

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 J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ G. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	J. SANCHIS SANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.		
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES		
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.		

PROGRAMA CIENTIFICO:

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: Sobre enterocolitis, por el Profesor Carlos V. Noorden.—Diagnóstico clínico y bacteriológico de la fiebre de Malta, por el Dr. F. R. de Parraerroyo.—De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento, por Ignacio Pedriani.—**Bibliografía.**—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Medicina pretérita, por el Dr. B. Hernández Briz.—Dimes y diretes, por C.—Ante todo enterarse.—La Sanidad y los seguros sociales.—Protección médica.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

SOBRE ENTEROCOLITIS

POR EL

PROFESOR CARLOS V. NOORDEN

Francfort del Maine.

Señores: Constituye para mí especiales motivos de honor y de alegría el hecho de haber sido invitado por ustedes para dar una conferencia en esta noble y antigua ciudad ante una reunión de esclarecidos médicos. Es esta la primera vez en mi vida que vengo á Madrid. La nueva posición en que se halla mi patria ha traído como consecuencia una intensificación de las antiguas relaciones entre España y Alemania que estuvieron unidas durante cerca de tres siglos. Es admirable cuanto se ha hecho en pocos años para la resurrección de más cercanas y amistosas relaciones entre España y Alemania. La ciencia ha sido y seguirá siendo un fuerte puente tendido á este objeto, y sobre todas las ciencias humanas, es la Medicina la que más ha despertado el interés recíproco y está en situación de aumentarle aún. Nosotros, médicos, tendremos clara noción del poderoso medio que asienta en nuestras manos para el progreso pacífico y amistoso del esfuerzo cultural si aprendemos á conocernos, comprendernos y estimarnos mutuamente.

He elegido para la siguiente conferencia el tema de la *Enterocolitis crónica*, en parte porque me he ocupado durante los últimos decenios y singularmente en los últimos años de modo especial de esta enfermedad, y en parte porque se trata precisamente de una afección cuya terapéutica ha seguido caminos totalmente distintos, según la costum-

bre de cada escuela médica. Todo conocedor de este asunto sabe que en muchos países han dominado casi cuatro lustros el modo de ver y los métodos terapéuticos de A. Combe, de Lausanne. En otros países, en cambio, ha merecido escasa ó ninguna atención el método de Combe. Es en este último tiempo cuando comienza á establecerse un equilibrio entre los diversos criterios.

El nombre *Enterocolitis crónica* se usa tan á menudo y con tan distintas significaciones, según el autor, que quiero ante todo fijar qué cuadro morbosos especial comprendo bajo este nombre. Excluye ante todo de él aquellas formas graves de enfermedad que se han designado *colitis grave* y cuya base anatómica bien conocida es una colitis ulcerosa ó infiltrativa. Si bien tampoco existe claridad completa sobre la etiología de esta enfermedad, peligrosa y afortunadamente no muy frecuente, es, sin embargo, cada vez más probable que la *colitis ulcerosa difusa* sea causada y mantenida por diversas bacterias íntimamente relacionadas entre sí y designadas con los nombres generales de bacterias colíticas ó disenteroideas. Su propiedad más importante es la fuerte capacidad destructora de los tejidos. La *colitis infiltrativa* parece ser ocasionada en cambio por gérmenes sépticos de diversas clases que penetran por la pared intestinal y allí se establecen. El proceso es muy semejante al de la apendicitis infiltrativa, y las diferencias en el cuadro clínico y en la patogenia son únicamente debidas á las diferencias de localización.

No he de hablar de aquellas formas de colitis ocasionadas por *amebas* de tal ó cual clase. Sólo he de advertir que he visto bastantes casos de colitis más leves, pero caracterizadas por su larga duración y la intensidad agotadora de las

molestias, cuya causa es la infección del intestino con cercomonas ó con lamblia. Actualmente poseemos un medio activo para combatirla en los preparados de raíz de ipecacuana.

Ha sido también atribuida importancia etiológica al *bacilo paratífico B*, que según es sabido, puede perdurar en el intestino humano durante largo tiempo en formas persistentes de enterocolitis. Indudablemente es ello cierto en algunos casos; pero, en cambio, en muchos otros el *bacilo paratífico B* vive como huésped inocuo en el intestino después de haber pasado la infección aguda que provocó. En el intestino sano completamente de algunos sujetos se encuentra este agente. Estos portadores sanos del *paratífico B* pueden padecer más tarde catarros intestinales lo mismo que cualquier otro individuo previamente sano, pero el *bacilo paratífico B* no juega en ello ningún papel.

En la actual conferencia he de dejar á un lado absolutamente todas aquellas enfermedades en las cuales el intestino está infectado por *microorganismos patógenos específicos* de carácter vegetal ó animal, y ello es obvio, toda vez que en los estados designados enterocolitis crónica no ha podido bacteriólogo alguno hallar gérmenes patógenos específicos. Unicamente se han encontrado en las deposiciones, gérmenes que deben conceptuarse como habitantes normales del intestino.

1) *Enterocolitis por procesos de fermentación y putrefacción anormales; enterocolitis crónica difusa.*

Bajo estos nombres deben enunciarse formas de enfermedad, enterocolitis crónicas, debidas á distribución anormal de la flora intestinal. Al difunto clínico alemán Adolfo Schmidt cabe el mérito de haber demostrado que los trastornos irritantes del intestino, tanto en las formas agudas como en las crónicas de enterocolitis, pueden referirse á dos formas distintas de procesos. En una de las formas han tomado predominio los *agentes fermentativos*; en la otra, los de la *putrefacción*. Ha aparecido una alteración del equilibrio en la flora intestinal que durará hasta que sea vencida la parte de la flora predominante. Para vencer los procesos de *putrefacción* hemos de ser muy comedidos en la elección y cantidad de los cuerpos protéicos administrados y proteger el desarrollo de la flora fermentativa por el empleo de los apropiados hidratos de carbono. Aquí debe tenerse en cuenta también la administración de leche y yogourth; con ellos cargamos el intestino de ácido láctico que es inhibidor de la putrefacción. Por otra parte, tanto la dieta láctea como la de yogourth se deben emplear con cuidado. No siempre constituyen el mejor método. Por el contrario, para combatir el *proceso fermentativo* hemos de disminuir durante largo tiempo los hidratos de carbono y suprimirlos ó no permitirlos sino en pequeña cantidad y en forma simple y rápidamente digestible.

Si se procede rectamente y con la necesaria constancia, la curación de las enteritis ocasionadas por procesos de fermentación se efectúa casi siempre. En los catarros que discurren con *putrefacción aumentada*, la cuestión terapéutica es mucho más difícil de ordinario, y el tratamiento necesita también mucho más tiempo. El motivo de esto es que el intestino mismo provee de material putrescible. Por consiguiente, no puede suprimirse el aporte de material adecuado para los agentes como se hace con los de la fermentación. Por otra parte, tras el cuadro de un catarro de putrefacción se ocultan muy á menudo enfermedades orgánicas del intestino, como tumores benignos ó malignos, tuberculosis, estenosis, etc., para las cuales nada puede hacer la terapéutica dietética. Volviendo á lo anteriormente enunciado, he de afirmar que el tratamiento dietético recomendado por Com-

be y sus discípulos, es capaz de ser muy mejorado y también corregido, según las condiciones individuales, mucho más de lo que hasta ahora se hace; pero, en líneas generales, constituye una buena vía de ataque en los catarros putrefactivos. Por el contrario, el método es inactivo y conduce á prolongaciones innecesarias de la enfermedad en los casos en que la causa de la irritación intestinal es un aumento del proceso fermentativo. Si bien Adolfo Schmidt llegó á varios extremos falsos sobre la causa y mecanismo de los procesos fermentativos y putrefactivos, y si bien, por consiguiente, llegó también á resultados terapéuticos inseguros, débete la moderna terapéutica racional de estas enfermedades extraordinariamente mucho, ya que él encontró lo esencial con la separación fundamental de procesos fermentativos y putrefactivos y los distintos tratamientos que á cada tipo corresponden. Con ocasión de haberme sido encomendada después de la muerte de Schmidt la elaboración de la segunda edición de su «Clínica de las enfermedades intestinales», he tratado tanto en ésta como en una pequeña monografía posterior, las cuales han de aparecer pronto traducidas al español, de separar lo recto de lo inexacto, y con mi propia y prolongada experiencia clínica y experimental, modernizar y refundir su sistema.

Las formas enunciadas de enterocolitis crónica difusa cuya causa es para nosotros una *combinación morbosa primaria de la flora intestinal normal*, discurren casi sin excepción con diarreas. Las diarreas solamente cesan cuando la alimentación se efectúa de modo que las excisiones morbosas causales no pueden efectuarse. Pueden interrumpirse las diarreas de modo transitorio con el opio, pero esta no es una forma recomendable de tratamiento. Sobre la terapéutica remito á las preenunciadas publicaciones. Es muy digno de atención el hecho de que en la enterocolitis crónica difusa no existe en las deposiciones ó existe solamente en pequeña cantidad *moco* macroscópicamente apreciable; en cambio, *microscópicamente* se encuentra siempre [en los catarros fermentativos abundante moco; en los putrefactivos, el contenido en moco es de ordinario mucho menor, probablemente porque una parte del moco ha sido destruido por los procesos putrefactivos. Por el contrario, hállese aquí de ordinario acúmulos abundantes de leucocitos y á menudo también de eritrocitos mezclados en la masa líquida ó pastosa de las deposiciones.

2) *Enterocolitis por éstasis fecal (colitis estercoral), colitis mucomembranácea.*

Bajo el nombre de enterocolitis crónica, debe también comprenderse otro cuadro morboso que en mi opinión obedece á una etiología completamente distinta y precisa una terapéutica completamente diferente. He de llamar la atención con especial fuerza sobre esta segunda forma, porque con extraordinaria frecuencia se confunde con perjuicio de los enfermos con las formas verdaderas de enterocolitis crónica difusa arriba enunciadas. Mientras las precitadas formas pueden afectar á cualquier sujeto, esta segunda se halla, sobre todo, en personas neuropáticas; las mujeres enferman con doble frecuencia que los hombres. De ordinario resulta de la anamnesis que la enfermedad fué precedida de estreñimiento durante varios años, el cual no fué atendido ó simplemente combatido, según las necesidades del momento, con purgantes ó enemas, á menudo tratado con repetidas curas de bebida en Carlsbad, Homburg, Kissingen, Marienbad, Vichy, etcétera, que solamente produjeron mejoras pasajeras.

Además he observado que en numerosos pacientes se extirpó el apéndice sin que ello se tradujera en un influjo apreciable sobre el curso de la enfermedad. He preguntado repetidamente á los cirujanos que habían efectuado la ope-

ración, y en resumen he obtenido que á menudo no habían existido ataques fuertes de apendicitis y que solamente se hallaron en el apéndice alteraciones muy exiguas. Con esto no quiero afirmar que la operación fué innecesaria. Por el contrario, sostengo que *en toda enteropatía crónica en la que sea probable un estado irritativo en el apéndice vermicular debe hacerse la apendicectomía*. Opino así, porque en todo caso es una gran tranquilidad no tener que temer en el porvenir nada por parte del apéndice.

El clínico internista adquiere así mayor campo de acción y no tiene necesidad ya de tener en cuenta el apéndice en el tratamiento apropiado dietético del padecimiento intestinal. Veo, pues, siempre con alegría, el que se haya extirpado el apéndice, y á menudo pido que se extirpe un apéndice sospechoso antes de comenzar el tratamiento interno, aun cuando no crea que asiente en el estado morbo del apéndice el origen de la enfermedad intestinal, ni espere que con la operación haya de curarse ésta.

Los pacientes vienen quejándose de que tras el estreñimiento primitivo se ha establecido un estado molesto de *alternancia entre diarrea y estreñimiento*. Con frecuencia se forman detenciones de gases; á menudo también aquejan *dolores colíticos*; sin embargo, éstos son de ordinario de poca intensidad. En casi todos los casos, si bien no todos los días, existen masas de moco mezcladas con las heces, tanto si éstas son líquidas como si son sólidas. En muchas deposiciones, la cantidad de moco predomina sobre la de heces. El moco es de ordinario pobre en células, y entre ellas en muchos pacientes las hay en extraordinaria cantidad con granulaciones eosinófilas; y todo esto se repite continuamente. En otros pacientes no hay ó se hallan muy escasas células eosinófilas en el moco. Muy rara vez y sólo cuando existen especiales complicaciones se encuentran grandes grupos de leucocitos, de modo que puede hablarse de pus apreciable macro ó microscópicamente. Con más frecuencia se hallan residuos de hemátíes errados mezclados al moco.

Aparte del contenido en moco, las evacuaciones diarreicas corresponden á una deposición diluída por secreción acuosa intestinal. En el seno de la masa fecal líquida se hallan muy frecuentemente pequeñas ó grandes *porciones de heces sólidas, á menudo notablemente duras y pobres en agua*. La deposición tiene un olor pútrido muy desagradable; la reacción es neutra ó débilmente alcalina. La prueba de fermentación es casi siempre negativa. No se encuentran trozos de carne sin digerir ni partículas de tejido conectivo más abundantes que en cualquier deposición normal. El mismo resultado se obtiene por la administración de la comida de prueba de Schmidt. Esta es una diferencia notable con respecto á la verdadera colitis crónica difusa á que hemos aludido antes, y nos indica que los procesos digestivos en el intestino delgado no han padecido y que la travesía del quimo por el yeyuno é ileon no está anormalmente acelerada.

En parte por el empleo de medicamentos estríjentes, principalmente los tan usados opiáceos, en parte por limitación de la alimentación á una comida rigurosa, suave, digestible y absorbible en el delgado, y en parte sin la intervención de factores externos, los períodos diarreicos de uno ó más días, más largos de ordinario en el curso ulterior de la enfermedad, remiten de nuevo. Acontece luego que las deyecciones toman un aspecto normal, únicamente mezcladas con algo de moco. Con mayor frecuencia establécese un cambio veloz, á menudo brusco, de la diarrea en astringencia. Entonces las deposiciones se hacen duras y se evacúan en forma de gruesas bolas.

De ordinario se llevan las cosas de modo que los perío-

dos de diarrea se combaten con medicamentos ó con alimentación estríjentes, y los de estreñimiento, con enemas más ó menos grandes. El paciente suele evitar lo más posible tomar purgantes, porque le produzcan dolores cólicos.

Toda vez que la aparición de diarrea ó estreñimiento son (en oposición á la verdadera enterocolitis) bastante independientes de la forma de alimentación, no se dan cuenta los pacientes de lo que toleran bien ó mal, y lo que, por consiguiente, deben comer. Generalmente reducen su alimentación total, con lo que pierden de fuerza.

Tengo aún que referirme á dos particularidades del cuadro morbo. Se encuentran con frecuencia *abundante cantidad de indican* y sulfóteres en la orina. También se da este caso en los enfermos de enterocolitis pútrida verdadera, pero de ningún modo en los casos leves. En los casos de estreñimiento ordinario no aparece, según es sabido, la indicanuria, sino en algunos enfermos: cuando el estreñimiento es del llamado «tipo ascendente». No es este tipo el de los períodos de estreñimiento de esta enfermedad; más bien se trata aquí de retención fecal en la flexura sigmoidea y colon descendente. Además, hállase en los pacientes *efectos tóxicos lejanos*, consistentes en parte en cefalalgias y en parte en dolores reumáticos ó neuralgiformes. A menudo la presión en los troncos nerviosos es dolorosa. Yo describí esta secuela hace nueve años con el nombre «*Polineuritis sensible enterotóxica*» (*Berl. Klin. Woch.*, 1913, núm. 2), y desde entonces me he convencido de su gran frecuencia. Hoy, como entonces, doy por ignoto cuáles sean las sustancias químicas que actúan de tóxicos. Seguramente son productos de escisión de las proteínas. Mi difunto amigo A. Albr, que criticó entonces mi trabajo (*Berl. Klin. Woch.*, 1913, número 33), no me entendió, pues pensaba que yo atribuía la causa de la polineuritis á sustancias aromáticas, como el indol, escatol y otras. La indicanuria, que por otra parte puede faltar, la conceptuaba yo únicamente como *prueba de la existencia de procesos de hiperputrefacción*. Con más intensidad que antes quiero recalcar ahora que aquellos estados secundarios del sistema nervioso no pueden despacharse simplemente con las palabras neurastenia, neurosis, histerismo, etc., sino que aparecen como verdaderos estados tóxicos consecutivos. Contra las exageradas pretensiones de la exactitud teórica y experimental ha podido observar el médico práctico con plena razón, que se exhiben autointoxicaciones enterógenas no solamente en las enfermedades infecciosas graves, sino también en leves trastornos intestinales.

A todo conocedor de la patología intestinal le resultará claro que aquí tenga en cuenta las *manifestaciones de estasis é irritación que resultan del estasis fecal crónico*. Sin embargo, nunca se trata exclusivamente de *debilidad peristáltica* (hipoperistalsis; disminución de la excitabilidad del plexo neuromuscular de Auerbach), sino siempre de la combinación con contracciones espásticas, vagotónicas. Estos espasmos son los que inhiben el progreso del bolo fecal, principalmente en el colon distal y flexura sigmoidea.

