

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
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. 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.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	S. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASQUAL Y RIOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
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.
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: La radiactividad en Hoyo de Manzanares, por José Muñoz del Castillo.—Sobre los modernos métodos de tratamiento de la diabetes, principalmente sobre las curas de ayuno, por el Prof. Carlos V. Noorden.—Dos historias clínicas de gangrena traumática.—Los servicios sanitarios en la campaña de Marruecos, por el Dr. E. Sloker.—Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal, por el Dr. D. Teófilo Hernando.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Derio Carlán.—Asamblea Nacional sobre seguro de enfermedad, invalidez y maternidad, por el Dr. Barrio de Medina.—Sindicato Médico de Madrid y su provincia y Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid.—La Sanidad y los seguros sociales.—Homenaje á Cajal.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

La Radiactividad en Hoyo de Manzanares

POR

JOSÉ MUÑOZ DEL CASTILLO

NOTA I.

La fama de Sanatorio natural que goza, y que cada día va más en aumento, justificadamente, la pequeña villa de Hoyo de Manzanares, ha determinado en mí la curiosidad de efectuar en la misma estudios de Radiactividad, desde hace más de tres años; siendo el objeto de estas Notas dar á conocer los trabajos químicos y radiactivos, hechos antes y después de 1920, en el Instituto de Radiactividad, con la intervención de los señores Díaz de Rada y Gil Bermejo, que, según es público y notorio, tienen verdadera autoridad en la materia.

Como todo efecto debe referirse á una causa, y como las substancias radiactivas son cuerpos simples biológicos genuinamente, y en más alto grado que todas las demás, surgió en nosotros la idea de que la salubridad excepcional de Hoyo de Manzanares podía ser debida á la Radiactividad; y prontamente trajimos al Instituto muestras de agua de la fuente pública y de la fuente de la Paloma, que son los manantiales de donde el vecindario toma el agua destinada á la alimentación.

He aquí el resultado del análisis químico relativo á la potabilidad de cada una de dichas aguas.

Análisis químico.

RESIDUO FIJO

Obtenido por evaporación de un litro de agua, en cápsula de platino, hasta peso constante, á 110°:

	Gramos.
Manantial de la fuente pública.....	0,1892
Idem de la Paloma.....	0,2074

COMPOSICIÓN QUÍMICA de potabilidad, partiendo de la determinación analítica de los correspondientes aniones y cationes.

FUENTE PÚBLICA

	Gramos.
Bicarbonato cálcico.....	0,1109
Sulfato magnésico.....	0,0136
Sulfato sódico.....	0,0033
Cloruro sódico.....	0,0098
Varios á 110°.....	0,0516
	0,1892

PALOMA

	Gramos.
Bicarbonato cálcico.....	0,1302
Sulfato magnésico.....	0,0291
Sulfato sódico.....	0,0024
Cloruro sódico.....	0,0117
Varios á 110°.....	0,0340
	0,2074

Observaciones.

Es de interés consignar la completa ausencia de nitratos, y la presencia indiciaria, tan sólo, de nitritos

Ambas aguas son, indiscutiblemente, de una potabilidad absoluta y ejemplar; pero la composición de la Paloma, quizás explica, además, el hecho de que este manantial pruebe mejor á muchos dispépsicos.

Análisis radiactivos.

Han sido efectuados por tres procedimientos: en voltios, en uranias y en Radio, en razón á la diversidad de las cifras que se obtienen, sobre todo, cuando las mediciones se efectúan en voltios, debido indudablemente á las deplorables condiciones de captación de ambos manantiales, no obstante ser los que casi exclusivamente emplea, como agua de bebida, el vecindario.

Así, por ejemplo, el agua de la Fuente pública, que ha sido la que más repetidamente hemos examinado, en un ensayo ha ofrecido, como cifra representante de su radiactividad, 62 voltios; en otro, 810 voltios; y en un tercero, 1.040 voltios hora litro.

En razón á lo cual nos atendremos á las mediciones efectuadas en Radio, representadas por las siguientes cifras; que por cierto, como observarán nuestros lectores, son importantísimas.

Fuente pública:

1,33 gramos de residuo fijo contienen $0,20 \times 10^{-8}$ gramos de Radio elemento.

Manantial de la Paloma:

2,1 gramos de residuo fijo contienen $0,26 \times 10^{-9}$ gramos de Radio elemento.

Ante semejantes cifras, y teniendo en cuenta que la Radiactividad aumenta el poder zimótico de los jugos gástricos, parece quedar explicado el hecho de que las admirables digestiones que se hacen con el agua que bebe el vecindario de Hoyo de Manzanares, acaso no tengan otro motivo principal, ni razón de ser, que la notable Radiactividad de las mismas, y la radiactivación consiguiente de las escasas cantidades de sustancias mineralizadoras que contienen, las cuales pueden obrar en el organismo más bien como químico-activas que como químicas.

Madrid, 10 de Octubre de 1922.

Sobre los modernos métodos de tratamiento de la diabetes, principalmente sobre las curas de ayuno

POR EL

PROFESOR CARLOS V. NOORDEN

Francfort del Maine.

El ilustre profesor de la Universidad de Francfort, que recientemente tuvimos el gusto de tener entre nosotros y de escuchar, nos ha remitido el texto de la segunda de sus conferencias que nosotros nos apresuramos á publicar. Tanto por sus numerosos y meritísimos trabajos como por la biografía que publicamos de él en el núm. 3.591, ya es conocido á nuestros lectores y esto nos dispensa de toda ponderación que sería escasa tratándose del profesor v. Noorden.

Señores: Se me ha trasladado el ruego de que hiciera seguir á la primera una segunda conferencia sobre diabetes mellitus. El campo de la patología y terapéutica de la diabe-

tes es tan desusadamente amplio, que naturalmente sólo puedo elegir un pequeño trozo. Me ha parecido que sería de interés comunicar mis puntos de vista particulares sobre algunos modernos métodos de tratamiento, sobre todo, sobre las curas de ayuno. A éstas quiero referirme más detenidamente mientras sólo tocaré de paso otros métodos, pues en realidad todos los demás no son nuevos, sino únicamente han recibido nuevos nombres. Las cuestiones teóricas serán tocadas lo menos posible. Si hubiera de referirme á teorías necesitaría mucho más tiempo del que tengo á mi disposición.

Las curas de ayuno no son nuevas en modo alguno. Únicamente habían sido relegadas á olvido y han sido resucitadas desde hace unos diez á quince años. La importancia práctica de ayunos periódicos fué reconocida por vez primera por A. Cantani, de Nápoles, en 1880. El describió exactamente que había llegado á librar la orina de diabéticos de azúcar aun en los casos más graves por ayuno de uno á tres días. Recomendó aumentar la alimentación después de los días de ayuno muy lentamente. Tales curas de ayuno absoluto primero, y alimentación restringida después, ejercen, como decía A. Cantani, una influencia benéfica sobre el estado general y la glucosuria. Parece ser que Cantani sólo empleaba excepcionalmente la cura de ayuno. En todo caso la recomendación del ayuno por Cantani no ejerció gran influjo sobre la terapéutica de la diabetes. La literatura posterior aun en Italia, la omite casi en absoluto.

Es muchos años después cuando la cura de ayuno vuelve á recomendarse por B. Naunyn y su discípulo Weintraud. Naunyn intercalaba de vez en cuando algunos días de ayuno en el tratamiento de los casos graves de diabetes, y observó que la tolerancia de los enfermos para los hidratos de carbono y para los proteicos aumentaba considerablemente.

Naunyn se acogió también á la muy antigua regla terapéutica de A. Bouchardat que resumió su experiencia en la frase: «Mangez le moins possible». Del mismo modo que la mayoría de los antiguos maestros de la diabetes, A. Bouchardat, F. W. Pavy, A. Cantani, F. Keilz, F. Frerichs, Storck, B. Naunyn se colocó en general en el punto de vista de que se debe dar los menos hidratos de carbono posibles. Completó, sin embargo, esta regla dietética con la introducción de días de ayuno (como Cantani), por la prevención contra la sobrealimentación (como Bouchardat) y ante todo por la limitación de la administración de proteínas. De estas tres tesis terapéuticas de Naunyn ha tenido sobre todo la última, es decir, la limitación de la ingestión de proteínas, una influencia extraordinaria sobre el ulterior desarrollo de la terapéutica de la diabetes. Naunyn no llegó nunca con la limitación de albúminas á tan lejano extremo como posteriores continuadores que han llegado á exageraciones excesivas en esta tesis terapéutica.

Desde hace veinticinco años vengo enseñando que para el logro del deseado resultado no siempre es preciso recurrir á los días de ayuno de Cantani ó de Naunyn, y asegurando que á menudo es más ventajoso hacer largos períodos de administración exclusiva de verduras pobres en hidratos de carbono y grasa, que efectuar cortos períodos de ayuno. Así se establecen los altamente pobres en albúminas «días de verduras» ó «períodos de verduras». Estas curas de verduras han sido desde hace poco tiempo resucitadas y sistemáticamente perfeccionadas por el notable sabio sueco Petré. Yo mismo no había llegado antes al extremo de Petré. Mientras muy rara vez había prolongado yo más de ocho ó diez días las «curas de verduras», hallamos enunciados por Petré períodos de varias semanas y aun de meses. Yo no creo que esto constituya una ventaja. En efecto, el estado

nutritivo del diabético y la acidosis se mejoran considerablemente en su virtud; pero he echado de ver que no deja de tener inconvenientes, y que en muchos diabéticos el estado general y especialmente el tono del corazón y el sistema nervioso no se mantienen tan bien como con otros métodos. La alimentación pura de verduras y grasas requiere energía y fuerza de voluntad por parte del paciente. Yo no opino que la cuantía de resultados definitivos esté en razón directa del número de privaciones.

Más halagüeña es la situación cuando al régimen de verduras y grasa se añaden portadores de hidratos de carbono. Esto ha sido dado á conocer sobre todo por R. Kolisch. Este autor viene enseñando ya desde hace veintidós años con gran insistencia, que los hidrocarbonados producen mucha menos glucosuria cuando se los administra con régimen pobre en proteicos que cuando se les une á dieta ricamente albuminosa. Desde ese tiempo, á casi todos los diabéticos que se han sometido á mi cuidado se les han hecho períodos más cortos ó más largos, y más ó menos frecuentes, de tal dieta combinada de verduras-grasa-hidrocarbonados. Principalmente durante mi actuación en Viena fué esta forma de régimen cuidadosamente estudiada, y apenas hubo un diabético en el que no se repitieran estos días varias veces en la semana; también recomendaba á los pacientes hacer lo mismo duraderamente en casa. La forma de hidrocarbonado á elegir dependía de las particularidades del caso y del deseo del paciente. Repetidas veces se halló que determinados hidratos de carbono eran mejor tolerados que otros. Esto que he descrito aquí no es otra cosa que lo que más tarde W. Falta ha publicado con otro nombre como forma nueva de la terapéutica. Pero sin duda el mérito de haber afirmado y probado la fundamental importancia de esta combinación corresponde á Kolisch.

Una cuestión aparte es ya, si es útil efectuar esta forma de alimentación de modo prolongado en los diabéticos. Yo no lo creo así. Si me remito á la marcha de más de 20.000 diabéticos que he tratado en mi clínica en el curso de los últimos veinticinco años, durante semanas y meses, de ordinario con repeticiones de las curas cada uno ó dos años, puedo afirmar que á pesar de la duración se encontraron mejor aquellos en los que la cantidad media de albúmina no estaba muy por debajo de lo normal, es decir, en aquellos que se administraban hasta unos 65 á 70 gramos diarios. Como la mejor forma de régimen he obtenido el denominado «régimen variable»; alternan entre sí con distintos períodos, dieta rica en proteicos sin hidrocarbonados, dieta pobre en proteicos con feculentos, días puros de verduras y días puros de hidratos de carbono. Cuál sea la adecuada prolongación y elección de cada período, es distinto de uno á otro caso. De ordinario una observación clínica de algunas semanas enseña cuál es el mejor modo de instituirlos.

En este régimen variable juegan un importante papel los *días de ayuno*. Vuelvo ahora á la discusión de su valor. Ya dije antes que, á pesar de las afirmaciones de Cantani y de Naunyn, no arraigaron. M. Guelpa, de París, llegó el primero (1908) á ayunos reglados y prolongados, uniendo á ellos fuertes purgas con purgantes salinos. En París se puso en moda durante algún tiempo esta tan extremada cura. Pero pasados algunos años perdió todo su crédito, probablemente á causa de que esta cura de ayuno se llevaba á la práctica con exagerada intensidad y porque á consecuencia de ello muchos pacientes se debilitaban considerablemente. El caso es, que la cura de Guelpa sólo adquirió importancia local y no influyó las prácticas de los médicos. Yo mismo empleé la cura de Guelpa á menudo, desde que hace doce años la conocí por la literatura. Únicamente obtuve con

ella buenos resultados en diabéticos sobrealimentados, que eran simultáneamente de fuerte musculatura y adiposos. Los efectos posteriores no siempre eran satisfactorios, porque á causa de las grandes privaciones de la cura, volvían los pacientes transcurrida ésta á un género de vida inapropiado. Lo mismo se había ya experimentado con curas de enérgica restricción y purgas en Carlsbad, Marienbad y Vichy. Por esto se ha pasado ulteriormente en estos sitios á curas demasiado débiles.

Desde hace doce años emprendí yo en mayor escala que lo habían hecho Cantani y Naunyn la intercalación de *días de ayuno separados*. El ayuno se prolongaba cuarenta horas por lo menos y sesenta horas á lo más. Los pacientes permanecían en cama, prohibiéndoseles conversaciones y visitas. Recibían durante los días de ayuno solamente té diluido y coñac con agua, y además, para calmar el sistema nervioso, pequeñas dosis de un narcótico (generalmente somnacetina).

Estos cortos períodos de ayuno se toleran bien sin excepción. Encontraban cuádruple empleo:

1) Como introducción á toda cura dietética sistematizada, con el objeto de apaciguar la anormal excitación del aparato sueropoiético. Se hallará siempre que después de un período de ayuno, todo determinado régimen produce mucho menos glucosuria y acetonuria que antes.

2) En todos los casos graves, por lo menos una vez en cada lapso de tiempo de quince días. Como consecuencia se obtendrá que el paciente pueda soportar alimentación más rica, tanto por lo que toca á los hidrocarbonados como á los proteicos. El que conoce la psicología del diabético sabe cuán útil es esto.

3) Como introducción á una cura de hidrocarbonados (cura de avena, etc.), intercalo yo corrientemente un día de verduras; al período de tres á cuatro días de carbohidratos hago seguir un día de ayuno. Según ya afirmé en mi primera publicación sobre la cura de avena hace ya veinte años, es este método necesario para obtener buen resultado de una cura de hidratos de carbono.

4) Cuando hay peligro de coma. Esto no era sabido anteriormente. Se suele dar cuando existe acidosis peligrosa muchos hidratos de carbono, por ejemplo: leche, harina de avena mondada, inyecciones y enemas de levulosa, etc. Incomparablemente más efectiva es la introducción de unas sesenta horas de ayuno. En ellas se administrará mucho coñac. A veces administro tanto, que se origina una ligera embriaguez. La borrachera del alcohol pasa, pero la borrachera de acetona es peligrosa para la vida. En todo estado precomatoso donde aún es posible alguna ayuda, se observa:

a) El azúcar desaparece de la orina después de unas treinta á cuarenta horas de ayuno.

b) Los cuerpos acetónicos disminuyen de hora en hora. De ordinario, después de treinta á cuarenta horas de ayuno la reacción del percloruro de hierro en la orina ha desaparecido, y después de cincuenta á sesenta horas hay todo lo más pequeñas cantidades de acetona. Si hay lipemia, que con gran frecuencia acompaña á la acidosis, desaparece ya á las veinticuatro á treinta y seis horas.

c) El azúcar hemática desciende ya á las veinticuatro horas y va acercándose al valor normal.

d) El estado general mejora á partir del segundo día notablemente, y el estado toxémico disminuye cada vez más de hora en hora.

Por regla general, debe ayudarse el efecto de la cura de ayuno con enemas de alcohol gota á gota y con inyecciones subcutáneas de un tónico cardíaco (de preferencia espartina).

Si se conduce la cura de ayuno en la forma y con las limitaciones expuestas, constituye uno de los métodos más ricos en resultados de la terapéutica de la diabetes. Naturalmente, que la reedificación del régimen, después del ayuno, debe llevarse á cabo con mucho cuidado y lentamente; sobre todo, séase al principio muy cauto con las proteínas.

El efecto de la cura de ayuno es debido á que se suprimen todas las irritaciones alimenticias sobre los órganos formadores de azúcar hiperexcitables, sobre todo sobre el hígado cuya capacidad formadora de azúcar y acetona está anormalmente aumentada por la falta de la función pancreática.

En conferencias que di yo en el año 1912 en New-York y otras ciudades de América, comparé los días de ayuno con los domingos que sirven para interrumpir el trabajo y restaurarse. En aquel tiempo mi recomendación de días de ayuno sólo tropezó en América con fuerte oposición, y fueron reputados como no autorizada crueldad.

Dos años más tarde F. M. Allen recomienda para el tratamiento de la diabetes una forma de cura de ayuno de extraordinaria intensidad y duración. Se seguían á menudo cuatro ó cinco días de ayuno y en numerosos casos de treinta días de cura había diez de ayuno ó más. Esto si es, en efecto, cura cruel. No puede dudarse, que con la cura de Allen se obtienen buenos resultados sobre la glucosuria y acetonuria, y tampoco puedo negar que estas intensas curas de ayuno se toleran mucho mejor de lo que se pudiera creer *á priori*. A la cura de ayuno sigue después una alimentación muy restringida. Sólo se permiten cantidades de proteínas, carbohidratos y grasas, estrictamente indispensables para el sostenimiento de un estado satisfactorio de nutrición y de fuerzas. Que el diabético no debe comer duraderamente más de lo indispensablemente necesario es, sin duda, exacto. Recuerdese la frase de Bouchardat: «mangez le moins possible». Creo que actualmente están conformes en esto todos los diabetólogos. Pero esto no era ningún nuevo teorema. Hacía ya más de veinte años que la terapéutica de la diabetes había tomado este giro. Donde asienta el mínimum apropiado es naturalmente distinto de uno á otro caso; ello lo ha de determinar el médico, no en virtud de nociones teóricas, sino fundado en la experiencia práctica.

