemento.—Reacción de Bordet y Gengou.—Problemas biológicos que se pueden resolver con ella.—Técnica.—Titulación de los reactivos.—Enumeración metódica de los tiempos de que consta la práctica de la desviación del complemento, se-

gún se siga la técnica de Bordet ó de Wassermann.—Técnica de Neisser-Sachs para las albúminas.

## 17

Fagocitosis.—Exposición de la doctrina fagocitaria de Metchnikoff.—Faginas y antifaginas.—Bacteriotropinas de Neufeld.—Opsoninas.—Trabajos de Llenys.—Leisimann, Wright y Douglas.—Valoraciones de la especificidad de las opsoninas.—Técnica del índice opsonico.—Idea de las vacunas de Wright.

## 18

Vacunas y sueros en general.—Inmunización activa, pasiva y mixta.—Métodos generales de inmunización activa y su valor práctico.

## 19

Inmunización pasiva.—Sueros antitóxicos, antimicrobianos y opsonicos: su mecanismo en acción.—Sueros monovalentes y polivalentes.—Dosificación de los sueros.—Instalación de los Laboratorios destinados á la elaboración de sueros medicinales.

## 20

Vacunoterapia.—Métodos generales para preparar las vacunas microbianas.—Resultados prácticos y estado actual de la vacunoterapia.

## 21

Anafilaxia.—Definición.—Evolución de los conocimientos sobre anafilaxia.—Hechos experimentales en que se basa la doctrina de la anafilaxia.—Desarrollo del estado anafiláctico.—Período de incubación.—Duración de la anafilaxia.—Síntomas.—Enfermedad del suero.

## 22

Estudio de los anafilactógenos, del cuerpo de reacción y del complemento anafiláctico.—Anafilaxia pasiva.—Anafilaxia *in vitro*.—Relaciones de la anafilaxia con la formación de las precipitinas y reacción de la desviación del complemento.—Antinafilaxia.—Anafilaxia crónica.—Anafilaxia alimenticia.—Anafilaxia general.—Teorías propuestas para explicar la anafilaxia.—Técnica de la anafilaxia experimental.—Profilaxia de la anafilaxia.

## 23

Descripción del microscopio.—Elementos principales de que consta.—Condiciones que debe reunir.

## 24

Ultramicroscopio y su técnica.

## 25

Examen de los microbios que viven en medios líquidos.—Gota pendiente y cámara húmeda.—Coloración de los gérmenes.—Substancias colorantes más empleadas.—Teoría de la acción colectiva de estas substancias.—Mordientes y acentuadores.—Coloración negativa.—Método de Gram y procedimientos derivados del mismo.—Coloración *in vivo* de las bacterias.

## 26

Técnica general para los ácidosresistentes y espiroideos

## 27

Métodos especiales para la coloración de esporos, de pastillas y de cápsulas.—Ejecución y conservación de las preparaciones definitivas.

## 28

Investigación de las bacterias en los tejidos.—Fijación, endurecimiento é inclusiones.—Microtomos y su manejo.—



Cortes seriados.—Coloración de los cortes.—Procedimiento universal de Loeffler.—Idem de Weiger, etc.

29

Medidas microscópicas.—Dibujo de las preparaciones.—Fotomicrografía.—Aparatos y material necesario.

30

Esterilización por el calor seco y húmedo.—Material necesario para su aplicación.—Manejo de estos aparatos.—Desinfección por los agentes químicos.—Filtración en Bacteriología.—Descripción de los filtros más usados y manejo de los mismos.

31

Cultivos de los microbios.—Medios de cultivo: medios líquidos; medios sólidos; gelatina; agar; medios azucarados; ídem coloreados; ídem sólidos de procedencia animal.—Cultivos de patata.

32

Técnica de los cultivos de aerobios en medios líquidos y sólidos.—Idem de los anaerobios: principales aparatos empleados.—Examen e interpretación de los cultivos.

33

Estufas de cultivo.—Descripción de los principales tipos.—Reguladores de temperatura.—Otros termostatos empleados en Bacteriología.—Instalación y manejo de los anteriores aparatos.

34

Investigación de los productos formados en los cultivos por los microbios.—Análisis de las ptomainas, toxinas, albumosas y peptonas; mucina, gases, hidrógeno, sulfurado, amoníaco.—Nitritos.—Investigación de los ácidos orgánicos.—Reacción del indol y de los fenoles.—Conservación de los cultivos.

35

Principales animales usados en los laboratorios de Bacteriología.—Contención, inoculaciones.—Técnica de las inyecciones intravenosas.—Inoculaciones intraperitoneal, intracraneal y en la cámara anterior del ojo.—Autopsias.—Medios de destrucción de los animales utilizados en las experiencias.

36

Técnica de la recolección de productos infectantes.—Envases de los mismos: expedición y envíos a los laboratorios.

37

Enfermedades producidas por Helminths. Cestoides y trematoides.—Biología general de estos parásitos.—Descripción de la tenia equinococo.—Enfermedades producidas por los cestoides.—Cestoides parásitos en estado larvario.—Enfermedades producidas por las trematoides.

38

Biología general de los nematoides.—Principales géneros.—Descripción de los géneros Uncinaria y Strongyloides.—Huevos de los principales nematoides intestinales.—Nematoides de los músculos y del tejido conjuntivo subcutáneo.—Descripción de los géneros Trichinella y Filaria.

39

Caracteres morfológicos y datos generales para la identificación de los Artrópodos vectores o huéspedes de agentes infectantes.

40

Caza, captura, conservación, cría, envase y expedición de

los Artrópodos portadores mecánicos o biológicos de agentes infectantes.

41

Arácnidos.—Caracteres generales.—Clasificación.—Descripción de las especies parásitas del hombre y enfermedades que producen.

42

Epidemias y enfermedades infecciosas en la antigüedad y Edad Media.

43

Epidemias y enfermedades infecciosas desde el Renacimiento hasta la actualidad.

44

Profilaxis de las enfermedades infecciosas.—Profilaxis internacional, nacional y local o municipal.—Aumento de la resistencia específica de los organismos.—Saneamiento del ambiente físico.—Mejoramiento del ambiente social.

45

Prevención de las enfermedades infecciosas.—Manantiales y modos de infección.—La epidemiología especial de cada enfermedad infecciosa como base esencial de toda campaña epidémica o preventiva.—Valor del aislamiento.—Circunstancias que limitan el valor del aislamiento.—El aislamiento en los casos de gran extensión epidémica o de infecciones con gran proporción de portadores.—Causas del fracaso de los sistemas exclusivistas de aislamiento.—Ejemplos demostrativos.—Valor de la desinfección: circunstancias que lo limitan.—El fracaso de las desinfecciones terminales habituales.

46

Influencia de los casos ligeros atípicos, abortivos, latentes y no reconocibles, en general, en la propagación de las enfermedades infecciosas.—Influencia difusora de los portadores de microorganismos patógenos.—Importancia sanitaria de los portadores de bacterias y protozoos.—Portadores agudos, crónicos y temporales.—Portadores precoces.—Portadores intermitentes.—Ejemplos: tipos de propagación de infecciones y de epidemias por portadores.

47

Importancia de la transferencia por contacto: modos de transferencia por contacto.—La promiscuidad y la suciedad como difusores de las infecciones.—Infecciones en cuya propagación tiene importancia la transferencia por contacto.—Sobrevida de las bacterias y protozoos en las manos, vestidos y objetos de uso.—Transferencias por insectos.—Infecciones difundidas por los mosquitos, moscas, ticks o ixódidos, pediculi, cucarachas y otros artrópodos.—Infecciones difundidas por las ratas y otros roedores.—Importancia higiénica de la educación práctica en las Escuelas.

48

Diferentes aspectos cuantitativos de la propagación de las epidemias por contacto, por el agua, la leche, las carnes y los insectos.

49

Grupo de las enfermedades pestilenciales exóticas.—Cólera asiático.—Historia de las principales epidemias europeas y españolas.—Principales modos de propagación del cólera.—Teorías acerca de su origen y contagio.—Papel que actualmente se concede a las personas, a los objetos y a las aguas en la propagación del cólera.—Portadores de gérmenes y su división.—Vibrión colérico: caracteres morfológicos.—Diversas especies de vibriones coléricos.



50

Caracteres biológicos de los vibriones cólicos.—Cultivos en medios especiales.—Toxinas.—Cólera experimental.

51

Síndrome clínico del cólera.—Anatomía patológica.

52

Diagnóstico bacteriológico de un caso sospechoso de cólera.—Marcha metódica de la investigación, según las circunstancias.—Vibriones similiticos.—Diagnóstico diferencial.

53

Profilaxis anticólera.—Fundamentos.—Maneras más adecuadas de combatir las epidemias de cólera.—Acuerdos internacionales encaminados a evitar la propagación de esta enfermedad.—Vacunas anticólicas.—Métodos de Ferrán, Haffkine, Kolle, etc.—Sueroterapia del cólera.—Valoración de la profilaxis y tratamientos específicos del cólera.

54

Peste.—Historia de las epidemias de peste.—Morfología del bacilo pestoso.—Cultivos en medios especiales.—Propiedades biológicas.—Formas de involución.—Reacciones químicas.—Resistencia a los agentes bactericidas.—Acción patógena del bacilo pestoso.

55

Evolución y formas clínicas de la peste.

56

Diagnóstico bacteriológico de un caso de peste, según las diversas circunstancias que puedan presentarse.—Diagnóstico diferencial con otras infecciones.—Bacilos similiticos: su diferenciación.

57

Profilaxis de la peste.—Focos pestíferos endémicos.—Agentes que intervienen en la propagación de la peste.—Transporte por mar y tierra del agente infeccioso.—Duración del período de incubación de esta enfermedad y consecuencias profilácticas.—Profilaxis marítima y terrestre.—Profilaxis individual.—Resultados de la lucha antipestosa.—Vacunación antipestosa.—Preparación de las vacunas.—Seros antipestosos.

58

Fiebre amarilla.—Historia de las epidemias españolas.—Distribución geográfica de esta enfermedad.—Estado actual de nuestros conocimientos etiológicos sobre la misma.—Transmisión por el *Stegomyia calopus*.—Biología de este mosquito.—Trabajos de la Comisión francesa.—Distribución geográfica del mosquito de la fiebre amarilla.

59

Síntomas y anatomía patológica de la fiebre amarilla.—Inmunidad.—Recaídas y recidivas.

60

Profilaxis de la fiebre amarilla.—Medios empleados para la destrucción del mosquito transmisor de la misma.—Desinfección de los barcos y mercancías.—Aislamiento de los enfermos.—Organización legislativa de la lucha contra la fiebre amarilla.

61

Enfermedades infecciosas propagables especialmente por materiales procedentes del tubo digestivo.—Enfermedades paratíficas.—Distinción radical de las enfermedades que se comprendieron en el antiguo grupo tífico.—Infecciones incluí-

bles en el nuevo grupo tífico.—Fiebre tifoidea.—Etiología.—Caracteres del bacilo de la fiebre tifoidea.—Caracteres morfológicos y de cultivo: cultivos en medios especiales.—Resistencia del bacilo fuera del organismo.—Resistencia a la desecación y a las influencias térmicas y sus variaciones.—Resistencia en el agua y hielo, en la leche, alimentos y bebidas, en el suelo, en el polvo, en las heces, en las aguas residuales y en los mariscos.—Inoculación de los animales.

62

Sintomatología de la fiebre tifoidea.—Stadiums ó períodos observables en los casos ordinarios.—La fiebre en la tifoidea.—Síntomas del aparato digestivo; la peritonitis tifoidea y la peritonitis por perforación.—Síntomas observables en la piel, sistema linfático y aparatos circulatorio, respiratorio y uro-genital.—Síntomas del sistema nervioso.—Complicaciones.

63

Formas especiales del curso morboso en la fiebre tifoidea.—Formas leves, abortiva, latente, ambulatoria y tóxica.—Gastroenteritis tifoideas.—Importancia epidemiológica de estas formas.—Diagnóstico diferencial de la fiebre tifoidea.—Diagnóstico diferencial con las del antiguo y moderno grupo tífico.—Bacilo de la fiebre tifoidea y suero: reacción de Vidal.—Anatomía patológica de la fiebre tifoidea.

64

Diagnóstico bacteriológico de la fiebre tifoidea.

65

Epidemiología de la fiebre tifoidea: evolución de las ideas sobre esta materia.—Bacteriología del tífico: la excreción de bacilos.—Modos de transmisión por contacto directo é indirecto, por polución de las aguas, por la leche y alimentos.—Las epidemias de origen hídrico y lácteo.—Investigación del bacilo tífico en las aguas y en la leche: diferenciación.—Razones de la antigua creencia en la transmisión por el aire.—Las moscas y otros insectos como agentes de propagación.—Portadores de gérmenes.