La combinación de hipoperistalsis y espasmos locales (disquinesia), traería por sí solamente el cuadro clínico del estreñimiento. Tampoco puede todavía designarse estado irritativo inflamatorio, aunque se segregue *moco* por parte del intestino en el lugar del estasis. En parte esto es un reflejo defensivo de la pared intestinal, pero en parte depende de la excitación vagotónica, ya que las glándulas mucosas del intestino están regidas por el sistema nervioso parasimpático. Cuando se combinan los espasmos con secreción abundante de moco neurógena, aparece el cuadro clínico de la *mixorreya intestinal*, que á veces discurre con dolores cólicos paroxísticos y deposiciones mucosas y re-

cibe el nombre de *cólicos mucosos*. Es inexacto designar este estado con el nombre de *colitis mucosa* ó *pseudomembranosa*, puesto que no existe una verdadera *colitis* ó *inflamación*. Los hallazgos anatómicos prueban esto, *hipoperistalsis*, *espasmo-filia del intestino* y *mizorrea*, se explican completamente por la *situación patológica del sistema nervioso vegetativo*. Pero partiendo del estado descrito del intestino, pueden desarrollarse *estados irritativos inflamatorios*. El obstáculo al progreso fecal por *espasmos*, puede conducir tan lejos como la existencia de *estenosis* verdaderas anatómicas. Los procesos de excisión química del contenido fecal, situado sobre las bolas fecales retenidas por el espasmo, ocasionan inflamaciones locales. Ello se presenta, sobre todo, cuando á causa de la simultánea hiperexcitabilidad vagotónica la *secreción de líquido por el intestino* aumenta y el contenido entérico se liquida. El líquido segregado por el intestino es extraordinariamente putrescible, más putrescible que los residuos no absorbidos de la alimentación. El cuadro clínico de la *colitis superficial estercoral*, se explica por la motilidad morbosa del intestino, la fuerte contractura espástica, la estancación local de las heces, la hipersecreción de moco, la hipersecreción neurógena é inflamatoria de exudado intestinal putrescible, la putrefacción del contenido intestinal estancado y la irritación inflamatoria de la mucosa.

Cuando las destrucciones del contenido intestinal líquido retenido han llegado á una determinada altura, la excitación del aparato peristáltico aumenta y los espasmos cesan; ambas cosas probablemente á causa de la absorción de sustancias que influyen al aparato motor del intestino. Entonces aparecen diarreas que cursan en parte con, y en parte sin, cólicos. Pero el restablecimiento del paso franco conduce al proceso curativo también. La irritación inflamatoria cura de nuevo rápidamente por regla general. Si se introduce el rectoscopio hasta la flexura sigmoidea, se ve ya después de unos días una mucosa completamente normal que sólo presenta en sitios aislados núcleos inflamatorios con epitelio alterado y fuerte tendencia á las hemorragias. Pero aun estos focos curan después de pocos días, si se les somete á un tratamiento adecuado.

Está claro, que la *colitis estercoral crónica*, que se compone de varios ataques de *colitis superficial aguda*, lleva consigo importantes peligros. Flemones locales, ulceraciones profundas, estenosis cicatriciales, peritonitis adhesiva y á veces perforativa, colitis ulcerosa difusa, sepsis general, etc., pueden ser su consecuencia. Afortunadamente no aparecen, sin embargo, sino con extrema rareza, complicaciones verdaderamente peligrosas en el curso de la tan frecuente colitis estercoral.

Para emprender el *tratamiento* de esta enfermedad debemos guardar claro el concepto de que es completamente diferente de la enterocolitis difusa crónica. En ésta el punto de partida son los procesos bacterianos; ya se trate de bacterias extrañas al intestino, de verdaderas infecciones pues, ya de una mezcla alterada de la flora intestinal normal manteniendo la enfermedad la administración de alimento excitable por las bacterias predominantes. En la colitis estercoral lo primitivo es el *estasis funcional de las heces*, es decir, una anomalía del aparato neuromuscular. La destrucción de las heces y el estado irritativo de la mucosa intestinal son solamente manifestaciones consecutivas. He de asentar además, que con mucha frecuencia no solo el médico general sino también el especialista de enfermedades gastrointestinales comete el error de *confundir ambas enfermedades*. Ello es debido á que en su acmé ambas tienen un cuadro clínico muy semejante. De ordinario el error cometido es considerar una colitis estercoral como enterocolitis crónica difusa. El

error opuesto se comete rara vez. En realidad, es *con mucha la colitis estercoral la más frecuente*. Comparada con ella la enterocolitis crónica difusa es rara. Pénsese cuán frecuente es el diagnóstico de enterocolitis crónica difusa. Yo puedo decir que de cada 100 enfermos intestinales que vienen á mí, traen este diagnóstico lo menos 80. En la inmensa mayoría de los casos se trata en realidad de ataques recidivantes de colitis estercoral. Lo mismo enseña la anatomía patológica. Si la enterocolitis crónica difusa fuera tan frecuente como parece deducirse de los diagnósticos clínicos, se reflejaría en las comunicaciones de autopsias; no es este, sin embargo, el caso. Para los anatomopatólogos constituye una rareza la enfermedad correspondiente al cuadro clínico de enterocolitis crónica difusa.

Desde el momento que hemos reconocido la alteración funcional del aparato neuromuscular del intestino como la causa última y determinante de la colitis estercoral, hemos ya indicado el camino de la terapéutica. Naturalmente en el principio del tratamiento precisa el intestino ser sometido á un régimen de restricción, es decir, se le debe sobrecargar lo menos posible. Se elegirá una alimentación que se digiera y se absorbiera ya lo más completamente posible en el intestino delgado. Pero téngase en cuenta desde luego que esta alimentación aumenta la astricción en el intestino grueso, es decir, precisamente lo que queremos impedir. Por consiguiente, hemos de cuidar que haya paso libre por el intestino grueso y para ello es preciso ante todo *mejorar la espasmo-filia*; á este objeto la *atropina* es el medio soberano. Descanso en cama, y envolturas húmedas en el vientre ayudan al resultado. Debe cuidarse de que haya sueño tranquilo, en circunstancias por medicamentos que no deben contener opio. En el caso de que en este tiempo sea necesario el vaciamiento artificial del intestino debe recurrirse á las irrigaciones intestinales ó á un laxante muy suave, por ejemplo: ruibarbo con magnesia calcinada. Todo esto es solamente un tratamiento preparatorio y solo mejorará el estado de irritación momentáneo del intestino.

Después de poco tiempo, de ordinario ya tras pocos días puede pasarse al tratamiento etiológico, que se dirige contra el *estreñimiento*. Yo recomiendo calurosamente evitar los medicamentos purgantes y componer el tratamiento de medidas dietéticas. Sólo hay un medicamento que es imprescindible; este es, una vez más, la *atropina*. En cada caso debe adquirirse la experiencia de cuál es la cantidad de atropina apropiada, pues la sensibilidad de los diversos sujetos á la atropina es muy variada. La dosis diaria oscila entre 1 y 3 miligramos. La atropina es necesaria porque es el único medio de combatir la espasmo-filia del intestino. Debe administrársela hasta que ya no podamos temer la aparición de nuevos espasmos patológicos del intestino. No debe suprimirse nunca bruscamente, sino que se debe disminuir la dosis progresivamente. Muchas veces no es preciso dar la atropina sino dos á tres semanas, otras en cambio debe persistirse en su administración hasta muchos meses. La atropina no es un purgante. Tiene más bien un influjo inhibitor que excitante sobre el plexo de Auerbach. Pero es todavía mucho mayor su influjo sobre las fibras espasmotrópas del nervio vago. Cuando la dosis ha sido bien instituida sólo aparece el efecto antiespasmódico mientras que el efecto perjudicial sobre el plexo de Auerbach se evita.

Bajo la *defensa de la atropina* podemos aminorar á administrar al paciente una alimentación que excite el plexo de Auerbach, y cree buenas condiciones para el progreso de la masa fecal. Con este objeto elegiremos una dieta que *aumente el volumen del bolo fecal*. Recordemos á este respec-

to que las heces que asientan en el colon constituyen uno de los más importantes irritantes de la motilidad del intestino. Pero simultáneamente ha de cuidarse que la deposición esté húmeda y suave. Esto depende por un lado del tiempo que las heces permanecen en el colon, y por otro lado también de las propiedades químicas de los residuos alimenticios. La alimentación deberá contener, pues, determinada cantidad de un material que se absorba mal y posea fuertes propiedades hidrofílicas. De este tipo son, ante todo, la celulosa, hemicelulosa y pentosanas. Estos cuerpos los hallamos, sobre todo, abundantemente extendidos en el reino vegetal, y principalmente en el pan de trigo que contiene cubierta del grano (hogaza), en la mayoría de las verduras, y en muchas frutas. Entre las frutas, las ciruelas sobre todo liberan pentosanas de alta potencia de ligazón de agua en el intestino. Recuerdo aquí también, que desde hace mucho tiempo es conocido como remedio casero el efecto purgente de las semillas de lino. Lo mismo puede decirse de otras semillas vegetales, por ejemplo: semen psylli. Son, sobre todo, ricas en hemicelulosa y pentosanas imbibibles. Ad. Schmidt creyó haber hallado un cuerpo de acción semejante en el agar-agar. Pero la hemicelulosa del agar-agar resiste poco al ataque de las bacterias intestinales y pierde por esto sus propiedades hidrofílicas. Solamente grandes cantidades de agar-agar puro actúan como laxantes; de ello se convenció pronto Ad. Schmidt. Como consecuencia de esto cargó el agar-agar de extracto de cáscara sagrada y a la mezcla la llamó regulin. El regulin es en esencia un preparado de cáscara sagrada, es decir, un laxante medicamentoso; el agar-agar, al que pudo atribuirse el papel de medio alimenticio, juega en los efectos del preparado un papel muy secundario.

El efecto de la celulosa, hemicelulosa y pentosana existentes en nuestros alimentos depende fuertemente del modo de preparación. El material *fresco* es el más útil, como todos saben por experiencia. La decocción prolongada altera aquellas sustancias fácilmente atacables y destruíbles por las bacterias y los enzimas; con lo cual pierde parte de su hidrofilia. El grado de división es también de importancia. Tenemos, por consiguiente, en nuestra mano el modo de reglamentar el grado del efecto de los alimentos que aumentan el volumen del bolo fecal, según el modo de preparación.

El régimen alimenticio que he recomendado ya hace más de veinticinco años para el tratamiento de los cólicos mucosos, para el estreñimiento crónico y, singularmente, para la colitis estercoral y del que de entonces acá he reunido mil veces más experiencia, ha recibido el nombre de *alimentación de sobrecarga*. Este nombre es exacto, pero escogido con poco acierto, ya que muchos médicos se han formado de él un concepto erróneo, pues el nombre les despertó la idea de que se somete al intestino a un esfuerzo, y con ello se le daña. En virtud de esto el régimen ha adquirido limitada extensión. Y si se emplea en verdad con frecuencia en el estreñimiento, en cambio, en cólicos mucosos y colitis estercoral, puede decirse que sólo se practica por mí y por mis numerosos discípulos que aprendieron en mi clínica sus buenos resultados. Las objeciones elevadas contra el régimen son infundadas. El alimento es sin duda, un irritante para el estómago y el intestino delgado, quizá también para el colon ascendente; en complicaciones por parte del estómago y el delgado, por consiguiente, este régimen no entra en cuenta. Pero en la colitis estercoral simple estas partes están completamente sanas y funcionalmente aptas. El examen microscópico y químico de las heces da buena prueba de ello. En el colon distal que es donde

esencialmente asientan los procesos morbosos en los cólicos mucosos y colitis superficial, las heces toman bajo el influjo de la «alimentación de sobrecarga» una consistencia blanda de pomada. No excita a la producción de espasmos patológicos; la alimentación aumentadora y ablandante de las deposiciones, es, pues, un *régimen de restricción* para el colon distal y la flexura sigmoidea.

No he podido aquí sino dibujar los métodos en sus fundamentos. Pasar a peculiaridades es tanto más difícil cuanto que naturalmente en cada caso particular la marcha debe ser dirigida por las circunstancias individuales. Si bien debe de mantenerse firme siempre el principio, pueden llevarse a la práctica regímenes que se separan ampliamente unos de otros, dirigidos según las peculiaridades especiales del caso en cuestión. Esto presupone naturalmente la mayor atención. No ignoro que el médico que trata cólicos mucosos y colitis estercoral, y aun el simple estreñimiento con régimen de sobrecarga, contrae una gran responsabilidad. Por eso yo no suelo efectuar esta cura nunca ambulatoria, sino bajo la observación clínica. Que la responsabilidad sea grande, no es ningún inconveniente. En toda otra forma de tratamiento enérgico, por ejemplo: en todas las operaciones, también contrae el médico fuerte responsabilidad.

Ya ven ustedes que el tratamiento preconizado por mí para la colitis estercoral sigue un camino distinto que para la enterocolitis verdadera. Para ésta necesitamos un régimen que sobrecargue lo menos posible, tanto al intestino grueso como al delgado, es decir, un régimen como el que, entre otros, ha recomendado el tan experimentado Combe, pero más fino y concienzudo ya, como los trabajos de Ad. Schmidt nos lo han permitido, y reglado por las condiciones individuales. Para la colitis estercoral este método no da, sin embargo, tan buenos resultados como el propuesto por mí. Por regla general basta un tratamiento de unas cuatro a cinco semanas para mejorar por completo la enfermedad. Solamente en los casos demasiado antiguos no ocurre así, sino que se necesitan varias revisiones. En todo caso se consigue que el paciente se vea libre de los medios laxantes. Naturalmente, al tratamiento dietético se añaden reglas auxiliares que se dirigen contra las complicaciones y respectan al sistema nervioso. Estas cambian de caso a caso, según la necesidad. Pero el tratamiento dietético continúa siendo el principal elemento.

El objeto esencial de esta conferencia era demostrar que existe una forma de enfermedad reputada como extraordinariamente frecuente con el nombre de «enterocolitis», que tiene en su acmé gran semejanza con la enterocolitis verdadera desde el punto de vista clínico y, por consiguiente, se confunde frecuentemente con ella, pero cuya patogenia es completamente distinta de la enterocolitis crónica difusa, y, por consiguiente, desde el punto de vista terapéutico debe conceptuarse como cosa completamente diferente.

Diagnóstico clínico y bacteriológico de la fiebre de Malta

POR EL

DR. F. R. DE PARTEARROYO

Del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital clínico de San Carlos.

Con motivo de una serie de casos de fiebre de Malta vistos por nosotros en nuestro servicio de San Carlos en la clínica del Dr. Loza y en nuestra visita particular, vamos a llamar de nuevo la atención sobre esta enfermedad.

Todos conocemos su existencia; mas unas veces por creer que no se padece en el sitio donde se ejerce, por exploraciones insuficientes otras y muchas porque ni se piensa en ella siquiera, resulta que son bastantes las que no se diagnostican, con grave trastorno para el enfermo y perjuicio para el médico, ya que el primero soporta un tratamiento impropio y el segundo cae en descrédito cuando todo se aclara.

Esta es la causa que nos lleva á escribir estas líneas, teniendo en cuenta además, que brotes epidémicos no se padecen en todas las regiones, pero que endémicamente existe en casi toda España, y que, por tanto, hay que diagnosticarla frecuentemente.

Nos ocuparemos sucesivamente del diagnóstico clínico y del diagnóstico bacteriológico.

Diagnóstico clínico.—Dado el polimorfismo con que esta enfermedad se presenta tenemos que hacer diagnóstico diferencial con varias dolencias; de todas éstas, no puede el laboratorio darnos el diagnóstico, ya que con él no se diagnostica todo; para orientarnos en tales casos tratamos de suplir el laboratorio por los tratamientos de prueba, que desde luego en determinados padecimientos tienen indiscutible valor.

Así es, que iremos señalando los síntomas que más nos pueden aclarar el diagnóstico, lo que se le debe pedir al laboratorio y lo que pueden indicarnos los tratamientos de prueba.

Septicemias.—Entendemos por septicemias todas las enfermedades infecciosas que presentan un cuadro clínico semejante, aunque los gérmenes productores sean distintos, cuya característica es la extraordinaria toxicidad del microbio. Es muy difícil hacer el diagnóstico diferencial en tales casos.

Hay formas de fiebre de Malta, las de tipo maligno (Hughes), formas agudas hiperpiréticas con todo el cuadro de una septicemia y que no tienen caracteres clínicos que nos sirvan para hacer el diagnóstico.

Sólo puede orientarnos el conocer la puerta de entrada de la infección (ántrax para las septicemias estafilocócicas, matriz para las de estreptococos, etcétera), mas cuando esto falta dada la semejanza del cuadro clínico, comienzo brusco, fiebre alta remitente con escalofrío previo y sudor ulterior, vómitos, cefalea, estado tífico, pulso rápido, etc., es de una gran dificultad establecer el diagnóstico, sobre todo precozmente, antes de que aparezcan las localizaciones secundarias.

Sólo se pensará en fiebre de Malta en regiones muy castigadas por ella y en brotes epidémicos. Siempre es al laboratorio al que debemos recurrir, pues él será el que nos dará el diagnóstico, ya que en estas intensas pirexias, raramente se deja de aislar de la sangre el germen causante de la dolencia (estafilococos, estreptococos, micrococcus melitensis, etc.).

Fiebre tifoidea.—La fiebre de Malta se presenta, sobre todo al principio, sin ningún síntoma que le sea peculiar y simula á veces la fiebre tifoidea de manera muy exacta.

Un caso visto por nosotros presentó este tipo de un modo marcadísimo.

Comienzo lento con elevación gradual de la tempe-

ratura, llegando al período de estado con pulso lento, fiebre de 39° y hasta de 41°, estado tífico, meteorismo, hipertrofia de bazo, diarrea, discretísima roséola (?), delirio á veces de acción. Presentó durante toda la enfermedad gran hiperestesia cutánea, sobre todo en el cuero cabelludo, raquialgia intensa. Llegó la apirexia en lisis hacia la cuarta semana.

Visto por distinguidos clínicos se mantuvo el diagnóstico de fiebre tifoidea, á pesar de la negativa absoluta del laboratorio (hemocultivos, aglutinaciones, heces, etc.).

Volvió á los seis días la fiebre y fué entonces cuando se sospechó el diagnóstico de fiebre de Malta, y lo confirmaron el laboratorio y el tratamiento.

La aglutinación fué positiva con alguna raza hasta el 1 por 1.500, con otras á títulos más bajos, pero siempre por encima de 1 por 500. El hemocultivo fué negativo.

Citamos este caso para demostrar cómo la fiebre de Malta puede hacer confundir un diagnóstico y marcar de esta manera la imposibilidad muchas veces de hacerlo exacto en el primer período de la enfermedad, fuera de épocas epidémicas, ya que puede no tener nada de característico, y, por tanto, no pensemos siquiera en la fiebre de Malta.