Cuestión distinta es ya si en realidad es necesaria una cura de ayuno tan intensa como las de Allen ó Joslin para obtener resultados grandes y duraderos. A esta pregunta he de contestar para la mayoría de los casos de diabetes incondicionalmente, que no. Al comparar los resultados obtenidos por Allen, Joslin y muchos médicos alemanes con las curas severas de ayuno, con los resultados obtenidos con medidas más benignas he de decir: «no hay ninguna diferencia». Muchos médicos no habían hecho antes curas sistemáticas antidiabéticas; las publicaciones de Allen les condujeron á ello, y vieron resultados que anteriormente no conocían y no podían conocer, porque sólo habían manejado medios incompletos, no suficientes hasta entonces. Por consiguiente, no tenían conocimiento exacto de lo que puede obtenerse con medidas más suaves y sencillas. En mi opinión, la severa cura de Allen es una exageración que solamente coincide con lo recto en un escaso número de casos. Esto parece ya reconocerse en América, pues en los últimos tiempos la cura de Allen ha perdido ya mucho crédito.

Las principales cosas para el bienestar del diabético son las siguientes:

1.^a En primer lugar debe amenguarse la hiperexcitabilidad morbosa de la producción de azúcar, merced á la reducción severa de hidrocarbonados y proteínas. En qué medida se alcance este resultado depende del estado del páncreas.

Los extremos son casos con resultados brillantes y duraderos, y casos con resultados escasos ó transitorios. Entre éstos están la mayoría de los casos con satisfactorios, pero no absolutos resultados.

2.^a Comprobación sistemática de con qué régimen se encuentra mejor el diabético con respecto á su glucosuria, acetonuria, fuerzas, estado de los diversos órganos y del sistema nervioso. Puede resumirse esto con las palabras «prueba de la tolerancia». Esta investigación sistemática fué efectuada por vez primera por E. Külz, y luego, ante todo, reconstruida por mí.

3.^a Razonable modo de vida á base de la cura de prueba y de las enunciadas precauciones. Esto es especialmente importante. Es un gran error creer que puede hacerse inocuo un inadecuado modo de vida por un tratamiento de tres ó cuatro semanas en Karlsbad, Vichy, etc. A esta antigua suposición es atribuible que muchos diabéticos pasen de un estado leve á una gravedad, y aparezcan complicaciones aun en aquellos casos en los que el estado de la nutrición no era especialmente malo.

Tanto para el apaciguamiento de la sueropoiesis como para las curas de prueba y para las reglas dietéticas duraderas, hay actualmente varios métodos á disposición. El hallar qué métodos son los mejores en cada caso es cuestión del estudio de las particularidades de cada diabetes. Las curas de ayuno son solamente una muestra aislada de los métodos utilizables. Hay que combatir el concepto de que sea el único importante un determinado método terapéutico y que todos los diabéticos deban tratarse con el mismo método. El diabético precisa, como el obeso, el gastrópata, el enterópata, el nefrópata, el neurópata y otros, determinadas observaciones. Cuando se aplican á las condiciones del caso actual estas limitaciones, en la gran mayoría de los casos el diabético pierde su peligro.

HOSPITAL CIVIL. CLÍNICA DEL DR. CARRASCO

Dos historias clínicas de gangrena traumática ⁽¹⁾

PRIMERA HISTORIA: AVULSIÓN DE UNA MANO. GANGRENA GASEOSA. AMPUTACIÓN DEL BRAZO. CURACIÓN.

¿Cuál es el mejor desinfectante? De los experimentados por mí, ninguno me ha dado tan buenos resultados como el cloruro de cinc. Es inodoro, es barato, se le encuentra fácilmente, no es tóxico y se gradúa su acción á voluntad. Acostumbro á rellenar las incisiones, que las hago siempre grandes, largas y profundas, con gasas empapadas en una solución al 5 ó al 10 por 100, y dispongo fomentos frecuentes, ó irrigación continua con solución al 1 por 100. Sucede á veces que el cloruro, cuando se emplea en esta forma, al evaporarse el agua de la solución, aunque ésta sea débil, se va poco á poco condensando, y es entonces algo cáustico; pero esto, como se comprende, no tiene importancia para los tejidos muertos; antes bien: es beneficioso, pues los momifica y desinfecta enérgicamente; y en los vivos únicamente suele producir algunas pequeñas escaras, que en nada comprometen el resultado final, que es el de neutralizar la virulencia de los líquidos pútridos, y evitar, por consiguiente, la infección del

(1) Véase el número anterior.

organismo, que es en definitiva la causa de la muerte del herido.

Detenida la gangrena en su marcha invasora, y levantadas en tanto las energías vitales, llega entonces el momento oportuno de amputar, si es que el sitio y extensión alcanzada por la gangrena no permiten pensar en salvar el miembro.

Esto fué precisamente lo que me ocurrió en el caso que motiva estas reflexiones, pues habiéndose esfacelado casi todo el antebrazo, no quedaba más recurso que la amputación.

Respecto á la acción de las inyecciones subcutáneas masivas de suero artificial (el de Hayen ú otro cualquiera análogo), no puede por menos de ser beneficiosa, pues estimulan el corazón, aumentan la tensión arterial y favorecen la diuresis, tan necesaria para la eliminación de toxinas y demás productos de la descomposición de los tejidos que infectan el organismo. Es decir, que agregadas á los tónicos y excitantes difusivos que se deben administrar al enfermo, pueden dar fuerzas á éste para resistir la infección y ponerse en condiciones de ser operado con más esperanza de salvarle la vida.

Con lo dicho, creo que basta para formarse idea de lo que fué el caso historia lo, y de si la conducta seguida por mí fué la que debió de ser. Porque decir que un enfermo se ha salvado, no suele ser suficiente para llevar á nuestro ánimo el convencimiento de que se salvó por nuestra acertada intervención. Es preciso saber cómo y por qué se salvó. Solamente así podremos tener un guía para tratar otros casos semejantes.

Nota.—Esta historia, tal y como la he expuesto, fué escrita por mí hace veintidós años, aunque no publicada hasta ahora. En el tiempo transcurrido hasta la fecha he tenido que tratar otros casos de esta gravísima complicación, que me han afirmado en mi manera de combatirla. Mejor conocida su causa y en consonancia con la moderna teoría de las infecciones quirúrgicas y la manera de prevenirlas y de combatirlas, se han ensayado otros medios, entre los cuales figuran las inyecciones subcutáneas é intravenosas de ciertos sueros orgánicos, y de algunos metales en estado coloidal. Los he empleado poco, ó de una manera insuficiente para poder dar mi opinión. Presumo, sin embargo, que la conducta que seguí en mi enfermo tendrá siempre aplicación.

Posteriormente en otros casos, y siempre á base de amplios desbridamientos sin temor á herir vasos que no sean importantes, he empleado los fomentos ó la irrigación continua con agua oxigenada, habiendo también conseguido con ella dominar la infección; pero esto no obstante, prefiero el cloruro de cinc, por ser más barato, y por ser también de más fácil adquisición.

Hay quien aconseja hacer los desbridamientos con el termocauterio. Alguna vez le he empleado y he tenido que renunciar á él y acudir al bisturí. El termo, hundido en los tejidos encharcados, se apaga á cada instante, y se necesita mucha paciencia para no tirarle. Sus partidarios dicen que al mismo tiempo que secciona produce una escara que se opone á la absorción de

los venenos que existen en el foco; pero esa escara, ¿no se opondrá también á que sa'gan los líquidos que infiltran los tejidos y cuya salida al exterior tan necesaria es para su desinfección? Verdad es que disminuye la pérdida de sangre; pero esta pérdida es también escasa con el bisturí, si inmediatamente que se abre un vaso se le cierra con una pinza de Pean, que se deja *in situ* hasta el día siguiente, ó hasta que espontáneamente se desprenda, dejándolas dentro del apósito, ó dejando fuera sus anillos para quitarlas cuando se crea conveniente.

La segunda historia de gangrena traumática fué la siguiente:

Magullamiento del tercio medio de la pierna izquierda. Amputación de Sabanejeff. Curación.

Manuel Reduello, de veinticuatro años de edad, ingresó en mi clínica el día 22 de Marzo de 1900.

Recién repatriado de nuestras perdidas colonias, fué uno de tantos infelices que se vieron por entonces pasear por calles y plazas sus flacos y macilentos rostros, en busca de un trabajo para el que no tenían fuerzas, ó en demanda de una limosna que no siempre lograban encontrar.

Sorprendido una noche por un furioso temporal de agua, viento y frío intenso, y no teniendo el infeliz donde refugiarse, se acomodó lo mejor que pudo debajo de un vagón del ferrocarril de Portugalete, en la creencia de que aquel vagón, que estaba apartado en una vía muerta, no sería movido de allí en toda la noche. Y confiado en esto, ¡se durmió!

Cómo se dormiría (respondo de que el desgraciado no estaba borracho), que no se apercibió de que empezaban á mover el vagón, para incorporarle á un tren de mercancías, ni los que hacían la maniobra repararon tampoco, por la obscuridad y lo desapacible de la noche, en que debajo había un hombre, hasta que éste, con sus ayes y gritos lastimeros, les advirtió su presencia; aunque no tan á tiempo que una rueda no le hubiera ya magullado una pierna y algunos dedos de una mano, con otras lesiones de menos importancia.

Trasladado al hospital, prestóle el médico de guardia los auxilios más urgentes, procurando en primer término reanimarle, pues fácil es imaginarse cómo llegaría al hospital, con tal traumatismo y con tal noche, y con un organismo depauperado por una disentería crónica, adquirida en Ultramar y que aún le duraba.

Cuando á la mañana siguiente le vi yo, estaba todavía en profundo colapso. Una mirada echada á la pierna me bastó para persuadirme de que aquello no estaba más que para separarlo pronto, y que no se podía pensar más que en ver de salvar la vida, puesto que la extremidad estaba perdida irremisiblemente. El vagón había pasado por encima del tercio medio de la pierna, y lo que cogió al pasar lo había reducido á papilla.

Era, pues, un foco traumático de los más graves.

Le desembaracé de los trozos de hueso que estaban sueltos, le rellené de gasas al cloruro de cinc al 1 por 100 y dispuse irrigación continua de una solución de la misma sal al 1 por 1.000.

Y además una inyección de suero de Hayen y estimulantes difusivos.

Por la tarde se había iniciado la reacción. El pulso estaba más desenvuelto y el termómetro marcó 38°,6.

Al día siguiente por la mañana despedía ya el foco olor gangrenoso. El pie estaba frío, insensible, sin movimiento los dedos, la piel de color oscuro jaspeado. Estaba muerto. La fiebre era mayor, 39°.

No era prudente esperar más tiempo. Algunas horas más, y la reacción alcanzada retrocedería á impulsos de la infección.

Procedí, pues, inmediatamente á la operación, y como el traumatismo era reciente, y no se hallaban al parecer infectados todavía los tejidos próximos al foco, practiqué la amputación condílea femoral de Sabanejeff, no como este autor la practicó por vez primera en 1890, sino como Kocher aconsejó más tarde, tallando los dos colgajos de igual longitud, y conservando en el posterior parte de los músculos gemelos. Y teniendo presente que en otra amputación de esta clase que yo había hecho, el borde anterior del trozo de tibia que se conserva en el colgajo había mortificado la piel en la línea de presión, con la sierra y la tenaza maté dicho borde.

No obstante que dicho trozo de hueso se adaptaba perfectamente y sin esfuerzo alguno á la superficie de la sección de los cóndilos, aseguré esta adaptación con algunos puntos de catgut, puestos en las partes fibrosas de un lado y otro del trozo tibial y de los cóndilos.

Antes de hacer esta adaptación y después de ligar los vasos poplíteos, había quitado la venda de Esmarch para ligar los vasos que dieran sangre; viendo entonces que hasta pasados algunos minutos no se tiñó de sangre la superficie cruenta, lo que me hizo temer por la vitalidad de los colgajos.

Froté la herida con iodoformo; puse un tubo de desagüe transversalmente en la región poplítea, y suturé los colgajos. El aspecto del muñón resultante no podía ser más bello. Le envolví en gasa iodoformica y apliqué un apósito de gasas y algodón esterilizados hasta cerca de la raíz del muslo.

Al día siguiente, al pasar revista, encontré el apósito tan manchado de serosidad sanguinolenta, que juzgué necesario renovarle.

Trasladado el enfermo á la sala de operaciones (no tenía el hospital sala de curas), separé el apósito, encontrando que el borde del colgajo anterior se había mortificado, formando la escara una cinta como de un centímetro de anchura. Fuera de esto, nada de particular presentaba el muñón. Y el estado general, á pesar de haber fiebre, era bastante satisfactorio.

Por la tarde subió el termómetro á 40°.

Pasó mala noche; no pudo dormir ni un momento, y tuvo diarrea, manifestación, sin duda, de la disentería crónica que he dicho trajo de Ultramar.

Continuó el termómetro marcando entre 39° y 40°, y se presentaron, además, dolores en el muñón.

Por lo que el día 28 volví á curarle.

Aparte de estar el muñón algo rojo y sensible á la presión, nada aparecía á la vista que explicase la fiebre

y la agravación del estado general. Mas sabiendo por experiencia que á muñones de buen aspecto exterior, suele á veces corresponder un interior detestable, quité todos los puntos de sutura, y separando los colgajos, vi que había en ellos algunos trozos esfacelados, y que toda la superficie estaba cubierta de una capa grisácea, como difterioide.

Lavé abundantemente con sublimado al 1 por 1.000, froté fuertemente con tintura de iodo pura, y los volví á aproximar, interponiendo entre ellos un trozo de gasa iodoformica en varios dobleces, que impedía que estuviesen en contacto uno con otro.

No bastó esto para combatir la infección. Persistió la fiebre, llegando el 3 de Abril á 40°,2; continuaron el insomnio y la diarrea; la lengua se puso seca; el pulso se hizo irregular é intermitente.

Por momentos perdía la esperanza de triunfar de tan grave infección. Mas todavía no me resignaba á darme por vencido. Volví á examinar la herida invirtiendo los colgajos para verlos mejor. La superficie de sección del trozo de tibia y la de los cóndilos estaban cubiertas de una capa pultácea de color blanco grisáceo.

Raspé con la cucharilla, froté fuertemente con una compresa empapada en cloruro de cinc al 10 por 100, hice un abundante lavado con solución de la misma sal al 5, y rellenando toda la herida con gasas empapadas en la misma solución, apliqué el apósito de siempre, esto es, gasas y algodón esterilizado.

Y esto salvó al enfermo; pues aunque siguió con fiebre todavía algunos días, el estado general empezó á mejorar visiblemente.

Con todas estas complicaciones, y las consiguientes maniobras para combatirlas, se comprenderá que de aquel bello muñón primitivo no quedara más que el recuerdo. Los colgajos se habían retraído, el trozo de tibia quedaba tan lejos de la sección de los cóndilos, que su aproximación era imposible, y menos, por consiguiente, la aproximación exacta necesaria para que al cicatrizar resultase un muñón útil.

Así las cosas, cuando ya hacía tiempo que la fiebre había desaparecido, se había repuesto el enfermo y la superficie cruenta de los colgajos estaba sonrosada y limpia (se venía interponiendo entre ellos una gasa empapada en glicerina bórica), el día 28 de Mayo resequé la rótula y el trozo de tibia, y serré el fémur por encima de los cóndilos, resultando, por lo tanto, una amputación de muslo por el tercio inferior. No tuve necesidad de tocar á los colgajos. Y, sin complicaciones ya de ninguna clase, cicatrizaron por segunda intención, quedando un muñón excelente, firme y perfectamente almohadillado.

Y el día 22 de Agosto, á los cinco meses del ingreso, abandonó el enfermo el hospital, tan repuesto su estado general, que hasta salió curado de la disenteria con que ingresó.

Fué éste, como se ha visto, otro caso de gangrena traumática, puesto que el traumatismo fué la causa ocasional de la mortificación del pie; pero esta mortificación fué la consecuencia natural del magullamiento de la pierna, magullamiento que suprimió de un golpe el

riego sanguíneo de las partes situadas por debajo de la lesión. Mas la gangrena del primer caso historiado no se presentó en partes privadas de vida, sino en las situadas por encima del foco traumático, y á partir del foco mismo. Compréndese perfectamente que el miembro que había perdido su riego sanguíneo no pudiera vivir y cayera en gangrena, viéndose ésta todos los días en la clínica sin grandes peligros para la vida del lesionado, si éste se encuentra convenientemente atendido y vigilado. Pero la otra gangrena, la que empieza en la herida y rápidamente invade las partes situadas por encima, hinchándolas, infiltrándolas de gases y de líquidos pútridos, esa no da muchas veces tiempo para nada, ó da tan poco, que el enfermo sucumbe á la violencia de la infección, si no acertamos á intervenir con rapidez.

