

# 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:

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

## PROGRAMA CIENTIFICO:

*Glennola 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:** Equivalentes psicoepilépticos de forma onírico impulsiva, por el Dr. A. Fernández-Victorio.—Hernia peritoneo-vaginal estrangulada, por el Dr. Ramiro Arroyo.—Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría: Etiología de los trastornos gastrointestinales en los niños, por el Dr. D. Federico García Martínez.—Estudio médico forense de las heridas del vientre, por José Parra Eytier.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Para formar juicio definitivo.—La Asamblea de Barcelona, sobre el Seguro de Enfermedad, Invalidez y Maternidad.—Entrega de un estandarte á las tropas de Sanidad Militar.—Protección médica.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

## NOTAS DE NEUROPSIQUIATRÍA CLÍNICA

### Equivalentes psicoepilépticos de forma onírico impulsiva

POR EL

**DR. A. FERNÁNDEZ-VICTORIO**

Director del Manicomio de Ciempozuelos.

La clínica, ese gran libro abierto en cuyas innumerables páginas tanto hemos constantemente de aprender, nos ofrece con frecuencia cuadros morbosos de gran complejidad y para los cuales no se halla fácilmente marco adecuado en el vasto campo de la Patología si tratamos de buscar el fundamento nosológico de los mismos. Y suben de punto tales dificultades cuando, como en el caso que va á ser objeto de estas líneas, al lado del problema diagnóstico surge el problema médico legal, siempre delicado y no pocas veces de difícil solución si lleva en su misma entraña la necesidad de determinaciones de orden sociológico que pueden comprometer seriamente no ya sólo el crédito del facultativo que en aquéllos interviene, sino su propia responsabilidad moral.

Un día, la fecha no hace al caso, hablan los periódicos de un sangriento hecho delictivo que impresiona hondamente la opinión. En un vagón de un ferrocarril sin provocación ni lucha alguna, un joven dispara un arma de fuego repetidas veces sobre dos viajeros que iban durmiendo y que mueren á los pocos momentos

por efecto de las heridas. Interviene la justicia deteniendo al agresor, éste es encarcelado y pocos meses más tarde se le recluye, de orden judicial, en un Manicomio para su observación.

Las páginas del proceso, enriquecidas después con luminosos informes médico periciales, no se cierran, sin embargo, en espera de lo que la permanencia del recluso en el asilo frenocomial pueda demostrar, y en este punto comienza nuestra actuación, que procuraremos resumir en pocas líneas.

El enfermo, le llamaremos ya así, presenta una regular constitución física, en cuanto se refiere á su talla, desarrollo y aspecto generales. Su continente es simpático, agradable la impresión que produce; se expresa con relativa facilidad y parece preocupado por su situación, no sin que se adivine en el fondo de sus manifestaciones, que apenas puede explicarse el por qué de los hechos que se le imputan, siéndole imposible facilitar detalles de los mismos por no conocer de ellos en realidad sino lo que oye á los demás, sobre todo en cuanto se refiere á los momentos en que hubo de realizar el hecho de autos. Una minuciosa exploración morfológica pone de relieve, no obstante aquellas apariencias de normalidad, no pocos signos de desviación del tipo morfológico que encajan en el cuadro de los denominados estigmas degenerativos: cráneo pequeño y oxiescafocefalo, cara grande y asimétrica, ligero prognatismo, orejas desiguales entre sí y mal implantadas, paladar excesiva-



mente excavado, etc., etc. En el funcionamiento general nada llama la atención, pero sí en la esfera psíquica que aparece deficientemente desenvuelta como lo demuestran una atención inestable, algún retardo de los procesos asociativos, lagunas mnésicas evidentes, pérdida de autocritica acompañada de escasez de ideación, sobre todo en la esfera de las abstracciones, y, en fin, cierta indiferencia y egoísmo morbosos. En cuanto a la voluntad se refiere prepondera la vida de los instintos con tendencia a las reacciones impulsivas que aparece a la menor contrariedad, viniendo a ser el reflejo de una irritabilidad del carácter, á veces muy acusada.