En este caso, la fiebre era del tipo de las tifoideas, el pulso lento (normalmente es bradicárdico, cosa á tener en cuenta á ser posible, cuando tratemos de dar valor á este síntoma), la diarrea, la roséola, etc., nada hacía pensar en la fiebre de Malta. Sólo podían hacer pensar en dicha dolencia la intensa raquialgia y la insistente negativa del laboratorio.

Sólo cuando apareció el nuevo período febril fué cuando se pensó y diagnosticó la fiebre de Malta.

El diagnóstico lo haremos por la falta ordinaria de roséola, de localización intestinal, por las algias frecuentes, intensas y variadas de la fiebre de Malta, por los abundantes sudores, etc. Y, más tarde, por la aparición de nuevos accesos de fiebres y las típicas localizaciones en nervios, testículo, articulaciones, etc.

Mas á la cabeza de todo está el laboratorio haciendo investigaciones concienzudas y repetidas, cuantas veces sea necesario, como más tarde indicaremos. Aunque hay casos en que dichas investigaciones son negativas frente á la enfermedad de que se trata y que más tarde es confirmada por una típica complicación (hemorragia ó perforación en la fiebre tifoidea), son los menos, y, por tanto, no quitan valor á lo anteriormente dicho. De estas investigaciones y de las reacciones cutáneas frente á vacunas ó toxinas del micrococcus melitensis, hablaremos más tarde en la parte de diagnóstico de laboratorio.

Paratífus y colibacilosis.—De estas dolencias sólo diremos que es necesario no diagnosticarlas tan frecuentemente; son más raras de lo que parece, sobre todo, comprobadas por el laboratorio con el aislamiento del germen y aglutinación, que son los medios, sobre todo el primero, que resuelven todas las dudas que pudieran existir.

Los paratífus se estudian hoy en muchos tratados

juntamente con la tifoidea, ya que á pesar del gran número de síntomas diferenciales dados, no sirve ninguno de nada y es el laboratorio el que únicamente hará el diagnóstico seguro.

De las colibacilosis diremos lo mismo; sólo las sospecharemos cuando exista un foco de origen biliar, renal, apendicular, con fiebre de tipo intermitente, remitente ó continuo con fuertes escalofríos, herpes, leucocitosis con polinucleosis, etc. En las de origen uterino ó intestinal, sólo el laboratorio las distinguirá de las originadas por estreptococos ó bacilos de Eberth.

Por no tener un cuadro clínico determinado, pueden hacer pensar en todo, y es el laboratorio, como casi siempre, el que nos sacará de dudas.

En estos casos, sólo es útil el hemocultivo (me refiero á las colibacilosis), pues dado el gran número de colis, la aglutinación es casi siempre positiva.

Es útil hacerla con el suero del enfermo y el coli aislado en el hemocultivo del mismo enfermo, ya que de este modo queda más caracterizado como agente patógeno en el caso de ser positiva. Si así no lo fuera habría que pensar en una contaminación, dada la abundante repartición del coli ó en que lleva pocos días el proceso y aun no hay tiempo de que se hayan formado aglutininas suficientes. En tales casos es útil repetir el hemocultivo y la aglutinación más tarde y darle á aquel valor si de nuevo es positivo.

En los paratífus es útil el hemocultivo y la aglutinación.

El laboratorio principalmente es el que nos dará el diagnóstico y de este modo no quedarán sin él ni tifoideas benignas ni fiebres de Malta que pasan ó persisten durante tiempo variable con diagnósticos erróneos.

Tuberculosis.—Como dice muy bien Durán de Cottes, es en los diagnosticados de tuberculosis donde más fiebres de Malta existían antes de conocerse bien ésta y es en la actualidad entre las fiebres de Malta donde más tuberculosos existen.

Entre las formas agudas de tuberculosis sólo nos referiremos á dos de aquellas que pueden no tener lesión primitiva aparente. La tifobacilosis de Landouzy y la granulia.

El diagnóstico con las formas agudas de fiebres de Malta no es tan sencillo como á primera vista parece. Todas tienen fiebre irregular, sudores, anemia, adelgazamiento, esplenomegalia, etc., y por tanto ninguno de estos síntomas nos da la clave del diagnóstico.

La tifobacilosis presenta un cuadro semejante á la tifoidea y ya sabemos que la fiebre de Malta puede confundirse con ella. Pensaremos en ella cuando exista un período previo de adelgazamiento y anemia, taquicardia é hipotensión, aun con temperaturas bajas relativamente, aumento de las respiraciones, polinucleosis, etcétera. La auscultación no nos dirá nada, rara vez pueden oírse ligeras crepitaciones en algún vértice (Pissany).

La granulia cuando existe foco evidente de origen en el pulmón es fácil de diagnosticar; no tanto cuando aquel no es aparente. Sin embargo, suele haber auscultación á los pocos días, sibilaciones, roncus, crepitacio-

nes faltas de murmullo, etc. Esto unido á un período previo de adelgazamiento acentuadísimo durante la enfermedad, á la taquicardia exagerada y sin relación con la temperatura, á la irregularidad de ésta dentro del mismo día (varias elevaciones y descensos, Barbier Piery), á la disnea, cianosis precoz en labios y uñas, la polinucleosis con leucocitosis, grandes sudores, etc., nos indicarán el diagnóstico.

¿Qué utilidad sacaremos del tuberculino-diagnóstico? Todos los libros ó muchos por lo menos, hablan de la utilidad de él para establecer el diagnóstico con la fiebre de Malta en la que es negativo, siendo positivo en la tuberculosis. Nuestra experiencia no está de acuerdo. Todas las formas muy graves y sobre todo las agudas de tuberculosis dan resultado negativo, se encuentran los enfermos en estado de anergia para la tuberculina. Cosa semejante ocurre en las formas agudas de fiebre de Malta.

Como sabemos, casi todos tenemos focos latentes de tuberculosis y damos según las estadísticas un 96 por 100 de reacciones positivas en adultos, más esta positividad desaparece con las infecciones agudas intercurrentes. Según esto, las formas agudas de fiebre de Malta dan reacción negativa también. Luego es una prueba que de nada nos sirve á pesar de las opiniones en contrario.

De estas cuestiones de tuberculino-diagnóstico nos ocuparemos en un próximo artículo, juntamente con las reacciones de Wildour en orina, de la autoserorreacción y de la investigación de bacilos en la sangre, etc., todo encaminado á descubrir las tuberculosis.

La desviación del complemento con antígeno tuberculoso, según nuestra experiencia, tiene más valor, pues suele ser, según nuestros casos, fuertemente positiva en las formas agudas de tuberculosis y negativa en la fiebre de Malta.

Claro está que serán de suma utilidad la investigación del bacilo de Koch en la sangre, esputos (donde puede no existir en las formas agudas, etc.) para el diagnóstico de tuberculosis y de los hemocultivos (ya que rara vez son negativos en estas formas), la aglutinación, etc., para la fiebre de Malta.

En la actualidad asistimos nosotros un caso muy instructivo en relación con estas formas, diagnosticado con aislamiento del melitensis y que será más tarde publicado.

Las formas crónicas de tuberculosis pueden también confundirse con las formas subagudas y crónicas de fiebre de Malta.

Nosotros hemos asistido un caso, cuya historia es la siguiente:

M. C., veinticinco años. Sin antecedentes de interés. En Julio de 1921 empezó con escalofríos, fiebre, sudores, falta de apetito, cefalea, etc. En Agosto se acentuó tal estado y tuvo que guardar cama; aparecieron por entonces dolores articulares fuertes. Todo desaparece para presentarse de nuevo á los diez ó doce días. Adelgaza ocho kilos. Cuando nosotros la vimos en Noviembre continuaba con fiebre por temporadas; tenía hipertrofia de bazo y nada en el aparato respirato-

rio. Hicimos aglutinación y fué positiva hasta el 1 por 1.000.

Estas formas ambulatorias con fiebres bajas y persistentes, se diagnostican de tuberculosis la mayoría. Sólo una exploración detenida basta para sospechar el diagnóstico que el laboratorio confirmará.

Como todos conocemos casos de tuberculosis con focos centrales, sin que sea posible diagnosticarlas por los medios ordinarios, como se les da excesivo valor á algunas ligeras espiraciones sonoras en los vértices (en el derecho bastante frecuentes), se hacen diagnósticos de tuberculosis en casos de fiebre de Malta y otras dolencias, con grave perjuicio para el enfermo.

También hay que cuidar de no diagnosticar fiebres de Malta con signos pulmonares evidentes, asignándolas el nombre de forma pulmonar, pues estas formas son muy raras, y ante un foco pulmonar lo primero que se debe pensar para comprobar ó excluir en último extremo, es en la tuberculosis pulmonar.

Recurriremos para hacer el diagnóstico á una detenida exploración por inspección, palpación, percusión, auscultación, Rayos X, al reposo en cama que nosotros utilizamos como prueba diagnóstica, ya que el reposo hace desaparecer ó disminuir la fiebre en la mayoría de los casos de tuberculosis no agudas, á la prueba de la marcha, etc.

Pensaremos en fiebre de Malta en casos con complicaciones articulares, algias diversas (ciáticas), orquitis, hipertrofia de bazo, etc.

El laboratorio nos investigará en los esputos bacilos de Koch, albúmina, fibras elásticas, etc. En sangre, aglutinación, hemocultivo (rara vez positivo en estos casos), fórmula leucocitaria, etc.

La tuberculina y la desviación de complemento con antígeno tuberculoso no nos sirven para nada en estos casos, según hemos tenido ocasión de comprobar en varios casos.

Paludismo.—Es menos frecuente la confusión, pero también posible dado el polimorfismo de ambas dolencias. Sin embargo, los antecedentes, el color, el tipo de fiebre, el aumento del volumen del bazo, el tratamiento con quinina, tan útil en el paludismo, y el examen de la sangre hecho á su debido tiempo nos sacarán fácilmente de dudas.

Gripe.—Creemos de esta enfermedad igual que de los paratífus y colibacilosis: ¡son demasiados los diagnósticos de gripe! La congestión de las conjuntivas y de las vías respiratorias altas con traqueitis, la astenia intensa y la aparición de bronquitis, neumonías ó bronconeumonías nos darán la clave del diagnóstico.

En las formas prolongadas y que al laboratorio no hemos recurrido, haremos el diagnóstico cuando aparezcan las orquitis, artralgias, etc., tantas veces dichas.

Reumatismo.—Las frecuentes localizaciones de la fiebre de Malta en articulaciones, nervios, sobre todo ciático, músculos, etc., son causa de que se diagnostique reumatismo en casos en que todo depende de la dicha melitococia.

Siempre que una localización de las antes dichas y que ordinariamente se diagnostican de reumatismo,

con fiebre más ó menos intensa é irregular, no ceda al tratamiento por salicilato sódico, por vía oral y por vía venosa, hemos de ir pensando en que no es de naturaleza reumática é investigar, por tanto, la causa de dichas algias. Téngase en cuenta que en la fiebre de Malta no suele haber derrame en las articulaciones dolorosas, ni endocarditis.

Nosotros hemos visto recientemente en consulta un enfermo cuya historia es la siguiente: Llevaba ocho meses de cama con un proceso febril que hizo al poco tiempo de aparecer una localización en el ciático que le tenía imposibilitado en cama. Cuando le vimos seguía con fiebre ligera irregular, no tenía nada en los pulmones ni corazón, pero sí un bazo y un hígado muy aumentados de volumen, más una típica ciática que no había obedecido á nada. Diagnosticamos fiebre de Malta y la confirmó el laboratorio con una aglutinación al 1 por 500 y el tratamiento al cual cedió todo en muy poco tiempo. Este enfermo estaba diagnosticado de reumático, sin conseguir mejoría ninguna con el salicilato en tanto tiempo de enfermedad.

Sífilis.—No es esta una dolencia fácil de confundir con la fiebre de Malta, mas queremos nosotros referir un caso que nos hizo pensar en todo, hasta en fiebre de Malta, y que pronto el laboratorio nos sacó de dudas.

Joven de diez y siete años. En Diciembre último adquiere una blenorragia y tres meses más tarde, cuando le vemos nosotros, tan solo nos refiere lo dicho, negando toda otra enfermedad que nosotros le preguntamos. Se queja de dolores articulares, especialmente localizados en pie izquierdo, de tal modo que la marcha se le hace difícil por el aumento del dolor que con ella sufre.

No tenía nada de corazón ni de ningún otro aparato. Pensamos en reumatismo gonocócico y le tratamos la uretritis con irrigaciones y las artralgias con vacuna; no cede ni con esto ni con salicilato en vena que se le puso para excluir el reumatismo.

(Continuará.)

De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento⁽¹⁾

MEMORIA ORIGINAL

DE

IGNACIO FEDRIANI

Que fué calificada con la nota de sobresaliente el día 24 de Junio de 1922.

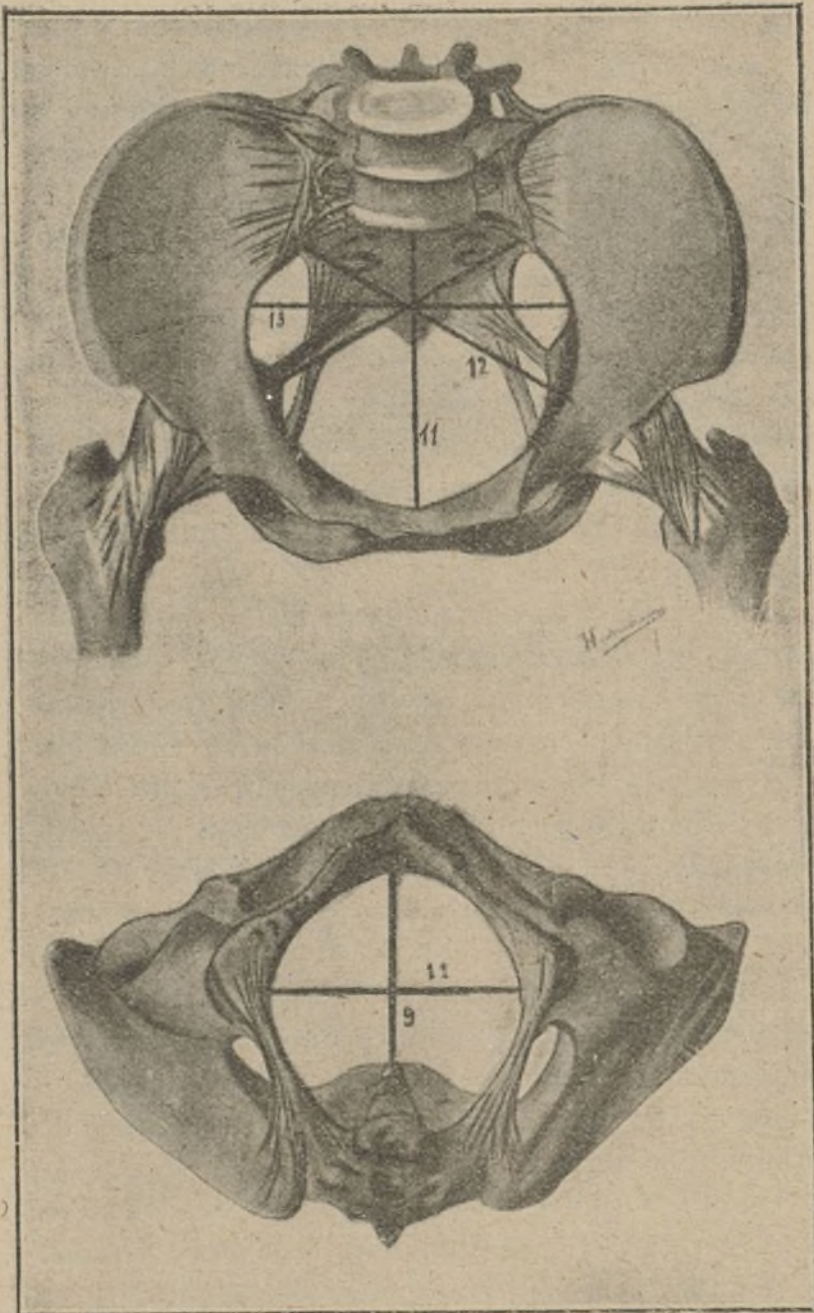
Hemos creído oportuno insertar las láminas XV y XVI en las que se ven claramente los diámetros de la pelvis con su tamaño indicado en números y la inclinación normal de la misma.

Tenemos otros procedimientos también, que no son basados en la pelvimetría, tal es el que ahora se está poniendo muy en boga, ó sea el examen radioscópico de la pelvis, pero este no está todavía lo bastante generalizado para que podamos ocuparnos de él; á los que principalmente nos referimos aquí son á aquéllos pro-

(1) Véase el número anterior.

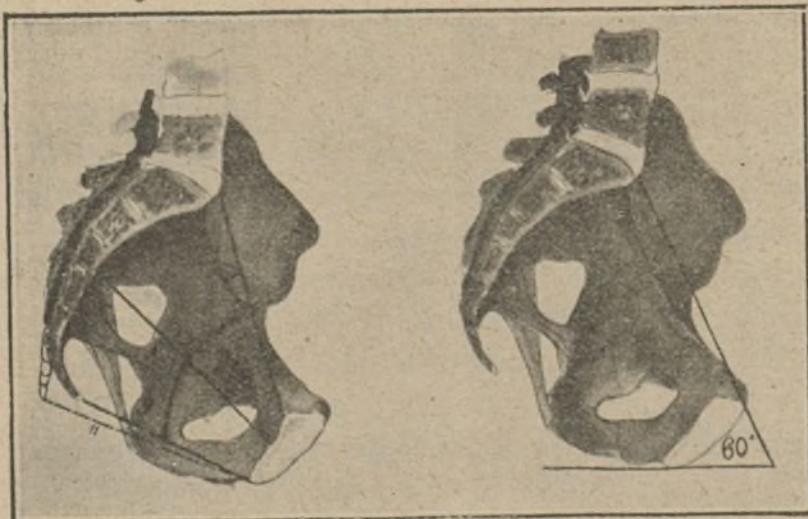
cedimientos que tienden más bien á buscar la proporcionalidad ó desproporcionalidad existente entre el feto

LÁMINA XV



y la pelvis de la madre. Entre los instrumentos dedicados á medir la cabeza del feto se encuentra la palanca

LÁMINA XVI



prehensora y medidora de Fabalieu, la cual creo que será de todos conocida y además por su dudosa eficacia y engorroso manejo carece de importancia.