Posible es que, á no haber estado tan en guardia, se hubiera presentado también esa gangrena en nuestro segundo, puesto que á las veinticuatro horas del traumatismo despedía ya el foco olor gangrenoso, no obstante la irrigación continua de cloruro de cinc. Por eso y porque el pie estaba ya muerto, me apresuré á amputar. Una falta cometí y fué el no amputar más arriba. Si lo que hice después lo hubiera hecho antes, esto es, amputar por encima de los cóndilos, no hubiera corrido el enfermo el peligro que corrió. Pero amputé tan cerca del foco traumático, que el borde del colgajo anterior se esfaceló, y la herida de la amputación se infectó, sin duda porque las noxas del foco se habían difundido ya á los tejidos de los colgajos; tejidos además que, por efecto del traumatismo, no tendrían la vitalidad suficiente para resistir la acción del agente infeccioso. Por otra parte, la desinfección primera tampoco fué lo suficientemente enérgica que debió ser; pues cuando la atrición de los tejidos es grande, el cloruro de zinc debe emplearse á gran concentración, al 10, al 15 y aun al 20 por 100, empapando en él trozos de gasa y rellenando con ellos el foco y cuantos divertículos se puedan alcanzar. Procediendo así en otros casos, he conseguido que los tejidos muertos por la acción mecánica del traumatismo no se descompongan ni entren en putrefacción, sino que se cautericen y dessequen y, por decirlo así, se momifiquen y embalsamen. Ciertamente que de este modo morirán algunas partes que hubieran podido vivir; pero habremos salvado la vida del lesionado, y habremos impedido la difusión de la gangrena, á la par que logrado poder amputar más cerca del foco, sin temor ya á ver aparecer la gangrena en los colgajos.

Una vez infectada la herida operatoria y declarada la gangrena, salvó al operado el quitar los puntos de sutura, separar los colgajos y hacer una enérgica desinfección. Es lo que debe hacerse siempre que una herida se infecta, sea lo que sea. A herida infectada, sutura quitada, parcial ó totalmente, según las condiciones de la herida y la intensidad de la infección. Con esto basta muchas veces para que la inflamación ceda y remita la fiebre. Pero si la infección es muy intensa, es mejor quitar todos los puntos, abrir ampliamente la herida y lavarla bien con cloruro de cinc al 1 ó al 2 por 100, interponiendo entre los colgajos gasas empapadas

en la misma solución, ó en otra más concentrada, al 5 ó al 10 por 100.

Eso es lo que hice en este caso, y consignado queda el excelente resultado obtenido, pues puede decirse que desde aquel momento desapareció la septicemia para no volverse á presentar.

No quiero dar por terminadas estas reflexiones, sin confesar que fué una desdichada ocurrencia mía hacer la amputación osteoplástica de Sabanejeff, que deja en el colgajo anterior un trozo de tibia, cuya nutrición fácilmente ha de verse comprometida si sobreviene una infección. Esta amputación pide tejidos menos sospechosos que los de un traumatismo tan reciente y grave.

Agosto, 24 de 1922.

Los servicios sanitarios en la campaña de Marruecos ⁽¹⁾

POR EL

DR. E. SLOCKER

Paralelamente á este servicio quirúrgico, del que describe las muchas y hermosas intervenciones practicadas por los equipos de Africa y de la Península, y cuyo mejor elogio abundando como abundaban, es decir, las heridas en los miembros, que en el mes de Enero no se habían hecho más que cinco amputaciones, se creó la Comisión de higiene del ejército de Africa, que el Sr. La Cierva, ya preparado en cuestiones sanitarias por su paso por el Ministerio de la Gobernación y que empapado de lo que significa la higiene, dotó á dicha Comisión de cuanto material pudo de momento improvisarse y el escaso que ya existía, teniendo que luchar esta Comisión, constituida por Fernández Martos, cuatro capitanes médicos, ya diplomados por el Instituto de Higiene Militar; un farmacéutico, un veterinario y un capitán de Ingenieros, que con una sección de tropas de Sanidad y otra de Ingenieros comenzaron su labor.

No había nada antes en el Ejército que pudiera considerarse como un esfuerzo serio para luchar contra las enfermedades epidémicas, pues los únicos ocho laboratorios regionales y los cuatro de Africa y Canarias, todos con un pequeño parque de material, eran casi todos fijos.

En Africa los parques afectos á los laboratorios eran pequeños, escasos de material y, sobre todo, de personal.

Inglaterra había ofrecido una larga lista de cosas útiles, potabilizadoras por cloro, locomóviles para desinfección, camiones laboratorios, etc., lo mejor que había para poderlo adquirir en bloque y rápidamente. Por desgracia, los tratos comerciales con esa nación, por culpa de quien fuese, fueron lentos y en gran parte infructuosos; después de algunos meses de comenzada la campaña, la Comisión, que se nombró en Septiembre, no había recibido ningún material del que se le citaba, y tuvo que suplir con la mejor voluntad el material, ¡como si esto fuera posible!

La labor encomendada á esta Comisión de higiene era por demás amplísima, y comenzó por pedir la vacuna T. A. B., núm. 2, de Vincent, del Instituto de Higiene Militar. Estimuló al Mando para la práctica metódica, costando gran trabajo la decisión de su ejecución por las dificultades inherentes á la falta de preparación de dicho Alto Mando en las serias cuestiones sanitarias del Ejército.

(1) Véase el número anterior.

En Melilla faltaba el agua, no sólo para las necesidades hospitalarias, sino en realidad para la población, y como no existirían potabilizadoras, rápidamente se ordenó la construcción de depósitos y empezó aquel trasiego de agua de la Península á Africa, incluso de Inglaterra á Africa, para vergüenza de un Estado imprevisor que tenía su planta en Marruecos desde tantos años atrás.

No era la primera vez que ya se había utilizado la vacuna, pues en Alcazarquivir se vacunaron tropas hace muchos años, y en el año 1914 en Tetuán, Masferré y Horcada ya se vacunó la guarnición de aquel territorio; de tal manera, que de 105 y 30 enfermos diarios que ingresaban en aquel hospital con infecciones graves intestinales, á las dos semanas apenas si ingresaban 25.

En el campo, en plenas operaciones, la Comisión de higiene iba analizando las condiciones de potabilidad en el territorio que se iba reconquistando y obteniendo los índices hidrométricos, iniciación de un futuro mapa hidrológico de nuestra zona de protectorado.

Se impulsó la instalación de un servicio de desinfección en el hospital Jordana (para tíficos) que carecían de él, no porque Sanidad no lo hubiera pedido siempre, sino porque la penuria del presupuesto no alcanzaba para cubrir todas las necesidades aunque fueran tan urgentes como esa.

Se instaló un servicio permanente de desinfección de tanques automóviles, de ferrocarril y carros cubas, para que periódicamente fueran desinfectados por lechadas de hipoclorito de cal, y se adiestró personal en este servicio que se extendió á todos los algibes militares de la Plaza y sus fuertes.

Se adiestró un personal seleccionado de soldados, muchos de ellos licenciados en ciencias quirúrgicas ó farmacia, para que manejasen las soluciones de hipoclorito utilizadas en la potabilización del agua y se hicieron experiencias de laboratorio para comprobar la eficacia del procedimiento.

Los resultados fueron medianos, pues el Mando consideraba siempre necesario disponer de todos los batallones y nunca había turno de relevo para el descanso después de la vacunación; sin duda hubiera sido muy útil un oficial de Estado Mayor en la Comisión. Aprovechando el descanso de Navidad, la mayor parte del Ejército quedó vacunado.

En cuanto á potabilización de agua, apenas pudo hacerse hasta el mes de Enero en que llegaron los 25 carros y tres autos potabilizadores. Esto hubiera permitido tener 35.000 litros de agua por hora.

A principio de año había en las inmediaciones de Melilla acampados 20 ó 30.000 hombres, y se hizo un tratamiento provisional del cauce del Río de Oro, y con treinta jornaleros y soldados de la Comisión, se demostró á la Junta de arbitrios la posibilidad de mejorar la cifra de morbosidad del paludismo, pues la desviación ó canalización del río era costosísima. Se recogió un arroyuelo y muchos hilos de agua y charcas en un canal de 1 por 80 metros de profundidad que fué cogida con burlas por gentes incompetentes que profetizaban la destrucción de dicho canal por las lluvias. Sin embargo no sucedió así, y por 8 ó 10.000 pesetas se ahorraron muchos miles de enfermos por paludismo, lo cual es un ahorro de dinero.

La labor fué acompañada de la más pesada campaña educativa entre los habitantes del valle para que tuvieran limpias las albercas y secándolas después de regar, haciendo que las norias fueran batidas en la época en que no hay riego.

Se ha empezado á dar quinina á las tropas, y con la instalación de hospitales y sanatorios para palúdicos, seguramente disminuirá la cifra.

La Comisión de higiene tuvo muy en cuenta desde el principio la lucha contra el piojo, pues no ignoraba los focos de tifus exantemático que hay en Andalucía, y aprovechó la visita de la Diputación de Vizcaya para hacer un donativo y se dispuso la admisión de un tren de despiojamiento para 1.000 hombres por día, que costará medio millón de pesetas y pronto se entregará al Ejército; dos batallones por día podrán ser limpiados, mientras que sus ropas son lavadas después de la esterilización; pronto habrán funcionando quince instalaciones de duchas, fijas y portátiles, con sus elementos de desinfección, y se cree que con estos no habrá peligro de exantemáticos, como de cólera y peste ante cuyo peligro se ha dispuesto siempre de 10.000 dosis de vacuna.

Ha habido casos dudosos que han exigido diagnósticos de investigación repetidos, y toda esta obra se ha completado con consejos al Mando sobre higiene de campamentos, letrinas, etc., que aunque se han traducido en órdenes, no siempre han respondido á lo que se esperaba, pues la higiene individual es muy deficiente en nuestro ejército.

La labor de esta Comisión como la de los servicios análogos en la vida civil es una labor callada y sufrida, que cuanto más éxito tiene es precisamente cuando no se habla de ella por haber evitado lo que trataba de evitar, y será tan difícil, tan ingrata y tan enojosa como la que desde la Dirección general de Sanidad viene desde hace años efectuando el Dr. Martín Salazar, que previsor, ha podido con su Parque de Sanidad civil prestar barracones al ejército en los primeros momentos de urgente necesidad, labor que nunca será conocida y de cuyas amarguras, aparte la satisfacción del deber cumplido, él únicamente sabe la medida.

Hizo una exposición de los fundamentos intervencionistas de los equipos quirúrgicos y describió algunos curiosos casos notables, así como datos estadísticos de haberse llegado á obtener el 51 por 100 de curaciones en los hospitales de cirugía de posiciones avanzadas, uno de los mayores éxitos de la campaña actual, entre ellos un curioso caso de una herida de cráneo con orificio de entrada y salida en las dos sienas, en cuyo trayecto se puso un desagüe intercerebral, á un oficial de ingenieros, cuya vida se ha salvado.

Después de referir algunas curiosas anécdotas de la psicología mora y la labor que el Cuerpo de Sanidad venía haciendo en el aspecto del protectorado en los Consultorios á los que ya acudían muchos indígenas, etc., etc., habla de los hospitales y trenes de evacuación de los que el Barceló, entre los primeros y el núm. 3 de los segundos, son verdaderos y espléndidos modelos que no tienen nada que envidiar á los utilizados en Alemania durante la guerra.

Resumió la labor que el Cuerpo de Sanidad Militar ha venido haciendo en tiempo de paz lo mismo que en las actuales circunstancias; ha sido mal estimada y peor agradecida; el insuficiente material, la situación insostenible del personal que ha hecho el tercer turno de Africa y está haciendo el cuarto, percibiendo las mismas indemnizaciones que el resto de la oficialidad, recibiendo las censuras que la mala organización de los servicios en todo el ejército, la insuficiencia del material y la ausencia completa de la ayuda del generalato y del Mando general, mal percatado por lo que representa á los servicios higiénicos en el ejército, si acaso bien impresionado por lo que se refiere á los servicios de cirugía, por lo que tienen de fulminante, de herida y quién sabe si hasta por motivos de egoísmo, ha hecho que llegara á reinar en este Cuerpo un disgusto latente ante la imposibilidad de hacer una labor seria como corresponde á la cultura de los médicos que le integran.

El Dr. Stocker al llegar aquí, cree firmemente que hay que tender á la especialización y al mismo tiempo á idear

una organización que permita la mayor inmovilidad de los destinos, porque este malestar y este ajeteo que en pocos años sufre todo el personal hace que los que pusieron su mayor esfuerzo en ensanchar su crédito profesional con estudios especiales, oposiciones, etc., etc., y que gracias á ello tuvieron ingresos económicos fuera del Cuerpo y que se ven bruscamente cortados por nuevos destinos sin estabilidad, hace que pidan la separación y se vaya marchando del Cuerpo parte de sus elementos más valiosos, jóvenes, que si perduraran en el mismo, llegarían á la cabeza en condiciones de poder su competencia y su tesón pesar mucho en la organización, y por qué no decirlo, en la vida del ejército.

De tal modo que los que están se marchan y los que pudieran ingresar no lo solicitan, y así se da el caso de que en la Academia del Cuerpo para ciento ó más plazas, se presentan 30 ó 40 aspirantes que, como es natural, no todos pueden ser aceptados y ante un porvenir de destinos en Africa durante varios años (haya ó no haya operaciones), aquella situación decorosa que un joven médico podía conquistar en vez de irse á un partido ya no está. En este punto cree el doctor Slocker, que no ya la campaña actual, sino antes de Julio, en que ya se notaba esta falta de aspirantes, ha influido de una manera considerable la supresión de la reválida de licenciados que hace que un número reducido de muchachos puedan estar en condiciones de preparar en poco tiempo un programa difícil y extenso que no se puede improvisar, y al mismo tiempo, los emolumentos harto exigüos, aun para el que empieza á vivir, y además á su ingreso en el ejército una carrera de trece años, y los estudios especiales en la Academia para cobrar lo mismo que cualquier oficial del ejército, que el que más está cinco años para ser oficial.

Aboga por la creación de una gran Academia ó Facultad de Medicina militar, con hospital clínico y laboratorios, donde los muchachos pueden hacer toda su carrera, ya que además les coge en edad militar, y de donde puedan salir capitanes; intensificar la especialización de médicos generales, bacteriólogos, cirujanos, radiólogos, etc., etc., que ocupen cargos inamovibles, salvo en circunstancias extraordinarias, si es necesario hasta con concursos ó oposiciones para poder llevar inherentes al cargo sobresueldos decorosos que les permita no simultanear sus funciones militares con otros cargos civiles, y que su prestigio, sus estudios y su alma se vayan modelando sin vistas á una posible separación del servicio, y al propio tiempo una mejor remuneración para todos; que al cabo, es de la misma manera que en el Tercio Extranjero que se paga mejor á los individuos que lo forman que al resto del Ejército, y al modo que Inglaterra y los Estados Unidos que reclutaron su personal médico, pagándole espléndidamente, pues de lo contrario, el Cuerpo de Sanidad se quedará en cuadro y sin gente joven.

Terminó la conferencia enalteciendo, como merece, la actuación de los médicos militares, que muertos, heridos ó prisioneros, sucumbieron en Africa y como pudo demostrarse en la reconquista de posiciones en Monte-Arruit, Zeluán, Sidi-Driss, Afrau, Quebdani y tantas otras, en que entre los cadáveres de las unidades de evacuación de heridos, rematados sin perder su formación por la morisma, se veían los cadáveres de los capitanes García Martínez, Rebollar, Espina, y oficiales Marcial, González Gamonal, Hermida, García Martínez, Pérez Soler, Méndez León, Perdomo, Videgain, los desaparecidos Rower Mota, y los prisioneros Peris, Bernabeu y Peña Martínez con Serrano Flores, y los más recientes heridos Salarruyana, Portavalez y Sayalero, que á pesar de estarlo no han abandonado sus servicios de primera línea.

Dedicó un recuerdo á los muertos en campañas anteriores y afirmó que estos muertos gloriosos de Sanidad Militar,

no fueron menos héroes que los médicos militares franceses, que en la retirada del noveno cuerpo de ejército francés, el 9 de Septiembre cuando el empuje alemán, llevó sus ejércitos hasta Oculommiers, tan próximo á Paris, Guillemin, durante la retirada, á 80 metros del enemigo hizo tirar con él á 30 hombres de un coche con 20 heridos en un trayecto de 50 kilómetros. De modo que lo mismo que en Annual cuando un oficial de Sanidad se retiraba con sus heridos, el último repetía sin saberlo la hazaña gloriosa del médico francés que impávido aguantaba el fuego y la persecución del enemigo, cuando el resto de las tropas se precipitaba en la retirada...

Ha habido, hay y habrá en el Cuerpo de Sanidad Militar oficiales que han sabido tener tal idea del honor militar, que han podido ostentar en su pecho la Cruz de San Fernando, algunos ganada con su estoica actitud y con su sangre y otros excediéndose en sus sentimientos humanitarios y en el deber militar; y después refiere en grandes rasgos el episodio de la toma de Biut en que ganó la Cruz de San Fernando el hoy capitán médico Sr. Bertolety, curando heridos al mismo tiempo que los defendía fusil en mano y retiraba á los muertos, quedando solo en el campo con la guerrera y el pantalón perforado á balazos y habiéndose portado como un buen militar sin dejar de ser un buen médico.

Dedicó entusiastas elogios á la duquesa de la Victoria y damas enfermeras de la Cruz Roja.

Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal ⁽¹⁾

POR EL

DR. D. TEÓFILO HERNANDO

Discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina en su recepción del día 14 de Mayo de 1922.

Recordemos también que todos los enfermos de apendicitis aguda empiezan acusando molestias en el estómago, y Bauer (4), que ha sido operado de apendicitis con anestesia local, dice que siempre que le hacían tracciones en el apéndice sentía dolor en el estómago.

Por tanto, parece indudable la existencia de un espasmo de origen apendicular, que quizá se encuentre reforzado en pacientes con alteraciones del sistema nervioso de la vida vegetativa, y que puede considerarse una causa en la producción de la úlcera gástrica ó duodenal en los apendiculares.

Conocida es la frecuencia con que los enfermos apendiculares acusan síntomas gástricos (24); esto no nos debe llevar á creer siempre en la existencia de una úlcera, pues unas veces se trata sólo de espasmos, otras se han podido comprobar sufusiones sanguíneas y en algunos casos úlceras. Espasmo, sufusiones sanguíneas y úlcera no son, probablemente, tres procesos distintos, sino tres etapas del mismo proceso.

Hipótesis semejantes á las expuestas para explicar las relaciones de la apendicitis con la úlcera gástrica y la duodenal son las emitidas para establecer esta misma relación entre estas enfermedades, la *colitis mucomembranosa*, la *enfermedad de Lane*, etc.