66

Vacuna antitífica, profiláctica y curativa.—Sueroterapia.

67

Paratíficos.—Concepto clínico y bacteriológico de esta enfermedad.—Estudio morfológico y biológico de los bacilos paratíficos a y b y de la enteriditis de Gartner.—Diagnóstico: diferencias entre estos gérmenes y el tífico.—Vacunación y sueroterapia.—Tipos epidemiológicos de fiebres tifoideas y paratíficas estudiadas con nombres especiales.

68

Disentería bacilar.—Gérmenes que la producen.—Morfología.—Vitalidad.—Reacciones bioquímicas.—Disentería experimental.—Toxina disintérica.—Diferencias bioquímicas entre los bacilos disintéricos.—Síntomas y lesiones.—Diagnóstico de las disenterías bacilares.—Suerodiagnóstico y reacción de fijación.—Sueroterapia.—Enteritis infectiva: diarreas epidémicas.

69

Disentería tropical ó amibiana.—Etiología.—Estudio de la amiba disintérica y sus diferencias con la amiba coli.—Síntomas y lesiones.—Diagnóstico de esta forma de disentería.—Epidemias.—Países en donde se observa endémicamente esta enfermedad.—Profilaxis.

70

Viruela.—Receptividad para la viruela.—Estado actual



de nuestros conocimientos respecto á la naturaleza del virus de la viruela.—Modos de transmisión del agente infeccioso.—Aptitud para contraer la viruela.—Descripción clínica.

## 71

Profilaxis de la viruela.—Variolización.—Descubrimiento de la vacuna animal.—Evolución de la vacuna en el hombre.—Modificaciones en su evolución.—Complicaciones.—Enfermedades transmisibles por la misma.—Mecanismo de la inmunidad.—Resultados estadísticos de la vacunación en los diferentes países.

## 72

Institutos de vacunación.—Su organización.—Producción de la vacuna.—Elección de los animales vacuníferos.—Evolución de las inoculaciones en los mismos.—Alteraciones de las erupciones vacinales.—Recolección de la vacuna.—Su conservación bajo distintas formas.—Comprobación experimental de su actividad.—Transporte de la misma.—Vacunación. Indicación y contraindicaciones según las diversas circunstancias que puedan presentarse.—Diversas técnicas propuestas.—Sueroterapia de la viruela.

## 73

Sífilis.—Caracteres del treponema pálido.—Su investigación en los enfermos.—Reacción de Wassermann.—Modo de realizarla y su importancia desde el punto de vista higiénico-social.—Sífilis experimental.

## 74

Sífilis adquirida.—Causas de contagio.—Evolución de la enfermedad.—Períodos en que es más contagiosa.—Infección sífilítica.—Sífilis hereditaria.—Contagiosidad de los tejidos y de los humores de los heredosifilíticos.—La sífilis en los inocentes.—Profilaxis de la sífilis de origen genital.—Idem de la profesional.—Idem de la hereditaria.—Idem de la de las nodrizas y de los niños de pecho.—El salvarsán y la esterilización de la sífilis.

## 75

Chanero blando.—Bacilo de Ducrey-Unna.—Morfología.—Cultivos.—Diagnóstico del chanero blando.—Profilaxis individual.

## 76

Gonococia.—Descripción de los gonococos.—Cultivos en medios especiales.—Poder fermentativo y acidificante.—Toxina.—Manifestaciones patológicas en el hombre y en los animales.—Localizaciones genitales y extragenitales del gonococo.—Diagnóstico bacteriológico.—La blenorragia como enfermedad social.—Profilaxis.—Vacunoterapia.

## 77

La profilaxis antivenérea.—Importancia máxima de este problema en la medicina preventiva.—Influencia de las enfermedades venéreas sobre el individuo, familia y especie; las enfermedades venéreas como amenaza á la vitalidad, salud y progreso físico de la raza.—Datos estadísticos relativos al crecimiento de estas enfermedades y de sus consecuencias sobre la descendencia.—Importancia de la educación e higiene sexual para la profilaxis antivenérea.—La continencia y la educación física.—La higiene personal.—El registro de los casos.—La segregación de los casos.—Visita periódica y cura coercitiva.—La hospitalización en sífilis crónicos.—La educación y profilaxis médica en los Dispensarios.

rios.—Importancia de la lucha social contra el alcoholismo y la prostitución.

## 78

Actitud profesional y social frente al control y profilaxis antivenéreas.—Progreso de las ideas abolicionistas: transformaciones sucesivas del reglamentarismo.—Posición sanitaria del problema: la profilaxis antivenérea como un caso particular de la profilaxis contra las enfermedades infecciosas.—Necesidad de armonizar la reglamentación sanitaria con el estado cultural y social.—La reglamentación como institución evolutiva y adaptable.—Condiciones culturales, sociales y legales para la implantación del abolicionismo completo.

## 79

Conjuntivitis contagiosas.—Distintos gérmenes que las producen y estudio de cada uno de ellos.—El agente etiológico de la conjuntivitis granulosa.—Mecanismo de contagio.

## 80

Tuberculosis.—Bacilo de Koch.—Caracteres microscópicos.—Coloración según los diversos procedimientos.—Teorías propuestas para explicar la acidoresistencia.—Cultivos en medios especiales.—Resistencia á la luz, á la desecación, al calor seco y húmedo, al frío y á los antisépticos.—Tuberculosis bovina y humana.—Analogías y diferencias.—Tuberculosis aviaria y de los peces.—Medios de transmisión de la tuberculosis.—Juicio crítico sobre las diversas teorías.—La herencia y la tuberculosis.—Estados pretuberculosos.—Su profilaxis higiénica.

## 81

Estudio de las toxinas del bacilo de Koch.—Tuberculinas: su acción en los tuberculosos.—Hipótesis propuestas para explicar la acción de las tuberculinas.—Suero antituberculoso.—Alcance curativo de las tuberculinas y de los sueros antituberculosos.—Diagnóstico específico de la tuberculosis.—Cutirreacción.—Oftalmorreacción.—Reacción percutánea.—Reacción por punción.—Rinorreacción.—Intradermorreacción.—Inyecciones de tuberculina.—Aglutinación.—Reacción de fijación.—Idem de precipitación.—Leucorreacción.

## 82

Organización de la lucha antituberculosa en España.—Su comparación con la adoptada en diferentes países.—Juicio crítico acerca de los resultados obtenidos.—Dispensarios y Sanatorios y otras instituciones antituberculosas.

## 83

Difteria.—Historia. Bacilo diftérico.—Morfología.—Cultivos; inoculaciones en los animales.—Toxina diftérica.—Medios de transmisión de la difteria.—Formas clínicas.—Diagnóstico.—Estudio de las asociaciones microbianas.

## 84

Epidemiología de la difteria.—Propagación de esta enfermedad.—Papel de las escuelas en la transmisión de la difteria.—Portadores de bacilos.—Importancia del pronto reconocimiento de la enfermedad desde el punto de vista profiláctico y curativo.—Vacunotoxina.—Profilaxis y sueroterapia.

(Se continuará)

**SIL-AL**

**SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.**  
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID



## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 718,0; fd. mínima, 711,0; temperatura máxima, 12º,8; fd. mínima 2º,0; vientos dominantes, N. NNE. NE.

Las bronquitis de los gruesos tubos y las laringo-bronquitis siguen siendo frecuentes, acompañándose de toses convulsivas. También se presentan bronconeumonías y pleuresías, algunas de carácter gripal. De esta misma índole se observan infecciones intestinales y renales. En los niños siguen presentándose casos de escarlatina y sarampión.

### Mortalidad de Madrid en Noviembre de 1919 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

|                        | Promedio anterior. | Noviembre de 1919. |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| Menores de 1 año.....  | 174                | 171                |
| De 1 á 4 años.....     | 179                | 187                |
| De 5 á 19.....         | 116                | 103                |
| De 20 á 39.....        | 243                | 206                |
| De 40 á 59.....        | 282                | 295                |
| De 60 en adelante..... | 380                | 443                |
| Sin clasificación..... | 2                  | 2                  |
| <b>TOTAL.....</b>      | <b>1.376</b>       | <b>1.407</b>       |

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

|   | Promedio anterior. | Noviembre de 1919. |
|---|--------------------|--------------------|
| Fiebre tifoidea.....                                      | 17                 | 10                 |
| Tifus exantemático.....                                   | 1                  | •                  |
| Viruela.....  | 48                 | •                  |
| Sarampión.....  | 8                  | 17                 |
| Escarlatina.....  | 10                 | 10                 |
| Coqueluche.....   | 3                  | 3                  |
| Difteria.....   | 21                 | 15                 |
| Gripe.....  | 54                 | 36                 |
| Otras epidemias.....                                      | 5                  | 1                  |
| Tuberculosis pulmonar.....                                | 140                | 151                |
| Idem meningea.....  | 8                  | 10                 |
| Otras tuberculosis.....                                   | 22                 | 28                 |
| Cancerosas.....   | 57                 | 59                 |
| Meningitis.....   | 58                 | 48                 |
| Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales..... | 76                 | 71                 |
| Orgánicas del corazón.....                                | 92                 | 108                |
| Bronquitis aguda.....                                     | 70                 | 97                 |
| Idem crónica.....   | 38                 | 44                 |
| Pulmonía.....   | 39                 | 27                 |
| Bronco-pneumonía y otras.....                             | 139                | 162                |
| Diarrea infantil.....                                     | 49                 | 32                 |
| Apendicitis.....  | 3                  | 3                  |
| Hernias y oclusiones.....                                 | 17                 | 17                 |
| Cirrosis hepática.....                                    | 13                 | 13                 |
| Nefritis.....   | 45                 | 46                 |
| Septicemia puerperal.....                                 | 7                  | 7                  |
| Debilidad congénita y vicios de conformación.....         | 39                 | 45                 |
| Senectud.....   | 39                 | 52                 |
| Otras enfermedades.....                                   | 258                | 295                |
| <b>TOTAL.....</b>   | <b>1.376</b>       | <b>1.407</b>       |

La escarlatina que en los dos últimos meses tuvo un leve acrecimiento ha causado en este la mitad de víctimas que en Octubre.

La gripe registró 202 defunciones en Noviembre de 1918. Como en el actual han sido solamente 36 los fallecidos por esta causa, parece afirmarse la desaparición de la forma epidémica de esta afección.

Todas las afecciones del aparato respiratorio con excepción de la neumonía presentan cifras más altas que las medias de este mes. Lo mismo ocurre con las enfermedades cardíacas. Ambos grupos parecen influidos por la misma constitución médica del año anterior aunque en menor escala.

La totalidad de defunciones en Noviembre de 1918 fué de 1.741, ó sea 334 más que ogaño.

## 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 cuesten 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*.

**El proyecto de ley de profilaxis de enfermedades evitables.**—En la carta del Sr. Pulido que publicamos en el número anterior, con motivo de haber sido invitado muy atentamente al banquete que han debido celebrar el 30 del pasado los médicos huelguistas de Jerez, para festejar su triunfo, se decía que de la Comisión del Senado que ha de dictaminar sobre el proyecto de ley de profilaxis formaban parte los Sres. Cortezo, Caro y Pulido, quienes una vez más saldrán á la defensa de los intereses médicos y sanitarios, como lo han hecho en otros proyectos sanitarios fracasados en ambas Cámaras. Aunque realmente esto es consignar simplemente un dato sencillo y no se relacione nada con los autores del proyecto, el cual no se trataba de historiar, recordaremos que este proyecto viene siendo ya trabajado y reformado varias veces por el celoso Dr. Salazar, que en gran parte lo llevó el Dr. Gimeno á la *Gaceta* d 123 de Enero último cuando era ministro después de revisado y mejorado á su agrado, y que ampliado, retocado y más que modernizado al día, con nuevas adiciones que necesitan la aprobación del Parlamento, ha sido sometido al Senado.

# TOLUDEN

Pelrid's C., New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals Peruriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía.

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



**Obituario.**—Ha fallecido en Badajoz, víctima de aguda dolencia, doña Isabel Huertas, dama distinguidísima por sus virtudes y por su hermosura, cuya muerte será muy sentida en aquella capital y entre la buena sociedad madrileña.

La finada era esposa del afamado médico D. Augusto Vázquez, hija del ilustre Dr. D. Francisco Huertas.

Reciban los mencionados señores y toda la respetable familia de la finada el testimonio de nuestro pésame muy sentido y sincero.

**Socorros á médicos ó sus familias.**—Según publicamos en el número anterior, la Real Academia Nacional de Medicina tiene anunciados tres socorros de la fundación Pérez de la Fanosa, de 500 pesetas cada uno; un donativo de un señor académico de 500, y seis de 250 del Excmo. Sr. D. Carlos Melcior y Sendín.