Los métodos más principales son el de Muller, que consiste en que un ayudante empuje la cabeza fetal

desde fuera á través de la pared abdominal, para la excavación y uno, mientras tanto, hace la exploración interna y ve si la cabeza se encaja ó no.

El procedimiento de Piñar, que es análogo, se empuja la cabeza hacia la excavación y se ve si sobresale por cima del pubis.

CAPÍTULO VIII

Al ocuparnos aquí del tratamiento de las pelvis estrechas no nos detendremos á describir detalladamente cada una de las intervenciones que en ellas pueden hacerse. puesto que deben ser conocidas de todos y á más son materia de obra de distinto género que esta; así, pues, lo que haremos será ocuparnos de las ventajas é inconvenientes que presenta cada una, según los casos, y por cuál de ellas debemos de decidarnos.

Lo primero que hay que tener en cuenta para el tratamiento es en qué período del embarazo, ó del parto, somos llamados á ver la mujer por vez primera, pues nuestra conducta ha de variar mucho, según que sea en las últimas semanas del embarazo, en el momento de iniciarse el parto, ó una vez que ya se haya roto la bolsa de las aguas.

Si el parto ha comenzado, los recursos con que contamos son: la versión, aplicación alta del fórceps, la pubisección, la cesárea clásica y extraperitoneal, cesárea seguida de histerectomía y la operación de Parro.

También tenemos una que podíamos llamar «histerectomía» y que nos recomienda Recasens, la cual consiste en separar el útero entero y abrirlo, y sacar el feto, una vez que se ha separado el útero de la madre.

Si nos fijamos en nuestros datos, veremos que aun en casos de pelvis muy estrechas, han tenido lugar partos espontáneos y normales; por lo tanto, cuando seamos llamados á asistir un parto en pelvis estrechas, no debemos precipitarnos y debemos pensar detenidamente qué es lo que debemos hacer.

De lo primero que debemos informarnos es de si la enferma es primípara ó multípara, y caso de ser esto último, averiguar qué ocurrió en los partos anteriores, pues si ninguno de éstos fué espontáneo, lo más fácil es que éste tampoco termine espontáneamente. No ocurre lo mismo si ha sucedido á la inversa, ó sea, que porque todos los partos anteriores hayan sido normales, no podemos confiarnos á que este también lo sea, si bien debemos de mirarnos más antes de decidarnos á cualquier intervención. Una vez hecho esto, indagaremos si la bolsa de las aguas está ya rota, ó no se ha roto todavía y procederemos al reconocimiento de la enferma para averiguar si se trata realmente de una estrechez ó no.

Ya por la palpación externa podemos ver si la cabeza está encajada ó no. Si la cabeza está encajada, lo más fácil es que el feto nazca espontáneamente.

También por la auscultación averiguaremos si el feto sufre ó no, hecho muy importante para la conducta que habremos de seguir.

Por último, pasaremos á realizar el tacto vaginal y nos convenceremos de si la bolsa está intacta, del grado de dilatación que tenga el orificio externo del cue-

llo, la tensión de la bolsa (si no se ha roto), y el grado de encajamiento de la cabeza.

Como quiera que según los casos así tendremos que obrar, nos iremos poniendo en cada uno de ellos, comenzando por aquellos en que el parto esté más avanzado.

Nos encontramos ante una parturiente que lleva varios días de parto, la bolsa de las aguas se rompió prematuramente, la cabeza no se encaja, los dolores que eran fuertes al principio van decayendo, la dilatación es completa, el feto comienza á dar señales de sufrimiento, y al hacer nosotros la exploración vaginal nos encontramos con que la mujer tiene una gran estrechez. En seguida descartaremos la idea de que el parto pueda realizarse espontáneamente, y pensamos en una manera rápida y segura de vaciar el útero y sacar el feto en poco tiempo, pues las señales de sufrimiento de este último nos indican que no hay tiempo que perder.

Aplicación alta de fórceps no hay que pensar en ella, pues nosotros la tenemos abolida, por creerla sumamente peligrosa para el feto, cuya cabeza no ha podido vencer á fuerza de tiempo y presión bien dirigida un obstáculo que nosotros nos empeñamos que franquee en un momento, empleando un exceso de fuerza que puede traer por consecuencia graves lesiones para el feto y esos horribles destrozos que nos encontramos en algunas enfermas que se nos presentan en la clínica, después de haber sufrido una de la antedicha intervención.

La versión es un procedimiento cómodo y tranquilo por la poca frecuencia de infección, pero tampoco puede utilizarse en este caso, pues como la estrechez es acentuada, pudiéramos correr el peligro de que al llegar el paso de la cabeza última, ésta quedara detenida y muriera el feto.

No nos queda, por lo tanto, más que la pubisección ó cualquiera de las operaciones abdominales.

La pubisección da muy buenos resultados y expone poco á la infección; además, no es cierto que las enfermas no puedan andar en el caso que los huesos pubis no se volvieran á soldar, pues yo he tenido ocasión de ver dos enfermas que padecían extrofia vesical, una de las cuales fué operada por el profesor Lexér, en el Hospital Noble de Málaga, y ambas tenían separación de los pubis, y, sin embargo, andaban perfectamente.

La única dificultad que puede sobrevenir en la pubisección y esa puede juzgarla el médico de antemano, es que á pesar de la separación dada á los pubis, no quepa todavía la cabeza fetal á causa de ser muy grande la estrechez.

Si la pelvis resultara estrecha para la pubiotomía no queda más recurso que una de las operaciones abdominales, las cuales, gracias á los principios de la asepsia, van mejorando sus estadísticas de mortandad al par que se van generalizando más. Yo he tenido ocasión de ver cuatro cesáreas, dos clásicas y una extraperitoneal, y otra seguida de histerectomía, y todas ellas de un resultado feliz para el feto y para la madre.

Si la enferma no tiene fiebre podemos pensar en la cesárea clásica, la más sencilla y bonita de todas ellas; pero siempre debemos mirarla con prevención, porque al cabo de varios días de rota la bolsa es fácil que la infección pueda producirse.

La operación que realmente parece indicada, y que podríamos llamar ideal para este caso, es la cesárea extraperitoneal, la cual podemos hacerla aunque la enferma tenga fiebre, ya que para ella no hay que abrir el peritoneo.

El peligro aquí es que podemos abrir el peritoneo sin querer, y entonces queda convertida poco más ó menos en la cesárea clásica, y podemos terminarla, en el caso de que no nos fiemos de dejar el útero, como una cualquiera de las operaciones que siguen.

Siempre que nos encontremos en una clínica que nos dé garantías de asepsia y antisepsia, preferiremos esta operación á la pubisección; en caso contrario, me decidiría por la última.

La operación cesárea seguida de histerectomía sólo debemos de aceptarla cuando no se pueda hacer ninguna de las anteriormente dichas, ó cuando por estar el útero infectado creamos conveniente para la enferma el quitarlo, pero nunca debemos quitarlo como profilaxis para los partos en pelvis estrechas.

Más adelante, en el capítulo de profilaxis de las estrecheces pélvicas, hablaremos de esto más extensamente.

La histerectomía podemos hacerla, ó después que se ha hecho la cesárea como el primer tiempo de una clásica, ó antes de abrir el útero, tal como nos la recomienda el Dr. Recasens. No dudo que este segundo procedimiento tiene la grandísima ventaja de que no hay peligro de que el contenido del útero se vacíe en el peritoneo; pero, en cambio, hace falta suma destreza para realizar todas las manipulaciones en muy poco tiempo, á fin de que no muera el feto durante ellas; por lo tanto, si no se está muy diestro en Cirugía, debe desecharse y dejarla únicamente para los grandes maestros.

Otro ejemplo: mujer que lleva poco tiempo de parto, gran estrechez, buenos dolores, bolsa rota, partos anteriores normales, feto con latidos normales y cabeza que comienza á encajarse. No cabe duda de que por un poco de tiempo debemos esperar, pero siempre preparados para el menor acontecimiento, tal como sufrimiento del feto, cabeza que no progresa, ó temor de rasgadura uterina, etc., decidiéndonos á la intervención.

Si la estrechez no es muy grande y la cabeza no está encajada demasiado, tenemos preciosos recursos en la versión, la cual suele dar los mejores resultados.

Veamos ahora un caso en que nos llamén á la cabecera de la mujer cuando todavía no esté la bolsa rota.

Aquí varía mucho la conducta del tocólogo según que sea una gran estrechez ó una mediana.

Si la estrechez es grande y la historia de los partos anteriores nos dice que en casi todos hubo que intervenir, no dudaremos en practicarle la cesárea clásica, que es la operación más indicada en este caso; pero si la historia de los partos anteriores nos dice que éstos ter-

minaron espontáneamente, entonces debemos tener un poco de paciencia y aguardar, pues por nuestros datos vemos que hay mujeres con pelvis muy estrechas y que, sin embargo, tienen partos normales.

Lo que sí debemos hacer siempre que nos encontremos con una pelvis estrecha en que la dilatación es completa y la bolsa de las aguas tiene mucha presión, es introducir un balón en la vagina á fin de contrarrestar la presión interna y conservar entera la bolsa de las aguas el más tiempo posible.

Si á pesar de los buenos dolores la cabeza continúa sin encajarse, la operación cesárea está indicada.

En cambio, si la estrechez es mediana debemos tener más paciencia y aguardar más, hasta que se rompa la bolsa de las aguas, y casi me atrevería á decir, que mientras fueran buenos los dolores y el feto no acusara peligro, debemos esperar hasta convencernos de que después de una serie de buenos dolores la cabeza no ha progresado nada y entonces, si la dilatación es completa, debemos recurrir á la versión.

Si hemos sido llamados á ver á la embarazada antes del parto, debémos ya haberla explorado, y, por tanto, saber el grado de estrechez que tiene y podemos hacer un tratamiento que puede considerarse como profiláctico, y, por lo tanto, hablaremos de él en el capítulo siguiente; éste es la provocación del parto prematuro artificial.

Si el parto es de nalgas, en el primer caso nos encontramos con que ya el feto tiene fuera los pies y quizás el tronco, y si no está muerto poco faltará para ello y desde luego, como se comprenderá, no se puede pensar en operaciones abdominales. Si la cabeza no puede extraerse por la maniobra de Mauriceau, habrá que hacer á escape la pubisección, y si estuviera muerto haríamos aquí como en todos los otros casos en que esté muerto el feto, ó sea la basiotrepsia, á la cual no he colocado, como habrán visto, entre los recursos para salvar el obstáculo de las pelvis estrechas, pues tengo el criterio de que el médico no debe atender en ningún caso, á cual es más útil en la vida, si la madre ó el hijo, sino que para él deben ser los dos individuos vivos, y en ningún caso tiene derecho á *matar* á un individuo por salvar á otro; sí podrá, cuando no sea posible salvar á los dos, *dejar morir* á uno de ellos por salvar al otro, pero nunca tendrá derecho á *matarlo*.

Si todavía no estuviera la bolsa de las aguas rota y la estrechez fuera grande, podemos hacer la cesárea abdominal, teniendo en cuenta las mismas consideraciones que para los partos de vértice, y si la estrechez fuera ligera podemos aguardar á que se rompa la bolsa y se termine el parto como uno de nalgas normal.

CAPÍTULO IX

La profilaxis de los partos en pelvis estrechas podemos dividirla en tres clases, según el objeto á que se dirijan; la primera tiene por objeto ocuparse del modo de evitar las estrecheces pélvicas; la segunda, trata de que no sean distócicos los partos en las pelvis estrechas, y la tercera, se ocupa de que no se hagan embarazadas las mujeres que tienen estrechez pélvica.

El ideal sería poder conseguir que no hubiera pelvis estrecha; por lo tanto, no cabe duda de que el primer orden es el más importante.

Según lo que antes dejamos dicho acerca de las causas que originan las pelvis planas y las raquílicas, todo aquello que tienda á suprimir dichas causas será asunto de esta materia.

Actuando dichas causas en la edad temprana, se comprende que cuando llegan las mujeres á ver al tocólogo ya nada se puede hacer por ellas, en cuanto á lo que de impedir el defecto se refiere; por lo tanto, á los puericultores es á quienes corresponde divulgar los beneficios que la gimnasia y la vida al aire libre reportan á la infancia, á fin de evitar el raquitismo, lo mismo que deben cuidarse de que los niños no comiencen á andar demasiado pronto, ni á cargarse con pesos demasiado grandes, hasta que sus huesos no estén suficientemente fuertes para no sufrir deformaciones. En fin, deben recordar todo aquello que tienda á evitar que se produzcan vicios de conformación en los huesos, los cuales repercuten en la pelvis, y cuando las niñas son ya mayores dan origen por su causa á partos distócicos.

En cuanto á los medios de hacer que el parto sea normal contamos con dos: uno la provocación del parto prematuro, y otro hacer que aunque el feto sea de término, no sea de demasiado grandes dimensiones.

Para provocar el parto tenemos que considerar, primero, que el feto no sea demasiado pequeño y corra, por tanto, mucho riesgo su vida, y luego, que la estrechez no sea de un grado tal que después de provocar el parto nos vayamos á ver en la necesidad de intervenir.

La época que pudiéramos llamar ideal para provocar el parto es á las treinta y cinco semanas del embarazo. A esta época ya tiene el feto suficiente vitalidad para que no sea de temer su muerte, y, sin embargo, su cabeza no es todavía muy grande y sus huesos son bastante blandos para amoldarse fácilmente á la forma del anillo.

Muchos son los medios que se han utilizado para provocar el parto; unos están basados en la administración de medicamentos, en los cuales no tenemos fe; otros tratan de despertar las contracciones uterinas de un modo más ó menos directo, y tampoco son demasiado seguros. Los más seguros son aquellos que procuran, ya de un modo más directo, la excitabilidad del útero. De éstos los que más en boga se encuentran hoy día son:

La rotura artificial de la bolsa de las aguas, la introducción de una sonda entre las membranas y la pared uterina (método de Krause) y la introducción de balores dilatadores como el de Tarnier y el de Champetier de Ribes, este último más en uso.

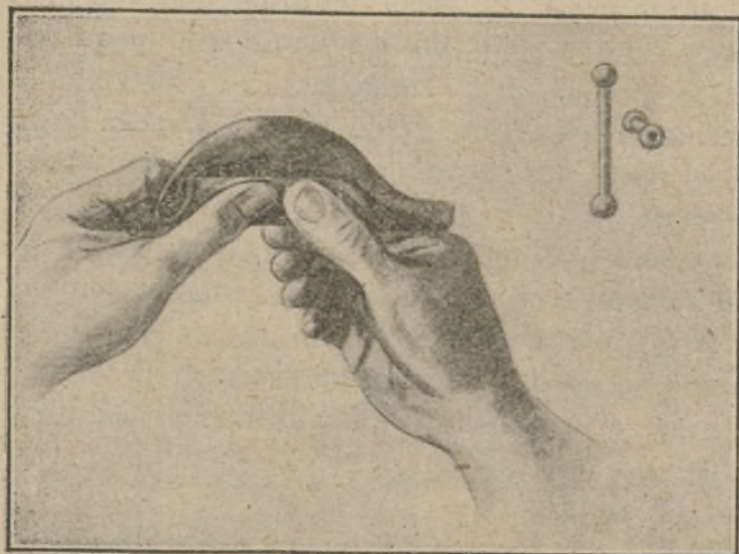
La rotura artificial de la bolsa es de los medios más seguros de provocar el parto, pero aquí debemos desecharlo, porque tratándose de un parto que tiene que ser laborioso, en modo alguno debemos privarlo de la bolsa de las aguas que siempre, y más en estos casos, presta una ayuda tan poderosa y, además, que

siempre con la bolsa rota prematuramente es más fácil la infección.

La introducción de una sonda, según procedimiento de Krause, es un medio utilísimo por su sencillez, lo

Se trata de una vejiga para balón de juguete (lámina XVII, fig. 1) las cuales las hay de diversos tamaños, lo que le permite á uno escoger según los casos; las del número seis suelen ir muy bien, á la cual se le pone

LÁMINA XVII



cual nos hace que podamos utilizar en todo momento. Tiene un inconveniente, que al entrar la sonda podemos tropezar con la inserción de la placenta é irla despegando, lo cual daría lugar á una hemorragia de bastante consideración y que nos obliga retirar la sonda y tenerla que introducir en otra dirección. Este medio de provocar el parto es bastante seguro, pero no es extraordinario, ni mucho menos, el ver continuarse perfectamente el embarazo á pesar de la intervención de la sonda.

Para nosotros el método de elección y del que hemos visto excelentes resultados, es el balón dilatador. De todos ellos el mejor es el balón de Champetier de Ribes, pero éste ofrece la dificultad de ser caro y de no fabricarse en España, cosa por la cual estaban muy escasos durante los años de guerra, y en su sustitución he visto emplear uno, muy ingenioso, al Dr. Gálvez, de Málaga, y el cual no he dudado en aceptar.

una alargaderita de plata (lámina XVII, fig. 2, parte superior), que sirve para enchufarla á un tubo de goma según se vé en la fig. 4 de la ya citada lámina XVII y representa un corte esquemático de cómo queda el balón ya colocado.

Como se vé, queda un balón muy parecido al de Champetier, sólo que éste es elástico y aquél no. Este tiene la ventaja de que podemos liarlo como un cigarro, según se vé en la fig. 2 de la lámina XVII, quedando así muy reducido de volumen (lámina XVII fig. 3). La vejiga se llena con agua esterilizada.