Es, quizá, también explicable por mecanismo reflejo la úlcera que se observa en los enfermos con hernia epigástrica, de la que nosotros hemos visto numerosos casos, algunos referidos en la tesis de nuestro discípulo Thaliny.

(1) Véase el número anterior.

Tabes.—Hace ya muchos años que se vienen señalando las hemorragias gástricas en la tabes. De ellas se dan varias interpretaciones, ó, mejor dicho, probablemente se deben á diversas causas. Nosotros hemos observado tres casos de coexistencia de tabes con hemorragias gástricas producidas por lesiones con todos los caracteres de la úlcera (dos pilóricas y una de curvadura menor). En una de ellas la intervención quirúrgica (anterior á nuestra observación) había permitido comprobar la existencia de una verdadera úlcera pilórica.

Parece que las lesiones halladas en el estómago de los tabéticos, en relación con las hemorragias, son de varias clases. Unas veces se encuentran úlceras que pueden considerarse causadas directamente por la sífilis, es decir, son casos de sífilis gástrica; otras no se halla ninguna lesión (Kollarits) ó solamente los vasos muy dilatados (Wallas y Cotte), citándose también casos en los que había lesiones anatómicas no específicas, con aspecto extraño, comparable al de la linitis (Crouzon).

Hay observaciones como las citadas por nosotros, en las que se encuentran verdaderas úlceras gástricas ó duodenales. Para algunos se trata de puras coincidencias de dos enfermedades relativamente frecuentes. Pero es preciso tener en cuenta que estos pacientes no tenían ninguna alteración antes de empezar con sus crisis gástricas y que, después de tener éstas, se presentaron las hemorragias, como si fueran su consecuencia. Existen casos en los que no hay lesión ó ésta se reduce á congestiones y sufusiones (la hemorragia es probablemente consecutiva á sufusión sanguínea comparable á los equimosis que se producen en la piel de los tabéticos después de las grandes crisis de dolores fulgurantes) y, finalmente, algunos en los que se observan verdaderas úlceras gástricas. Parece como si en los tabéticos, lo mismo que en otros casos citados, el espasmo, el equimosis y la úlcera fueron diferentes fases de un mismo proceso.

Esta sería la consecuencia de una alteración en el sistema nervioso de la vida vegetativa, en el que se han encontrado lesiones por diversos investigadores.

Intoxicación saturnina.—Varios son los casos de úlcera gástrica y duodenal en pacientes intoxicados por el plomo. Nosotros hemos observado dos con acidez moderada (inferior á 2 por 1.000), que podemos agregar á los ya publicados por otros autores.

De las diversas hipótesis dadas para explicar en estos casos el proceso ulceroso, parece la opinión más aceptable la que lo considera como consecuencia de la acción del plomo sobre el nervio vago (A. Schiff, Bergmann, Ortnier, Singer, etc.). Neusser en un paciente de encefalopatía saturnina con hematemesis terminal diagnosticó «neuritis saturnina del vago con úlcera gástrica trófica». La autopsia confirmó la existencia de la úlcera, y el nervio vago izquierdo se encontró degenerado.

Tuberculosis.—También se piensa en una relación entre la úlcera y la tuberculosis: para unos (Arloing, Kodon, etcétera) sería aquélla una manifestación de ésta, algo así como «una tuberculide de la mucosa gástrica»; otros (Stillier, Grote (17), etc.) creen que se hallan unidas, por constituir terreno de predisposición para ambas la astenia general. Nosotros hemos visto en bastantes casos asociada la tuberculosis á la úlcera gástrica, sobre todo desde que á casi todos los ulcerosos les hacemos examen radioscópico. Es posible que haya algunos casos que, á pesar de diagnosticarse de úlceras simples y seguir el curso de la úlcera así llamada, sean úlceras tuberculosas. Recientemente hemos observado tres pacientes en los que al mismo tiempo que la intervención demostraba la presencia de la úlcera (gástrica en uno y

duodenal en los otros dos) se encontraban en el peritoneo lesiones tuberculosas; en uno de los casos coincidiendo con lesiones de la misma naturaleza en el ovario derecho.

Señalaremos asimismo que recientemente Singer (54) insiste en la frecuencia con que se encuentran en los tuberculosos úlceras debidas, según comprobaciones de autopsia, á lesiones del neumogástrico, unas veces tóxicas, pero generalmente consecutivas á la compresión ó envolvimiento de estos nervios por lesiones de la pleura ó de los ganglios linfáticos. Como en otras enfermedades, se puede admitir una gradación en las alteraciones gástricas de los tuberculosos ocasionadas por lesión del neumogástrico: primero, espasmos con vómitos, y más tarde, posiblemente, una úlcera.

Sífilis.—Todos hemos tenido ocasión de observar casos de úlcera gástrica y duodenal en pacientes sífilíticos y hereditarios. Nosotros insistiremos siempre en la frecuencia con que se olvida esta etiología; pero, sin negar la importancia de los trabajos realizados por Castex, de Buenos Aires, y su escuela (10), consideramos exagerada la afirmación hecha por este autor de que la sífilis es la causa exclusiva de dicho proceso.

De todos modos creemos que es muy importante este factor, no solamente determinando directamente lesiones específicas de las paredes del estómago y duodeno, sino por las alteraciones que produce en el aparato circulatorio, el sistema nervioso y las glándulas endocrinas.

PREDISPOSICIÓN PARA LA ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL

Hasta cuando las causas exteriores obran de manera más aparente y violenta (traumatismo, veneno) hay que contar con el estado anterior del organismo para que la alteración se produzca. En la úlcera gástrica son demasiado vulgares las que se consideran como causas para que no tengamos que conceder importancia á la predisposición.

La predisposición, en este caso como en otros, puede ser congénita, mejor diríamos hereditaria (estado constitucional de Tandler y Bauer ó constitución idiopática de Siemens (36), ó adquirida (condición de Tandler y Bauer ó constitución paratípica de Siemens). La diferencia entre estos dos estados estriba en que la constitución idiopática se transmite por herencia, mientras que la constitución paratípica (condición de Tandler y Bauer), que también puede crear un estado de predisposición para una determinada enfermedad ó para varias, es una constitución ó condición adquirida por causas que ejercieron su influencia en los primeros años de la vida, á veces lesionado el mismo germen.

Muy difícil será separar á veces estos dos estados. Así, por ejemplo, la llamada astenia general de Stillier, que veremos tiene una cierta relación con la úlcera, para unos es siempre hereditaria, y para otros es consecuencia de alteraciones nutritivas ó endocrinas que se inician en los primeros momentos de la vida.

Pero por ahora lo que nos interesa es insistir en la importancia de un factor general en la patogenia de la úlcera (48). Esta no resulta explicable solamente por motivos mecánicos, infecciosos, parasitarios ni químicos locales (hiperclorhidria).

Predisposición hereditaria.—La úlcera en sí misma no se puede decir que es hereditaria, pero parece indudable la frecuencia con que se desarrolla en los miembros de una misma familia, siendo explicable por la herencia de una predisposición, determinada por factores constitucionales.

Hüber, Ozernacki, Kodon, Dauwe, Urrutia (62), Westphal Bauer (4), Bergmann (6), Strauss (61), etc., citan familias de ulcerosos, y nosotros hemos tenido ocasión de observar numerosos casos, algunos de ellos bastante demostrativos, como el

de un padre y tres hijos, que, á pesar de haber vivido siempre separados (con lo que se contesta á los que objetan la comunidad de género de vida), los cuatro padecen úlcera gástrica. Asimismo recientemente he visto hermano y hermana con úlcera gástrica; su madre murió de la misma enfermedad cuando éstos eran pequeños, y han llevado un género de vida completamente distinto.

Spiegel, por consejo de Bauer, hizo una estadística investigando de manera sistemática los antecedentes gástricos en los padres y hermanos de los ulcerosos, habiendo encontrado que son cuatro veces más frecuentes que en los sanos (26 por 100 en los primeros y 5 por 100 en los segundos). En la estadística de Strauss (61), la tercera parte de los ulcerosos tienen antecedentes familiares. He observado, lo mismo que alguno de los autores citados, la frecuencia con que en las familias de los ulcerosos se encuentra el cáncer, dato de interés, conocida su relación con la úlcera.

Hay, sin embargo, estadísticas como la de Heissen, en las que aparece con mucha menos frecuencia la úlcera entre los ascendientes y colaterales de los enfermos que la padecen, pero nadie niega esos casos de úlcera, que podríamos llamar familiar.

No parece, de todos modos, probable la herencia directa, de la úlcera, sino la de una predisposición, local ó general.

Esta predisposición puede ser local, como quieren algunos, que la relacionan con la forma del estómago ó del duodeno (la atrepsia de éste, según Tandler, podría considerarse como una suspensión del desarrollo, pues en un momento dado de la vida fetal hay una atrepsia fisiológica), ó también la hacen depender de trastornos en el desarrollo de la mucosa gástrica; como tales pueden considerarse la persistencia de algunos trozos con los caracteres de la mucosa del intestino.

Según Dahl (12), la úlcera se desarrolla sobre glándulas de Lieberkühn, que se encuentran en el estómago en número variable en cada caso, y cuya distribución es semejante á la de la úlcera, más frecuentes en curvadura menor y píloro. Esta hipótesis se apoya también en otros hechos. Müller (1919) ha demostrado que en los divertículos de Meckel suele haber mucosa gástrica al lado de la intestinal, y admite que los casos de perforación de estos divertículos deben considerarse como perforaciones por úlceras pépticas.

Gramen (1916) publicó un caso muy interesante de úlcera crónica perforada de un divertículo de Meckel provisto de mucosa gástrica é intestinal; parece que la perforación ocurrió en ésta. Estudiando la literatura de la úlcera péptica del duodeno, Dahl creyó encontrar semejanza anatómica con la úlcera del divertículo de Meckel, y pensó que quizá en el estómago haya partes de mucosa intestinal (glándulas de Lieberkühn), que son atacadas por el ácido clorhídrico. Ya Schmit (1896) ha encontrado glándulas que recordaban las de Lieberkühn en los bordes de tres úlceras gástricas examinadas microscópicamente.

Más importancia que estas predisposiciones locales tienen, probablemente, los estados constitucionales. Ya antes mencionamos la constitución neuropática, factor de transcendencia en la patogenia de la úlcera, según opinión de Rössele, Bergmann y otros.

Vamos á ocuparnos ahora del «estado linfático» y de la «astenia general».

Estado linfático.— Conocido desde muy antiguo (Puchelt, en 1823), fué Paltauf el que describió «el estado tímico-linfático», caracterizado por el retardo en la involución del timo y del tejido linfático, condiciones ambas que han pretendido individualizar algunos autores. Bartel ha dividido en dos períodos el estado linfático: el primero se caracte-

riza por la persistencia del tejido linfoide, con gran formación de linfocitos, y el segundo es de regresión atrófica (*status hipoplasticus*), aunque quedan todavía formaciones hipertróficas, originándose induraciones conjuntivas (diátesis fibrosa ó conjuntiva de algunos).

Según Bartel, en el estómago de estos pacientes se halla una gran riqueza de folículos linfáticos, encontrándose casi constantemente el «estado mamelonado», siendo el mismo Bartel el que señaló «la frecuencia con que se observa la asociación del estado mamelonado y la úlcera gástrica».

Schömberg, en 115 autopsias con úlcera gástrica, halló las características del estado linfático en más de la tercera parte de los casos, y después Stoerk (59), en 7, de 24. Este autor encontró también signos indudables de linfatismo en 30, de 43 ulcerosos observados clínicamente.

Nosotros, hace ya años que señalamos la frecuencia con que los exámenes de sangre en los ulcerosos nos daban fuertes linfocitosis (próximamente en una mitad de los casos, y más moderada en la mayoría de los restantes), dato éste que, aun cuando no característico, con otros recogidos por la exploración directa de los pacientes, permiten apoyar la idea de la frecuencia del linfatismo en los ulcerosos. Ahora bien: estas fuertes linfocitosis casi siempre se observan en pacientes jóvenes, siendo raras en los viejos, sin duda por la regresión que experimenta el sistema linfático. En ellos pueden ser otros los motivos de persistencia de la úlcera.

La intervención del estado linfático en la patogenia de la úlcera se explica porque, localmente, el estado mamelonado favorece los efectos mecánicos y la gran cantidad de folículos predisponen á la infección. A ello se suman las alteraciones del sistema vascular y la vagotonía, consecuencia tanto de la hipertrofia del sistema linfático como de la atrofia del sistema cromafino, cuya coincidencia ya señalábamos anteriormente.

Astenia general.— Desde los trabajos de Stiller se viene admitiendo por algunos una relación entre la llamada constitución asténica y la úlcera gástrica y duodenal. Por lo que hace á nuestra experiencia personal, no podemos menos de señalar que son numerosos los casos de enfermos asténicos que acusan alteraciones digestivas, y entre ellos son muchos los casos de úlcera gástrica.

Además de Stiller, Schmidt (Ad.), Krempelhuber y otros sostienen la hipótesis de que la constitución asténica es un terreno apropiado para el desarrollo de la úlcera gástrica y duodenal, y el mismo Hart (20), que no se muestra tan partidario de esta opinión, encuentra entre 294 enfermos ulcerosos una marcada gastroptosis en 66 casos.

Señalados los hechos, no haremos más que mencionar las hipótesis emitidas para explicar esta relación: la facilidad de los traumatismos sobre el estómago ptosado; la importancia de la atonía gástrica, que permite mantener más tiempo el jugo en contacto de una lesión iniciada, así como también dificultar su curación por no favorecer la aproximación de los bordes; las tracciones que el estómago descendido ejerce sobre los nervios ó el estiramiento que sufren las arteriolas de la pared. Todas estas y otras hipótesis se han emitido para relacionar la astenia de Stiller con la úlcera gástrica.

No olvidemos las frecuentes alteraciones endocrinas de los asténicos, que como ahora veremos, no pueden considerarse ajenas por completo al mecanismo de producción y sostenimiento de la úlcera.

MECANISMO ENDOCRINO DE LA ÚLCERA GÁSTRICA

Teniendo en cuenta la frecuencia de ciertas alteraciones endocrinas en los ulcerosos, y dada la importancia que las glándulas de secreción interna tienen en el funcionamiento

del sistema nervioso de la vida vegetativa y su posible acción directa sobre todos los tejidos por medio de los productos por ellas fabricados, se han emitido varias hipótesis para explicar la úlcera por un mecanismo endocrino que, si no es admisible para todos los casos, no puede negársele importancia al lado de las otras causas que acabamos de estudiar.

Se comprende la dificultad de sentar conclusiones definitivas al tratar de poner en relación un asunto como el de las secreciones internas, en el que son más abundantes las hipótesis que los hechos comprobados, con otro como el de la patogenia de la úlcera, lleno de dificultades, conforme vamos viendo en el presente estudio.

Insuficiencia suprarrenal y úlcera gástrica.—Varios autores, principalmente Pende, señalaron la frecuencia de erosiones hemorrágicas y hasta verdaderas úlceras en animales suprarrenalectomizados; pero fué Finzi el primero que realizó un trabajo sistemático en este sentido y quien, además de producir úlceras gástricas por la extirpación de las cápsulas suprarrenales, pudo evitarlas si al mismo tiempo implantaba al animal una suprarrenal, y hasta, según afirma, en algunos casos inyectando adrenalina. Después Elliot, Friedmann y Mann obtuvieron también úlceras gástricas por el mismo procedimiento, y este último impelía su formación administrando a los animales bicarbonato sódico cada cuatro horas.

Posteriormente, Friedmann, en el año 1918, emitió su hipótesis acerca del posible origen pluriglandular de la úlcera gástrica, y nosotros en Mayo del 1919 (26) publicábamos nuestro primeros casos de insuficiencia suprarrenal y úlcera, a los que agregó uno el Dr. Arredondo. Después hemos leído la misma interpretación, que independientemente ha dado para algunos casos Castex (10), que explica muchas úlceras gástricas y duodenales por la sífilis hereditaria de las glándulas endocrinas, entre ellas las suprarrenales, y más recientemente, Mc. Carrison (40), que considera también de importancia en la patogenia de la úlcera gástrica la insuficiencia suprarrenal, siendo para él una de las causas de la aparición de las úlceras en los casos de «avitaminosis» ó «alimentación defectuosa».

Después de los casos publicados por nosotros, aún hemos tenido ocasión de observar algunos más.

Los hechos parecen indudables; más difícil es dar una interpretación de los mismos.

Sin embargo, nosotros esbozábamos hipótesis que cada vez exponemos con más timidez. Nos parecía propicio al desarrollo de la úlcera el estado linfático, que con tanta frecuencia se ha señalado en los ulcerosos, y del que sería una señal de linfocitosis comprobada por nosotros en tantos casos. Sabido es que también se ha dado como una característica de la insuficiencia suprarrenal este estado linfático, bien porque predisponga á ella ó porque, como se ha demostrado experimentalmente, la disminución en el funcionamiento cromafino determine una hiperplasia de todo el sistema linfático.

Ya hemos expuesto la importancia que se ha dado á la vagotonía en la producción y sostenimiento de la úlcera gástrica. Pues bien: muchos pacientes con insuficiencia suprarrenal son vagotónicos; y aunque no se admita la hipótesis de la secreción de adrenalina por las cápsulas suprarrenales, no puede negarse este hecho.

Asimismo, experimentalmente, Gautrelet y Thomas, y más recientemente Roger, obtuvieron un aumento de la excitabilidad del vago en animales suprarrenalectomizados.

Esta vagotonía se ha interpretado como consecuencia de la falta de adrenalina excitadora del simpático. Gley, últi-

mamente, niega este papel fisiológico á la adrenalina, que considera como un producto excrementicio. Sin entrar en esta discusión, diremos que se ha encontrado en las cápsulas suprarrenales un núcleo proteido, que también tendría acción simpaticotónica (Rogers). Asimismo el predominio del sistema linfático es, posiblemente, causa de la vagotonía en estos pacientes, quizá porque segregue una substancia excitadora del vago (declina?), como sospecharon Neusser, Eppinger y Hess y Biedl, y parecen haber demostrado experimentalmente Marfori, Novoa Santos y Chistoni, con la llamada linfoganglina por el primero.