Las solicitudes, dirigidas al Excmo. Sr. Presidente de la Corporación, se admitirán en Secretaría (Arrieta, 10) hasta el 16 del actual, debiéndose acompañar la documentación correspondiente.

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

**Amenazas de los médicos.**—Una Comisión del Colegio de Médicos de Sevilla ha visitado al gobernador para comunicarle que, si la Comisión provincial no levanta el castigo impuesto al médico Sr. González Sicilia, aquella Corporación adoptará actitudes extremas.

Como ignoramos las faltas cometidas por el Sr. González Sicilia, suponemos que nuestros compañeros tendrán razón para su violenta actitud.

**El conflicto sanitario de Carava, resuelto.**—Confirmando nuestra noticia del número anterior, leemos el siguiente telegrama:

«Murcia, 4 (4,20 t).—Ha quedado resuelta la huelga de sanitarios de Caravaca.

Las bases de arreglo son que el alcalde abonará á los médicos ocho mensualidades del año corriente y cuatro de las atrasadas; el 20 por 100 de los ingresos del Ayuntamiento se destinará al pago de las clases sanitarias.

En los nuevos presupuestos municipales se consignará la cantidad suficiente para ir liquidando la deuda.

Los médicos volvieron á hacerse cargo de sus destinos».

**Los peligros de los rayos X.**—Los periódicos de París dan cuenta de la trágica muerte del Dr. Jangeas, o urrida en el Hospital Americano de Neuilly, víctima de su deber profesional. Hallábase preparando el aparato Coolidge para obtener los rayos X, con el fin de obtener radiografías de varios pacientes, cuando sobrevino una terrible explosión, y el referido doctor fué electrocutado, muriendo instantáneamente.

No puede decirse que el trágico suceso haya sido debido á falta de conocimientos y de práctica en el manejo de los aparatos, pues el Dr. Jangeas ha sido, durante diez y siete años, ayudante del Dr. Bedéra, jefe del Laboratorio de radiografía en el Hospital de San Antonio, de París, y se hallaba, por consiguiente, familiarizado con el empleo de los instrumentos radiográficos.

Asimismo, no hace muchos días, refería *The Times*, de Londres, que, hallándose el doctor Lister operando, en unión de otros médicos, con los rayos X, sufrió también la acción de éstos. Aunque los compañeros le instaron para que se retirase, el Dr. Lister persistió en continuar su trabajo hasta terminar la operación. La consecuencia es que el famoso médico inglés se halla en gravísimo estado.

**Colegio de huérfanos.**—Llamamos la atención de nuestros lectores acerca de la carta que dirigen las alumnas y alumnos de esta Institución á los Reyes Magos, carta que insertamos en este número en la plana XVIII.

**De mucho interés.**—El encarecimiento de todas las primeras materias y el aumento considerable de gastos á que

nos lleva nuestro deseo de mejoras, de que se dan buena cuenta todos nuestros favorecedores, son causas que nos obligan á aumentar el precio de nuestra suscripción, para los nuevos suscriptores desde 1.º de Enero de 1920, que pagarán 20 pesetas al año en toda España.

Los actuales suscriptores y los que lo sean antes de esa fecha, continuarán pagando quince pesetas como en la actualidad.

**Bodas de oro.**—La Comisión organizadora del monumento que destinan al Dr. Cortezo sus amigos y que adelanta, según el inspirado proyecto del escultor Sr. Blay, ha fijado para su inauguración la fecha de 30 de Mayo próximo, en que nuestro director celebrará sus bodas de oro con la medicina al cumplirse los cincuenta años de haber recibido el grado de licenciado en la Facultad de Madrid.

**A**l presente número acompaña una circular informativa sobre el producto farmacéutico **Phosmil**, cuya lectura y adquisición recomendamos á nuestros lectores.

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

## 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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por  
**JOSÉ ROBERT Y SOLER**  
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO  
FARMACIA ROBERT-Lauria 74  
BARCELONA

**GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE**



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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO  
Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 552.

## TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

La Petrosina es un hidrocarburo insípido que estimula la secreción de líquidos en el aparato digestivo facilitando la expulsión del excremento, inofensivo en todas las edades.



ocurrido después de ella se puede sintetizar en lo siguiente: una gran expulsión de moco intestinal muy blanco y espeso, después materias excrementicias achocolatadas, como procedentes de alguna hemorragia endointestinal, orina abundante y de buen color; y el fenómeno patológico más notable ha sido el determinar fiebre al tomar algún alimento, aunque fuere en pequeñas cantidades. Mucha tendencia á la retención, aunque el vientre siempre ha permanecido en la mayor flacidez.

Hace siete días que la temperatura está por debajo de la normal, hasta el punto de no llegar á 36° con pulso débil, siendo necesario administrarle tónicos cardíacos, bulgarol y alimentos muy escasos, como sopas de tapioca y papillas de fosfatina Fallières, por el cacao que contiene.

En el día de hoy está á 35°7, pulso depresible y lento, sueño tranquilo, orina abundante y clara, y ya se le hubiere aconsejado el que abandonase el lecho, pero hay un pequeño punto de la herida en la parte inferior que aún no ha cicatrizado por completo, si bien es insignificante.

El estado cerebral es normal y la erupción casi ha desaparecido por completo.

\*\*\*

¡A cuántas reflexiones se presta la historia clínica que acabo de reseñar! Concretándome á lo de más interés, para no dar extensión exagerada á este artículo, voy á plantear este asunto en varios problemas: 1.º La causa de la *colectasia* fué seguramente la enterocolitis y el abuso de enemas con gran presión. 2.º Las infecciones fueron debidas al estado de la mucosa intestinal, y á la misma causa obedeció la psoriasis. 3.º Las oclusiones, más que á las materias fecales, fueron debidas á la torsión intestinal, y éstas á la excesiva longitud del mesenterio cólico y disminución del epiploón mayor. 4.º Los intestinos delgados no aumentaron de calibre por el *antiperistaltismo* que hoy se conoce, desde la mitad derecha del colon transversal hacia el ciego, perfectamente estudiado con las exploraciones radioscópicas por Cannon, Elliot, Barclay Smit y Case. 5.º Un régimen alimenticio muy severo y compatible con el sostenimiento biológico podrá salvar á este individuo, puesto que si repitiese la oclusión, sería difícil, por no decir imposible, que el individuo pudiera salvarse.

Respecto á la dilatación del colon, es necesario tener en cuenta que todo órgano hueco, aunque tiene sus fibras musculares, cuando se dilatan pierden su elasticidad y contractilidad, como sucede en el estómago; y si la hipertrofia sobreviene, como acontece en la vejiga urinaria, á consecuencia de los espasmos, se forman las columnas que da al órgano el aspecto cavernoso, lo que es debido á que las bandas musculares se han hipertrofiado desigualmente.

Aunque la mucosa del intestino grueso está provista de gruesos epitelios pavimentosos, la absorción de sustancias, por poco que se altere, y aún normalmente, es bastante enérgica, cual lo prueban los enemas medicamentosos; como por ejemplo: el láudano siem-

pre se recomienda en enemas á la mitad de la dosis que se emplean por la vía superior. Esta dilatación, por las grandes presiones en los enemas é inflamación de las mucosas, es la determinante de las materias estancadas; y hoy está muy bien estudiado, que en la *coprostasis*, la dilatación mecánica ó paralítica produce graves fenómenos de intoxicación.

Este asunto fué motivo de una *Comunicación* que presenté en el Congreso Médico Internacional, celebrado en Madrid, fundamentándola en varios casos prácticos.

Indudablemente, que la absorción producía las fiebres y las dermatosis tóxicas, como muchas veces se producen por la absorción de ciertas sustancias medicamentosas.

La oclusión intestinal y la torsión, causa y efecto al mismo tiempo, verdadero círculo patológico, se ha ido generando por la dilatación á causa de los enemas, la flegmasia, la mayor longitud del mesenterio, el desarrollo de los gases, la menor protección del epiploón mayor ó *delantal*. Todas estas concausas determinan una *derivación* de una ley mecánica: todo cuerpo solicitado por dos *fuerzas iguales* sigue la diagonal del paralelogramo: como aquí hay la sujeción del intestino y los gases pugnan por buscar la parte superior, ha de producirse necesariamente una rotación, que es lo que determina el vólvulo por la torcedura del intestino. Muchas veces podemos observar que cuando inflamamos una vejiga de goma, ésta, al dilatarse, gira sobre su eje.

*Sin comer no se puede vivir*, y el alimento, al pasar por un intestino patológico, determina infección con las complicaciones antedichas.

Desde muy antiguo se viene diciendo por los terapeutas, que son muy difíciles de curar los aparatos orgánicos que han de funcionar continuamente, pues la primera condición terapéutica es el reposo. Bajo esta base se ha de plantear un régimen alimenticio *ad hoc* para establecer un *modus vivendi* que resuelva el problema vital.

No quiero terminar sin tratar de la punción del intestino para sacar los gases en esta clase de operación y del ano artificial. Creo, sinceramente, que tanto un procedimiento como otro no deben emplearse, pues tienen más inconvenientes que ventajas. La sonda, guiándola el operador por dentro del vientre y un ayudante que la empuje con prudencia por fuera, dejándola permanente unos cuantos días, resuelve ambos problemas perfectamente.

*La punción intestinal* ya la empleaba Ambrosio Pareo para las hernias, en las heridas abdominales; pero tenía sus escrúpulos, cuando decía: «no conviene que lo vea la familia del herido».

*El ano artificial*: el principal inconveniente es que puede infectar la herida por muchas precauciones que se tomen con el *makintosh*, la tela de Billroth y los distintos medios aisladores que se han recomendado.

La cirugía moderna ha podido triunfar en este grave conflicto patológico, que no en vano llamaban los antiguos *cólico miserere*, porque los pacientes que tenían la desgracia de sufrirlo morían irremisiblemente.



La técnica es casi perfecta; pero los cirujanos modernos han de considerar que el conocimiento del afecto y el ambiente que rodea al enfermo son dos elementos principales que, unidos al paciente, forman la trilogía en la que ha de basarse la indicación quirúrgica. Llegará el día en que pueda hacerse una laparotomía con la misma *inmunidad que desabrocharse el pantalón*, pero no ha de olvidar el práctico que hay que ser tan diestro en la intervención quirúrgica como hábil patólogo. En esto se diferencia la patología médica de la quirúrgica; en aquella las enfermedades que mejor se conocen son las que tienen peor terapéutica, y en ésta la terapéutica se adelantó al diagnóstico.

### Tratamiento de la incontinencia esencial de orina en los niños <sup>(1)</sup>

FOR

F. GONZÁLEZ AGUILAR

Todo esto necesitaría más espacio del que corresponde a los fines de este artículo y, así, paso por ello como sobre ascuas. Pero si debemos fijar bien los términos en que se plantea en el organismo el problema de la micción durante el sueño.

Por hábito de hora fija (cosa muy frecuente), ó simplemente por plenitud de vejiga, prodúcense en ésta los reflejos primeramente citados: en contestación á ellos, la contracción del esfínter se hace más intensa y, continuando el sueño, entáblase una lucha entre dos músculos, destrusor de vejiga y esfínter externo; el primero pretendiendo vaciar su contenido, el segundo tratando de impedirlo. A éste llegan á ayudarle, con sus fuertes contracciones, los músculos perineales. Pero el músculo vesical, al mismo tiempo que aumenta su tonicidad y contractilidad, sufre la forzada distensión que le produce la orina siempre aumentada por fluxión constante de los uréteres, y esa distensión es, á su vez, causa de dolor; éste vence al sueño y el individuo despierta: entonces interviene la voluntad, cede el esfínter, la vejiga se contrae y la micción se verifica consistentemente.

Supongamos, ahora, una *hiperpercepción* central en los primeros reflejos ocasionados por distensión de nervios sensitivos (cerebral) y fibras musculares (medular), y tendremos un mandato de contracción más enérgico de lo normal; la consiguiente obediencia de la vejiga á ese mandato constituirá ya un desequilibrio, á favor de la energía vesical, en la lucha que describimos en el párrafo anterior. Pensemos, también, en una disminución de la potencia contráctil del esfínter, por desarrollo incompleto, por rápido cansancio, por no recibir la ayuda de los músculos perineales, ó por cualquiera otra causa, y podremos apuntar otro factor que favorecerá igualmente el dominio del músculo vesical. Y, por último, acompañemos esos hechos de un sueño profundo, pesado, anormalmente pesado, tan pesado que permite mover al niño y producir cerca de él fuertes ruidos sin conseguir despertarle, y nos ex-

plicaremos la manera cómo se realiza la incontinencia, gracias á un perfecto funcionamiento de medula y de cerebro para recepción de noticias y transmisión de órdenes (un tanto aumentada la impresionabilidad receptora y otro tanto exagerado el imperativo transmisor) y á una inaudita pereza del segundo para colocarse en estado de vigilia y hacer entrar en juego la voluntad. No acierto á expresar más sintéticamente el mecanismo de la enuresis.