También con este procedimiento puede pasar, á veces, que no se presente el parto á pesar de la introducción del balón, pero una ligera tracción sobre el tubo del balón, suele bastar para que sobrevengan los dolores.

Para hacer que el feto sea de dimensiones más reducidas no contamos con muchos recursos, y es bastante

difícil de conseguir; pero, sin embargo, está probado, que si en los últimos tiempos del embarazo hacemos que la embarazada haga bastante ejercicio, pero sin llegar a la fatiga, que podría serle perjudicial, y la sometemos a una alimentación escasa, aunque no deficiente, se consigue que el feto sea de menores dimensiones, así como si lo hacemos a la inversa, será el feto mayor.

(Continuará.)

Bibliografía.

LEHRBUCH DER GRENZGEBIETE DER MEDIZIN UND ZAHNHEILKUNDE. (Tratados del territorio límite entre la Medicina y la Odontología.) Para estudiantes, dentistas y médicos. Publicado bajo la dirección del Dr. Julio Misch, odontólogo de Berlín y con la colaboración de muchos de los principales especialistas de Berlín y Munich.—Dos tomos de más de 600 páginas cada uno y con más de 500 figuras, muchas de ellas en colores.—Editorial de F. C. W. Vogel, Leipzig.

La primera edición de esta obra se publicó en Abril de 1914 y la guerra surgida poco tiempo después no permitió que se divulgara como merecía, no obstante lo cual, la edición quedó pronto agotada. Esta segunda edición se encuentra muy aumentada con respecto a la primera.

Los estudios de Odontología van adquiriendo cada vez una importancia mayor. No se trata sólo de corregir los trastornos de la boca por las alteraciones que determinan en las funciones de este órgano, sino que la repercusión de dichos trastornos en el estado general va siendo cada vez más conocida y apreciada en su justo valor. De una mala masticación y de una mala insalivación se deduce una preparación insuficiente de los alimentos con los trastornos consecutivos en sus digestiones gástrica e intestinal. Las consecuencias son, por un lado, el mal aprovechamiento de los alimentos y por otro la génesis de procesos de fermentación y putrefacción intestinales. Pero no es sólo esto que ya se conocía desde muy antiguo. Los procesos sépticos que se desarrollan en dientes cariados y la piorrea alvéolodentaria, para no citar más que dos ejemplos, son fuentes de origen de infecciones generales cuyas consecuencias no son fáciles de prever. El reumatismo articular, las glomerulonefritis, con la repercusión que ambos tienen sobre el aparato circulatorio por mecanismos diversos, son bastantes para hacer comprender la necesidad en que se encuentra todo médico general y aun todo especialista, de conocer con detalle las enfermedades de los dientes. Para el dentista debe quedar la técnica de su tratamiento, pero el médico no debe ignorar su patogenia y consecuencias para no perder el tiempo en ensayar tratamientos cuyo resultado no puede ser más que transitorio mientras no se suprima la causa primera.

El libro del Dr. Misch cumple ampliamente esta misión informativa. No es un libro dedicado exclusivamente a los dentistas, pues si bien contiene muchos datos referentes a la Odontología, el plan que ha seguido siempre el autor ha sido el de relacionarlos con la Medicina en general. El primer capítulo, dedicado a las relaciones de la Odontología con la Medicina interna, comprende más de la cuarta parte de toda la obra. Sigue luego un capítulo muy extenso en el que se relaciona la Estomatología con las enfermedades de la infancia y en el que, como es natural, se discute extensamente el problema de la dentición con las consecuencias que para el niño pueda tener. Los capítulos siguientes están dedicados a las relaciones de la Odontología con las especialidades. Entre ellos merecen mención especial los dedicados a las relaciones con las enfermedades de la piel y la sífilis, así como con las enfermedades de la garganta, nariz

y oídos que son las más estrechamente relacionadas con los procesos de la boca. Aparte de los capítulos dedicados a las relaciones con las demás especialidades: Enfermedades nerviosas, Ginecología, Oftalmología, etc. Termina con un capítulo dedicado a las modificaciones que se observan en los dientes como consecuencia de los diferentes oficios que exigen algún trabajo o desgaste por parte de ellos, o en los que por acción de la temperatura, de sustancias pulverulentas, de intoxicaciones o de infecciones profesionales se producen alteraciones notables de dichos órganos. Este último capítulo tiene importancia para poder prevenir las consecuencias de dichos trastornos profesionales y también desde el punto de vista de la Medicina legal.

Dentro de cada capítulo, los párrafos que se deben al dentista están dados a conocer por ser el texto de renglones más estrechos.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de la septicemia puerperal por las inyecciones de peptona.—Algunas consideraciones sobre su modo de acción y sus indicaciones, por A. Weymeersch y A. Collard.—Los autores han recurrido al método de las inyecciones intravenosas de peptona, preconizado por Nolf, para tratar tres casos de infección puerperal generalizada, cuyas historias clínicas publican. En los tres casos se logró la curación y con este motivo los autores exponen algunas consideraciones acerca del mecanismo de acción de las inyecciones de peptona. Desde luego, la acción terapéutica indudable de las mismas, no puede explicarse por un poder bactericida directo e inmediato, puesto que la peptona se emplea precisamente como medio de cultivo. Se han invocado las modificaciones físicas del suero sanguíneo, la liberación de anticuerpos específicos, la secreción de fermentos oxidásicos y proteolíticos liberados por una leucocitosis precoz, para explicar la acción terapéutica de la peptona. Para Weichardt, la acción de las proteínas se distingue por una actuación del protoplasma de todas las células. Seiffert, inyectando albumosas a animales ya vacunados con bacilos tíficos y cuyo contenido en aglutininas del suero era conocido, ha visto que estas proteínas pueden estimular la formación de anticuerpos, pero este estímulo depende de dos condiciones: 1.ª, debe existir una excitación específica primaria que despierte la función específica de las células; 2.ª, el estado de estímulo resultante de esta excitación, no debe ser máximo, sino más bien capaz de un acrecentamiento. Y precisamente en este acrecentamiento del estado de excitación es donde residiría la acción de la proteinoterapia. Por otra parte, los leucocitos son permeables a las proteínas y las bacterias no, por lo cual, las proteínas ejercen sobre las células, en las que son susceptibles de penetrar, una acción estimulante que da lugar, por un lado, a la excitación de la reacción de defensa, y por el otro, a colocar a las células en condiciones nuevas de equilibrio coloidal, que tienden a oponerse al aumento de la permeabilidad. Se trataría, por tanto, de acción puramente local, y no general como sostiene Weichardt. El éxito de la proteinoterapia depende del estado de la célula; de su permeabilidad ante todo y de su facultad de reacción después.

Esta concepción permite comprender por qué está lejos de ser la acción de la peptona regular y constante, porque si la reacción sobrepasa la medida, se corre el riesgo de agravar la enfermedad. La experiencia clínica muestra, por otra parte, que en la proteinoterapia específica el efecto

puede depender no solamente de la elección de la proteína inyectada, sino también de la dosis, de la velocidad de la inyección, de la repetición de las dosis y del momento de la inyección. *In vitro*, las dosis débiles de peptona elevan el poder fagocitario, y las dosis fuertes, por el contrario, le inhiben; parece como si las proteínas, bajo la influencia de los fermentos de la sangre, diesen productos de desintegración, que en pequeña cantidad estimulan la acción de los fagocitos, pero en grande la paralizan. Clínicamente es un hecho bien observado que las dosis débiles no producen efecto de choque, y, en cambio, las dosis medianas (1,5 centigramos por kilogramo de peso) le hacen aparecer. Las experiencias de Nolf demuestran que la inyección de peptona, hecha bruscamente, hace la sangre incoagulable, y que cae la presión, para elevarse después. Si la inyección es lenta, se aumenta la coagulabilidad de la sangre y el efecto sobre la presión es casi nulo. La velocidad de la inyección no es, pues, un elemento despreciable en la práctica de la proteinoterapia intravenosa. Conviene, por tanto, vigilar la hipotensión arterial en el curso de las inyecciones; como toda depresión sanguínea tiene por corolario una aceleración inmediata del pulso, es necesario contarle antes de la inyección y durante ella. Si se produce un aumento de 30 pulsaciones, debe suspenderse momentáneamente la inyección hasta que vuelva á la cifra normal. Por término medio la experiencia enseña que la mayor parte de los enfermos soportan bien la peptona inyectada á razón de 10 c. c. en ocho á diez minutos; pero este es un dato aproximativo que no tiene valor para todos los casos. Los casos de septicemia en que un choque único cambia completamente la marcha de la enfermedad son excepcionales. Ordinariamente hay que recurrir á choques sucesivos; pero ¿cómo se regula la repetición de las inyecciones? Desde los trabajos de Vidal se sabe que una inyección de proteína que haya determinado un choque, inmuniza durante un cierto tiempo al sujeto contra los efectos de choque de una segunda inyección. Para la peptona la experiencia muestra que las dosis diarias son inútiles, si no perjudiciales. Por el contrario, está indicado repetirlas cada dos días hasta la apirexia total. Puede suceder que la introducción parenteral de un coloide no produzca el efecto terapéutico esperado en un momento determinado, y, en cambio, lo produzca en otra ocasión.

Como interpretación de esta variabilidad de acción de un coloide, no cabe duda de que hay que invocar á varias causas, pero puede formularse la hipótesis de que dependen, en parte por lo menos, de la excitabilidad del sistema nervioso vegetativo del individuo en el momento de la inyección. Las modificaciones leucocitarias que caracterizan al choque peptónico, son, en efecto, más rápidas, cuanto más vagotónicos sean los individuos. La inyección de pilocarpina, excitando el vago, intensifica la leucopenia del choque peptónico, mientras que la atropina impide esta leucopenia y la hipotensión que la acompaña. Estos hechos pueden explicar el por qué no solamente varían los efectos de las inyecciones parenterales según se trate de individuos vagotónicos ó simpaticotónicos, así como aclaran igualmente la patogenia de los trastornos á veces graves, consecutivos á las inyecciones de peptona y de proteínas en general en los asmáticos, si se recuerda que los asmáticos son vagotónicos. Por tanto, la inyección previa de atropina en los enfermos con asma, será susceptible de atenuar las reacciones á veces exageradas que produce la peptona. Pero los trabajos recientes relativos á la patología del simpático, tienden á relacionar estos estados más bien á una hipotonía del simpático, que á una hipertonía del vago, y por eso, si la atro-

pina que disminuye la actividad del vago puede ser útil, la adrenalina, que combate la hipotonía del simpático, conduce á resultados igualmente favorables. En los casos en que el choque peptónico sea particularmente violento convendrá inyectar inmediatamente y bajo la piel, medio ó un miligramo de adrenalina. En raros casos los autores han asociado á la solución de peptona $\frac{1}{2}$ c. c. de la solución de adrenalina al milésimo, sin que esta mezcla perjudique al efecto terapéutico y con el objeto de prevenir reacciones demasiado intensas en enfermos que anteriormente las habían presentado. La adrenalina constituye, por lo tanto, un antidoto precioso que es necesario tener siempre á la mano en la práctica de la proteinoterapia. Los éxitos más pronunciados del choque peptónico se obtienen en las enfermedades infecciosas febriles con bacteriemia, como lo prueban los resultados obtenidos en el tratamiento de las afecciones tíficas, de las septicemias por estafilococos y estreptococos y de la fiebre puerperal. (*Bruxelles Medical*, núm. 19, 1.º de Agosto de 1922).—LUENGO.

2. **Solución quinoformolada en el tratamiento de las infecciones, por J. T. Pilcher.**—Durante el avance de Chateau-Thierry y á causa de que la solución de Dakin no proporcionaba los resultados debidos en el tratamiento de la gangrena gaseosa, que abundaba entre los soldados norteamericanos, se trató de encontrar un antiséptico que evitara todo lo posible las amputaciones y demás operaciones quirúrgicas que se imponen para salvar la vida de esta clase de enfermos en ciertos períodos. Tras de algunos tanteos se consideró como un antiséptico excelente la solución quinoformolada, cuya fórmula es la siguiente:

Sulfato de quinina.....	1 gramo.
Acido clorhídrico.....	0,50 c. c.
Acido acético glacial (al 99 por 100).....	5,00 —
Cloruro sódico.....	17,50 gramos.
Formol (al 40 por 100)....	1,00 c. c.
Timol.....	0,25 gramos.
Alcohol (de 90º).....	15,00 c. c.
Agua.....	C. s. para 1 litro.

Se emplea lo mismo que el líquido de Dakin. Esta solución no tiene ninguna propiedad irritante para la piel ni para las mucosas; es estable y además se puede concentrar. La cantidad de cualquiera de sus componentes puede alterarse á voluntad sin que se modifique la acción de las demás sustancias. Viene empleándose desde 1918 con grandes resultados. En los empiemas su acción parece superior á la del líquido de Dakin. Su empleo en las heridas infectadas, en las afecciones de la nariz y de la garganta es eficazísimo y presenta la ventaja de no ser nada irritable. En el impétigo, forúnculos y en todos los casos de linfadenitis, celulitis y flebitis, los resultados beneficiosos son inmediatos. Es insustituible para el tratamiento de las fracturas abiertas. El mejor medio de aplicarla es el método de la irrigación continua: pero en los casos que se presten á ello, la aplicación de compresas empapadas en la solución, da iguales excelentes resultados. (*Medical Record*, 12 de Noviembre de 1921).—LUENGO.

OTORRINOLARINGOLOGIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Exóstosis del tubérculo faríngeo.**—El Dr. Martín Calderín, publica el siguiente caso clínico:

José Medinero, de quince días, afiliado con el número 222 en nuestra consulta otorrinolaringológica de la Policlínica de la Escuela-Ateneo de Medicina, y que nos es enviado del Servicio Municipal de Puericultura de los Dres. Romeo y Tena, para atender á su insuficiencia nasal que le ocasiona

graves perjuicios para su nutrición, ya muy averiada al ser llevado por primera vez á su consulta.

De los datos adquiridos, resulta que desde el nacimiento presentaba grandes dificultades para mamar, pues el niño se interrumpía frecuentemente en su labor de succión para respirar por la boca, verificando hondas respiraciones como si se ahogase; asimismo con mucha frecuencia cesaba de mamar, permaneciendo unos momentos con la boca llena de leche, que acababa por expulsar; acompañando este acto de llanto, respiraciones profundas, y rehusando volver á coger el pecho.

Examinando al niño, se le encuentra en un estado de depauperación verdaderamente lamentable y con la boca constantemente abierta; si se intenta cerrársela á la fuerza, el niño reacciona débilmente, llorando con una voz que parece muda y sin resonancia.

A la exploración de la faringe, no se encuentra en ésta nada anormal; sin hipertrofia de las amígdalas palatinas y sin granulaciones faríngeas. La rinoscopia anterior, que practicamos muy incompletamente y ayudándonos de un espéculum de oído de los de menor diámetro, tampoco revela nada anormal. La introducción de un tubo finísimo de goma por ambos lados de la nariz, y su aparición por la boca, nos indica que el motivo no recae á nivel de las coanas, sino que es posterior á éstas.

¿Se trata entonces de unas vegetaciones adenoides? Ésta fué, honradamente hemos de confesarlo, nuestra primera sospecha; que no tratamos de confirmar, dado el diagnóstico por exclusión que habíamos hecho y que nos permitía eliminar las causas nasales y coanales y las dificultades que en un niño de quince días presenta la inspección digital naso-faríngea; en consecuencia, y como tratamiento, hubimos de aconsejarle la aplicación de unas gotas de adrenalina inhalante «Parke-Davis» en cada fosa nasal, y unos minutos antes de ir el niño á mamar, con objeto de que retrajeran y descongestionasen cavum, se hiciese éste permeable al paso del aire, y el niño cumpliera normalmente su función digestiva; esta terapéutica sólo tenía visos de interinidad, para que nutriéndose el niño se encontrase en mejores condiciones fisiológicas para resistir la adenotomía que, dada la insuficiencia que el niño acusaba, se imponía como recurso necesario.

Pero cuál no sería nuestra sorpresa cuando á los dos días vimos reaparecer los padres con el niño en nuestra consulta, en las mismas condiciones que lo vimos y sin haber obtenido ningún beneficio con la terapéutica empleada. Un diagnóstico más preciso se imponía, y así hubimos de verificarlo, siempre alarmados por el estado de aniquilamiento que el niño presentaba.

Eliminadas nuevamente causas nasales y coanales, la posibilidad de una luxación de la primera vértebra cervical, hecho, como se sabe, relativamente frecuente, pero que en este caso no podía invocarse por no existir sintomatología de ello, nos decidimos á intentar el tacto nasofaríngeo, que practicamos con el dedo meñique y venciendo grandes dificultades.

Este nos reveló la existencia de una masa dura, de resistencia ósea, que rellenaba cavum, poniéndose en contacto con la extremidad coanal de las fosas nasales, y que se encontraba cubierta por una mucosa engrosada, de aspecto fibroso al contacto y llena de mucosidad adherente y seca.

El diagnóstico ya no tenía dudas: se trataba de un caso de *exóstosis del tubérculo faríngeo, sin vegetaciones adenoides, en un niño de quince días, sin antecedentes sifilíticos ni morbosos que justificasen su aparición, y que había que considerar, por tanto, como congénito y ligado á esos factores endocrinos*

de desarrollo que en el cavum hemos mencionado, unidos á cuerda dorsal, bolsa de Rathke, hipófisis faríngea é hipófisis central.

Citamos al niño para operarle al día siguiente; pero su estado de depauperación no lo consintió, pues aquella misma noche falleció, según las noticias que posteriormente nos facilitaron. ¿Es que este caso parece afirmar que la exóstosis del tubérculo faríngeo sea mortal? Nunca; lo que sí podemos asegurar es que en este caso precozmente intervenido se hubiese obtenido indiscutiblemente un éxito terapéutico, ya que el término fatal en este caso no debe ser imputable á la exóstosis en sí, sino á los trastornos que ocasionó en el fisiologismo de la mecánica digestiva, que imposibilitó la alimentación suficiente, determinando un aniquilamiento y depauperación, que cuando hubimos de verle, difícilmente era reparable. Y nada más; con esto terminamos, ya que las conclusiones de estas líneas en ellas van insertas, y creemos que su lectura es la mejor enseñanza y resumen que de nuestro modesto trabajo podemos hacer. (*Archivos Españoles de Pediatría*, Junio de 1922.)