A pesar de lo confusos que son nuestros conocimientos sobre el estado del sistema nervioso vegetativo, es indudable que en los enfermos de insuficiencia suprarrenal se encuentra alterado.

En estos pacientes se halla favorecida la producción de la úlcera por la circunstancia de tener en los primeros períodos un jugo gástrico activo, aunque más adelante puede desaparecer el ácido clorhídrico libre. Asimismo señalaremos la predisposición y poca resistencia de tales enfermos para la infección.

Las suprarrenales podrían ser responsables de las alteraciones gastroduodenales, no solamente cuando padecen grandes alteraciones de curso fatal, sino en otros casos, para los que se pueden admitir trastornos ligeros y de poca duración, como los que se observan en el curso de las infecciones agudas, así como también defectos congénitos (debilidad congénita del sistema cromafino con predominio de su antagonista el linfático). No sabemos hasta qué punto será admisible el concepto de neurosis de las glándulas endocrinas, introducido por Bauer y aceptado por Friedmann. Relacionando algunas manifestaciones de los ulcerosos, y la propia úlcera, con una insuficiencia suprarrenal, podríamos explicarnos la acción perjudicial de la fatiga y de las emociones en esta clase de enfermos.

Hipernefoma y úlcera gástrica.—Al lado de los casos de úlcera gástrica en animales suprarrenalectomizados y en pacientes con insuficiencia suprarrenal, tenemos otros en los que aquélla se produjo por las inyecciones repetidas de adrenalina, habiéndose observado también en pacientes en los que se supone la existencia de una hiperadrenalinemia.

Rosembach (1910), por inyección directa de la adrenalina en la pared del estómago, y después Friedmann, por inyecciones subcutáneas é intravenosas repetidas de adrenalina, han producido úlceras gástricas y duodenales.

Nosotros hemos obtenido en conejos úlceras gástricas por inyección de una décima de miligramo de adrenalina en la pared del estómago, no consiguiendo el mismo resultado si inyectábamos agua destilada ó un líquido hipertónico, y también en perros por inyecciones repetidas intravenosas.

Además, hemos tenido ocasión de practicar la autopsia en un caso, cuyo estudio publicamos por separado, en el que durante la vida encontramos un tumor del hipocondrio izquierdo, síntomas gástricos (entre ellos hematemesis) y arterioesclerosis (con arterias duras, resonancia del segundo tono y gran hipertensión), y habiendo muerto este enfermo repentinamente, la autopsia demostró la presencia de un enorme hipernefoma en el riñón izquierdo (que era único), grandes lesiones de ateroma y una úlcera gástrica.

Quizá puedan incluirse en este grupo muchas de las úlceras que se observan en los arterioescleróticos, á pesar de lo que se ha discutido en estos últimos años la patogenia suprarrenal de la arterioesclerosis. En realidad son muy frecuentes estas asociaciones, como antes decíamos, y Hart (20), en su reciente estadística de autopsias en ulcerosos, dice que encuentra la arterioesclerosis en más de la mitad

de los casos. Agregaremos que R. Schmidt (53) dice también que en algunos viejos autopsiados ha encontrado el hipernefroma y la úlcera gástrica en el mismo sujeto, sin decir el número de casos ni detallar las otras lesiones.

Parece probable que en estos enfermos influya la hiperfunción de las suprarrenales, dando lugar á alteraciones arteriales, y que éstas á su vez sean responsables de la producción de la úlcera y contribuyan á su cronicidad por la mala circulación. En este caso, como en todos, se asocian probablemente varias causas.

Después de la extirpación del tiroides solamente, ó realizada al mismo tiempo que la de las cápsulas suprarrenales, se han observado ulceraciones de la mucosa del estómago. Nosotros hemos tenido ocasión de encontrar manifestaciones de *hipotiroidismo* en algunos ulcerosos. Sin considerar al hipotiroidismo como causa directa de la lesión, puede tenerse en cuenta como uno de los factores que contribuyen á retardar la cicatrización de las mismas, pues sabido es la acción estimulante que la tiroxina, aislada del tiroides por Kendall, ejerce sobre la multiplicación celular.

No se puede negar una participación á las glándulas endocrinas en la patogenia de la úlcera. Si su influencia no es directa, pueden ejercerla creando estados constitucionales que predispongan á su formación ó que favorezcan su persistencia. En este sentido podría admitirse también que una insuficiencia paratiroidea sería capaz de crear un estado de espasticidad (39), que facilitaría la aparición de los espasmos gástricos, á los que tanta importancia se ha concedido en la producción y sostenimiento de la úlcera.

(Se continuará.)

Bibliografía.

TRATADO DE CIRUGÍA DE URGENCIA, por F. Lejars.

Acaba de ponerse á la venta la quinta edición española (insuperablemente traducida de la octava francesa por el Dr. Gustavo Reboles y Campo) del *Tratado de cirugía de urgencia*, por Lejars, publicada por la casa Editorial Bailly Baillière.

El resonante éxito que las anteriores ediciones han tenido entre el público médico, elevando esta obra á la categoría de indispensable, será mucho mayor en esta edición, tanto más cuanto que, después de algunos años de estar agotada, aparece con importantes reformas y adiciones en su texto, debidas á las enseñanzas prácticas, dolorosamente proporcionadas en gran cantidad y variedad por la guerra europea.

Estos mismos estudios, que han marcado nuevos cauces en muchos tratamientos quirúrgicos, con especialidad en las heridas por bala y explosión, en los grandes traumatismos y magullamientos y en lo tocante á fracturas ó sobre el empleo de esos modernísimos aparatos que ya son corrientes en la práctica, son tratados por el profesor Lejars con la maestría y sencillez en él peculiares, cualidades que unidas á la probidad científica y buen sentido del autor, han hecho que su nombre y su obra sean conocidos y elogiados por los profesionales de todo el mundo.

A los médicos civiles dedicados á la Cirugía, á los médicos militares, sobre todo á los que radican en Marruecos, cuyos tratamientos operatorios guardan tanta relación con los experimentos realizados personalmente por el Dr. Lejars, y á toda la clase médica en general, obligada á estar al corriente de los incesantes progresos de la Ciencia, recomendamos esta obra, por ser la más propicia para documentar

cumplidamente al profesional, de los últimos jalones conquistados por la Cirugía.

La obra (dos tomos en 4.º con más de 1.000 páginas y con 1.068 grabados y 20 preciosas láminas), se vende en Madrid á 50 pesetas en rústica y 60 en tela. En provincias y América, á 51 y 61 franco y certificado. Para facilitar su adquisición, la Casa Editorial Bailly Baillière, Núñez de Balboa, 21, o Apartado 56 (Central), Madrid, la servirá á pagar á plazos mensuales, al precio de 55 y 65 pesetas, respectivamente, para lo cual bastará, al hacer el pedido, remitir el plazo primero de 15 pesetas. El libro se enviará á vuelta de correo, cobrándose los plazos siguientes á razón de 10 pesetas, y otra más por gastos, si el suscriptor desea pagar por giro á su cargo.

Periódicos médicos.

DERMATOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Los primeros casos de blastomycosis humana en Colombia, por el Dr. Víctor Ribón.—Existen muchos casos entre nosotros de una enfermedad caracterizada por ulceraciones destructivas de la nariz, del labio superior, de la nasofaringe, lesiones que han sido precedidas necesariamente de una ó varias úlceras de la piel; por cuya razón es permitido distinguir dos períodos: primero, ó de úlcera cutánea, y segundo, ó de manifestaciones rinofaríngeas; el segundo se presenta, por lo general, algún tiempo después de haberse verificado la cicatrización de las úlceras primitivas cutáneas, tiempo que oscila, por término medio, entre seis meses y dos años; la evolución de las úlceras de la piel es fatalmente destructiva en todos los pacientes, siendo de advertir que en los individuos de raza negra produce destrucciones aterradoras. Hay gentes que incriminan para su transmisión á determinado animal picador, pero es lo cierto que si se constriñe un poco á los que así piensan para que digan con seguridad cuál clase ó variedad de mosquito, insecto, etc., ha sido el vulnerador de su superficie cutánea, nadie puede ni logra hacer tal determinación.

Son tan claros los síntomas que presenta la entidad que me ocupa, que el diagnóstico es sencillo para un especialista concienzudo, pero no sucede lo mismo para los observadores poco atentos, quienes la confunden con la sífilis, el lupus, el rinoscleroma, el epitelioma, el sarcoma y las «marranas» («sporotrichosis cutánea», ó enfermedad de De Beurmann y Ramond). Establecido cualquiera de estos falsos diagnósticos, se instituye el tratamiento del caso, y los resultados no tardan en palparse: el fracaso, que se revela, ya por el empeoramiento del enfermo, ya por su muerte.

Esta era la situación que se observaba entre nosotros antes de que el Dr. Celso Jiménez López, competentísimo especialista en las enfermedades de los órganos de los sentidos y cuya presencia en el profesorado de la Facultad de Medicina de Bogotá es alta honra para esta respetable entidad, estableciera acertadamente el diagnóstico de «blastomycosis humana», plenamente confirmado por D. Antonio Peña Chavarría, jefe de trabajos prácticos del Laboratorio de Bacteriología de dicha institución, en los repetidos casos que han estudiado ambos.

Transcribo las palabras del profesor Jiménez López, referentes á este asunto:

«Va ya para dos lustros que regento la cátedra de Clínica de Organos de los sentidos en el Hospital de San Juan de Dios, en nuestra Facultad, y, desde el primer año de

Magisterio, me llamó la atención la continuada irrupción de enfermos de regiones muy diversas del país, que padecen una afección que se traduce por ulceraciones destructivas de la nariz, algunas veces del labio superior, de la nasofaringe y de la laringe.

Año tras año dicto conferencias á mis discípulos sobre esta clase de enfermos, y después de exponerles mis puntos de vista sobre distribución geográfica, etiología probable, sintomatología, diagnóstico y tratamientos usados, tanto en el servicio hospitalario como en mi práctica particular, termino exhortándolos á emprender con ánimo y entusiasmo juveniles un profundo estudio sobre el particular, aún obscuro, especialmente desde el punto de vista de las causas de esta dolencia y de su tratamiento. Mis palabras no habían hallado eco hasta que en el presente año el laborioso joven D. Antonio Peña Chavarría, con celo y consagración que merecen todo encomio, ha dedicado una buena parte de su tiempo á arrancar al microscopio y al laboratorio el secreto etiológico que siempre había constituido para mí un vacío. (Del *Tiempo*, Bogotá (Colombia), 29 de Agosto de 1922.)

PARASITOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Algunas observaciones sobre la biología del *Anopheles claviger*, F., en Talayuela (Cáceres), por el Dr. Sadi de Buen.**—El autor expone el resultado de sus numerosas observaciones y de diversas experiencias llevadas á cabo en Talayuela, durante la campaña antipalúdica comenzada en 1920, bajo la dirección del Dr. Pittaluga, y con la colaboración del profesor Sella, de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. En este trabajo da cuenta principalmente de los fenómenos biológicos de más interés en relación con la invernación de los anofeles, basándose en los datos obtenidos en el mismo lugar donde se ha desarrollado la campaña y que en ciertos detalles son algo diferentes de los encontrados por los observadores en otros países. Fija De Buen las fechas del comienzo y terminación de la invernación en Talayuela y las particularidades que presenta el desarrollo de los huevos en este período de la vida de los anofeles, cuestión actualmente objeto de estudio por Grassi y su escuela (Sella, etc.). De los datos publicados en este trabajo, se deduce que el paso á la invernación comienza en Talayuela en el mes de Octubre y que los fenómenos propios de este estadio se acentúan en Noviembre y Diciembre. La invernación propiamente dicha comenzaría á mediados de Diciembre. De todos modos, como ya ha dicho Sella («Nota sobre el *A. claviger*, su distribución en relación con los animales y sus movimientos durante el invierno», *Rev. Internacional de Sanidad*, vol. II, núm. 6, Diciembre, 1921), una rigurosa invernación, con suspensión de la actividad motora y nutritiva, como la de los países fríos, no tiene lugar en Talayuela. Existe solo una semi-invernación. En cambio, en verano los *A. claviger* vuelan á distancias relativamente largas. De Buen ha soltado mosquitos coloreados en la orilla de un arroyo, capturando algunos después en el poblado, situado á 2 kilómetros de distancia. En la segunda mitad de Febrero y primeros días de Marzo, la tendencia á la difusión de los mosquitos se acentúa algo. También ha investigado De Buen la fecha de la desaparición de las hembras invernantes, y aunque deben repetirse los experimentos antes de sentar conclusiones definitivas, de sus datos se desprende que por lo menos hasta mediados de Abril se pueden capturar hembras de las últimas generaciones de la temporada pasada. (*Bol. de la R. Soc. Esp. de Historia Natural*, tomo XXII, pág. 1922, 284 á 294).—E. LUENGO.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El tifus exantemático; estudio de algunos síntomas, por H. Turcan.**—En medio de los múltiples síntomas de esta enfermedad, existen cuatro que, en opinión del autor, diferencian claramente el tifus exantemático de otras pirexias, á causa de sus caracteres especiales. El *exantema*, que respeta la cara y se presenta con la forma de máculas, ó más raramente de pápulas, haciéndose sobre todo el diagnóstico por la apreciación de elementos de pequeño tamaño, de forma redondeada ó lenticular, que no se borran completamente por la presión, repartidos irregularmente, pero unidos por un jaspeado menos visible, cuyo entrecruzamiento circunscribe espacios de superficie muy variable de piel sana. Otro síntoma importante es la *falta de sueño*; ya esté el enfermo más ó menos agitado, en pleno período de delirio, ó en estado de apatía completa, el tífico no duerme durante todo el período agudo de la enfermedad. Solamente del octavo al décimoquinto día es cuando reaparece el sueño. En una afección, en la que las complicaciones cardiovasculares son de temer, aun durante la convalecencia, parece que la reaparición precoz del sueño pueda interpretarse en un sentido favorable. La lengua, roja y seca al principio, se recubre rápidamente de una capa pardonegruzca, recordando por su consistencia el cuero viejo desecado ó macerado en agua. Comenzando por la lengua, esta capa *fuliginosa* llega á los labios, y después al reborde alveolar de las encías. Si se trata de hacerla desaparecer con un algodón húmedo, la superficie subyacente sangra abundantemente y en pocas horas aparece de nuevo. No existe esta capa, ó está apenas marcada en los casos ligeros ó en aquellos en los que, á pesar de otros síntomas alarmantes, evolucionan rápidamente hacia la curación; en cambio, esta capa aparece precozmente, con una clara tendencia á la extensión, en los casos graves, mortales, ó de una evolución anormal. Además, los lavados repetidos de la boca no logran hacer que desaparezca. El *delirio* presenta en el tifus exantemático un carácter especial, diferente del de las demás grandes pirexias. Aparte del delirio violento con agitación grande y frases incoherentes, con movimientos desordenados, que coincide con las grandes elevaciones de temperatura y está producido por ella ó por una tara como el alcoholismo, existe en el tifus exantemático un delirio toxiinfeccioso, independiente de toda elevación térmica, que puede prolongarse hasta el principio de la convalecencia. Su característica es ser un delirio tranquilo, y, sobre todo, tan perfectamente ordenado y tan bien razonado en sus deducciones, que puede, al igual de ciertos delirios sistematizados, engañar al que no se ha dado cuenta de la incoherencia de la idea que sirve de base á todo el conjunto. Ordinariamente se trata de un delirio profesional, condicionado por una idea fija, falsa lo más á menudo, de donde deriva una serie de deducciones lógicamente encadenadas. El autor ha observado varios de estos síntomas en sí mismo, y han sido comprobados en otros casos por diferentes autores. (*Presse Medicale*, núm. 47, 14 de Junio de 1922).—E. LUENGO.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El mecanismo del hipo, por H. Roger y E. Schulmann.**—El hipo está esencialmente caracterizado por una contracción espasmódica del diafragma y de la glotis. El aire, fuerte y bruscamente aspirado, se precipita á través de una hendidura estrechada y da nacimiento á un ruido especial. Los autores exponen sucintamente la historia de las

concepciones patológicas, hasta llegar á la de Hoffmann, que atribuye el hipo á una contracción convulsiva é involuntaria del diafragma, que es la que ha prevalecido, conduciendo á proponer la sustitución de la palabra hipo por la expresión más científica de *mioclonia freno glótica*. El análisis exacto del fenómeno exige el empleo del método gráfico. Los autores han podido estudiar un caso por este procedimiento, colocando un neumógrafo sobre el tórax unido á un tambor registrador. Las gráficas obtenidas acompañan al trabajo. Han observado que la inspiración brusca y espasmódica considerada como característica del hipo, está precedida por una inspiración forzada, igualmente espasmódica. Por lo tanto, el hipo está constituido por un doble espasmo, el primero espiratorio, que pasa desapercibido, é inspiratorio el segundo, que se acompaña de un espasmo glótico. Existen algunas variaciones de este tipo normal, que se aprecian perfectamente por el método gráfico. No son raros los espasmos abortados, en los que se observa la brusca espiración, pero faltando la inspiración espasmódica y resultando silenciosa la sacudida. El espasmo espiratorio falta excepcionalmente. Existen hipos dobles, caracterizados por dos espasmos sucesivos y asimismo puede ser doble también el hipo abortado. El estudio en cuestión ha sido completado por el examen radioscópico, que demostró que cada sacudida parece precedida de una brusca elevación de las dos cúpulas diafragmáticas, que obran siempre sincrónicamente; este salto brusco, que corresponde á la espiración inicial, es á veces muy rápido y difícil de percibir. La elevación va seguida de la brusca inspiración característica. A veces se observa una tetania muy pasajera de las cúpulas diafragmáticas. El esófago y el estómago siguen los movimientos del diafragma; cada sacudida del hipo determina tres desplazamientos; una ascensión brusca, un brusco descenso y un nuevo ascenso más lento. (*La Presse Médicale*, núm. 17, 26 de Febrero de 1921.)—E. LUENGO.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Actitud, presentación y posición del feto en el útero, por el Dr. Henri Vignes.**—La actitud del feto en el útero es la flexión y al final de la gestación está apelonado sobre sí mismo, formando un ovoide regular, ocupando el menor espacio posible y sin que presente ninguna aspereza que pueda irritar al útero y determinar su contractura. Esta actitud se debe, sin duda, á la resistencia que opone el útero al crecimiento del feto, pero no todos lo admiten así, afirmando que esta actitud es la que corresponde mejor al estado de los huesos y articulaciones, así como al desarrollo y á la innervación de la musculatura. El ovoide fetal está orientado de tal manera, que su eje mayor, que va desde el vértice al coxis, coincide con el eje mayor uterino, que va desde el fondo de este órgano al orificio del cuello. Esta coincidencia de ejes es una manifestación de lo que se ha llamado ley de la acomodación, ley formulada por Pajot, en estos términos: «Cuando un cuerpo sólido está contenido en otro, si el continente presenta alternativas de movimiento y de reposo; si las superficies son resbaladizas y poco angulosas, el contenido tenderá sin cesar á acomodarse su forma y sus dimensiones á la forma y á la capacidad del continente.» Para Pinard, las causas de la presentación de vértice son todas materiales, físicas y bajo la dependencia de numerosos factores cuya resultante es la acomodación. Estos factores se disocian por el mismo Pinard en *causas pasivas*: forma del útero y del feto; superficies resbaladizas; presencia del líquido amniótico; paralelismo entre el desarrollo del feto y del útero; con-

formación de la excavación pelviana. *Causas activas*: movimientos activos del feto; tonicidad y contracción del músculo uterino durante la gestación; tonicidad y contracción de los músculos de la pared abdominal. En cuanto á la presentación, la extremidad del ovoide fetal, que está en relación con el orificio del parto, es generalmente la extremidad cefálica, como se desprende claramente de las estadísticas.