Claro es que, para ser tan escueto de expresión, hay que dejar, como olvidados, en los casilleros de documentación, numerosos detalles de fisiología normal y patológica de la micción, tales como la positividad de la acción volitiva en la contractilidad del músculo vesical sin necesidad de que esté distendido, la intervención de los ensueños como sustitutos de la voluntad dormida (opinión muy generalizada entre los paidopatas y que yo no comparto por creer que dichos ensueños no intervienen como actores en la generación de la enuresis, y sólo son consecuencia de las repetidas *llamadas* que al cerebro hacen vejiga y esfínter sin conseguir despertarle), la influencia de las posiciones que por hábito adopta el niño en el lecho y que pueden determinar o no actividades ó pasividades circulatorias de la *cola de caballo* con sus consiguientes erecciones del pene y estados congestivos de los demás órganos del aparato genito-urinario, y mucho más que no he de enumerar por no creerlo necesario para los modestos fines de este artículo.

\* \*

Tampoco entra en mis propósitos dedicar párrafos especiales al diagnóstico y pronóstico de la alteración funcional que estudiamos. Mas á nadie extrañará que, habiendo cuenta lo que dije al hablar del concepto de ella, insista en afirmar que, *cuando bien estudiado todo niño incontinente, no encontremos ninguna anomalía ó enfermedad de la cual la incontinencia pueda ser síntoma, es cuando podremos cubrir nuestro fracaso haciendo la afirmación diagnóstica de una incontinencia esencial de orina, ó «enuresis», si queremos dar gusto á los imitadores del célebre personaje de Moratín.*

Sírvanos el carácter negativo de tal afirmación para estimularnos al trabajo de observación intensa, siempre que se nos consulte sobre un niño (ó un adulto—claro es—) incontinente; que nunca tendremos que arrepentirnos de haberlo efectuado, y casi siempre nos permitirá descubrir alguna enfermedad cuyos síntomas, excepto la incontinencia, pasaban inadvertidos, ó estar alerta sobre otras, de las cuales la micción involuntaria era signo precursor ó inicial.

En cuanto al pronóstico, hemos de callar lo que se refiera á incontinencias claramente sintomáticas, puesto que él ha de estar en relación con el pronóstico de las enfermedades en cuyo cuadro clínico figuren. Pero, respecto á la incontinencia esencial, conviene hacer constar la frecuencia de las recidivas aun después de dos y tres años de haberse aparentemente curado. Este hecho, que nos sirvió para no aceptar el infantilismo como concepto *exclusivo* de la incontinencia esencial de

(1) Véase el número anterior.



orina, merece tenerse presente por todo médico que no quiera aventurarse á dar por definitivamente curados á niños que, volviendo á ser incontinentes, desmientan la curación.

¿Pronósticos por complicación...?—Desde un sencillo eritema, hasta la monomanía suicida.

¿Pronósticos leves...?—Baste decir que la mayoría de los casos curan espontáneamente mediante el crecimiento.

Y he ahí dos extremas categorías de pronóstico, entre las cuales pueden colocarse todos los que la fantasía de lo posible quiera fraguar de consuno con la realidad científica.

## II.—TRATAMIENTO.

Decía un insigne maestro mío (á cuya memoria rindo hoy el mismo culto de admiración y respeto que á él rendí cuando vivía), D. Benito Hernando, que siempre que viéramos una enfermedad para la cual se preconizaban muchos remedios, podíamos asegurar que ninguno de éstos servía para nada y que dicha enfermedad carecía de tratamiento. Como en todas, ó casi todas, las genialidades del ilustre terapeuta (que fué—y aún sigue siendo—calificado de «raro» por los mediocres *arrivistas* de la Ciencia, á quienes él vapuleó justamente con el dictado de «industriales»), la razón estaba de su parte. Y, sin embargo, las apariencias parecen quitársela en cuanto á la incontinencia esencial de orina se refiere. Mas ya veremos cómo se la quitan las apariencias nada más.

Innumerables son los medios terapéuticos que se han recomendado para curar la enuresis y, si hemos de ser sinceros, tendremos que confesar que no pecaron de engañadores, ni de engañados, los clínicos que avaluaron tales medios. Excepción hecha de algunos procedimientos muy justamente calificados de «brutalidades» por nuestro ilustre García del Real, es lo cierto que puede proclamarse la efectividad utilitaria de múltiples remedios. Pero todos ellos pueden reducirse á dos órdenes, sedantes y excitantes: sin que haya antagonismo de efectos terapéuticos aun cuando parezca haberlo de concepto fisiológico.

Procuré, cuando hice el apunte de descripción clínica de la incontinencia esencial de orina, extremar la sencillez, aún á trueque de parecer exageradamente sintético. Pude así llegar á presentar, como únicas, dos formas clínicas, y advertí que ello nos traería la ventaja de razonar claro en materia de tratamiento. Las dos formas clínicas eran: una, la de extrema irritabilidad vesical; otra, la de atonía del esfínter. En la primera, se pretenderá buscar el equilibrio fisiológico con atemperadores de la citada irritabilidad (sedantes); en la segunda, dicho equilibrio lo buscaremos con agentes que presten al esfínter la tonicidad de que carece (excitantes). Entre estos dos grupos terapéuticos veremos siempre comprendidos cuantos medios se pre-

sentan como curativos de la enuresis; y no muy grande esfuerzo intelectual tendremos que hacer para incluir también en ellos á los tan cacareados medios educadores, los cuales, desde la hipnosis hasta la bárbara colgadura de los pies defendida por el alemán Heubner, no tienen otra tendencia que conseguir los mismos efectos, bien por una gimnasia pasiva ó activa, bien por una modificación circulatoria que eleve ó disminuya los tonos musculares, ó bien por una orden nerviosa de origen sugestivo que logre obtener idénticos resultados.

Ahora bien: si recordamos lo que dijimos con relación al concepto nosológico que nos merecía la incontinencia de orina llamada «esencial», nos explicaremos claramente que, si bien es fácil unificar la acción terapéutica con miras á la forma clínica que se nos presente definida, es también lógico que el tratamiento de un *síndrome* que puede ser factor, nada más que factor, en muy diversos estados patológicos, sufrirá extraordinarias modalidades en número y calidad, correspondientes á la calidad y número de dichos estados.

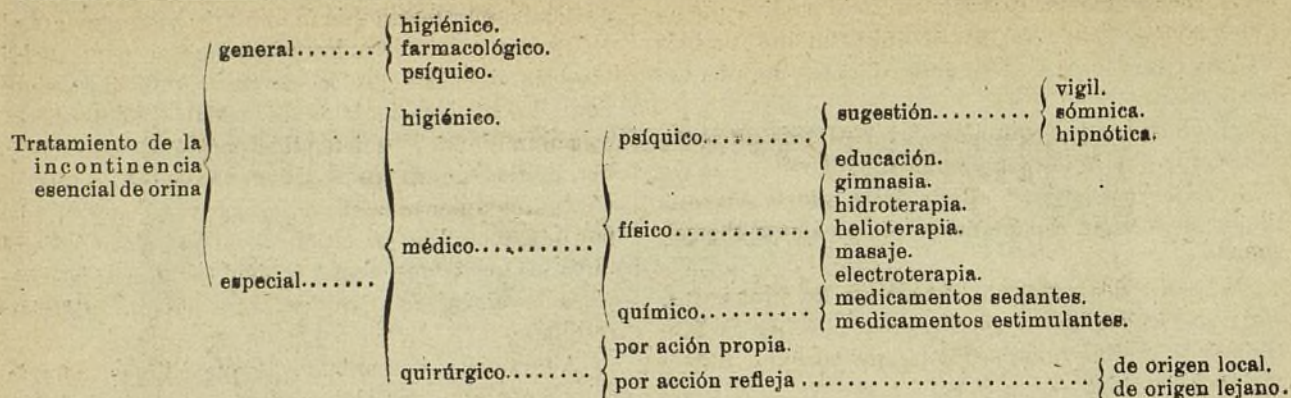
Además, el tratamiento de los enfermos—no de las enfermedades—obliga al médico á prescindir de concepciones teóricas, aun cuando se halle ante afecciones perfectamente delineadas y de unidad nosológica incontrovertible, porque la modalidad que el enfermo imprime á la enfermedad hace que ésta desvirtúe sus líneas. Y si esto pasa con ellas, echémonos á pensar la cantidad de enfermos diferentes entre sí que podrán apreciarse cuando lo que padezcan sea un síndrome, causa, efecto, ó concomitante complicación de múltiples anormalidades. Esta es la razón, que pudiéramos llamar «de fuerza mayor», que obliga á no poder señalar un determinado tratamiento para curar la incontinencia de orina, y es, igualmente, la que explica haya muchos apasionados que defiendan, como mejor, el procedimiento con el cual se encariñaron por haber curado especiales incontinentes.

No he tenido miedo de parecer insistente en demasía hablando de estos preliminares del tratamiento (ni me arrepiento de ello, si tal delito cometí), porque soy un convencido de que las verdades más perogrullescas son las que más fácilmente se olvidan, y la insistencia nuestra tiende á contribuir—con toda modestia, claro es—á que todo médico, cuando sea llamado para tratar á un niño enurésico, sepa que tendrá que ser él el autor del tratamiento á seguir, pues si se empeñara en curar á su enfermito según el método de fulano ó de Zutano, no hará otra cosa que dar un palo de ciego sujeto á los azares de la suerte.

Dicho lo que antecede, ya no hay inconveniente en exponer la larga lista de medios que se han recomendado, y hasta puede metodizarse algo tal relación, para facilitar, en la práctica, la decisión aplicativa.

Esa metodización podría condensarse, á mi entender, en la forma que indica el presente cuadro:





Y podrá dispensarse la dificultad de colocación de algunos remedios, ó la pluralidad de inclusión de otros en las distintas secciones del anterior cuadro, en obsequio á la comodidad de conjunto que puede obtenerse de dicha expresión gráfica.

*Tratamiento general.*—Poco nos detendremos en él. Originase su necesidad en la frecuencia con que se presenta la incontinencia esencial de orina en niños *mezquinos*, como les llama Courtade. Y claro es que constituye una seria indicación combatir tal ruindad orgánica. Sin embargo, no hay necesidad de llegar á esos extremos de concepto genérico, para vernos obligados á modificar las condiciones generales de los incontinentes puestos bajo nuestro cuidado.

En el orden *higiénico*, recomendaremos lo siguiente: máxima estancia al aire libre, ejercicios gimnásticos, duchas, temporadas á la orilla del mar cuando los enfermitos sean de modalidad apática y carácter apocado, trístón, indiferente... y elegiremos clima de monte para los niños de sistema nervioso irritable. La cama que utilice el niño no será muy blanda, y la cubicación de la alcoba deberá ser la suficiente para garantizar la pureza del aire durante la noche. La alimentación es cosa que deberá cuidarse mucho, ordenándose la abolición de toda substancia excitante. La recomendación que hacen algunos paidópatas de dar á los incontinentes una taza de café después de la cena, nos parece absurda. Pretenden disminuir con el café la pesadez del sueño, de que hablamos en las generalidades de este artículo, pero olvidan que—aparte de que no hay tal actuación sobre el sueño ya producido, aun cuando haya retardado su presentación—produce excitación medular y aumenta la secreción de orina.

No pueden establecerse líneas concretas que demarquen la alimentación del niño incontinente. Siempre deberemos sujetarnos á las particulares condiciones de cada enfermo; pero daremos la preferencia á las substancias de máxima potencia alimenticia y mínima resistencia digestiva, con el menor volumen posible.

Pueden utilizarse también como tratamiento general higiénico de los niños incontinentes (sobre todo, en aquellos que la incontinencia sea positiva consecuencia de verdadero infantilismo) las propiedades tónicas y estimulantes de algunas aguas minerales. En este sentido, ocupan el primer lugar las clorurado-sódicas fuertemente mineralizadas, sobre todo si son

frías y de variedad sulfurosa. Los autores franceses recomiendan mucho á su Salies de Bearn y, aun mucho más, á su Uriage; pero nosotros tenemos en España á Paracuellos de Giloca, que reúne circunstancias todavía más favorables que este último en relación con clima, orientación, grado medio higrométrico, y hasta temperatura, pues las de Uriage, sin llegar á ser calientes (tienen 27°, 2. C. en el grifo, y 23°, 4 C. en la pila), tampoco son frías como las de Paracuellos (16° á 18°, según época del año).