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Un caso de hemianopsia homónima permanente consecutiva á un ataque de jaqueca, por A. Wiener.—

Se trata de una mujer joven sin ningún antecedente patológico de corazón, ni de riñón, ni tampoco de enfermedades arteriales; nada de sífilis, ni de tuberculosis. Todos los análisis son negativos. A excepción de repetidos ataques de jaqueca, la enferma no acusa haber padecido enfermedad seria de ninguna naturaleza. Durante un grave ataque de jaqueca, se la presentó una hemianopsia izquierda que continuó varias semanas después del ataque, sin haber experimentado la más ligera mejoría. El caso se presta á algunas consideraciones. La jaqueca por sí sola no entraña ningún peligro para la vida; sin embargo, las alteraciones vasculares pueden con el tiempo conducir á una degeneración vascular local y esta explicación puede aplicarse á las lesiones vasculares del cerebro, que se observan en un período relativamente temprano de la vida. Esto mismo puede ocurrir en una parte del cerebro que haya sido lugar de un trastorno periódico funcional, como la jaqueca. En el caso del autor, se trata de una historia parecida. Eventualmente y después de un ataque grave de jaqueca, se presenta una hemianopsia permanente. Como no se sabe que exista ningún cambio anatómico que caracterice á la jaqueca, hay que limitarse á considerar la hemianopsia como una consecuencia de la jaqueca. Según Gowers, son dos las teorías principales que se sostienen para explicar la jaqueca. Una se basa en la alteración de los vasos sanguíneos. La otra, cree que la jaqueca se debe á un trastorno primario de las células nerviosas del cerebro. Su función se turba de cuando en cuando de una manera peculiar y el trastorno vasomotor sería de un origen secundario. Según el autor, actualmente casi todos están conformes en admitir que los ataques de jaqueca se deben sencillamente á trastornos vasomotores, ocasionados por alguna toxemia. En cuanto al caso que motiva este trabajo, el autor da la siguiente explicación: Una vasoconstricción, suficiente para producir una isquemia, ocasionó una destrucción del área visual y un probable reblandecimiento de la misma. El último ataque de jaqueca ocurrió durante el período menstrual y sabemos que en este estado aumenta la viscosidad sanguínea, que tal vez contribuiría á facilitar la formación de un trombo en los vasos contraídos. (*Medical Record*, 12 de Noviembre de 1921.)

—LUENGO.

OBSTETRICIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Peligros del empleo de los extractos hipofisarios en Obstetricia, por M. Cheinise.**—El extracto hipofisario empleado como eutócico está muy lejos de ser inofensivo, como en un principio se creyó, por lo que debe limitarse su uso lo más posible.

Hay desde luego toda una serie de casos en los que se halla formalmente contraindicado: presentaciones viciosas, desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis (hidrocefalia, estrechez pelviana), cicatrices uterinas, rigidez del cuello, etcétera, sin contar las contraindicaciones de orden general tales como las enfermedades del corazón y de los riñones, hipertensión arterial, nerviosismo exagerado, etc.

Pero aun en los casos en que no se halla contraindicado pueden sobrevenir de su empleo variados accidentes, algunos gravísimos, siendo de notar que la mayoría de las roturas del útero, registradas en estos últimos años, han tenido lugar en partos en los que se había hecho uso del extracto hipofisario. Además se han observado contracturas uterinas, tetanización, desgarros más ó menos extensos del cuello, desprendimiento prematuro de la placenta, encarcelación placentaria y hasta, según Vermelin, ataques de eclampsia. Esto en cuanto á la madre.

En cuanto al feto, el porcentaje de niños muertos, en los partos en que se emplea esta medicación, es más del doble del correspondiente á los partos en que no se emplea. La muerte fetal por hemorragia meníngea es particularmente frecuente, pero aun sin llegar á la muerte se puede observar un caso de asfixia grave por cada 32 partos.

Riek aconseja abstenerse de esta medicación al menos en la clientela de la ciudad, y Josephson declara que su única indicación «legítima» es la hemorragia postpartum.

Los tocólogos franceses, preocupados por la seriedad de los accidentes que puede acarrear el empleo abusivo y desconsiderado de este medicamento como occitócico, han dado la voz de alarma para que no se permita su uso más que á los médicos, pidiendo á los farmacéuticos que se abstengan de entregarle á simple instancia de una comadrona cualquiera. (*La Presse Medical*, 8 de Abril de 1922).—T. R. Y.

SIFILIOGRAFIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La reacción de Bordet-Wassermann, en un servicio de clínica médica, por P. Crampon.**—Este trabajo constituye una estadística-resumen de los resultados obtenidos en la clínica médica del profesor Combemale, en las reacciones de Wassermann practicadas durante dos años. El autor ha podido seguir la marcha de los enfermos durante este tiempo y, por tanto, ha podido juzgar del valor de la reacción y hacer además, algunas interesantes observaciones. Sobre todo ha tratado de dilucidar dos puntos: 1.º, apreciar las relaciones entre la sífilis y numerosas afecciones viscerales de las que se tratan ordinariamente en un servicio de medicina general; 2.º, comprobar la concordancia ó discordancia entre los datos de la clínica y los del laboratorio. De la estadística del autor se desprende desde luego, el hecho ya señalado por numerosos clínicos, á saber: que la sífilis ocupa un lugar muy importante en la etiología de numerosas afecciones viscerales; sin que la veamos por todas partes, se debe pensar en ella con frecuencia y se lograrán á veces sorpresas que conduzcan á una terapéutica activa, donde todas las demás antes habían fracasado. El tanto por ciento elevado de los resultados positivos de la reacción en los casos de sífilis primaria, secundaria, de parálisis gene-

ral y de tabes, que arroja la estadística del autor, concuerda con el obtenido por los demás autores. Insiste, sin embargo, en el interés que encierra, cuando se sospecha una lesión primaria, el investigar directamente el espiroquete en vez de hacer el Wassermann. En la parálisis general, cree Crampon que el Wassermann es prácticamente siempre positivo en el líquido cefalorraquídeo; y en su opinión, cuando es negativo y no se acompaña de ninguna modificación química ó citológica del líquido, el diagnóstico debe ser reservado. En todas las afecciones agudas ó crónicas no sifilíticas de las meninges ó del eje cerebroespinal mismo, la reacción es negativa. Sin embargo, debe hacerse una excepción en la encefalitis epidémica en donde la especificidad de la reacción parece faltar en ciertos casos; pero en ellos, la positividad es menos absoluta y menos duradera que en la sífilis. En la tuberculosis pulmonar, en casos muy avanzados, se puede obtener igualmente en ocasiones una reacción positiva; esto es ya un hecho señalado y que importa conocer, pero en dichos casos, raros por otra parte, los signos clínicos son suficientemente claros para que no haya errores de interpretación. El autor no ha encontrado nunca reacciones positivas en sujetos con pirexia, ni en la escarlatina, las neoplasias, la angina de Vincent, el paludismo, las ictericias y las esplenomegalias, á no ser en el caso en que el enfermo era al mismo tiempo sifilítico. Termina diciendo que «las sorpresas que á veces se obtienen con la reacción de Wassermann, sobre todo en la encefalitis letárgica, no deben entibiar la confianza en esta prueba, la cual desde hace varios años ha proporcionado las enseñanzas más preciosas desde el punto de vista teórico y práctico, en concordancia con la clínica. Pero nunca se cansará de repetir que este dato de laboratorio debe ser interpretado como todos los demás y que sus indicaciones no deben acogerse con los ojos cerrados» (*L'Echo Medical du Nord*, núm. 81, 18 de Octubre de 1921).—LUENGO.

2. **Dos casos de heredosífilis precoz del niño de pecho después del tratamiento arsenobenzólico de la madre durante la gestación, por R. Duperlé y Boissérie-Lacroix.**—Los autores describen dos casos de heredosífilis, con síntomas aparecidos al cabo de un mes aproximadamente del nacimiento. En los dos casos, las madres sufrieron el tratamiento específico (inyecciones de mercurio y de arsenobenzol); en una de ellas se instituyó en el cuarto mes, pero no fué hecho con intensidad hasta el sexto mes del embarazo, recibiendo en total, 3,75 gramos de arsenobenzol, después de lo cual se continuó un tratamiento mercurial hasta el comienzo del noveno mes. En la otra, el tratamiento arsenical (3,15 gramos de arsenobenzol) ha precedido inmediatamente á la fecundación y desde el comienzo del embarazo se suspendió todo tratamiento. Sería injusto proclamar la ineficacia del novoarsenobenzol en estos dos casos. Gracias á él, el embarazo, sobrevenido en pleno período secundario, ha podido llegar á buen término sin incidentes y los dos productos han nacido vivos y sanos en apariencia y así han continuado durante un mes, sin que el examen del médico encontrara nada sospechoso. Esto demuestra que el tratamiento es incapaz de preservar el producto de la gestación de la infección sifilítica y además que un niño sospechoso de heredosífilis debe tenerse en observación, cuando aparentemente no presente síntomas, por lo menos durante varios meses. (*Gaz. Hebdom. des Sc. Med. de Bordeaux*, núm. 38, 18 de Septiembre de 1921).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

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 socorro.

Boletín de la semana.

Los casos de peste de Barcelona. — ¿Es caridad?

A mediados de la semana pasada los diarios de Barcelona y Madrid recogieron el rumor, luego confirmado, de que en Barcelona se habían registrado varios casos de peste bubónica.

Según nuestras noticias, los afortunadamente poco numerosos casos de que habla la prensa, se produjeron por la breve estancia de un barco francés procedente de Orán, del cual el Gobierno tuvo noticias que era sospechoso, en el orden sanitario.

La prensa en su mayor parte elogia la conducta de las autoridades, tanto administrativas como sanitarias, que obligaron inmediatamente á zarpar al referido barco.

La Dirección general de Sanidad delegó en el Dr. Murillo para que informara urgentemente sobre la gravedad y número de los casos, y para que pusiese al corriente á las autoridades centrales de la eficacia de las medidas tomadas.

Las últimas noticias, tanto oficiales como de los corresponsales de la Prensa, coinciden en que los tres ó cuatro casos que han existido, fueron inmediatamente aislados y que con las personas y mercancías que pudiesen inspirar la más remota sospecha, se han observado medidas rigurosas que alejan todo temor.

De todas maneras, es muy de notar la diferencia que existe entre la alarma que se produjo en 1899, al anuncio de los casos de peste primeros que se presentaron en Oporto, y la relativa tranquilidad con que se han recibido actualmente las noticias de Barcelona.

¿Será mayor confianza del público en los medios con que hoy se cuenta para advertir y combatir el azote? ¿Será que haya ya llegado á conocimiento del público que la presentación de la peste se ha repetido varias veces en Barcelona en los últimos años, habiéndose sofocado su desarrollo ó por la índole de los casos mismos ó por la eficacia de los medios contra ellos desplegados?

Désele al hecho la explicación que se quiera, nuestro consejo es el de *no fiarse demasiado*.

Por referencia de segunda mano, llega á nosotros la noticia de que un Boletín farmacéutico provinciano atribuye al Sr. Cortezo (cuya influencia coloca nada menos que sobre la del Rey) (!) dos Rea-

les órdenes incongruentes salidas del Ministerio de la Gobernación, y como argumento insinúa el hecho de que EL SIGLO MEDICO publica ciento trece anuncios extranjeros. Suponemos que el articulista habrá contado bien y escrupulosamente; por nuestra parte no nos hemos tomado ese trabajo hasta ahora en que nos encontramos como comprobación cortés, que el número está exagerado y que en cambio no se hace mención por el tendencioso colega, de más de ciento cincuenta anuncios españoles que, como los otros, publicamos prestando un servicio á los suscriptores que emplean los productos y á los farmacéuticos que los elaboran. Nos hemos enterado también de cuáles eran las dos Reales órdenes aludidas y, con efecto, no hemos acertado á comprender qué tengan que ver, ni de cerca ni de lejos, con los anuncios extranjeros ni nacionales de EL SIGLO MEDICO: pero en fin, la cosa es hablar y suponer que el público que lee tales habilidosas reticencias no ha de enterarse ni podrá formar idea de las cosas.

En cuanto á la supuesta influencia de nuestro director, podemos responder de que, si alguna tiene, ni la emplea ni ha de emplearla jamás en tales menudencias. Alguna vez la ha empleado y de ello debiera no haberse olvidado todo el que sea partidario de los Colegios obligatorios de Medicina ó de Farmacia, bien es verdad que el objeto directo de aquella gestión fué el de crear una obra benéfica, y nunca podía suponerse que fuera esta la de *criar cuervos*.

Porque, vamos á cuentas: ¿A quien interesa y á quien beneficia el anuncio de un buen preparado farmacéutico? Pues parece lógico pensar, cuando serena y no apasionadamente se piensa, que el hecho interesa al médico á quien ofrece el preparado para su utilización, y beneficia al farmacéutico que le elaboró aumentando su venta que es la remuneración legítima de su trabajo. No comprendemos, pues, cuál pueda ser el móvil que inspira el enojo latente de ciertos colegas farmacéuticos al ver que se multiplican los anuncios de las preparaciones de sus compañeros nacionales ó extranjeros; á no ser que les duela el no ser ellos utilizados para esta publicidad.

Pero esto, si bien lo piensan, es verdaderamente inocente (por no llamarlo de otro modo); pues el anuncio del periódico farmacéutico es claro que son los farmacéuticos los que lo leen, mientras que lo

que á los farmacéuticos les conviene es que lo lean los médicos, que son los que han de aprovechar su empleo, como ellos aprovechan su producción.

Pero... ¡basta de prosa!

DECIO CARLÁN

MEDICINA PRETÉRITA

(CURIOSIDADES MÉDICAS)

PAPEL PHISICO POLITICO

*Los aires de Madrid y su situación son tan especiales y salu-
tíferos que no permiten en sus habitantes la enfermedad de
peste, por el doctor D. Félix Egula, médico de los Reales
Hospitales de esta Corte. — Año 1750.*

Son especiales los aires de Madrid, su situación, aguas y otras circunstancias que le favorecen á esta Corte, y tanto, que está poco expuesta y sus habitantes á padecer enfermedades epidémicas, ni peste, y aun más, pues antes bien, aunque los aires que goza esta Corte tuvieren ocasión de mancharse y contagiarse, resistirían y disiparían primero la causa del contagio que permitir infectarle ni mancharse, lo que fué motivo para trasladar la Corte de Valladolid á Madrid, y aunque hubo diferentes opiniones sobre el nuevo sitio, y puede servir la doctrina de este escrito de regla para conocer las ciudades y lugares si son ó no son saludables, con doctrinas del mismo Hipócrates y otros autores antiguos y modernos y la misma experiencia. Su autor el Dr. D. Félix Egula, médico en el Hospital de la Pasión de esta Corte.

Madrid, corte de los Reyes Católicos, está situado en el meditullio de España en 40° y 26 minutos de latitud, 18 y 10 minutos de longitud de la isla de Palma, según el Dr. D. Andrés Gómez, médico de Cámara de los Reyes Católicos en una aprobación que hice á el discurso phisico de Juanini, y lo mismo refiere Estrada, minutos más ó menos. y en la eminencia de algunos collados sin abrigo, de inmediatos montes ni árboles, expuesto y franco por todas partes á ser batido de los vientos que soplan entre Oriente y Poniente, girando por los triones por ser su situación inclinada á estos dos extremos. Por ser tan especiales salutíferos sus aires y situación, fué el motivo de transferir la Corte desde Valladolid á Madrid, como que había de ser para la salud y más larga vida de nuestros Monarcas Católicos, porque aunque hubo diferentes opiniones de los mejores phisicos, astrólogos, filosofos sobre la elección de sitio para la Corte, porque unos querían que se estableciese en el Yuste junto á Segovia, paraje deleitoso, limpia su atmósfera y otras condiciones apreciables que goza, y otros fueron de parecer que se plantificase en Guadalajara, también cielo sereno, limpio y claro en Oriente y otros requisitos que arguyen una saludable incorruptible temperatura; otros en Madrid cuya opinión se siguió porque se ajusta mejor y se adapta á las reglas que enseña Hipócrates á las señales de las ciudades bien situadas para la salud, las que dice se han de tener entre manos para conservar lo salutífero de una ciudad cuando no se conoce y se va á habitar á ella.

Dice Hipócrates acerca de ello la sentencia siguiente en lo de lugares y aires: *Se ha de atender y reflexionar sobre su situación cómo se halla á los vientos y la salida del Sol la tal ciudad, porque no son de iguales fuerzas las ciudades que están situadas á el Septentrion y sus vientos, ni aquellas que están al Oriente del Sol ó al Poniente; todas estas cosas se deben indagar con mucha diligencia, y juntamente de qué aguas goza, si son de lagunas ó estanques, blandas, duras, indigestas, si salen ó manan hacia arriba y entre piedras, si son saladas ó dulces. También se ha de considerar la tierra si es honda, alta ó fría y otros requisitos que se pueden ver en dicho lugar citado.* Esto tuvieron presente y mucho más los phisicos que fueron de parecer se pusiera la Corte en Madrid, y con mucha madurez, prudencia y ciencia, y convinieron con evidencia que estaba según lo dicho y que sería más conforme á las sentencias de Hipócrates para la salud de sus habitantes y con mayor evidencia por la situación siguiente.