Para la mayor parte de los autores, la presentación cefálica es la más frecuente, porque el útero se acomoda mejor al feto, alojando su gruesa extremidad pelviana en el fondo, que es lo más espacioso. Es muy probable que las leyes de la gravedad intervengan para atraer hacia abajo la cabeza del feto; el peso específico de la cabeza, se ha dicho que sería un poco más elevado que el peso específico del feto en su totalidad, y esto explicaría la frecuencia de las presentaciones cefálicas. Griffith ha dado la siguiente ley: la mayor frecuencia de las presentaciones cefálicas sería debida á que el centro de equilibrio está más cerca de la extremidad pelviana, que lo está el centro de gravedad. Griffith ha comparado el problema de la actitud del feto en el líquido amniótico al problema de la estabilidad de los barcos en el agua.

Para esto, se considera la relación entre el centro de gravedad y el centro de equilibrio. El centro de gravedad es el punto por el que pasa la fuerza que tiende á hundirle, cualquiera que sea la posición del barco. El centro de equilibrio (ó metacentro) es el punto por el que pasa el empuje del líquido, cualquiera que sea la posición. Este punto corresponde al centro de gravedad del líquido desplazado por la parte sumergida del barco. Para que éste esté en equilibrio, el metacentro debe estar verticalmente por cima del centro. Griffith ha calculado por medio de métodos mecánicos apropiados, el centro de gravedad y el metacentro; el primero, en el octavo y noveno mes está más cerca del coxis que de la cabeza. El segundo, está 5 milímetros más cerca del coxis que el centro. Existe, pues, la tendencia á que la extremidad pelviana esté por cima de la línea de flotación.

Posiciones y variedades de la presentación de vértice: la espalda del feto está alojada á la derecha ó á la izquierda, que son las dos posiciones de la presentación de vértice. La gran superficie dorsal, necesita un apoyo estable sobre las paredes útero-abdominales. Este apoyo no puede existir sobre la línea media, donde hace prominencia la columna lumbar. La posición izquierda es más frecuente que la derecha, lo que sería debido á la frecuencia de la dextrotorsión uterina. Según que la espalda mire hacia adelante, hacia un lado ó hacia atrás, se describen variedades anteriores, transversas ó izquierdas de la posición, que pueden estar condicionadas por la prominencia de la columna lumbar, por la torsión uterina, por el sitio de la inserción placentaria y por la actitud de la madre.

Las anomalías de los factores que determinan la presentación del feto, explican las presentaciones anormales: 1.º Una cabeza anormalmente ligera y voluminosa, como sucede en la hidrocefalia, es una causa frecuente de la presentación de pelvis; 2.º Un exceso de líquido amniótico impide á la contracción uterina ejercer su acción sobre el feto é imprimirle una actitud y una orientación normales; 3.º Lo mismo sucede con un útero flojo é hipotónico; 4.º Una anterversión uterina, por debilitación de la pared abdominal ó por cualquiera otra causa, dificulta el encaje de la presentación; 5.º Un feto macerado (especie de esponja que se deja oprimir en todos los sentidos) (Queirel), se presenta fácilmente de modo anormal; 6.º Un útero deformado, con desarrollo transversal, favorece las presentaciones transversales; 7.º Una inserción baja de la placenta, una deformación uterina por tumor, son causas frecuentes de presentaciones

viciosas. (*Le Progrès Medical*, núm. 33, 19 de Agosto de 1922.)
—LUENGO.

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Permeabilidad y poder de absorción de las paredes articulares en el estado patológico, por S. Draganescu y Mme. A. Lissievici-Draganescu.**—Esta cuestión ha sido poco estudiada y tiene importancia, porque en las enfermedades de las articulaciones, la penetración de un medicamento en la articulación después de su administración *per os*, etc., es necesaria en la mayor parte de los casos, lo mismo que es útil conocer cómo se hace la eliminación de las sustancias inyectadas en la cavidad articular. Los autores han investigado la permeabilidad de fuera á dentro para el salicilato de sosa, el yoduro potásico, el azul de metileno y el neosalvarsán, examinando el líquido articular, una, cuatro, siete, á veces veinticuatro horas después de la inyección intravenosa, ó la simple ingestión y examinando también la orina. En un caso de hidrartrosis doble de las rodillas (reumatismo crónico), un caso de artritis aguda gonocócica y en dos casos de artropatías tabéticas recientes, los autores han encontrado siempre el medicamento administrado. Pero en cuatro casos de artropatías tabéticas antiguas, no pudo demostrarse su presencia, á pesar de eliminarse bien por la orina. Los autores lo atribuyen á la transformación calcárea y fibrosa que experimentan las paredes articulares, transformación que progresa con el tiempo y que sin duda provoca un gran trastorno en la permeabilidad articular. La ausencia de azul de metileno en el líquido intraarticular no basta para negar la permeabilidad de la sinovial á esta sustancia, porque se sabe que se destruye esta sustancia en algunos puntos del organismo, y eliminada con demasiada rapidez al nivel del hígado y del riñón. Pero para el neosalvarsán, suponen los Draganescu que es posible que el tamaño grande de su molécula sea la causa que le impida penetrar en la cavidad articular, como lo creía Achard para las meninges respecto á las sustancias proteicas. El hecho de la existencia de una impermeabilidad articular para ciertas sustancias, debe conducir á emplear en más escala la vía intraarticular, desde el punto de vista terapéutico, porque de esta manera se puede hacer obrar sustancias activas sobre una superficie, donde á causa del trastorno de la permeabilidad, no sería ello posible de otro modo. El poder de absorción de las paredes articulares, ó sea, la permeabilidad de dentro á fuera, ha sido investigado por los autores para las mismas sustancias, inyectándolas en la cavidad articular y examinando más tarde las orinas. En todos los casos, la eliminación urinaria comenzaba de media á una hora después de la inyección y comparada con la ocurrida después de una inyección subcutánea de la misma sustancia, el ritmo eliminatorio era más irregular para la inyección intraarticular, pero duraba el mismo tiempo en ambos casos. El neosalvarsán se retiene más tiempo en el interior de la articulación que las demás sustancias, lo cual parece demostrar que existe una barrera mayor en la superficie articular para ella que para las otras. Pero en general, las paredes articulares tienen un poder de absorción bastante pronunciado en todos los casos. La interpretación de estos resultados que parecen en contradicción con los trastornos de la permeabilidad de fuera á dentro, sólo es posible por el hecho de una modificación de las paredes, provocada por sustancias que han obrado directamente á concentraciones mucho más elevadas que en la masa sanguínea. Se pueden relacionar estos hechos con lo que se observa en las pleuresías cancerosas, donde existe igualmente un poder

absorbente normal ó exagerado y una permeabilidad de fuera á dentro disminuída. (*Presse Medical*, núm. 69, 30 de Agosto de 1922.)—LUENGO.

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Éxito del sulfarsenol en un caso de hidrocefalia.**—El Dr. Raúl Ortega Belgrano publica la siguiente é interesante nota clínica:

E. L., de diez meses de edad.

Padre sano, madre sana en apariencia; al interrogarla nos confiesa que sufre de mareos y dolores articulares; no ha tenido abortos.

Este niño es hijo único; nació á los ocho meses de la gestación; se desarrolló, al parecer, normalmente en los cinco primeros meses, mas en el sexto empezó á perder peso y al mismo tiempo la cabeza comenzó á aumentar de volumen.

En el primer mes tomó sólo el pecho, y en los siguientes leche de vaca mezclada con cocimiento de cereales.

El 4 de Marzo del corriente año, fecha en que le veo por vez primera, pesa sólo 5 kilos 450 gramos, vestido. Llamaban la atención el gran volumen de la cabeza, el desarrollo de la red venosa craneana, la exagerada tensión de la fontanela y el estado de profunda demacración. El niño reposa inerte sobre la mesa de examen; su mirada es fija y sin expresión; en nuestra presencia tiene un vómito netamente de origen cerebral.

Vómitos como éste tiene varios en el día.

Sufre de constipación seguida, á veces, de períodos de diarrea; duerme mal; no pronuncia una palabra; tiene frecuentes crisis de llanto, las que son difíciles de calmar.

Los padres han consultado varios médicos y se le han hecho fricciones mercuriales sin ningún resultado; toma actualmente unas gotas sobre cuya composición no pueden ilustrarme.

Sin practicar la reacción de Wassermann comienzo de inmediato el tratamiento con el sulfarsenol, dando una inyección intramuscular de 0,01 gramo en agua destilada; á los tres días doy otra de 0,02 gramos; sigo dando cada cuatro á cinco días 0,02 hasta un total de 11 inyecciones, las que son perfectamente toleradas en todo sentido.

Prescribo, además, 0,01 gramo de calomelanos diario, por vía bucal y más ó menos la misma alimentación anterior.

La mejoría se inicia á partir de la tercera inyección y se acentúa en forma que no vacilo en llamar sorprendente. A fines de Mayo pesa el niño 8 kilos 800 gramos; es viva la expresión de su semblante; tiene la piel bien coloreada; la circunferencia occipitofrontal ha disminuído 2 centímetros; asoman los incisivos en ambos maxilares; duerme bien y empieza á articular algunas palabras.

Pasado un mes de descanso me dispongo á comenzar una nueva serie de inyecciones.

Este caso nos recuerda la reciente afirmación de Loredde y Drouet en la Sociedad de Dermatología y Sifiliografía de París, quienes dicen que en Francia, sobre 100 niños hereditarios, no hay casi uno que sea tratado debidamente. Los mismos autores aplauden á M. Pinard y P. Giraud por preconizar las inyecciones de sulfarsenol, en los niños.

Por nuestra parte nos consideramos satisfechos si con la publicación de este caso contribuimos á mejorar la triste suerte de algún hidrocefalo. (*La Prensa Médica Argentina*, 26 de Junio de 1922.)

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.

Discusión comenzada.—Sigue el pleito de los estudiantes.—Los Tribunales de Oposición.

Reanudadas las tareas parlamentarias y cumpliendo el actual Gobierno su palabra de acudir á la representación nacional con una puntualidad á que no nos tienen acostumbrados nuestros gobernantes, han comenzado en el Congreso las lides, y en el Senado las plácidas discusiones. Dejando á un lado aquéllas, que si como á españoles nos interesan, como á médicos no nos incumben y como á políticos nos hastían, diremos algunas palabras acerca del curso que lleva el debate de la ley de Profilaxia, que parece que muestra empeño el Gobierno en sacar triunfante, aunque nosotros lo dudamos mucho, pues más que la voluntad y el convencimiento del Poder ejecutivo y de un grupo mermaado de senadores médicos, pueden la inerte indiferencia de la generalidad de los senadores, como en último caso podrá el mismo obstáculo oponerse á su aprobación en el Congreso.

Es verdaderamente original y extraño lo que en este asunto acontece: no hay un solo senador, no hay un solo diputado, que en sus conversaciones particulares no afirme incondicionalmente que es un *convencido* de la necesidad de abordar la tarea de las reformas legislativas sanitarias; pocos, muy pocos de ellos (quizas no lleguen á media docena) se muestran desafectos á la actual reforma y, sin embargo, el salón de sesiones permanece casi vacío mientras la ley sanitaria se discute; los oradores predicán en un desolador desierto, mientras que en los pasillos, en el buffet, en el salón de conferencias y en la biblioteca se habla y se comenta todo, hasta el estado del tiempo, pasando por el suplicatorio de Berenguer, por el expediente instruido por Picasso, de la destitución de Millán de Priego, de la conducta de las autoridades universitarias y de los tenores que actuarán en la próxima temporada en el Regio Coliseo.

El fenómeno es verdaderamente desconsolador y deprimente y provocaría á una abstención despectiva á todos los que no tuvieran por hábito de su vida toda y por impulso de su conciencia convencida, la idea de que, para lo que les resta que vivir, no vale la pena de una deserción que manche toda una historia que han procurado que fuese limpia, con secuencia y perseverante. En realidad, no se les debe

á estos tales agradecer mucho su casi póstumo sacrificio; es muy posible que en él influya, más que la abnegación, la propia vanagloria de poder decir que han dedicado toda su vida á un mismo ideal sin vacilaciones ni desmayos.

Pero vamos á cuentas: de los senadores médicos no han intervenido hasta ahora en la discusión más que el director general de Sanidad, Sr. Martín Salazar, quien, aunque se basta y sobra, no para la oposición que se le presenta, sino para mayores y más serios empeños, pensamos que no vería con disgusto que ciertos elementos profesionales demostraban públicamente su celo y su calor en pro de un proyecto que todos encuentran, si no perfecto, muy aceptable.

Posible es que este mutismo de los médicos obedezca, como ellos dicen, á suponer que los que habitualmente se ocupan en estos asuntos son elementos más que suficientes para sacar á flote lo que es un general anhelo, es decir, la reforma sanitaria, cualesquiera que sean las modificaciones que en ella puedan y deban introducir.

Como es natural, parte de estos elementos, estúpidamente acusados del *nefando delito* de encontrarse siempre en la brecha de la defensa sanitaria, guardan una temporal abstención, convencidos por otra parte de que no se trata ya de discutir acerca de lo que es un general acuerdo, sino de abreviar las discusiones y llegar á obtener una votación definitiva, si á ello no se opone alguna desinteresada ó *ingeniosa* lectura del *Quijote* ó de otros de nuestros libros clásicos.

La oposición al proyecto parece hasta ahora personalizada por el senador por Salamanca Sr. Sánchez, ligado por respetables vínculos con personas, que creemos que se hallan equivocadas al procurar un mal servicio á los que ellos creen defender sin que hasta ahora hayan aparecido los fundamentos que para ello tengan.

También el Sr. Burgos y Mazo hizo mesuradas y sensatas observaciones á la totalidad del proyecto, que no diferenciando muy poco del por él presentado cuando fué ministro de la Gobernación, dió la sensación de muy natural deseo de que se tuviesen en cuenta sus anteriores y estimables trabajos.

En la sesión del miércoles 22 quedó aprobada la totalidad sin que nos expliquemos el por qué no se entró en el articulado, quedando más de dos horas disponibles de sesión, á no ser que el señor presi-

dente de la Cámara se empeñe en darnos la razón en nuestra personal creencia de que el primer enemigo de los pocos con que cuenta el proyecto, es su excelencia.

Del pleito de los estudiantes nada decimos, sino que sigue en el mismo estado que en la semana anterior, y como entonces dijimos lo bastante, no recalamos nuestros juicios para no poder ser tachados de alentar las manifestaciones de protesta, ni siquiera cuando las creemos justificadas. No nos faltarán ni ocasión ni espacio para escribir todo lo que sobre el asunto se nos ocurre; pero esto debemos hacerlo cuando las pasiones se hayan aquietado, pues tenemos aprendido que la verdad es ave que no gusta de anidar en los árboles que arden en llamas.

No faltan periódicos que, de cuando en cuando, sin meterse á estudiar los antecedentes de las cosas en que se ocupan, la emprenden con lo que tienen más inmediato y más fácil á descubrir por su habitual miopia y así, por ejemplo, lanzan unas veces insinuaciones deleznales por infundadas, y otras, acusaciones acerbos y casi calumniosas contra los presidentes de Tribunales que no reúnen los de oposición para que han sido designados. A consecuencia de una de estas tan injustificadas como estólicas campañas, un íntimo amigo de Decio Carlan que en el transcurso de varios años se ha visto con tres Tribunales acumulados por no poder reunirlos, se presentó al señor ministro de Instrucción Pública (séptimo ú octavo señor á quien con igual objeto visitaba), para presentarle la renuncia de sus inútiles presidencias. El Sr. Montejo se negó como sus siete antecesores á admitir una renuncia que no estribaba en culpa alguna por parte del presunto presidente, y convino con éste en hacer una última tentativa de reunión de los tales Tribunales. De acuerdo con este propósito se escribieron las quince cartas, correspondientes á otros tantos señores catedráticos que por serlo tienen *el deber* de acudir á los Tribunales de que forman parte, y, con efecto, nuestro amigo ha tenido que volver á participar al señor ministro que de las quince cartas escritas á los vocales en propiedad, con pocas otras menos á los sustitutos, *sólo ha recibido tres* de aquiescencia para constituir un Tribunal.