Como medios *farmacológicos*, pueden emplearse los arsenicales y los ferruginosos, principalmente los primeros, y dando la preferencia á los de naturaleza orgánica sobre los inorgánicos, á menos que el niño incontinente sea un coreico-reumático, en cuyo caso se preferirán los últimos. No hay para qué recordar los efectos utilitarios que pueden obtenerse de otros medicamentos como el aceite de hígado de bacalao, las sales fosfatadas de cal, sosa y magnesia, etc.; pero sí me interesa mucho llamar la atención acerca de los estudios hechos estos últimos años sobre las secreciones internas, que han permitido fijar en determinadas glándulas endocrinas la presidencia de funciones generales de inmensa importancia. Y lógico es que, aun cuando en las líneas que ahora trazamos no nos ocupemos del tratamiento de la enuresis en cuanto á su especificidad directa se refiere, no debemos olvidar, ateniéndonos sólo al tratamiento general, la frecuencia con que se presenta la incontinencia de orina en niños que acusan insuficiencia tiroidiana y paratiroidiana muy manifiesta.

Pocos elementos *psíquicos* podemos poner en juego para tratar á los incontinentes en su aspecto general; ya veremos que, en cambio, son muy usados cuando se encaminan directamente á modificar la anormalidad volitiva de la micción. Sin embargo, es un hecho cierto que todos aquellos medios educativos que puedan inculcar en el niño la consciencia del desarrollo de su personalidad, todo lo que contribuya á que germinen en él ideas de deberes á cumplir y de satisfacción por notarlos cumplidos..., contribuirá, aun cuando se realice con el sencillísimo mecanismo de un cerebro infantil y en órdenes de hechos completamente ajenos al asunto de nuestro objeto, contribuirá, digo, á modificar la anormalidad que estudiamos. Problemas son éstos de Pedagogía, que, tal vez, continuarán mucho tiempo



sin resolver; precisamente, por no ser dirigidos por los únicos capacitados para ello, los médicos. Y menos mal cuando se nos concede el puesto de último colaborador, honor que nos niegan la mayor parte de padres y mentores rutinarios.

(Concluirá).

## Periódicos médicos.

### MEDICINA INTERNA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Algunas consideraciones sobre el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Elsner (gastroptosis hipersecretoria) y la úlcera del estómago.—El Dr. Tulio Martini dice que se trata de enfermos que padecen de ptosis gástrica y que presentan al mismo tiempo el hábito constitucional asténico del tipo Stiller (astenia universal). Debido a una causa ocasional cualquiera (afección aguda intercurrente de tipo astenizante, variaciones bruscas de peso, etc.), esos sujetos son atacados de trastornos de hipersecreción glandular. Hasta entonces la enfermedad es llevada al estado latente; desde ese momento ofrecen un síndrome ruidoso y exuberante en manifestaciones clínicas. Este cuadro de astenia constitucional asociado a la gastroptosis, y a la reacción glandular del tipo hipersecretoria, es lo que el Dr. Martini denomina *enfermedad de Elsner*, en razón de ser este autor el que a juicio del comunicante deja entrever mejor su importancia.

Dicha enfermedad de Elsner preséntase como un síndrome de evidentes analogías con el que es capaz de producir el úlcus gástrico próximo al píloro.

El examen completo de los afectados del proceso ptótico en plena crisis de hipersecreción y de dolor, es muy semejante al del úlcus yuxta-pilórico o de pequeña curvatura.

La anamnesis, la exploración física y la exploración funcional, dan síntomas positivos y fácilmente confundibles entre las dos enfermedades. El diagnóstico diferencial sólo podrá fluir de pequeños matices que aisladamente son de escaso valor clínico, pero que en conjunto hacen inclinar la opinión médica de un lado o de otro.

La anamnesis que el Dr. Martini llama atípica, la sensación de plenitud y de dolor, anticipándose a la dependiente de la hipersecreción glandular, es un signo valioso en favor del proceso ptótico del estómago.

El sondaje en ayunas débilmente positivo (30 a 70 c. c.) con reflujo duodeno-gástrico (líquido verdoso); la presencia de algunos restos macroscópicos, microscópicos y moleculares, sin haber el clásico síndrome pilórico orgánico, hablan también en el sentido de la afección antes expresada.

Los datos que suministra el cateterismo después del desayuno de prueba, con un cociente de sedimentación reducido pero superior al del úlcus con síndrome de Reichmann, es también un elemento de juicio en favor de la ptosis hipersecretoria.

Después, el estudio de la motilidad estomacal a los rayos X, también ofrece una serie de pequeños signos diferenciales.

En la gastroptosis del tipo Elsner, se comprueba siempre una curiosa asociación entre la insuficiencia de su peristole (tono) y la hiperfunción peristáltica; hay, pues, atonía con evidente exageración de las ondas expulsivas que iniciadas al nivel del esfínter del antro van a finalizar engendrando el bulbo duodenal. Ahora bien, la falta del cono subyacente a la cámara de aire, después de la ingestión de los primeros

tragos de líquido de contraste, el descenso marcado y paralelo de las dos curvaturas, la producción del trébol pero sin ondas antiperistálticas ni fragmentación sostenida del polo inferior de la víscera, son datos que permiten diferenciar la imagen radioscópica del enfermo de Elsner, del enfermo de úlcera.

Por último, el examen de las materias fecales, investigando las hemorragias ocultas, son a veces de un valor decisivo; si es positivo, descarta en absoluto la ptosis simple del estómago; si es negativo, la duda puede subsistir.

Cuando todo lo expuesto no es suficiente, conviene acordarse que la determinación del hábito asténico de Stiller puede resolver o por lo menos dar grandes probabilidades en favor de la gastroptosis. El hallazgo de ese mismo hábito en varios miembros de una misma familia; el hecho de tratarse preferentemente de enfermos del sexo femenino, más vendría en apoyo del diagnóstico mencionado.

En último lugar, aconseja el Dr. Martini la prueba del tratamiento que a veces es suficiente para resolver el punto una faja abdominal, masajes, gimnasia, etc., provocarán mejorías elocuentes para los fines del diagnóstico diferencial (*Semana Médica*, de Buenos Aires, 20-10-19.)

2. Tratamiento de la fiebre tifoidea con vacuna antitífica diluida.—El Dr. Pedro H. Dedomenici expone así sus observaciones sobre este tratamiento:

Hace más de dos años que uso la vacuna antitífica bajo esta forma, y teniendo en cuenta las complicaciones que se le atribuía producir, la he usado con discreción, hasta en la última epidemia de este año, en que se ha podido confirmar la inocuidad de su aplicación y sus resultados favorables, habiendo llegado a las mismas conclusiones algunos de mis colegas locales, que la han practicado bajo este método y han podido corroborar que su uso modifica la evolución de la enfermedad.

Se han observado resultados diferentes, según la oportunidad en que se aplique vacuna; de ahí que no pueda concretarse una evolución más o menos sistemática de los vacunados.

El uso precoz de la vacuna proporciona casi siempre una evolución breve de la enfermedad; así se observa, que en los enfermos prodrómicos de fiebre tifoidea o paratifoidea, después de veinticuatro o treinta y seis horas de inyectarse la vacuna diluida, inician una curva térmica en lisis, que termina en cinco o seis días, siguiendo después una evolución normal; en otras se inicia una curva térmica en lisis que llega a la normal en dos o tres días o se produce una desfervescencia brusca, haciendo crisis térmica y de la enfermedad, veinticuatro horas después de inyectada la vacuna.

No ocurre lo mismo en los enfermos vacunados que llevan muchos días de enfermedad; no tiene entonces la vacuna diluida el éxito que se le puede atribuir en su uso precoz, pero a pesar de los casos en que su aplicación puede considerarse de resultados negativos, no hay duda que en muchos otros puede atribuírsele modificaciones favorables de la temperatura y del estado general del paciente.

Se ha observado que enfermos vacunados en un segundo período de enfermedad, con hipertermias, la temperatura desciende un grado o grado y medio, y se mantiene baja, oscilando alrededor de 37 grados durante pocas horas del día, permaneciendo apirético en las restantes; otras veces, veinticuatro o treinta y seis horas después de inyectada la vacuna, inician una desfervescencia en lisis lentas que son terminales; sin que pueda considerarse una evolución larga de enfermedad.

En un período terminal de la fiebre tifoidea, la vacuna



parece decidirlo, y es frecuente observar que la fiebre hace crisis y el enfermo evoluciona normalmente.

Con estas remisiones febriles que ocasiona la vacuna, se opera también de inmediato una acentuada mejoría del enfermo, muchos síntomas desaparecen y sus órganos afectados se normalizan, excepto la esplenomegalia, que en muchos vacunados se mantiene o aumenta a pesar de la franca mejoría que inician; debe anotarse que no siempre después de la desfervescencia febril sigue una evolución normal; no es raro observar estados hipotérmicos con bradicardias acentuadas, que se normalizan después de muchos días.

Dado la inocuidad de su aplicación, que no reporta ninguna reacción violenta, los resultados tan halagadores que proporciona su uso y la rareza de las complicaciones frecuentes de la fiebre tifoidea en los vacunados, considero que sería lógico sistematizar su aplicación precoz, en los enfermos prodrómicos de fiebre tifoidea y paratifoidea para obtener una evolución breve o benigna de la enfermedad.

El método que se ha seguido es únicamente subcutáneo y con vacuna antitífica diluida en soluciones fisiológicas al  $\frac{1}{10}$ ,  $\frac{1}{20}$ ,  $\frac{1}{50}$ ,  $\frac{1}{100}$ , habiéndose observado mejores resultados con las dos primeras soluciones, iniciando tratamiento con 2 c. c. de cualquiera de las soluciones, practicando dos o tres días después una nueva inyección subcutánea de 1 c. c., siempre que no se observe que la temperatura comienza a descender, pues con la primera inyección ha sido suficiente, en muchos enfermos, para ocasionar una desfervescencia en lisis o crisis hasta su completa curación. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 9-10-1919.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

3. **Síntomas de la ciática.**—Estando el enfermo sentado, si se le invita a crubar una rodilla por encima de la otra sufre dolor y dificultad.

**Escoliosis.**—La columna vertebral suele presentar una escoliosis con la concavidad dirigida hacia el lado sano.

**Marcha del ciatálgico.**—Carga el peso del cuerpo sobre el lado sano, al apoyar la pierna enferma la dobla y avanza la sana con rapidez. Coloca el miembro enfermo en rotación externa y llega en algunas circunstancias a poner el pie casi en ángulo recto con el plano sagital del cuerpo.

**Trastornos de los reflejos.**—Estos síntomas indican que hay una neuritis en el territorio del ciático, pero de ningún modo que los síntomas persisten, pues los trastornos de los reflejos tendinosos rara vez vuelven a su estado normal después de una neuritis.

**Síntoma reflejo del glúteo de Rose.**—Consiste en la exageración del reflejo glúteo en el lado enfermo. Se hace al enfermo acostarse sobre el vientre y relajar las nalgas; entonces se golpean las inserciones sacras del glúteo mayor y se producirá una contracción fascicular apreciable en la piel y muy diferente de la contracción voluntaria del músculo que es global. Este síntoma desaparece cuando el dolor y no se presenta solo en casos de ciática, sino también cuando hay una artritis en la articulación coxofemoral, pero siempre pone sobre la pista de una lesión en el lado examinado. A veces es bilateral aunque la lesión sea monolateral.

**Reflejos de la pierna y del pie.**—La percusión de los interóseos da a conocer el estado del ciático poplíteo interno y la del pedio el del ciático poplíteo externo.

**Reflejos medio-plantares.**—La sensibilidad profunda medio-plantar está aumentada en los casos de excitación del nervio ciático poplíteo externo o del tronco ciático y disminuida en los de degeneración o sección. Percutiendo el punto medio-plantar se obtiene: Flexión plantar total del pie como al percudir el tendón de Aquiles, sufre iguales altera-

ciones que tienen el mismo significado, y flexión de los dedos sobre la planta por excitación de los músculos pequeños del pie. Si se percute en el centro del pie, se flexionan todos los dedos; si es en el borde interno, se produce flexión y separación del dedo gordo porque se excitan el separador y el accesorio del flexor largo del dedo en cuestión. Cuando la percusión recae sobre el borde externo se flexiona el dedo pequeño porque los percutidos son los músculos flexor corto y separador de él. Cuando hay lesiones del ciático éstos reflejos se modifican y desaparecen.

**Disociación, estudio de Rimbaud.**—Cuando el nervio tiene una alteración ligera, persiste el reflejo de flexión de los dedos, pero ha desaparecido el de la flexión plantar del pie; si la lesión es grave desaparecen ambos.

**Flexión del dedo gordo, síntoma de Boveri.**—Cuando el nervio está ligeramente enfermo, al percudir el tendón de Aquiles y más principalmente su borde interno, colocando al enfermo en una posición que el autor llama en Z, acostado sobre el vientre y con las rodillas dobladas, tiene lugar una flexión del dedo gordo que comprende solamente la última falange y no las dos, como sucede en el reflejo plantar normal. Este reflejo falta cuando el nervio está sano o totalmente degenerado.