Dice más este maestro en el lugar dicho: *Que cualquier ciudad que está situada á los vientos cálidos, juzgo (dice) aquellos que soplan entre el Oriente y Poniente; estos vientos son especiales, y que la tal ciudad está libre de los vientos septentrionales; sus aguas son muchas y dulces, en el invierno frías y en el verano calientes, y las ciudades que están situadas á el Sol y á los vientos y que gozan de buenas aguas, estas tales están menos expuestas á las tales mutaciones, se entiende mutaciones temporales, porque dice antes el que observasen las mutaciones de los tiempos por la mayor parte conseguirá el curar; habla con los médicos.* Como al contrario enseña en el mismo lugar: *Las ciudades que usan de aguas de lagunas y estancadas y no están bien situadas á el Sol y á los vientos, éstas están más expuestas á las tales mutaciones, y la razón es porque la desigualdad de los tiempos acostumbra á parir enfermedades, como también dice Hipócrates, y también porque la destemperancia de los tiempos dispone á los humores y espíritus á un vicio común porque á todos coge y altera.*

Veamos ahora qué encontramos en Madrid de todas estas cosas: Hallamos que parece tenía Hipócrates á esta Corte por norma y prototipo, cuando dijo todas estas sentencias á que con ellas pintaba lo phisico de la planta y aires de Madrid, aguas y demás requisitos. Encontramos con el Dr. Gámez citado, que está situado Madrid en un paraje que soplan los vientos entre Oriente y Poniente (que son los cálidos que quiere y juzga Hipócrates), y así libre de los vientos septentrionales, la abundancia de aguas dulces, frías en invierno y calientes en verano y no salen entra piedras, no son de lagunas ni están estancadas, no están en alto ni en hondo, no es infructífera y así estamos precisados á confesar lo especial de sus vientos y calidades y su situación con estos mismos requisitos, y así que está bien situado, y por consiguiente, poco expuesto á enfermedades epidémicas, ni peste, porque estas mutaciones ya queda dicho que dispone á los habitantes de tales ciudades á ellos expuestas á un vicio común morboso en los líquidos y espíritus, que es lo epidémico y también porque no siendo lo epidémico, ni peste sin

que precedan muchos antes en mutaciones como son profecías, disposiciones para ello. Véase á Uvilis y á Shidenann; á éste en ochenta y cinco historias que refiere de diferentes enfermedades epidémicas en diversas partes, todos las enseñan, notician lo primero las inferior y mutaciones de los tiempos mucho antes de acontecer las epidemias, como al contrario, las ciudades cuyos vientos soplan entre Oriente y Poniente, y que por esto son especiales como soplan los de Madrid, según Gámez no permiten las mutaciones temporales que duran mucho tiempo, y por consiguiente, sus malos efectos, que son epidemias ó peste; porque tales vientos despojan de la atmósfera, varíanse y disipan cualquiera continuas lluvias, sequías ó frío, calor con exceso, nieblas, opacidades y otras impuridades, lo que no puedan hacer los vientos septentrionales que permiten intolerables y durables fríos, muchas impuridades y opacidades en la atmósfera y en su horizonte. Llega á tanto lo especial salúfero de los aires de Madrid, que aunque tuviera ocasión de contagiarse, ó mancharse, antes bien, destruirían, disiparían y resistirían la causa del contagio.

(Continuará.)

DIMES Y DIRETES

Un cortés y cariñoso, aunque anónimo, comunicante escribe á nuestro director Sr. Cortezo, llamándole la atención acerca del hecho de haber éste empleado, según cree el que comunica, la palabra *indumentaria* de un modo impropio en el último artículo que bajo la llave de «Paseos de un solitario», y debido á dicho Sr. Cortezo, publicamos.

Nuestro director comienza por dar gracias muy rendidas y sinceras á su interpelante por haber sido tan bondadoso, que, pudiendo señalar un centenar de impropiedades, tan sólo se ha fijado en ésta; pero como no cree justa la admonición, nos encarga por intermedio del *Maestro Ciruela* que resolvamos la duda.

Vamos á cuentas: dice el texto impugnado: «...ministro de Fomento (de ridícula recordación por su pintoresca indumentaria), una reforma», y dice el Diccionario de la Lengua en su última edición de 1914: *INDUMENTARIA* (de indumento): *Estudio de los trajes antiguos*.—*INDUMENTO*, del latín: *Vestidura*.

A primera vista, el amable crítico tiene razón: por lo que era ridículo el ministro aludido no era por su estudio de los *trajes antiguos*, sino por sus vestidos, es decir, por sus indumentos, ó sea *por su manera de vestir*. Y cómo llamaremos á esta manera de vestir? Pues el uso (*quem penes, et jus et norma loquendi*) ha suplido á este defecto, llamando *indumentaria* no sólo al modo de vestir de una persona ó de una clase de personas; sino al conjunto de los vestidos, ó sea al *ropero* de una entidad ó de un sujeto. También ha dado igual nombre al arte de vestir, y así, son frases aceptadas las que dicen: «Detrás del regimiento iban carros con la *indumentaria* y los efectos de uso y camas de los soldados»; «el teatro cuenta con abundante y apropiada in-

dumentaria»; «la señora de N. se había preocupado más que de su cultura de su *indumentaria*», etc., etc. y para tranquilidad del escrupuloso comunicante nos aseguramos que podemos afirmarle que ante las deficiencias que en el Diccionario se observan en la palabra en cuestión, la Academia en sesión de Abril último acordó modificarla, aceptando algunas de las acepciones vulgares.

Conste que esta rectificación no expresa la más mínima molestia; bien al contrario, profundo agradecimiento y deseo de aclarar una duda justificada, que pueden haber tenido otras personas.

Vamos á otra cosa menos agradable.

El Sr. J. P. Franco ha creído ver en una pasada revista de la semana firmada por «Decio Carlán», una ofensa para el Laboratorio municipal de Madrid.

Aceptamos gustosos la tentativa de *varapalo* que desde la *Farmacia Española* nos dirige, pero no hemos de dejar de llamar la atención y apelar á la rectitud del Sr. J. P. Franco, respecto á la extraña lógica de su conducta.

Decía «Decio Carlán»: que el Laboratorio municipal no atendía suficientemente, ni debidamente, á sus naturales y legítimas funciones, y que en cambio, había dado lugar á zumbas y risotadas por parte del público y de las personas técnicas, por los medios empleados contra la epidemia de gripe (lavativazos desinfectantes en las estaciones, cloruro de cal en los mingitorios, etc., etc.), y además, que había mostrado la deficiencia de sus medios de análisis alimenticios con el golpecito de las latas viejas de pimientos de que no «Decio Carlán», sino la Prensa toda habló este verano.

Lo que importaba, Sr. Franco, era demostrar que los lavativazos y el cloruro de cal eran cosa muy eficaz y recomendada por la ciencia para evitar la propagación de las epidemias gripales, y que los botes de pimientos usados son un medio empleado en todos los laboratorios bien montados para recoger las leches que en ellos se han de analizar.

Esto es lo que importaba, sin susceptibilidades excesivas ni alusiones vacías de fundamento, que vienen á demostrar que se carece de otros medios de defensa cuando á ellas se acude desviando las cuestiones.

«Decio Carlán» (que, como es sabido, significa «La Redacción»), procura siempre señalar los defectos en beneficio del público y de la ciencia, y cuida de no molestar directamente á persona alguna, menos aún había de hacerlo con el Sr. Chicote, nombrado para el puesto que dignamente desempeña por el señor conde de Romanones, creemos recordar que con aplauso de «Decio Carlán».

A lo que éste no está dispuesto es á renunciar al perfecto derecho que tiene para decir que desde el punto de vista administrativo, desde el de reclutamiento é ingreso de su personal y desde el de la eficacia de sus funciones, el Laboratorio municipal de Madrid dista mucho de ser un organismo perfecto, y el decir que recibe frecuentes elogios no es una cosa que nos convence, no por lo de la conocida fábula del Oso, etcétera..., sino porque creemos más elocuentes los hechos

que presenciemos, que las alabanzas fáciles de obtener de la Prensa noticiara.

Y nada más *por hoy...*; digo, sí, un poco más. Mil y mil veces hemos dicho que ni el Sr. Cortezo, ni *Decio Carlán* (ó sea la Redacción de EL SIGLO MÉDICO) tienen nada que ver actualmente, ni ejercen inspiración alguna en la Administración de la Sanidad pública. Cumplen su deber examinando sus actos, procurando aconsejar desde la *tribuna pública y del periódico del Senado*, lo que creen conveniente á los intereses de la salud; pero ese afán que se marca en varios periódicos, que no encuentran, sin duda, cosa mejor en que entretenerse, que decir que el Sr. Cortezo es el inspirador oculto, y ahora que es la Ninfa Egeria del Numá sanitario (buena Ninfa está el pobre), eso es absolutamente gratuito y por su insistente repetición... candorosa. Si el Sr. Cortezo y EL SIGLO MÉDICO opinan de un modo determinado y desean soluciones en cierto sentido encaminadas, ni se han ocultado nunca ni tienen por qué ocultarse, ni edad para que les salgan pelos en la lengua, ó se les enreden en la pluma; pues como á nadie ofenden y sólo procuran el bien común, sería verdaderamente estólido que procediesen de modo oculto y tendencioso.

Conste esto de una vez por todas, y perdone el señor J. P. Franco, si por ser él *la gota de agua* cree que nos excedemos al contestarle.

*
* *

Lo que tampoco creemos justo, es que se nos señale como enemigos, ni siquiera como tibios defensores de la clase farmacéutica. El hacer esto, es querer buscar la defensa de la propia endeblez en la fortaleza colectiva.

Lo que nosotros en el caso actual creemos, es que á los farmacéuticos, y especialmente á los del Laboratorio municipal, les basta y sobra con mucho con llenar los altos menesteres que su carácter profesional les señala, sin que pueda nadie defender que cuando en el título profesional no están comprendidos ciertos estudios, ni se ha mostrado suficiencia en ellos por un examen ú oposición de ingreso, puedan los farmacéuticos de fecha anterior á la de hace veinte años, actuar de preparadores y prescriptores de sueros y vacunas. Porque la Ciencia, como las leyes, no tiene efectos retroactivos, y la enseñanza de estas materias no se les ha dado á los farmacéuticos hasta la fecha aproximada que hemos mencionado.

Amicus Plato, sed magis amica Veritas.

C.

ANTE TODO ENTERARSE

Nos envía el señor presidente del Colegio de Médicos de la provincia de Madrid, la siguiente nota que con gusto reproducimos.

Así se hacen las cosas: primero, informarse; luego, juzgar sabiendo de lo que se habla y no comenzar por meter ruido y embrollarlo todo:

El presidente del Colegio de Médicos de Madrid se diri-

ge á las presidentes de los demás Colegios de España en la siguiente forma:

Distinguido compañero y amigo: La importancia inmensa que para la clase tiene el proyecto de ley de Seguro social obligatorio de enfermedad y el deber de que todos tenemos que aportar á la presidencia de la Federación el mayor número de elementos de juicios para que sea menos abrumador el trabajo que sobre ella pesa, motiva la moción que dirige al señor presidente de la Federación en carta fecha de hoy.

En ella hago las siguientes consideraciones:

«Próximo á implantarse (1) en España el Seguro Social de enfermedad, que funciona desde hace tiempo en Inglaterra y Alemania y que está estudiándose en Francia, creo indispensable llamar la atención de los médicos todos para que serenamente y sin prejuicios, pongan una especial atención en la conferencia de Barcelona y acudan á la información que en ella se abre con la firmísima voluntad de defender sus intereses; esa es la hora decisiva de recabar garantías para una profesión que generosamente y sin regateos prodiga su humanitario trabajo, al cual se niega con frecuencia la remuneración y la gratitud que merece.

El Seguro Social de enfermedad implica la formación de una Mutualidad inmensa constituida por obreros y asalariados, auxiliada por patronos y subvencionada por el Estado; todos estos elementos estudiarán sus derechos, recabarán garantías, estableciendo sus organismos gestores y necesitarán á los médicos para que les sirvan, pues bien; en esa Mutualidad, el elemento médico no debe ser solamente el empleado ó asalariado que preste sus servicios, sino que debe formar parte del elemento directivo, ya que dentro de ella va á representar un principal papel.

Constituidas las Cajas del Seguro, las asignaciones que para Beneficencia tienen asignadas los Ayuntamientos, pasarán á las Cajas del Seguro y los titulares serán médicos de aquella entidad, asimismo los Establecimientos de Beneficencia, Montepíos, Fundaciones benéficas, Sociedades de asistencia médica, pasarán á esa gran mutualidad. No pueden desconocerse las ventajas que para los médicos supondrán la implantación en España de esta ley.

Por de pronto y á pesar de opiniones tendenciosas, supone la redención del médico titular, ya que no dependerá del alcalde y cacique, sino que será funcionario del Seguro, completamente independiente de aquéllos. Pero no deberá olvidarse el recabar para los médicos una remuneración justa y dejar bien sentado el principio de que cuando las Cajas del Seguro reclamen la prestación del servicio médico, éste no deberá suministrarlo, regularlo y dirigirlo más que un sólo organismo, que es la representación genuina de la clase: los Colegios Médicos.

Este será el único modo de que no se cree otro con barniz médico, que nos usurpe la gestión asesora que con derecho nos pertenece y nos ponga en condiciones de inferioridad, exponiéndonos á ser explotados por los beneficiarios del Seguro Social.

LA SANIDAD Y LOS SEGUROS SOCIALES (2)

En Francia, la asistencia médica gratuita y obligatoria de los pobres está regida por la ley de 1893 (Loi

(1) (4?).

(2) Véase el número anterior.

d'assistance médicale gratuite), modificada por las de 1905 y 1910. La obligación de la asistencia recae sobre los Municipios, los Departamentos y el Estado; y los órganos administrativos de esta función pública son las Juntas de Beneficencia (Bureau d'assistance), que están bajo el contraste ó vigilancia del Comité Superior de asistencia pública. Los servicios médicos á los pobres son organizados por las municipalidades conforme al *Reglement modèle pour l'assistance médicale gratuite*. En este Reglamento se admiten, como en Alemania, dos sistemas diferentes: ó el de la circunscripción médica, por el cual un médico sólo tiene la obligación de visitar á los pobres de su distrito, ó el de libre elección, por el que los enfermos pobres, provistos de su correspondiente certificado, tienen el derecho de reclamar la asistencia de cualquiera de los médicos y parteras que hubiesen manifestado su conformidad de asistirles de acuerdo con la tarifa de pobres.

En España, la asistencia pública oficial tiene una organización tomada de la de Francia, aunque menos perfecta, porque aquí los deberes consignados en nuestras leyes de Beneficencia que afectan á los Municipios, Diputaciones provinciales y al propio Estado, andan de ordinario bastante desatendidos, singularmente los referentes á las provincias. Hay Diputaciones provinciales que deben meses y meses á los empleados y proveedores de los establecimientos de Beneficencia, y otras que no pagan las amas de cría de sus inclusas y casas-cunas, ocasionando un aumento extraordinario en la mortalidad infantil con este motivo; hay Municipios que adeudan años enteros á los médicos titulares encargados de la asistencia á los enfermos pobres; y las propias instituciones benéficas dependientes del Estado dejan mucho que desear, desde el punto de vista administrativo y sanitario.

De la misma manera que creo yo que en el orden sanitario hay que ir también poco á poco aspirando por los mismos procedimientos á lo que podríamos llamar la socialización de la Sanidad, si queremos alcanzar el ideal de ésta, que es la desaparición de las enfermedades evitables entre las clases necesitadas.

Es este un aspecto de las funciones sociales que se va imponiendo cada vez más al pensamiento de los estadistas contemporáneos con una fuerza irrefragable, como consecuencia del progreso social y de las enseñanzas, cada día más numerosas, de la vida económica de los pueblos. Y si antes de la guerra ya resplandecía esta verdad en la organización política y social de los Imperios Centrales de Europa, donde la intervención del Estado en la socialización de las funciones públicas había determinado en éstos un vigor, una potencia económica verdaderamente extraordinaria, de que están dando hartas muestras desde 1914 acá, después de la guerra, en que todos los países beligerantes han tenido que recurrir á la aplicación y perfeccionamiento de ese principio de socialización de los servicios públicos para alcanzar el máximo de su potencia ofensiva y defensiva, habrá que convenir que una de las más profundas transformaciones que ha traído la lucha actual á las ideas políticas y económicas, es la que se refiere á ese nuevo

modo de entender las relaciones del Estado con el individuo, que no consisten precisamente en el predominio del uno sobre el otro, sino en una compenetración orgánica de entrambos, de la cual resulta el máximo de su fuerza potencial aprovechado en beneficio de todos. Claro está que esto va trayendo consigo una revolución en las ideas que deben informar la política actual de nuestro país, que persiste en seguir desviado de ese movimiento de socialización de las funciones públicas que constituye la fórmula más perfecta de la organización actual de los Estados; pero no habrá más remedio que incorporarnos á ese movimiento mundial de las ideas que regirán el porvenir de la política y de la sociología, so pena de que tengamos que desaparecer como pueblo independiente, incapaz de regir por sí sus propios destinos.

Al principio, las sociedades de socorros mutuos constituidas por la voluntad libre de los asociados y reducidas á sus propios y exclusivos recursos, no podían ensanchar su esfera de acción más allá del socorro á los enfermos, proporcionándoles algún subsidio durante el tiempo que durase su enfermedad, así como la asistencia médica y farmacéutica pagada por los fondos de la sociedad misma. Por cierto que en este estado primitivo de organización se encuentran todavía en España muchas asociaciones gremiales, y otras más inferiores aún, muy mal organizadas y peor administradas, que se llaman despectivamente sociedades de médico, botica y entierro. El corto número de asociados, la escasez irremediable de las cuotas y los defectos de organización administrativa hicieron siempre de estas asociaciones unos organismos pobres y raquíticos, que apenas podían atender al socorro contra la enfermedad de sus socios. Mas poco á poco fueron en distintos países extranjeros robusteciéndose las asociaciones mutualistas, ensanchando el número de gremios comprendidos dentro de ellas, organizando sus servicios sobre bases estadísticas racionales y científicas, extendiendo el seguro de enfermedad á los socorros para casos de invalidez, de ancianidad, etc., y así sucesivamente han progresado, hasta constituir, al fin, unos poderosos organismos de previsión que tienden á colocar al obrero en condiciones de defenderse contra los accidentes económicos de su vida.