Y esto sucede en un Profesorado que habla de autonomía universitaria, de entusiasmo por la enseñanza, de abnegación, de sacrificio, de espíritu docente, de tantas otras palabras sonoras que, al ser traducidas en hechos, siempre resultan ahogadas por las voces de la propia conveniencia.

Y entretanto tiene el Sr. Montejo un proyecto redactado por una Comisión técnica y competente, que se tomó un trabajo inútil, sin tener obligaciones de ella más que la que constituía su patriótico celo por la mejora de la enseñanza y la cortesía del ministro que la nombró; pero sin duda no contaba este último con el trabajo que había de costarle á sus sucesores leer y enterarse de un proyecto que no les pertenecía personalmente.

DECIO CARLAN

ASAMBLEA NACIONAL SOBRE SEGURO DE ENFERMEDAD, INVALIDEZ Y MATERNIDAD

REUNIÓN MÉDICA PREVIA

De verdadero acontecimiento médico nacional puede calificarse sin ambages ni rodeos, el acto celebrado hoy en Barcelona, en el domicilio social del Sindicato Médico de Cataluña.

De todas partes de España han venido médicos con representación oficial de entidades y Colegios Médicos, para asistir á la Asamblea Nacional que sobre el Seguro de enfermedad, invalidez y maternidad se inaugura mañana en esta hermosa ciudad.

No podemos citar nombres, por el número excesivo de compañeros que bajo la presidencia de la Junta directiva del Sindicato Médico Catalán nos hemos reunido, pero bastará decir, para reflejar la importancia tan grande de este acto, no sólo para los médicos todos españoles, sino también para España entera, puesto que se ha de ventilar un asunto de interés para toda la Nación, que nos hemos congregado aquí representaciones oficiales médicas de la región catalana, con sus representantes del Sindicato Médico y del Colegio oficial de todas las provincias catalanas de la región central; con la representación oficial del Sindicato Médico de Madrid y con la representación de los Colegios Médicos de Madrid y Guadalajara; de la región leonesa, con representación de los Colegios de Valladolid, Palencia y León; de la andaluza, con médicos representantes de los Colegios de Málaga, Sevilla, Granada, Cádiz y Córdoba; de la gallega, con la representación de Coruña y Lugo; de la extremeña, con Cáceres y Badajoz; de la levantina, con médicos de Valencia; la aragonesa, con el presidente del Colegio Médico de Zaragoza, y, por fin, de Navarra y Vizcaya, con también los presidentes de los Colegios Médicos respectivos. Asiste también en representación de la Junta de Patronato el Dr. Almarza, y por último como presidente de la Federación de Colegios Médicos de España, Dr. Sanchiz Bergon.

¿Podrá dudarse un momento ahora, que el día de hoy y ante un problema de tal transcendencia para la clase médica española como es el proyecto nacional de un seguro sobre la enfermedad, sea de interés vital para los médicos españoles todos?

Hay emoción y ansiedad en todos los sectores del local que nos cobija, y el presidente del Sindicato Médico de Cataluña abre la sesión para saludarnos, en



primer término, y explicar el objeto de esta reunión previa que no es otro sino afianzar más, si cabe, en el ánimo de todos, la importancia que la Asamblea que mañana se ha de inaugurar tiene para la clase, pedir que todos expongan su opinión y rogar el formar, con unas conclusiones que todos hemos de votar, la formación de un frente único que represente el sentir general de todos los médicos españoles.

Sería interminable esta pequeña crónica si yo fuese á explicar aquí las opiniones todas emitidas; baste también, pues, con decir que todos ó casi todos expusimos nuestra manera de pensar, leyéndose las ponencias de todos y explicando otros de palabra su opinión. Puede decirse que, salvo detalles, en general, coincidíamos, destacándose únicamente en diferencia grande de pensar, la región leonesa, la cual defendió con calor, que el Cuerpo médico español no estaba preparado para la implantación del Seguro de enfermedad y que se imponía, por tanto, el aplazamiento de éste.

Después de amplias discusiones é intercambios de ideas en una segunda reunión (esto dará idea de la exposición tan detallada de los hechos, de lo minucioso de la discusión), que á petición del Colegio de Barcelona se celebró á las diez de la noche, se llegaron á votar por unanimidad las siguientes conclusiones:

«Los médicos españoles creen que pueden ser bases fundamentales de sus ponencias:

Primero. Conveniencia y necesidad de una intensa y meditada labor preparatoria para estudiar y divulgar lo que es el Seguro y sus ventajas sociales.

Segundo. Que en el caso de que se juzgase urgente é inaplazable, se condicione en la siguiente forma:

A Implantación del seguro con carácter obligatorio á las clases necesitadas, ó al menos si no hay limitación, que sea voluntario para las clases pudientes, pero con primas proporcionales á su posición social.

B Libertad absoluta y total en la elección de médicos.

C Que el auxilio al asegurado sea exclusivamente en metálico.

D Que los Colegios de Médicos tengan una intervención directa y definitiva sobre los distintos aspectos que con el seguro se relaciona.

Y tercero. Que de no aprobarse todas estas conclusiones, la clase médica se retirará de la Asamblea y se negará á la implantación del seguro.»

Como se ve, esto no es más que la médula, pudiéramos decir, los principios fundamentales, sobre los cuales hemos después de estudiar, detallar y exponer, que constituyen un frente único, un único sentir de la clase médica española (¡Ya era hora!) y ahora veremos lo que pasa dentro de unas horas en la primer reunión que la Asamblea Nacional sobre seguro de enfermedad, invalidez y maternidad celebrará mañana lunes, á las cuatro de la tarde.

DR. BARRIO DE MEDINA

Barcelona, 19 de Octubre de 1922.

Sindicato Médico de Madrid y su provincia

Y

Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid (1)

EL CRITERIO PROFESIONAL DE ESTAS DOS ENTIDADES
SOBRE EL SEGURO DE ENFERMEDAD

Comunicación que el Sindicato Médico de Madrid y su provincia y el Comité de Delegados de Sociedades de Madrid, presenta á la Conferencia Nacional de Barcelona, fijando el criterio profesional sobre los seguros de enfermedad, invalidez y maternidad.

III

CÓMO SE DEBEN IMPLANTAR LOS SEGUROS
DE ENFERMEDAD, INVALIDEZ Y MATERNIDAD

El establecimiento de estos seguros sociales plantea una serie de problemas, de carácter económico unos, de aspecto sanitario otros. La resolución de los mismos es harto dificultosa, por lo que es de absoluta necesidad la aportación de la mayor suma de opiniones. Y así como sería absurdo desdeñar, para establecer las bases económicas de la Ley, la experiencia de Mutualidades y Montepíos, igualmente absurdo sería desestimar la opinión del médico, ya que éste ha de ser indiscutiblemente el alma del seguro. Aprobar unas conclusiones que sirvan de base á uno ó varios proyectos de Ley, sin tener en cuenta el criterio de los que han de prestar sus servicios profesionales al asegurado, equivaldría tal vez á que los médicos consideraran impracticable la Ley, de la que podría decirse entonces estaba muerta antes de nacer.

Con la brevedad y concisión que el Reglamento de esta conferencia reclama, vamos á exponer el criterio que á la clase médica le merecen aquellos aspectos de los seguros sociales que más especialmente les atañen.

Y el primer problema que se presenta á nuestra consideración es el determinar

QUIÉNES DEBEN ASEGURARSE

A nadie extrañará que este aspecto del seguro de enfermedad preocupe hondamente á la clase médica, porque la implantación de la Ley forzosamente llevará consigo una disminución considerable en los ingresos proporcionados al médico por el ejercicio libre de su profesión. Para aminorar en lo posible tales pérdidas, es preciso registrar, dentro de lo razonable, el número de los acogidos á los beneficios de la Ley. Desde luego es lógico admitir que el principal núcleo de asegurados esté constituido por aquellos á quienes en la actualidad alcanza el beneficio de leyes sociales en vigor (Ley de accidentes del trabajo, retiro, etc.). De querer extender los beneficios de la Ley á otras clases de Sociedades (empleados, pequeños patronos, etc.), es necesario señalar el límite de ingresos (sueldo, jornal ó renta) por debajo del cual daría derecho á usar el servicio facultativo de las cajas del seguro. Ante la imposibilidad de poder señalar *á priori* dicho límite, toda vez que el coste de la vida no es igual en todas las regiones, es

(1) Véase el número anterior.

asunto que debiera ser de la exclusiva competencia de las cajas provinciales. Adoptando el criterio de incluir en la Ley á otras clases que no sean las trabajadoras, en la acepción usual que se da a esta palabra, consideramos conveniente que se hicieran periódicas revisiones de los acogidos, á fin de privar de sus derechos á quienes pasasen del límite de ingresos convenidos.

Beneficios.—Los beneficios que obtengan los asegurados han de estar, como es natural, en proporción á la cantidad que se reúna por la aportación de las cuotas del asegurado, del patrono y del Estado. En cuanto al asegurado y por lo que á Madrid se refiere, podría exigírsele una cuota variable según el jornal, y que podría oscilar entre 3,50 y 5 pesetas mensuales, que es lo que viene satisfaciendo en las Sociedades benéficas. Las cuotas del patrono y del Estado habrían de ser en la cuantía necesaria para poder responder, además de los subsidios por enfermedad ó por invalidez, á todo cuanto exige un concienzudo y científico servicio médico-farmacéutico; servicio de medicina, de cirugía, de especialidades, laboratorios, sanatorios y casas de salud para tuberculosos, etc.

Elección del médico.—Por el momento los nombramientos de los médicos de la Caja de Seguro sería á base de un respeto absoluto á los actuales médicos de Sociedades, con derechos preferentes á otros, por su perfecto conocimiento de esas entidades y por sus intereses creados al amparo del ejercicio profesional en las mismas. De entre estos médicos, y con las restricciones que más adelante señalaremos, podría el asegurado elegir al que fuese de su confianza.

Implicando el seguro de enfermedad la formación de una mutualidad inmensa, creemos que el médico debiera ser no tan solo un empleado ó asalariado de la misma, sino que es necesario *forme parte del elemento directivo*, por medio de representantes legítimos y autorizados de la organización médica, legalmente constituida en cada provincia.

Teniendo intervención la clase médica en los organismos dirigentes de la Caja provincial, la prestación del servicio estaría perfectamente garantizada, y se evitarían injusticias y favoritismos en los nombramientos de los médicos.

Honorarios médicos.—Constituyendo el médico, como repetidamente venimos diciendo, uno de los factores indispensables que ha de intervenir en el seguro sobre enfermedad, invalidez y maternidad, punto es este de que atañe directamente á nuestros intereses y el cual ha de ser resuelto con arreglo á nuestra manera de pensar, dentro de los límites de benevolencia y concordia en que nos encontramos, para contribuir á que sea un hecho dicho proyecto; pero con objeto de que posteriormente no ocurran conflictos desagradables, como sucedió en Inglaterra á la implantación de sus seguros sociales, en que los médicos ingleses se comprometieron á no prestar sus servicios por no concederles en éstos una remuneración suficiente, es por lo que consideramos indispensable que se tenga muy en cuenta nuestra opinión respecto á los honorarios y forma de pago en que se ha de retribuir á la clase médica.

Ante todo, ¿por quién han de ser pagados? Por las Cajas del seguro. ¿Por cuál de ellas? Porque si se establecen las tres clases de local, provincial y central, dadas las condiciones pésimas en todos los conceptos de la vida rural, preferimos que se nos pague por la provincial. ¿Quién fijará las cantidades por honorarios médicos y cuáles han de ser dichos honorarios? Desde luego, las mismas Cajas en las que, como anteriormente hemos dicho, existirá una representación médica. Las Cajas tratarán directamente, no con el individuo médico, sino con el organismo médico colectivo (Colegio, Sindicato, Asociación, etc., etc.) de su provincia, ya que dichas cantidades forzosamente tienen que variar con arreglo á las circunstancias especiales de cada región, por lo que no es posible poder fijar de antemano, por ahora al menos, tipos de cantidades que puedan servir de modelo.

Lo que sí nos interesa y muy mucho aclarar y fijar, es la forma de pago, es decir: ¿ha de ser por un tanto alzado por asegurado ó por asistencias ó servicios? Hemos estudiado detenidamente las ventajas é inconvenientes de las dos formas, aplicadas ambas y vistas las opiniones de nuestros colegas extranjeros en los diversos países en que el seguro está implantado, prescindiendo de numerar aquí una y otra; dado el carácter práctico de esta Asamblea, hemos de participar resueltamente que en España preferimos y deseamos se nos conceda el sistema por asistencias ó servicios; bien entendido, que las asistencias se refieren á servicios sueltos ó visitas, pues desechamos en absoluto la práctica general á seguir en los accidentes de trabajo por Compañías aseguradoras, que abonan al médico un importe por cada asistencia global ó enfermedad, lo cual resulta absurdo y contraproducente para el asegurado, que no es bien atendido, y para el médico, que en la mayoría de los casos no sale bien pagado.

El sistema llamado Lyonés, que es el que se sigue en las mutualidades del Sur-Este de Francia, consideramos el más á propósito para su implantación, por el cual cada visita ó servicio de especialidad es pagado por medio de tickets que el asegurado recoge en su respectiva Caja, liquidando posteriormente el médico dichos tickets mensual ó trimestralmente. Si se eligiese este procedimiento, á su debido tiempo se adaptaría también en detalle todos los pormenores de él, que no expone-mos por economía de tiempo; pero si queremos únicamente salir al paso del inconveniente que á este sistema se le puede achacar por alguien, que es el llamado abuso de visitas, lo que se evita tanto por parte del médico como del asegurado, haciendo pagar á éste además de su cuota correspondiente, un tanto por ciento del servicio; medida que se hace también extensible en un tanto por ciento mayor á las visitas de noche, en días festivos, pequeñas operaciones, servicios de especialistas, etc., etc. Esta medida es el mejor freno de abusos y de visitas, único inconveniente de este sistema, eso que como caso curioso diremos que en el Sur-Este de Francia en diez y nueve años que llevan funcionando con este sistema las Mutualidades, tan sólo dos veces han tenido que reunirse Comisiones mixtas (que existen

para resolver cuantos conflictos se presenten), para tratar y resolver dos casos por abusos de visitas.

Para terminar y partiendo de la base de que el criterio de los médicos del Sindicato de Madrid y del Comité de Delegados de Médicos de Sociedades es el de que se nos conceda el pago de nuestros honorarios por visitas ó servicios sueltos; teniendo en cuenta las dificultades que para la implantación de este sistema, desde el principio, pueden ocurrir, anuncian por el deseo de que por su parte no haya dificultades para la implantación de estos seguros que tanto beneficiarían á la humanidad, y siempre que sea *provisionalmente y con carácter interino*, no tendrían inconveniente en aceptar un tanto alzado por cada asegurado, siempre y cuando que dicho tanto alzado sea lo suficientemente remunerador que satisfaga completamente á la clase médica.

IV

CÓMO PUEDE ORGANIZARSE EN MADRID EL SERVICIO MÉDICO POR EL SEGURO DE ENFERMEDAD

La asistencia médica á los asegurados durante sus enfermedades se prestará en su domicilio, en los consultorios y en las casas de salud, sanatorios, etc., y esta asistencia debe ser realizada por los médicos generales, cirujanos y especialistas que se determinen según las necesidades que impone la ciencia moderna.

El servicio del médico general domiciliario, aun presidiendo como en todos el principio de libertad absoluta del asegurado para elegir el médico de su agrado, debe reglamentarse de suerte que la prestación del servicio sea factible de un modo regular. A este efecto, para evitar que un médico tenga que realizar la visita de asegurados habitantes en calles muy distantes entre sí, invirtiendo en el recorrido mucho tiempo con grave perjuicio de la asistencia, se hace necesario dividir el perímetro de Madrid en zonas bien determinadas, adscritas á las cuales estarán el número necesario de médicos, entre los cuales podrán elegir los asegurados habitantes en la zona marcada.

Estos médicos estarán encargados de realizar las visitas domiciliarias á los asegurados enfermos que no puedan abandonar su domicilio, teniendo á su cargo las consultas de aquellos otros que su estado les permita salir de casa.

Para facilitar el servicio de consulta y avisos, como también la organización administrativa de la entidad aseguradora, se instalarán los necesarios locales ó consultorios distribuidos estratégicamente.

En estos consultorios se instalarán:

- A Las salas de consulta en la proporción precisa al número de médicos adscritos al consultorio.
- B Salas de curación para enfermos quirúrgicos.
- C Salas de reconocimiento y curación para distintas enfermedades.
- D Sala de espera para los enfermos.
- E Sala despacho de los médicos de guardia.
- F Dependencia auxiliar para recibir y transmitir los avisos remitidos por los asegurados enfermos á los médicos que correspondan.

G Oficinas administrativas auxiliares de la Central.

Los avisos de asistencia médica los remitirán los asegurados á los consultorios correspondientes. Los avisos de urgencia serán asistidos por los médicos de guardia.

Las asistencias y consultas de cirugía y especialidades serán prestadas por los especialistas adscritos á cada consultorio.

Para los efectos administrativos del seguro, habrá en Madrid una oficina central que tendrá á su cargo el fichero general de asegurados, con todos los antecedentes, y las oficinas auxiliares de zona que llevarán el fichero local duplicado del central y estarán encargadas de transmitir los cambios de los asegurados, médicos generales y especialistas por ellos elegidos, farmacias, etcétera, así como la situación financiera de cada uno, etcétera, etc.

Como resumen de todo lo anteriormente expuesto, el Sindicato Médico de Madrid y su provincia y el Comité de Delegados de Sociedades de Madrid, entidades ambas que representan á más de 600 médicos, establecen las siguientes

CONCLUSIONES

Primera. El Sindicato de Médicos de Madrid y su provincia y el Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid, admiten la conveniencia de la implantación en España de los seguros de enfermedad, invalidez y maternidad.