**Síndrome reflejo de Villaret y Faure-Beaulieu.**—Se compone de tres síntomas: Exageración del reflejo rotuliano, exageración de la contractilidad idiomuscular de los gemelos y flexión del dedo gordo percutiendo el borde externo del tendón de Aquiles. He aquí la interpretación de este síntoma:

**Nervio sano.**—Reflejos del tendón de Aquiles y patelari, contractilidad idiomuscular de los gemelos normales; flexión del dedo gordo nula.

**Lesión mínima.**—Ambos reflejos normales, la contractilidad idiomuscular de los gemelos exagerada o disminuida, hay flexión del dedo gordo.

**Lesión incompleta.**—Reflejo del tendón de Aquiles: disminuido el rotuliano normal o exagerado, la contractilidad idiomuscular exagerada, hay flexión del gordo.

**Lesión completa inveterada.**—Reflejo aquileo nulo, rotuliano exagerado, hay contractilidad idiomuscular y flexión del dedo gordo.

**Destrucción total.**—Reflejo del tendón de Aquiles nulo, rotuliano exagerado, contractilidad idiomuscular nula, no hay flexión del dedo gordo.

**Examen del líquido cefalorraquídeo.**—Falta la linfocitosis, pero en cambio hay hiperalbuminosis dosificada con el raquíaluminómetro. (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 17 y 24 de Agosto de 1919.)

4. **Tratamiento de la dilatación cardíaca en la insuficiencia tiroidea, por H. Zondek.**—No siempre es producida la dilatación del corazón por la degeneración del miocardio o la insuficiencia valvular, sino que lo es muchas veces por insuficiencia tiroidea; especialmente cuando aquellas faltan, debe pensarse que pueda ser de este origen. Mientras que en los basedowianos sólo suele existir ligera hipertrofia del corazón izquierdo, en los hipotiroideos o atiroideos las alteraciones cardíacas son de más importancia. En los mixedematosos, más pronto o más tarde, sobrevienen amplia dilatación de los dos corazones, bradicardia de 50 a 60 pulsaciones por minuto, y ruidos sistólicos en todos los orificios, siguiendo, sin embargo, la presión sanguínea más alta que la normal: hay disnea de esfuerzo, propensión a la cianosis, sensaciones dolorosas en la región cardíaca, y con menos frecuencia edema y éxtasis. Seguramente es muy grande el número de casos de mixodema abortivo, en los que existen las lesiones cardíacas acompañadas sólo de sín-



tomas poco acentuados, como sequedad de la piel, hipersensibilidad al frío, voz ronca, cara vultuosa, etc.

En la dilatación cardíaca por insuficiencia tiroidea, la digital y sus análogos resultan inactivos, mientras que obra maravillosamente la tiroidina; todos los síntomas objetivos y subjetivos mejoran, y el corazón, por dilatado que estuviera, en un plazo de cuatro á ocho semanas, recobra su volumen normal.

Debe administrarse el medicamento en polvo, pues las tabletas de tiroidina (de Merck, Freund, Redlich, etc.), resultan menos activas: se darán 0,10 centigramos, tres veces al día, durante ocho semanas; se suspende entonces un par de semanas, y se administra después durante dos ó cuatro, las veces que haga falta: el electrocardiograma suministra las mejores indicaciones para saber cuando se debe suspender ó reanudar el tratamiento. Los pacientes no sólo soportan muy bien la tiroidina, sino que hasta puede decirse que sienten por ella hambre canina. (*Die Therapie der Gegenwart*, Octubre de 1919).—L. P.

## ROENTGENOLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Radioterapia en las tuberculosis quirúrgicas de la infancia.**—El Dr. Rafael Espinola hace un estudio detallado de este importante medio de tratamiento en las tuberculosis quirúrgicas de la infancia, llegando á las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La radioterapia, practicada con los perfeccionamientos de la técnica actual, constituye el tratamiento de elección de las tuberculosis quirúrgicas, singularmente en las grandes ciudades donde la vivienda insalubre y la miseria priva á veces á sus habitantes de los beneficios del sol, del aire libre, de la alimentación normal.

2.<sup>a</sup> La rapidez de la resolución de las masas ganglionares está en relación directa con las dosis de rayos absorbidas.

3.<sup>a</sup> Los abscesos fríos, el pus caseoso de las adenitis supuradas deben evacuarse por punción lateral simple seguida de irradiaciones intensas.

4.<sup>a</sup> Las dosis y las sesiones de rayos X pueden adaptarse á la intensidad de la infección bacilosa: á mayor virulencia mayores dosis, á menor virulencia dosis menores.

5.<sup>a</sup> Es posible irradiar diariamente las adenitis voluminosas alcanzando en total dosis hasta 15 veces mayores de la resistida por la piel, sin producir radiodermitis transitorias ó permanentes y si solamente una escara superficial que se desprende y cura entre diez y quince días, dejando una superficie normal con *restitutio ad integrum* de la piel mortificada, á condición de que las sesiones radioterápicas sean practicadas con rayos filtrados y de corta longitud de onda, teniendo en cuenta la susceptibilidad individual mayor en la mujer que en el hombre, en el niño que en el adulto.

6.<sup>a</sup> No se obtiene ventaja en irradiar intensamente las tuberculosis cutáneas en su faz de reparación, porque se destruyen las células nuevas conjuntivas que formarán el tejido cicatricial.

7.<sup>a</sup> Es conveniente —y necesario en muchos enfermos— asociar al tratamiento radioterápico, la higiene general, la alimentación suficiente, la helioterapia, el aire libre y si es posible el clima de altura ó el clima marino para defender al organismo contra el bacilo de Koch evitando la formación de nuevos focos.

8.<sup>a</sup> Las regiones que fueron asiento de infecciones tuberculosas han de irradiarse algún tiempo después de su

curación á fin de asegurar la extinción del foco baciloso y evitar las recidivas.

9.<sup>a</sup> La cirugía—en la mayor parte de las tuberculosis quirúrgicas de la infancia—debe ser considerada como método de segundo orden; la radioterapia bien practicada (sola ó asociada) es capaz de curar las afecciones tuberculosas llamadas quirúrgicas. (*Semana Médica*, de Buenos Aires, 30-10-1919.)

### EN LENGUA EXTRANJERA

**2. Tratamiento de la mentagra, por M. Michael.**—La tricofitia, que había perdido su carácter epidémico en Alemania, ha sido de nuevo importada durante la guerra, procediendo principalmente de Francia; bastante extendida en los dos últimos años de guerra, ha disminuído algo, pero no ha desaparecido.

Se observan dos formas de mentagra: una de curso lento y poca tendencia á la curación, padecida por la gente del campo, y otra, más rápidamente curable, pero más infecciosa, que se presenta á los pocos días de haber sido afeitado el paciente.

El hongo productor de las primeras es un tricofito endotriz, que se halla, por lo tanto, en el interior del pelo, y el de las segundas es ectetriz: las lesiones foliculares y perifoliculares, y de los tejidos cutáneo y subcutáneo son más frecuentes en esta.

En las formas superficiales de mentagra, denominadas herpes tonsurante maculoso, vesiculoso ó maculosoescamoso, según los síntomas clínicos de que se acompañen, los esfuerzos se han dirigido á matar en el interior del pelo ó de las placas en que se halla (en las regiones no pilosas) al hongo productor. Resiste éste de tal modo á la acción de las soluciones de sublimado, ácido fénico, formalina y sagrotan, que para matarle sería preciso emplear tan concentradas estas soluciones, que producirían lesiones en la piel. Quizás obran privando al hongo del oxígeno del aire, que como aerobio que es, necesita medicamentos de acción bien comprobada como la tintura de iodo, la crisarrobina, la traumacina, las soluciones alcohólicas de ácido salicílico (del 2 al 10 por 100); de epicarina (del 5 al 10 por 100), de sublimado (el 1 por 100), las pomadas azufradas oficiales amarilla y roja, la pomada resorcinada-naftolada y los nuevos jabones de Sachs ó Cignolin.

Las recidivas que con relativa frecuencia sobrevienen se explican porque en los contornos de la placa existen cabellos aislados en los que ya existe el hongo, según puede comprobarse con la lente ó con el microscopio. Estas recidivas y las molestias que los medicamentos mencionados ocasionan justifican que se recurra á la depilación con pinzas ciliares, aplicable principalmente en los distritos rurales donde no es posible la roentgenterapia, y en los hospitales de campaña, en los que los pacientes pueden depilarse mutuamente. La roentgenterapia ofrece la ventaja de que cómodamente se efectúa la depilación no sólo del foco, sino también de los pelos más ó menos próximos ya afectados. Cuando el germen ha invadido los folículos y tejidos perifoliculares, puede ocurrir que la tricofitia profunda, que se hallaba en período de incubación, venga á hacerse manifiesta durante el tratamiento: esto ha dado ocasión á los profanos, y aun á algunos médicos, de acusar á la roentgenterapia de ocasionar la propagación del proceso.

En las mentagras profundas, si cuando se presenta el paciente existen ya abscesos supurados y acaso fistulas, se debe incindir y raspar el foco con cucharilla cortante. Si se trata de abscesos duros se puede recurrir á la vaccinoterapia. Fué intentada esta en 1904 por Plato; en vista de los malos



resultados obtenidos se desistió de ella hasta que Bloch la ha hecho resurgir. Si se inyectan extractos de cultivos de tricofitos ó de achorion quinckeanum, el hongo de más próximo parentesco con aquel, se obtienen reacciones alérgicas é inmunizadoras muy notables. Fundándose en estos estudios de Bloch, han preparado Bruck ampollas de extracto de tricon y Scheltz de tricofitina que se encuentran en el comercio: de la primera solución se administran de 0,1 á 0,5 centímetros cúbicos en inyección intramuscular ó intracutánea, y de la segunda de 0,1 á 0,2 en inyección intracutánea repetidas con varios días de intervalo. Por lo general en el sitio de la inyección se produce una erupción papulosa muy circunscrita; otras veces se presenta fuerte rubicundez, difusa, tumefacción de la piel del contorno y fiebre que puede durar hasta dos días. Probablemente depende esto de que entre los casos diagnosticados de mentagra profunda hay algunos de sicosis y de querión.

La misma diversidad de reacción se observa con otro tratamiento preconizado por Klingmüller, que consiste en inyecciones de 0,25 c. c. de solución al 20 por 100 de trementina en aceite de oliva. A veces produce buenos resultados, así como también el específico «Aclen» de la firma Reinhardt, Co.

En oposición á los frecuentes fracasos que se obtienen con todos los métodos citados, están los efectos de la roentgenterapia; en especial las tricofitias profundas de nódulos pequeños mejoran rápidamente: por esto, cuando hay ocasión, en vez de perder semanas y semanas poniendo inyecciones y fomentos, debe someterse el enfermo al tratamiento radioterápico. Haciendo pasar los rayos por filtro de aluminio de 1 á 4 milímetros se pueden emplear hasta 9 Benist ó 12 Wehnelt sin que se presenten eritemas ni lesiones. Los infiltrados se reabsorben rápidamente, y hasta los casos muy rebeldes se curan. Para evitar recidivas conviene á veces repetir el tratamiento. (*Die Therapie der Gegenwart*, Octubre de 1919.)—L. P.

**3. Retracción de la laringe y de la tráquea consecutiva á intoxicación por hiperita, por Lannois y Sargon.**—*Observación I.*—Joven artillero, sin antecedentes patológicos hereditarios, no sífilítico, sano hasta el 17 de Agosto de 1917, en que sufrió los efectos de un bombardeo con granadas de gases asfixiantes.

Tras la intoxicación, que no produjo pérdida del conocimiento, gran malestar é intensa disnea. Al mes, después de haber sido tratado en diversos hospitales, se halla deprimido, afónico, demacrado y el estado general es malo: grandes estertores en ambos pulmones, y estertores finos en la base del derecho: tos espasmódica que no cede al bromuro y abundante expectoración seropurulenta: el examen histológico revela la presencia de glóbulos polinucleares bien conservados, células bronquíticas y numerosas células degeneradas; muy pocos elementos microbianos, entre los que no está el bacilo de Koch, y no hay eosinófilos.

Sometido con escaso resultado á diversos tratamientos, entre ellos las inyecciones intratraqueales de aceite gomenolado y á los ioduros, transcurre hasta Agosto del año siguiente, en cuya fecha el examen laringeo muestra buena movilidad de las cuerdas bucales y del aritenoides: existe una estenosis subglótica, que forma como una segunda glotis, no movable, y que no deja más que un estrecho espacio respiratorio, debajo del cual no es visible la tráquea. Se interviene, con anestesia local de infiltración, incindiendo el cartílago tiroides hasta el borde superior del esternón: hay que ligar numerosas venas: dificultad de descubrir el espacio cricotiroides y el cartílago cricoides, cuya parte inferior desciende hasta el esternón, de manera que la separación

de la piel es casi imposible y produce hemorragia en sabana. Se hace una incisión cricotiroidiana con incisión del cartílago cricoides. A través de la estenosis pasa bien una pequeña cánula, pero no una cánula de adultos. Imposible hacer una cricostomía á causa de la profundidad del órgano.