Empero á poco que se reflexione, se comprenderá bien que estas cooperativas populares por robustas, ricas y bien administradas que sean, atenuadas á sus propias fuerzas, no llegarán nunca á traspasar un cierto límite en su función previsora que no podrá comprender todas las causas de miseria é indigencia á que pueden estar expuestos los asociados. De aquí surgió la necesidad de la intervención del Estado para regular, favorecer y garantizar las funciones de estos organismos de previsión. Esta intervención del Estado nació de razones de orden político primero, y después de motivos de carácter moral y de economía pública. Los Gobiernos de todos los países civilizados, que veían crecer la ola invasora del socialismo obrero, comprendieron que el mejor modo de desarmar las furias de las justas reclamaciones del proletariado era anticipar-

se á intervenir en las cuestiones sociales, favoreciendo por medio de leyes y disposiciones convenientes la resolución de los mismos problemas que tenían planteados por sí solas las Sociedades obreras. En este sentido, el primer país que tomó la iniciativa de la legislación socialista fué Alemania, la cual desde 1881, y á partir de aquel mensaje célebre del emperador Guillermo I, al inaugurar en el mes de Noviembre de dicho año las sesiones del Reichstag, en el que condenó magistralmente la doctrina del seguro social y declaró el derecho que tienen los necesitados á la asistencia y protección del Estado, no ha dejado un momento de seguir mejorando sus leyes sociales hasta llegar á las más perfectas del seguro obligatorio contra las enfermedades pasajeras y crónicas, contra los accidentes del trabajo y contra la vejez, habiendo intentado extender últimamente el seguro á la protección de las viudas y huérfanos y al paro forzoso ó desocupación.

El principio alemán del seguro obligatorio es el de la asociación de las clases asalariadas con la colaboración y protección de los patronos y del Estado; habiéndose demostrado en la práctica que esta contribución de los patronos y del Estado, que al principio pudo parecer por parte de éstos un sacrificio y una generosidad no recompensada, resulta á la postre un beneficio mutuo, por el que, aparte motivos de orden moral que les obliga á la protección de los obreros, los patronos obtienen la mayor garantía de sus propios intereses; y el Estado, á más de cumplir con un sagrado deber moral, atiende á una conveniencia social positiva, porque la miseria y la indigencia, además de ser una injusticia, es un enorme despilfarro de energía y de salud, tanto individual de sus víctimas, como de la agrupación en que ellas viven, que en último término se resuelve en merma del bienestar y riqueza de todo el país.

Pero el principal resultado de la aplicación de estas leyes sociales del seguro obligatorio alemán ha sido el que menos esperaban al principio los propios gobernantes que las dictaron, absorbidos en sus puntos de vista meramente políticos contra el socialismo, á saber: la completa transformación higiénica de Alemania, la redención sanitaria económica y moral del proletariado en forma que no tardará en ser aceptada y seguida por cuantos países se preocupen de su porvenir en materia económica y sanitaria.

(Se continuará.)

PROTECCIÓN MEDICA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA POR LA JUNTA DE DAMAS EN EL MES DE JUNIO DE 1922

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre, y con asistencia de las señoras de Verdes Montenegro, Sánchez Covisa, Palancar, Villanueva, Terceño, Pando y Valle, y señora y señorita de Calvache, comienza la sesión leyéndose el acta y las cuentas del mes anterior que quedan aprobadas. Se han entregado en Mayo, 1.154,50 pesetas.

Se da cuenta de lo bien atendida que está la señora viuda de Núñez, en el Hospital de San José, por lo que esta Junta envía el testimonio de su gratitud al Dr. Barco, director de dicho Hospital.

La señora presidenta da cuenta del fallecimiento de la huérfana del Dr. Felipe Díez (q. e. p. d.), á quien esta entidad le ha estado pasando un donativo mensual durante varios años.

La Junta aprueba que se siga el sueldo al ordenanza durante los meses de verano, y que en estos meses los donativos se den en casa de la señora de Calvache.

Se acuerda que si las oposiciones de Telégrafos no son hasta el mes de Marzo, se suspenda en el verano la Academia del niño Rates, así como escribir á la superiora del Colegio de la huérfana Puigmal, diciéndole que el acuerdo de esta Junta, en vista de la edad de esta joven y de su vocación de seguir allí para profesar, es suspender la mensualidad, teniendo muy en cuenta, para ello, la escasez de fondos de esta Caja de Socorros.

Se da cuenta de haber dado una autorización á las huérfanas de Sanz, respondiendo de la cantidad de 100 pesetas, para que les puedan dar labor.

Y por último, como en años anteriores, se acuerda resuelva la señora presidenta lo que crea de urgencia ó conveniente durante las vacaciones.

Y no habiendo más asuntos de que tratar, se levanta la sesión.

La secretaria de actas,
PILAR CALVACHE.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 704.1; ídem mínima 701.4; temperatura máxima, 27°.3; ídem mínima, 6°.8; vientos dominantes, NE. E.

Signe siendo relativamente satisfactorio el estado de la salud pública en Madrid. Han disminuído los estados catarrales de los órganos respiratorios producidos por la baja de la temperatura y no han aumentado los estados febriles infecciosos de las vías digestivas y principalmente de los intestinos. Los padecimientos crónicos se mantienen en situación de equilibrio. En los niños se observan algunas anginas catarrales y casos de sarampión benigno.

Mortalidad de Madrid en Septiembre de 1922 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Septiembre de 1922.
Menores de 1 año.....	171	159
De 1 á 4 años.....	140	75
De 5 á 19.....	93	73
De 20 á 39.....	178	152
De 40 á 59.....	209	194
De 60 en adelante.....	247	265
Sin clasificación.....	2	1
TOTAL.....	1.040	919

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Septiembre de 1922.
Fiebre tifoidea.....	23	13
Tifus exantemático.....	2	2
Viruela.....	10	2
Sarampión.....	6	3
Escarlatina.....	7	3
Coqueluche.....	3	2
Difteria.....	8	5
Gripe.....	14	4
Otras epidémicas.....	4	4
Tuberculosis pulmonar.....	127	114
Idem meningea.....	11	8
Otras tuberculosis.....	25	22
Cancerosas.....	54	58
Meningitis.....	57	41
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	48	53
Orgánicas del corazón.....	65	73
Bronquitis aguda.....	30	21
Idem crónica.....	17	18
Pulmonía.....	21	20
Broncopneumonía y otras.....	68	49
Enteritis (menores de dos años).....	88	68
Apendicitis y tifitis.....	2	4
Hernias y obstrucciones.....	11	13
Cirrosis hepática.....	13	15
Nefritis.....	32	26
Septicemia puerperal.....	7	2
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	41	32
Senectud.....	27	27
Otras enfermedades.....	219	223
TOTAL.....	1.040	919

Varones.....	477
Hembras.....	442
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	34,67
Idem íd. en Septiembre de 1922.....	30,61
Idem íd. en Agosto de 1922.....	32,52

Observaciones.

La mortalidad del mes de Septiembre es siempre la más baja del año. En el actual la cifra absoluta ha sido inferior á la de dicho mes en los últimos diez años. Este dato acrecienta su valor si se tiene en cuenta que la población aumenta constantemente.

Por tifus exantemático no han ocurrido defunciones. Puede considerarse desaparecida la pequeña epidemia que se presentó.

En la rúbrica del cuadro anterior «Otras epidémicas» van incluidas las defunciones por paludismo.

Nacieron vivos 1.455.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

El intrusismo y sus peligros.—Las profesiones que menos derecho tienen á pedir defensa contra el intrusismo, son las que más lo consiguen. Abogados, odontólogos, etc., que se apifian en los grandes centros de población y que en contadísimos casos se encuentran en los de escasa importancia numérica, piden en todos sus Congresos y Asambleas que ni los profesionales extranjeros puedan ejercer la profesión dentro de las fronteras.

El reverso de la medalla lo tenemos delante de los ojos los médicos. Es raro que en algún pueblo de España, por insignificante que sea, no haya médico, con un título tan digno y acreditado como el que más pueda serlo, y á diario leemos noticias como las que publican los periódicos refiriéndose al

caso tristísimo de Pueblo Nuevo, que ha costado la vida á un niño de trece años, víctima de una fractura de brazo, que le ha producido la muerte por la mala asistencia de una curandera, única persona que curó al niño.

No se nos puede ocultar que la culpa de todo esto la tienen las autoridades; pero bastante tenemos nosotros mismos. El por qué, no hay que decirlo.

¿Peste bubónica?—Leemos en el *A B C* del día 23 un telegrama que reproducimos literalmente y de cuyo contenido hasta ahora no hemos tenido confirmación:

«Barcelona 22, 11 noche.—Ayer un periódico local daba la noticia de haber existido un caso de peste bubónica en Barcelona, seguido de defunción. Añadía que el atacado había sido un obrero que trabajaba en un tinglado del muelle, en el que días antes se notó la presencia de un gran número de ratas, á las que se exterminó por medio de un veneno.

No quisimos acoger la noticia, á pesar de que el diario á que aludimos la daba en firme, porque no pudimos comprobarla por nuestra cuenta. Hoy nos confirma la noticia, entre otros datos, el hecho de haber publicado el director de la estación sanitaria de este puerto un bando dictando medidas para evitar la propagación de la peste bubónica, cuya presencia, viene á decir el bando, se ha señalado en varios puertos extranjeros que tienen comercio con Barcelona.

Las autoridades han tomado, en el caso de peste bubónica citado, todas las precauciones convenientes.»

Suponemos que las autoridades sanitarias locales y centrales aclararán la noticia para tranquilidad de todos.

Obsequio á nuestros lectores.—Acaba de publicarse un tomo de 400 páginas titulado *Índice Bibliográfico de Medicina*, que contiene unos 3.000 títulos, clasificados por riguroso orden de materias, lo cual facilita el saber en un momento dado los tratados existentes en español de una materia determinada. También contiene todas las Revistas profesionales con el nombre de sus directores y precios respectivos de suscripción, y al final va el índice de autores.

Tan importante obra hemos conseguido del editor que la remitirá gratuitamente á todos nuestros suscriptores solicitándola por escrito á la Librería Médica de F. Sintés, Ronda de la Universidad, 4, Barcelona.

De la epidemia gripal. Un párroco condecorado.—A petición de las autoridades y vecinos de Fornillos de Aliste (Zamora), el Rey ha otorgado la cruz de Beneficencia de 1.ª clase al cura párroco de aquel pueblo D. Fermín María Ferreras, que durante la epidemia gripal de 1918 prestó todo género de auxilios, á costa de sus escasos bienes, á sus feligreses, combatiendo el mal, auxiliando á los médicos, con grave peligro de su vida y luchando contra el pánico y la incultura con su presencia en los hogares más castigados por el mal.

La imposición de la cruz le fué hecha por el gobernador de Zamora, cuando el referido sacerdote terminó de decir su misa cotidiana, en presencia de las autoridades y del vecindario en masa.

Asamblea del Cuerpo de Médicos titulares.—Se nos remite para su publicación:

«La primera sesión, es decir, la preparatoria, se celebrará el día 25 en el salón de actos del Fomento de las Artes, San Lorenzo, 15, á las cinco de la tarde, siendo de consiguiente inexactas cuantas noticias hayan circulado en contrario.

Los compañeros titulares pueden seguir pidiendo las tarjetas de identidad para disfrutar de los beneficios de la tarifa especial, 108, á las oficinas de la Junta de Patronato, Duque de Rivas, 3, ó á los representantes de ésta en su respectivo distrito.»

Escuela Española de Fisiología.—La Escuela Española de Fisiología dará un curso breve de conferencias sobre tuberculosis en la Cátedra 1.ª de la Facultad de Medicina, en la segunda quincena de Octubre, á las seis y media de la tarde, con arreglo al siguiente programa:

Día 20.—Dr. Verdes Montenegro: Datos de fisiología de la respiración en sus aplicaciones clínicas.

Día 21.—Dr. Julio Blanco: Conocimientos pertinentes á la biología del bacilo de Koch que más interesa conocer al fisiólogo.

Día 23.—Dr. López Durán: Interpretación del síndrome de vértice.

Día 24.—Dr. Coca: Contribución de los métodos de Laboratorio al diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

Día 25.—Dr. Alvaro Gracia: Tuberculosis fibrosa pleuro pulmonar.

Día 27.—Dr. García Triviño: Lo útil y lo inútil en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Día 28.—Dr. Rozabal: Tuberculosis pulmonar y pneumotórax artificial.

Día 30.—Dr. Navarro Blasco: Tratamiento ambulatorio de la tuberculosis pulmonar por los antígenos parciales.

Día 31.—Dr. Espina: Añoranzas clínicas en la tuberculosis.

Obsequio a la Prensa.—Nuestro querido amigo y compañero D. Eduardo Navarro Salvador, tan reputado estadístico como publicista, ha escrito una obra muy original y notable (que se halla en prensa y seguramente se agotará muy pronto) acerca de la mortalidad infantil y de la demografía general, matrimonios, nacimientos, abortos y defunciones en España de 1859 hasta 1922. El trabajo, cuyo precio de venta es de cinco pesetas el ejemplar, se enviará certificado por la administración a cuantos remitan dicho importe al autor a su domicilio: calle del Noviciado, 14, principal.—Madrid.—(8.)

El Sr. Navarro Salvador enviará gratuitamente prospectos detallados al público en general que los pida y obsequiará con ejemplares a toda la Prensa médica de España que también los solicite de su autor.

El tráfico de cocaína.—En nuestro último número reseñábamos dos noticias de detención de traficantes ilegales de cocaína.

Después, toda la opinión está enterada de la red complicada de individuos que hoy están pendientes de las determinaciones judiciales y policíacas.

No vamos a reproducir noticias ni dar nombres. Sólo recomendamos energía a todas las autoridades. El delito es grave, y el peligro de la irresponsabilidad muchísimo más grave.

IV Congreso de natalidad en Francia.—El día 21 de los corrientes se inauguraron en Tours las sesiones del Congreso francés de natalidad que tiene por fin el estudio de las normas conducentes a la evitación del decrecimiento de población.

La sesión de clausura del Congreso tuvo lugar el día 24.

Consultas públicas.—Cruz Roja española. Comisión de los distritos Congreso-Hospicio. Ambulancia núm. 3.—Se han inaugurado las consultas públicas y gratuitas que esta Comisión tiene establecidas en su domicilio, Infantas, número 23, de todas las especialidades, que, como en años anteriores, están desempeñadas por profesores de práctica reconocida, que forman la Policlínica de la citada Comisión.

—Resumen de los servicios prestados por el Gabinete Médico del Barrio de Salamanca durante el mes de Octubre último:

En consulta pública, 240; a domicilio y en el Gabinete, 115; enfermedades de los niños, 70; ídem de garganta, nariz y oídos, 50; ídem de piel, venéreo y sífilis, 35; ídem de corazón y pulmón, 90; ídem de estómago e intestinos, 55; ídem de matriz y embarazo, 20; ídem de los ojos, 18; ídem de cirugía general, 80; ídem de boca y dientes, 91; casos judiciales, 3; vacunados, 10. Total, 877.

—El lunes, 9 de Octubre, quedó abierta la consulta pública de enfermedades de la sangre, a cargo del catedrático Dr. D. Gustavo Pittaluga, en la Facultad de Medicina (San Carlos, calle de Atocha, 102).

Los enfermos serán recibidos y examinados todos los lunes, miércoles y viernes, de nueve y media a diez y media de la mañana.

Obras recibidas.—*Sintomatología de la sífilis del aparato respiratorio*, por el Dr. J. Calicó, 186 páginas. Precio 6 pesetas en rústica y 7,50 encuadernado en tela, publicado por la Editorial Cervantes, Barcelona.

Los baños de sol, por el Dr. Castells, 87 páginas. Precio una peseta, publicado por la Editorial Cervantes, Barcelona.

Los primeros auxilios a los intoxicados, por el Dr. P. Navarro-Sala, 99 páginas, publicado por la Editorial Cervantes, Rambla de Cataluña, 72, Barcelona, precio una peseta.

Curso libre de neuropatología y psiquiatría.—En su consulta del Real Hospital del Buen Suceso, el Dr. Villaverde explicará un curso libre de neuropatología y psiquiatría,

que dará principio el próximo lunes, día 16, a las cinco y media de la tarde.

La inscripción es gratuita.

Concurso para el saneamiento de Córdoba.—Quien haya estado en Córdoba, al mismo tiempo que su riqueza artística, ha podido apreciar sus malas condiciones sanitarias.

Pero ahora no es momento de criticar sino de alabar a la Academia de Ciencias Médicas de la capital andaluza que ha abierto un concurso premiando con 500 pesetas y el título de socio honorario, al mejor trabajo que se presente sobre el tema «Proyecto económico de saneamiento de Córdoba, aprovechando las antiguas obras existentes».

Córdoba es rica y puede contribuir a que dentro de poco tiempo el proyecto que se apruebe tenga realidad y pase a ser una capital verdad lo que hoy es un pueblo grande.

Excipiente inerte.—Los genios difícilmente se doblegan a las reglas escritas: prefieren hacerlas. Como dice Condorcet, «las medianías pueden educarse, pero los genios se educan por sí solos».

(Cajal.)

Puede estimarse que una lengua sea superior a otra, en un caso determinado, cuando aquella expresa con una sola palabra una cosa para la cual necesita la otra emplear una perífrase.

La superioridad de la lengua es aún mayor cuando para la expresión de un solo concepto cuenta con dos o más palabras aunque marque en cada una carácter diferente en cierto grado.

(Ich.)

Catálogo de ciencias médicas.—Al presente número acompañamos un prospecto de la Casa Editorial P. Salvat, de Barcelona (41, calle de Mallorca, 49), en el que por orden alfabético de autores se encontrarán las obras que dicha casa tiene editadas.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

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, crieis, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P. para EL SIGLO MEDICO.

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