Segunda. Deben utilizarse como órganos de los seguros sociales, las distintas instituciones de seguro de enfermedad, mutualidad y maternidad, creadas ó que se creen con funciones aseguradoras, reglamentándolas para garantizar su vida y proteger debidamente á los acogidos, excluyendo todas las Sociedades que tengan un fin lucrativo y que no estén sometidas á la dirección de sus socios.

Tercera. Los seguros de enfermedad, invalidez y maternidad se implantarán paulatinamente, y las cuotas y derechos variarán según las circunstancias de cada localidad. Estas circunstancias serán determinadas por los organismos que rijan cada caja provincial, organismos en los cuales tendrán intervención las entidades médicas legalmente constituidas.

Cuarta. Los honorarios del médico se abonarán por visitas ó servicios sueltos, y cuya cuantía, que variará según las localidades, estará determinada por un contrato colectivo de trabajo firmado entre los organismos médicos y las cajas provinciales.

Quinta. Los médicos que al promulgarse la ley presten sus servicios en las sociedades llamadas benéficas tendrán el derecho á ser incluidos en las listas de médicos de seguro, reservando al enfermo la libertad de elegir al médico de su confianza, y al médico la aceptación del servicio que se le solicita.

LA SANIDAD Y LOS SEGUROS SOCIALES ⁽¹⁾

Y esta inversión de valores humanos, por llamarlos así, obedece á un estado de conciencia social equivocado é incivil, que es preciso rectificar á toda costa. Aquí no existe claramente definido entre los legisladores el concepto jurídico del derecho y del delito sanitarios con aquella clarividencia, por ejemplo, que se comprende el derecho de propiedad y la pena que debe sufrir el que se apodera de lo ajeno. La razón de este raro fenómeno es que así como el derecho de propiedad, comprendiendo en él no sólo la posesión de las cosas, sino el valor del trabajo del hombre, ha llegado á penetrar en el cerebro de la gentes en el transcurso de los siglos hasta el punto de formar en el pensamiento colectivo un concepto abstracto ó metafísico perfectamente estable y fuerte, que clama cada vez más por tomar forma persistente en la realidad, hasta el punto de que hasta hace poco, el total movimiento socialista parecía concretarse á obtener el mayor producto material del esfuerzo humano considerado como la más sagrada propiedad del individuo; en cambio, el derecho á la salud y la vida, que es en orden jerárquico el primer derecho natural, y que socialmente ha nacido del hecho de que la enfermedad y la muerte es un fenómeno muchas veces evitable por la intervención impositiva del Estado sobre el individuo, es un concepto nuevo, de fecha relativamente reciente, y del cual la mayor parte de los individuos no tienen idea objetiva, clara é intensa, y mucho menos categoría de abstracción metafísica como la que poseen de otros derechos tradicionales ó históricos. Así se explica que en países como el nuestro se tolere sin protesta, por ejemplo, que un enfermo ó convaleciente de viruela salga libremente á la calle, repartiendo por doquiera los gérmenes sembradores de la enfermedad y la muerte, y que los ciudadanos libres no cumplan lo que dispone la ley sobre vacunación obligatoria, convirtiéndose ellos mismos en terreno abonado para continuar fomentando las eternas vergonzosas epidemias de viruela; y todo esto á ciencia y conciencia de un pueblo y de un Estado que no tienen concepto claro, firme y vigoroso del derecho ni del delito sanitarios, en punto á una enfermedad que ha desaparecido ya de los países más civilizados, con solo el serio cumplimiento de la ley de la vacunación obligatoria; pero cuya ley no basta que esté escrita en los Códigos del país, sino incorporada á la conciencia jurídica de los ciudadanos y de las autoridades sanitarias, que es lo que precisamente falta, por desgracia, en nuestra Nación.

El único modo de alcanzar que estas ideas penetren en el cerebro de las colectividades hasta llegar á crear en ellas las raíces que exigen su realización en la vida, es por medio de la propaganda y vulgarización de las verdades sanitarias, haciendo que todo conocimiento que se relacione con la conservación de la salud de los individuos y de los pueblos sea enseñado en todas for-

mas y por todas partes, singularmente en las escuelas primarias, donde la higiene debiera ser enseñada con el mismo fervor con que lo son, por ejemplo, las ideas religiosas, ya que la higiene para el hombre debiera ser considerada como la religión del cuerpo, de la misma manera que la religión, propiamente dicha, no es otra cosa que la higiene del alma.

En esa propaganda popular convendrá exaltar la idea de la salud, considerándola como la principal fuente de felicidad del hombre, y enseñar bien á las muchedumbres que de la sensación de bienestar interior que produce la función sana del cuerpo, surge la alegría del vivir y los goces más delicados del espíritu; que ni riquezas, ni honores, ni esperanzas, ni falsas ilusiones son comparables á la satisfacción íntima permanente á que da lugar el equilibrio perfecto de nuestras funciones; y que toda la poesía de la vida nace de la espiritualización de sensaciones orgánicas sanas, que al llegar á las más altas regiones cerebrales, se convierten en formas de idealidad, á veces inefables, del espíritu.

A la vez hay que enseñar y propagar el principio jurídico del derecho sanitario, haciendo entender que el primer derecho natural del hombre es el derecho á la conservación de la salud y de la vida, y que de ese derecho nace el deber de los ciudadanos de respetar la salud de los demás, y el legítimo imperio de la ley de hacer cumplir las prescripciones sanitarias y de castigar como cualquiera otro delito, y acaso con mayor razón que otros, las infracciones cometidas contra el código de la salud. En materia sanitaria, como en todas las demás, el derecho del individuo está limitado por el derecho de los otros, y la libertad individual tiene su limitación en el beneficio del conjunto social.

Como término y resumen de todo lo expuesto hasta aquí, diré que el ideal de la redención sanitaria de un país cualquiera es una obra de cultura general, por un lado, y de resolución del problema económico del proletariado, por otro.

La obra cultural sanitaria, en mi juicio, debe comenzar en la escuela normal y seguir inmediatamente en la escuela primaria. No se comprende, sino por cierta inversión absurda de los valores de las cosas, que se enseñe á los niños en la escuela una porción de materias de dudosa utilidad práctica en la vida, y que no se les haga siquiera mención de los medios más sencillos para preservarse de las enfermedades, y para conservar y robustecer su vida misma; cuando estas nociones son precisamente las que podrían rendirles mayores beneficios durante toda su existencia, así para ellos mismos como para sus familias.

En esta enseñanza de la higiene en las escuelas hay un punto principal que trasciende enormemente sobre la mortalidad infantil, y que se refiere á la enseñanza de la mujer. Por falta de enseñanza de las más elementales nociones de maternología y puericultura, la mujer española carece del conocimiento necesario para defender al fruto de sus entrañas de las causas más comunes de enfermedad y de muerte que rodean al niño desde que nace, y esto explica que nuestra mortalidad

(1) Véase el número anterior.

infantil alcance una cifra superior á la de otros países. En la última estadística publicada por el Ministerio de la Gobernación, el número de niños muertos en los cinco primeros años de la vida, durante el año 1909, ascendió á más de 200.000; cifra exorbitante y extraña, que malogra y neutraliza el valor económico de la raza en cuanto á su gran natalidad, y que contribuye á la decadencia de España por defecto de población, y todo ello, en gran parte, debido á la ignorancia y al desamparo de la mujer por falta de instrucción.

El otro aspecto de la redención sanitaria de un país es el de la resolución del problema económico de las clases necesitadas por medio del seguro social. La Sanidad y la Beneficencia clásicas, marchando separadamente, y hasta llegando á los más altos grados de perfección, se han declarado incapaces de resolver en toda su amplitud el problema integral de la salud y del bienestar de las clases humildes; y con este motivo ha aparecido un nuevo instrumento social que ha hecho sus pruebas prácticas con gran éxito en países tan civilizados como Alemania, Austria é Inglaterra. Este instrumento es el seguro social obligatorio. No se trata de una hipótesis, de una mera teoría, de una de esas muchas entelequias imaginativas soñadas por los apóstoles del socialismo: se trata de una realidad consagrada por la experiencia, de un hecho puesto en práctica con ventaja por esas naciones privilegiadas, y que debe constituir el ideal á que dirijan sus esfuerzos todos los demás países. Ahora bien; el grado de aplicación de los principios del seguro obligatorio á cada nación depende del estado de cultura popular de su conciencia social, de la riqueza pública, y, sobre todo, de los hábitos de organización colectiva que tengan las clases trabajadoras. Por eso, en los primeros pasos que se den en España para implanta el seguro obligatorio hay que tener muy en cuenta y estudiar profundamente el grado de capacidad societaria de nuestro pueblo.

En lo que se refiere al seguro de accidentes del trabajo, fundado por la ley de 1900, ya tenemos establecido entre nosotros el seguro casi obligatorio, con el cual el patrono cumple la obligación reparadora que le impone la ley. Por lo que respecta al seguro contra la vejez y la incapacidad absoluta para el trabajo, encomendado al Instituto de Previsión, el régimen aceptado hasta el presente es el llamado de libertad subsidiada, que se considera como una forma de transición entre el seguro libre y el seguro obligatorio; es decir, que es libre para los obreros y los patronos, pero forzoso para el Estado, ya que éste se halla obligado á bonificar las imposiciones voluntarias hechas por los primeros.

En cuanto á los demás seguros sociales, casi todos nos falta por hacer. El seguro obligatorio contra la enfermedad y el seguro maternal, que son los más relacionados con el progreso sanitario del país, se hallan en el más lamentable olvido.

Sea lo que fuere del porvenir de estas instituciones sociales en España, lo que para mi objeto más importa sentar aquí, es que sin la compenetración del Estado los patronos y los obreros en la obra común de hacer desaparecer la miseria y la indigencia entre las clases

asalariadas, no es posible alcanzar el ideal de la Sanidad pública en ningún país; que la Beneficencia clásica, por vejatoria y desacreditada, va poco á poco dejando el campo á las instituciones de seguros, más honrosas y previsoras; que éstas deben aspirar á formar con carácter obligatorio una federación nacional de cooperativas administradas por sí mismas y protegidas y fiscalizadas por el Estado; y, por último, que desde el punto de vista higiénicosocial, las reservas de las asociaciones mutualistas son el complemento indispensable del seguro social, porque proveen á las grandes obras públicas de carácter profiláctico, y permiten organizar por todo lo alto la lucha contra las enfermedades infecciosas que, como la tuberculosis, por ejemplo, más frecuentemente ocasionan la invalidez y la muerte prematura.

Y mientras tanto no llega el feliz momento de que se instituyan en nuestro país estas grandes y redentoras cosas del seguro social, seguiremos tristemente con la vieja rutina de nuestra Sanidad oficial, que si continúa con los mezquinos presupuestos ordinarios del Estado, las provincias y los municipios, no tendrá nunca arrestos para acometer eficazmente la resolución de los grandes problemas sanitarios que interesan á la Nación.

HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

	Pesetas.
Suma anterior.....	9.793,00
D. Melacio González, de Buzón.....	5,00
TOTAL.....	9.798,00

Nuestros suscriptores que deseen contribuir al homenaje dirigirán á la Administración sus giros, de los cuales se dará cuenta en números sucesivos.

(Continuará.)

A instancia de los médicos de Onil (Alicante), señores García Bellot y Cortés y del Dr. Salcedo, redactor de nuestra Revista, el Ayuntamiento de dicha villa acordó, hace poco, adherirse al homenaje nacional iniciado por la prensa con motivo de la jubilación del sabio catedrático Dr. Ramón y Cajal, y dedicarle una de las plazas de la localidad para perpetuar su nombre, colocando al efecto una lápida que se descubrió con toda solemnidad.

Digno de aplauso es el proceder del Ayuntamiento de Onil, que con su acuerdo demuestra su alta ilustración al rendir homenaje en la forma dicha, en honor del eximio maestro.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 702,3; ídem mínima 698,4; temperatura máxima, 25°,2; ídem mínima, 2°,1; vientos dominantes, E. NE.

Continúa observándose la lenta transformación de los

afectos agudos, propios de la estación actual, sin el grave carácter de que los últimos años revistieron en esta época. Los afectos agudos del aparato respiratorio constituyendo por sí mismo entidades morbosas, ó complicando el curso de los padecimientos crónicos, han sido los afectos que principalmente se han observado. En los niños no se registran casos epidémicos, siendo benignos y no muy numerosos los de sarampión, escarlatina y anginas diftericas que se han presentado.

Crónicas.

Giros recibidos que se desconocen señas.—Moreno, Cáceres; M. Rojo, Alcázar de San Juan; Gadin, Pamplona; Adolfo M., Albacete; Martínez, Torrijos; Martín, Cogolludo; Domínguez, Ntra. Sra. del Río; Rodríguez, Almería; Moreno, Arroyo del Puerco; Prieto, Santiago; Rodríguez, Vitoria; Ruiz, Ubrique. *Sin nombre ni apellido*, de Villarrolla de la Sierra; Berete, Estella. Agradeceremos envíen una tarjeta los que reconozcan su giro, indicando el número, á fin de darle á aquél aplicación.

A nuestros suscriptores.—Como en años anteriores, á fines del presente giraremos una letra á los suscriptores que debiendo parte del año corriente no nos hayan remitido antes del 15 del próximo mes el importe de la suscripción por giro postal. Mucho agradeceríamos á los señores que en su localidad lo hubiera empleasen este medio, pues con ello se evitan gastos y á nosotros muchos trabajos.

Las letras irán aumentadas en 1 peseta.

Conferencias anunciadas.—En el Ateneo de Madrid va á desarrollarse un curso de conferencias biográficas, que tendrá por objeto el rendir homenaje de justicia á varios médicos españoles del último siglo y que han influido, al propio tiempo que en el progreso de su ciencia, en el de la cultura general española. Están ya encargados de estas sesiones oradores distinguidos que renovarán los recuerdos de Letamendi, Simarro, Olóriz, Sanmartín y varios otros.

Quién podrá negar, que médico se llame, su aplauso á esta tentativa de demostración ante el público general de lo que los médicos españoles han servido para sostener el nombre de la ciencia y de la cultura nacional.

Se hallan ya comprometidos los Sres. Cortezo, Goyanes, Marañón y Pittaluga para presentar las figuras de Letamendi, Simarro, Olóriz y Sanmartín. Con estas biografías hay el propósito de editar un elegante volumen.

¿Nuevo presidente?—Según afirmó en su discurso del Senado el ex ministro de la Gobernación Sr. Burgos y Mazo, parece que á este señor le ha sido ofrecida la presidencia de la Junta de Patronato, á que renunció, después de haberla desempeñado algunos años, el señor conde de Romanones. Dijo el Sr. Burgos que había puesto condiciones para la aceptación, y comprendemos que así sea, pues él tiene motivos para saber lo que en la Junta sucede y lo que la opinión dice acerca de sus gestiones.

La aceptación del Sr. Burgos, que nosotros aplaudiríamos, demostraría una vez más su desinterés y su altura de miras en favor de nuestra clase y de los médicos rurales, dado el que éstos no le favorecieron al elegirle vicepresidente más que con la quinta parte de los votos de que constaba el escrutinio.

A nuestros suscriptores agradeceríamos nos comunicasen los números que les faltan con el fin de completar la colección, pues hay algunos agotados y más tarde no se le podrán servir.

Conferencia del Seguro.—Los telegramas y cartas que venimos recibiendo desde el día de la inauguración de esta conferencia en Barcelona, nos autorizan para decir que su importancia es mayor de lo que, en general, se suponía, y nos complacemos en señalar el hecho de haber sido muy numeroso el contingente de médicos que á ella ha acudido, á pesar de la estación del año poco propicia á que nuestros compañeros abandonen sus habituales tareas.

¿Despertará al fin la clase médica?

El caso de todos los días: Ayuntamientos y médicos.—El que un médico titular se pase años enteros sin cobrar lo que honradamente gana, no conmueve al orbe, por la sencilla razón de que es un caso que se repite todos los días. Pero si algún prócer de nuestra aristocracia deja de

percibir sus rentas, como ocurre, por ejemplo, en un pueblo de la provincia de Navarra, el ministro del ramo á que corresponden los dos asuntos, como en este último caso se trata de una novedad, afortunadamente para los grandes terratenientes, se apresura á enviar fuerzas de la guardia civil para amparar los derechos innegables de un marqués, pero no para amparar los de igual orden jurídico de un desamparado médico titular.

Con esto no queremos decir, entiéndase bien, que no consideremos justos los derechos de los de arriba, pero sí que no conviene establecer diferencias, cuando de la intervención de la autoridad se trata y la cuantía á percibir por el interesado está en proporción inversa á las necesidades del interesado; ó lo que es lo mismo: que al médico titular de Lucaina de las Torres, le hacen más falta las veintidós mensualidades que le debe aquel Ayuntamiento, que al prócer aludido la renta de todo un pueblo.

¿Entendido, señores ministros presentes, pretéritos y futuros de la Gobernación?

Excipiente inerte.—En general, puede afirmarse que no hay cuestiones agotadas, sino hombres agotados en las cuestiones.

(Cajal.)

¡Maldito y execrado sea el nombre del inventor del automóvil, chirimboio perturbador de la moralidad pública y privada; artefacto antipático y antiestético; peligro de las gentes pacíficas y honradas, de aquellas en sus vidas, de éstas en la tranquilidad de sus conciencias, que no compensará de los males que produce ni siquiera librándonos de algunos de los cretinos que ponen todos sus ideales en poseerlos y guiarlos! ¡Trono de la vanidad, acicate del vicio!

(Ich.)

Poliol Churchill.—Al presente número acompañamos una literatura y tarjeta del Polioli Churchill (Farmacia Swann de París), cuya lectura recomendamos.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estafío 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, caquexias, 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.

Suscriptor de Enrique Todor. —Glorieta de Sta. M.ª de la Cabana, 1