A la noche siguiente, persistiendo la sofocación, se introduce una larga cánula que da salida á gran cantidad de mucosidades purulentas, lo que produce notable alivio. En los días siguientes, inyección de aceite gomenolado por la cánula, mañana y tarde: mejoría rápida, desaparición de las crisis de sofocación, persistencia de la supuración traqueo-bronquial, se deja colocada la cánula larga.

El 6 de Septiembre, broncoscopia inferior que muestra una tráquea muy retraída uniformemente hasta su bifurcación; los bronquios no pueden ser explorados; durante el examen salen abundantes mucosidades purulentas. En Noviembre se empieza á hacer la dilatación traqueal con tubos de Schröter, el enfermo sigue poco mejorado.

*Observación II.*—Hombre de veintisiete años, en el que la absorción del gas hiperita, que tuvo el 31 de Julio de 1918, va seguida durante doce días de trastornos graves con conjuntivitis bilateral, laringotraqueitis intensa y bronconeumonía de los dos lados con reacción pleural del derecho.

El 22 de Agosto el estado general es normal, la temperatura 37°, no hay síntomas laríngeos ni pulmonares, movimientos respiratorios 18 por minuto; da, sin embargo, 100 pulsaciones, y en lo sucesivo el número de éstas no descendió.

El 5 de Septiembre se presenta bruscamente disnea; en los días siguientes, cianosis de las extremidades y estertores silbantes en ambos pulmones.

El 9 de Octubre, en el que el síntoma predominante era la disnea, al examen laríngeo las dos cuerdas vocales aparecen de aspecto normal y movibles; pero debajo de ellas, al nivel del cricoides y del primer anillo traqueal, se ve una retracción laringotraqueal, que reduce á la mitad el calibre de la tráquea; la mucosa, uniformemente engrosada á este nivel, está recubierta de exudado mucopurulento, sin ulceraciones visibles. La temperatura es de 40°; 120 pulsaciones, cianosis de las extremidades, conjuntivas subictéricas. Grandes estertores silbantes en ambos pulmones, más marcados en las bases, cubiertos en parte por el ruido traqueal. Nada anormal en el corazón, en la cavidad abdominal ni en las orinas. Bronquitis purulenta difusa; pulverizaciones, inhalaciones de oxígeno, etc.; el 15, traqueotomía baja; el 17, fallece el enfermo.

*Autopsia.*—La retracción se extiende desde el borde superior del cricoides al segundo anillo traqueal; la mucosa está recubierta de exudado purulento, infiltrada en toda su extensión, con un espesor triple del normal, pero no ulcerada. Debajo de la retracción, en toda la extensión de la tráquea, la mucosa está edematosa, con redicillas vasculares, sin ulceraciones. La mucosa de los bronquios gruesos está también muy vascularizada. Los pulmones tienen múltiples focos de bronconeumonía con bronquitis purulenta difusa. Miocardio, pálido y blando, no hay lesiones valvulares. Hígado hipertrofiado, congestionado, blando; riñones, congestionados; bazo aumentado de volumen. (*Revue de Laryngologie, d'Otolologie et Rhinologie*, núm. 16 de 1919.)—L. P.



# 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.

#### Fin de año.

Es éste el último número que corresponde a nuestra publicación en el año de 1919; al dar en él nuestra despedida momentánea a los que constantemente nos favorecen con su creciente confianza, nos han de permitir algunas brevísimas consideraciones acerca de lo que este año ha significado y ha podido significar en la vida de nuestra ciencia y de nuestra profesión.

Firmada la paz que ha puesto término a la más cruenta é injustificada de las guerras que registra la Historia en el largo catálogo de las barbaries humanas, sintiéndose en todos los pueblos el sacudimiento de reacción contra tal calamidad, natural era que todos los intereses que mueven a la humanidad se sintieran ganosos de recuperar el perdido equilibrio y de continuar la marcha progresiva que la interrupción brutal de la guerra vino a detener.

Todos los países, pero principalmente los afectados por el hecho material de la contienda, han sentido en este año el sacudimiento residual de la onda bélica que perturbó la serena superficie de la vida internacional, y aunque se consideraran libres de tal desconcierto los que en él no habían tomado parte, ha venido la realidad a demostrar lo que los entendimientos serenos venían preveyendo, es decir, que acontecimientos tales, a nadie dejan de afectar. La solidaridad humana es algo íntimo, substancial y ya inevitable, que no pueden desconocer sino los ignorantes, los distraídos y los ilusos. España, que permaneció ajena a la lucha material, ha recabado quizás beneficios transitorios é inesperados; pero en el momento actual no puede excusar su participación en el problema general de la vida humana y siente las consecuencias del impulso de las pasiones y de la imposición de los hechos.

No cabe hoy proclamar *neutralidades* en la contienda de las consecuencias de la guerra, y es necesario *armarse para la paz*, si no queremos ser *pacíficamente aplastados* por los intereses ajenos.

El primero de estos intereses, no ajeno ni propio, sino universal, es el de la raza; a los que nos

dedicamos por devoción y convencimiento, más que por deber profesional, a su defensa y a su perfeccionamiento, nos toca en primero y principalísimo lugar recoger el ánimo, examinar la conciencia, preparar el esfuerzo y consagrar la actividad individual y colectiva a la consecución del alto fin que en la sociedad debemos llenar. Para esto, ante todo y sobre todo, es preciso que con el convencimiento de nuestro deber, estimemos que no podemos cumplirle sin una misión sagrada, desinteresada y perseverante, inspirada en los altos ideales humanitarios y patrióticos a que nadie como las clases médicas pueden responder.

Unámonos, laboremos sin descanso por lo que es propósito común, espiritual y levantado, al propio tiempo que conveniente y razonable, y procuremos en nuestra legión convencida y sagrada señalar, para anularlos, no para expulsarlos, a los falsos apóstoles, a los inquietos arrivistas, a los despechados por el propio fracaso que ellos laboraron y en el que quieren asociar a la colectividad sana y bien inspirada.

Olvidando ajenos yerros, enmendando propias faltas, levantando el corazón por encima de las pequeñeces y las discordias, todo lo podremos conseguir, porque tenemos más fuerza y más razón que todos. No nos acobarde, pues, ni la indiferencia social, ni el menosprecio de otras profesiones, ni la ignorancia del vulgo; lo único que nos debe preocupar es nuestra desunión y nuestros males interiores.

DECIO CARLAN

### ACUSANDO

He leído con satisfacción el artículo que suscribe don Pedro Sáinz López, bajo el título «A mis compañeros de Patronato», inserto en el *Boletín* del 16 de Noviembre. En él les invita a que eleven juntos una exposición a los Poderes públicos pidiendo que «en los próximos presupuestos se consignen las cantidades necesarias para que la sanidad responda a lo que debe ser en el concierto europeo, organizando rápidamente los servicios sanitarios y haciendo que los encargados de cumplir aquélla se vean libres del yugo caciquil y con autoridad para imponer los preceptos higiénicos, haciéndoles funcionarios del Estado». Y después añade: «y si el Gobierno no respondiera haciéndonos inmediata justicia, y si la clase no adoptara todo género de determinaciones, por muy radicales que fueran,



al no ver satisfechas sus justas reivindicaciones, creo llegado el caso de cesar en nuestros cargos, ya que el Gobierno no nos atiende ni los titulares nos secundan».

Muy bien, Sr. Sáinz López. Eso es lo que deben hacer los vocales médicos de la Junta de Patronato: pedir primero, y después presentarle dimisión de los cargos en el caso de que no sean atendidos por el Gobierno, y si la clase no adopta resoluciones radicales. Tal manera de hablar del Sr. Sáinz López, nos indica que es un compañero pundonoroso, enérgico, que no quiere hacer más el ridículo desempeñando un cargo en la Junta de Patronato, toda vez que éste ninguna ó poca utilidad reporta á los titulares, puesto que, á pesar de sus protestas, los Municipios quebrantan descaradamente las disposiciones vigentes en cuanto se refiere á nombramiento, dotación y separación de los titulares.

Contrasta la actitud del Sáinz López con el proceder de algunos compañeros suyos de Patronato que, á juzgar por la conducta que vienen observando desde hace tiempo, no quieren que los titulares rompamos las cadenas de la esclavitud en que vivimos. En vez de acelerar, no hacen más que retardar la hora de nuestra redención.

La prueba de este proceder tan villano está que cuando una persona se presta generosamente á ayudarnos á salir de nuestro cautiverio y pone á nuestro servicio su pluma, su palabra, su talento, su valer en la sociedad y en la política, algunos vocales del Patronato hacen una campaña despiadada contra ella y hasta los mismos beneficios que hace á los titulares los convierten en lanzas con que tratan de herirla. Para justificar esta campaña, dijeron que los titulares nos bastamos solos, que no podemos esperar nada de los políticos y que nuestra emancipación vendrá por la fuerza y no por evoluciones; mas aunque esto fuera cierto, la prudencia aconseja que se acuda á los medios persuasivos, que se busquen amigables componedores, que se tante la acción diplomática antes que entrar en guerra que, como sabemos, cuesta muchos disgustos y sacrificios. Pero tonto será el que no comprenda que esos sujetos rechazan la intervención de personas ajenas en nuestros asuntos, porque temen perder la preponderancia que tienen sobre los titulares y por consiguiente, el *modus vivendi* de que disfrutaban en su calidad de defensores oficiales de la clase. Por eso hacen lo mismo que los abogados sin conciencia, que apelan á toda clase de artimañas para enredar y alargar los pleitos á fin de seguir viviendo por mucho tiempo á costa de los clientes. Preconizan los medios enérgicos y, sin embargo, no se incorporaron al movimiento que emprendieron otras clases sociales en pro de sus reivindicaciones, que era la mejor ocasión para que consiguiéramos el triunfo á poca costa. Una prueba bien patente de que ni aun por la fuerza quieren que seamos redimidos, es que la Junta de Patronato, al convocarnos á la asamblea que debíamos celebrar en Noviembre, dijo que, como era un acto oficial, no se podría hablar en ella de huelga.

¡Naturalmente! No quería que se hablara de huelga por no disgustar á su presidente que es el sostenedor de dicha Junta, por medio de la cual algunos vocales ejercen cierto caciquismo sobre los titulares y viven como príncipes á la sombra de ella. Pero sepan esos señores que se acabó el tiempo de los engaños, de las farsas. O la Junta se pone resueltamente de parte de los titulares, ó, de lo contrario nosotros nos pondremos en contra de esa entidad. Veremos que ella cumple su deber si nos convoca inmediatamente á una Asamblea, si pide el apoyo de todas las personas que puedan interceder con provecho á favor nuestro y si en el

caso de que los Poderes públicos no satisficieran nuestras pretensiones, renuncian los vocales sus cargos y forman otra con el título de Junta de defensa. Si no lo hicieran así, dejaremos de sostener con las cuotas al Patronato, no volveremos á elegir á ningún compañero que nos represente en el mismo y nos daremos de baja en el *Boletín* de la Asociación. Análogas medidas tomaremos con los jefes de los demás grupos en que estamos divididos los titulares si no se incorporan á este movimiento de solidaridad que es preciso realizar para salvar á la clase.

Nuestros redentores—hay que llamarles de algún modo aunque sea con nombre impropio—hacen lo mismo que ciertos políticos que, en su afán de mangonear y explotar al pueblo, forman grupos aparte, levantan banderas diferentes, y malgastan el tiempo en hacerse la guerra, en vez de emplearlo en discurrir sobre la manera de propulsar al pueblo por la senda del progreso. Mas si el pueblo no les vuelve la espalda y no les da el castigo consiguiente, es porque, como ignorante, no se da cuenta de quienes le engañan y labran su ruina; pero los titulares, como personas conscientes y reflexivas, debemos mandar á la enhoramala á los que en vez de llevarnos á la conquista de nuestro ideal, lo alejan cada día más sembrando discordias entre los titulares y estorbando que otras personas trabajen por nuestra causa. ¡Y luego nos recomiendan unión y dicen que la clase es apática, indolente...! ¡Hipócritas! ¿Cómo queréis que haya un ejército disciplinado y dispuesto á dar las batallas que sean necesarias si veis que hay individuos que luchan encarnizadamente por querer dirigirle? Uníos primero vosotros, que después la clase irá como un solo hombre adonde deba ir.

Un espectáculo vergonzoso iban á dar nuestros redentores en Noviembre pasado si la gripe, á la manera de providencia, no lo impidiera. Ellos habían convocado á los titulares para celebrar distintas Asambleas, pero más valió que no se celebraran, porque como los acuerdos que se tomaran en cada una serían diferentes y quizás contradictorios, serían diferentes y contradictorias las peticiones que se hicieran á los Poderes públicos. Y naturalmente, éstos en vista de las discrepancias que observaban en nosotros, tendrían un pretexto poderoso para no complacernos en lo más mínimo.

Nos dirían y con mucha razón que, mientras no nos pusieramos de acuerdo, no podían saber cuáles eran las legítimas aspiraciones de la clase para atenderlas.

Este desbarajuste, esta anarquía, no debe continuar por más tiempo. No debemos prestarnos á los manejos de unos cuantos individuos cuyas discordias, pasividad y villano proceder con las personas que se interesan por nosotros, son la causa de que sigamos todavía gimiendo bajo el yugo de nuestros tiranos los Municipios. Hace tiempo que hubiéramos estado libertados si los Gobiernos observaran en nosotros una unión perfecta (que no la hay por culpa de los explotadores de la clase), porque entonces seríamos temidos, respetados y atendidos. Pero nuestros redentores, que por lo que se ve, son muy busca vidas, están á sus propias conveniencias y no á las de la clase, importándoles un bledo que los titulares padezcamos hambre y suframos ultrajes y persecuciones. Ellos se propusieron vivir largo tiempo de nuestras desdichas, como los abogados viven de pleitos; mas los titulares seríamos unos tontos, unos imbéciles, si no les desbaratamos los planes.

Propongámosles, pues, este dilema: O se unen y se aprestan á conseguir por cualquier medio nuestro ideal, ó, de lo contrario, les volveremos la espalda y buscaremos un



caudillo que nos lleve rápidamente á la victoria, pues los males que padece la clase, son tan grandes y tan agudos, que reclaman urgente remedio.

UN TITULAR.

### Curso práctico de Anatomía patológica ocular.

El profesor E. Fuchs, de la Universidad de Viena, invitado por la Junta para Ampliación de Estudios, dará un curso sobre Anatomía patológica de las afecciones oculares.

El curso, que interesará especialmente á médicos y oculistas, será hecho en el Laboratorio del profesor Cajal, Facultad de Medicina, los lunes, miércoles y viernes, á las seis y tres cuartos de la tarde, empezando el día 12 de Enero y terminando á fines de Febrero.

Las inscripciones son gratuitas y pueden hacerse por carta á la Junta para Ampliación de Estudios, Moreto, 1, Madrid.

La extraordinaria reputación del profesor Fuchs, autor de numerosos libros y trabajos sobre Oftalmología conocidos en el mundo entero, atraerá á los especialistas españoles á este curso, en el que se presentarán y proyectarán numerosas preparaciones, con motivo de las cuales el profesor hará consideraciones patógenas y clínicas acerca de las enfermedades del aparato de la visión.

### Sección oficial.

#### MINISTERIO DE LA GOBERNACION (1)

5.º

Distinción entre la Administración sanitaria central y la municipal.—Sus funciones y su enlace.—Administración sanitaria central.—Residencia de la acción en órganos unipersonales y de la deliberación ó consejo en órganos corporativos.—Organos dependientes del Ministerio de la Gobernación afectos á la función sanitaria.—Real Consejo de Sanidad: organización y atribuciones.—Atribuciones de la Inspección general de Sanidad: organización actual de este centro.—Conveniencias administrativas á que responde la Organización de Cuerpos especiales. Cuerpos especiales de la Administración sanitaria.

6.º

Fines á que responde la división del servicio nacional y la organización administrativo-sanitaria por provincias.—Gobernadores civiles: atribuciones y deberes de los gobernadores en materia sanitaria.—Organización y atribuciones de las Juntas provinciales de Sanidad.—Atribuciones y deberes de los Inspectores provinciales de Sanidad.—La delegación ordinaria de las facultades del ministro y de los gobernadores en los inspectores provinciales, tal como aparece condicionada en las disposiciones vigentes.—Límites legales y reales al ejercicio de estas facultades delegadas.—La delegación sanitaria en los inspectores de distrito.

7.º

Organos sanitarios concurrentes á la actuación inspectora de la Administración sanitaria central.—Necesidad de

(1) Véase el número anterior.

órganos técnicos varios especializados.—Concurso del Laboratorio.—Estado actual y funciones del Instituto Nacional de Higiene.—Laboratorios provinciales.

8.º

Administración sanitaria municipal.—Autonomía administrativa de los Municipios.—Atribuciones de la exclusiva competencia de los Ayuntamientos.—Eficacia de los acuerdos que adoptan los Ayuntamientos.—Acuerdos municipales ilegales que pueden y deben ser suspendidos.—Recursos contra acuerdos de los Ayuntamientos en asuntos de su exclusiva competencia.—Atribuciones de los alcaldes.—Inspectores municipales de Sanidad.—Funciones actuales legales y reales de estos funcionarios.—La delegación de las facultades de los alcaldes en los inspectores municipales.—Limitaciones legales y reales para el ejercicio de estas facultades delegadas.—Juntas municipales de Sanidad.—Función actual legal y real de estas Juntas.

9.º

Disposiciones legales sobre declaración de las enfermedades infecciosas.—Enfermedades de declaración obligatoria.—Datos de que va acompañada la declaración en los países de mayor eficiencia preventiva.—Necesidad del registro minucioso de los casos, de sus circunstancias y de los orígenes de la infección.—Necesidad de que se subvenga por la Administración al diagnóstico precoz de los casos dudosos.—Facultades de la Administración y poder correctivo con arreglo á la legislación vigente.—Medios de evitar la desnaturalización de los diagnósticos en los certificados de defunción.—Reglas de procedimiento para la tramitación de expedientes en los casos de ocultación de enfermedad infecciosa y para la aplicación de las correcciones disciplinarias.—Conveniencia del conocimiento por la Administración sanitaria civil de los casos infecciosos que se den en las guarniciones militares.

10

Actuación del funcionario sanitario ante la notificación ó conocimiento de casos de enfermedades infecciosas.—Información complementaria del inspector.—Aislamiento de los enfermos; disposiciones legales que lo regulan.—El aislamiento en el domicilio; acondicionamiento de la habitación destinada al enfermo y del servicio de asistencia.—Influencia de la persuasión, del mandato y de la publicación.—Aislamiento de los hospitales.—Locales de aislamiento.—Obligaciones municipales en materia de aislamiento.—Preceptos legales mediante los que podría llegarse á contar con locales de aislamiento municipales ó de distrito.—Legislación extranjera sobre hospitales de aislamiento; eficiencia de los locales de aislamiento.

11

Disposiciones legales sobre desinfección.—Desinfección durante la enfermedad.—Necesidad de que la desinfección se acomode á la naturaleza de la infección y circunstancias del caso.—Desinfección final al término del caso.—Desinfección por los particulares interesados.—Necesidad de la desinfección municipal y una dirección técnica responsable de los servicios municipales de desinfección.—Medios de desinfección y aparatos sanitarios exigibles á los Ayuntamientos.—Estado actual de los servicios de desinfección municipales.—Auxilio del Estado.—Brigadas sanitarias; legisla-

# SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID



ción actual.—Disposiciones legales que regulan la gratuidad ó pago de los servicios municipales de desinfección y la indemnización de objetos por destrucción ó deterioro motivado por necesidades sanitarias.

12

Vigilancia cuarentenaria con motivo de los casos de enfermedades infecciosas.—Disposiciones legales que regulan la vigilancia sanitaria y observación de las personas que hayan estado expuestas á la infección.—Facultades de la Administración en esta materia.—Limitaciones legales y reales que dificultan la vigilancia sanitaria en nuestro país.—Tiempo que debe durar el aislamiento en las diversas infecciones y la vigilancia sanitaria en armonía con el período de incubación.—Descubrimiento de la enfermedad y vigilancia de los portadores de microbios.—Disposiciones legales que regulan esta vigilancia en el extranjero.—Limitaciones legales y reales que dificultan esta vigilancia en nuestro país.

13

Disposiciones legales que regulan el ingreso en nuestro país y transporte por el interior de enfermos infecciosos.—Previsiones vigentes para el desembarco de infecciosos en nuestros puertos.—Insuficiencia de las previsiones actuales.—Servicios sanitarios de los ferrocarriles en casos de epidemia y en circunstancias normales.—Disposiciones sobre circulación de mercancías en tiempos normales y en casos de epidemia.

14

Disposiciones legales que regulan la adopción de medidas profilácticas especiales ó específicas.—Vacunación anti-variolica.—Legislación española y extranjera sobre el asunto.—Otras vacunaciones preventivas.—Facultades de la Administración en materia de inoculaciones preventivas.—Legislación española y extranjera sobre la materia.—Disposiciones profilácticas especiales sobre la viruela.—La viruela como medida de la virtualidad de nuestra legislación sanitaria.

15

Disposiciones legales sobre profilaxis antivenérea.—Origen de las primeras disposiciones legales preventivas adoptadas en Europa.—Las epidemias exantemáticas agudas de sífilis del siglo xv y sus derivaciones á una mayor severidad legislativa.—Derivación progresiva de la legislación profiláctica antivenérea hacia medidas de prevención, reglamentación y vigilancia de la prostitución.—Rectificación aportada por las ideas abolicionistas y las de responsabilidad civil y penal en casos de contaminación intersexual.—Abolición radical de las medidas de policía política y de costumbres.—Retorno de las regulaciones profilácticas en los países abolicionistas.—Orígenes y evolución de la reglamentación en nuestro país.—Bases actuales para la organización de la profilaxis pública antivenérea.—Finalidad exclusiva del servicio.—Separación de los servicios técnico-sanitario, de indagación y administrativo y subordinación de estos dos últimos al fin sanitario.—Necesidad y función de los Dispensarios.—Facilitación de los medios de diagnóstico rápido, de terapéutica esterilizante y de educación higiénica.—Modo de facilitar la visita médica preventiva gratuita.—Conveniencia de proceder á la segregación de ciertos casos.—Base legal para la hospitalización obligada.—Ventajas de la hospitalización de sífilicomios.

16

Previsiones profilácticas especiales contra la tuberculosis.—Legislación extranjera en los países de mayor eficiencia profiláctica antituberculosa.—Legislación nacional.—Esquema de la organización antituberculosa nacional.—Dispensarios, sanatorios, seguros é higiene del trabajo.—Previsiones legislativas de la profilaxis antileprosa.—Medidas legislativas preventivas especiales contra el tracoma.—Legislación sobre prevención del paludismo en el extranjero: medidas legislativas de profilaxis palúdica en nuestro país.

17

Previsiones profilácticas especiales contra la transmisión al hombre de enfermedades epizooticas.—Enfermedades de los animales transmisibles al hombre.—Medidas sanitarias y disposiciones aplicables en dichas zoonosis con arreglo á los Reglamentos respectivos por los funcionarios de Sanidad pecuaria y de Sanidad humana.—Vigilancia y actuación especial de los funcionarios sanitarios en los casos de tuberculosis bovina y fiebre de Malta del ganado caprino.

18

Declaración de la existencia y término de las epidemias.—Facultades de la Administración sanitaria en tiempo de epidemia.—Pensiones de facultativos inutilizados con ocasión de epidemias.—Pensiones á viudas ó huérfanos de facultativos fallecidos.—Regulación legal: condiciones y tramitación de los expedientes de pensión.

(Continuará.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 718,1; íd. mínima, 714,1; temperatura máxima, 13°,2; íd. mínima, 2°,0; vientos dominantes, N. NNE. NE.

Siguen presentándose los afectos gripales con acentuación localizada en el aparato respiratorio y en el digestivo, aunque sin la generalización propia del principio de la epidemia. Las infecciones intestinales tifoideas y colibacilares continúan siendo numerosas aunque no graves.

En los niños ningún afecto epidémico particular.

## Crónicas.

### ESPAÑA

**Los decanatos de Facultades universitarias.**—La *Gaceta* publica la siguiente Real orden del Ministerio de Instrucción:

«Vacantes algunos decanatos de Facultades universitarias,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que las propuestas en ternas que se formulen para proveer esos cargos se harán de aquí en adelante por los respectivos claustros al rectorado de la Universidad correspondiente, á fin de que éste la remita á este Ministerio á los efectos del oportuno nombramiento.

Es asimismo voluntad de S. M. que para la provisión de las plazas de vicerrector que vayan en lo sucesivo elevarán los claustros universitarios á este Ministerio propuestas unipersonales á iguales fines.»

**Curso práctico de Anatomía patológica ocular.**—Invitado por la Junta de Ampliación de Estudios de España,

## TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals Peruriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía.

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