Veamos ahora cómo hace el enfermo referencia de los hechos delictivos que motivaron su procesamiento. Traspuso los primeros veinte años de su vida, sin que á pesar de los esfuerzos que para ello hizo pudiera nunca adquirir una regular instrucción intelectual, no por falta de medios pecuniarios para ello, pues no se omitió, al efecto, gasto alguno, sino porque no podía estudiar por carecer de fijeza y, sobre todo, por no quedarse en la memoria aquello que pretendía aprender. Desde entonces y sin verdadera aquiescencia de su padre, que temió siempre que tampoco sirviera para la vida de los negocios, hubo de dedicarse á éstos, si bien en un orden, por decirlo así, rudimentario, pues ellos consistían en la adquisición y venta de ganado para las faenas agrícolas. Un día en que separado del punto de su residencia había hecho una compra de cierta importancia, al regresar á su hogar en el mismo tren que algunos de los que habían efectuado con él dicho negocio, le asalta bruscamente un miedo insuperable hacia ellos de quienes nada tenía que temer, entre otras razones, porque no llevaba ya consigo dinero alguno; manifiesta sus recelos á la pareja de la guardia civil que iba de escolta, la cual se aviene á viajar en el mismo vagón, y sus temores parecen calmados á poco. Llega la noche; sus compañeros de viaje se acuestan en los asientos, y después, y sin que precediera aquel terror que hubo de invadirle unas horas antes, siente «una extraña confusión en sus sentidos que no puede explicar», y más tarde, pasadas algunas horas quizá, se encuentra encarcelado y nada sabe de cuanto ocurrió.

Tales son los hechos relatados por el propio enfermo y los datos que arroja su primer examen. Posteriormente á éste, durante su permanencia en el frenocomio, nada digno de atención, sino una intensa, pero brevísima fase de inconsciencia durante la cual el paciente palidece, no cae al suelo, pero suspende la conversación que mantenía con otra persona; efectúa algunos movimientos con las manos, y al recobrar el conocimiento no muestra extrañeza alguna por no haberse apercibido de su momentánea ausencia. Y transcurren los meses y aun los años, pues lleva tres en el frenocomio y nada anormal vuelve á observarse como no sean los rasgos de un carácter á todas luces patológico, siempre en él comprobables, pero á veces con más marcado relieve, y constituidos esencialmente por movilidad de ideas y afectos, déficit intelectual, irritabilidad del humor, tendencia á las impulsiones, egoísmo y, en fin, periodicidad.

¿Qué interpretación diagnóstica debe darse á semejante fenomenología clínica? No es nada difícil. Se trata de un epiléptico con fases ó episodios oníricos durante uno de los cuales, los trastornos psico perceptivos (alucinaciones), la intensidad misma del delirio, la descarga psicomotriz consecutiva, que el acto es siempre el último eslabón de los procesos asociativos, armaron su brazo, determinando la impulsión homicida; véase si no el modo súbito de sobrevenir el episodio morboso, su falta de motivos, la inconsciencia que le acompañó, la amnesia subsiguiente, y hasta si queremos situarnos en un plano afectivo, la extrañeza y el arrepentimiento del enfermo por la comisión de tan horrendo delito sin móvil alguno para ello y bien en pugna con sus costumbres y modo de ser habitual.

Pudiera argüirse que en tales casos el clínico ha de juzgar más por referencias que por propia observación, puesto que no presencié el hecho constitutivo de delito, y que es sólo en realidad un hecho morboso, ya que en buena lógica el alienado nunca delinque. Mas los caracteres del hecho mismo tan en armonía con los que la clínica asigna á los de fondo comicial y sobre todo y muy especialmente, los rasgos propios del carácter que se observan siempre en estos enfermos y que constituyen el sello de su morbosidad latente, conjunto que algunos autores denominan *epileptoidismo* (De Sanctis), y que nosotros abundando en semejante manera de ver, designamos como una modalidad de las *etopsicopatías* ó *locuras latentes*, aclaran sobremanera el punto de vista diagnóstico.

Es tan interesante y útil el estudio del grupo indicado de las etopsicopatías, que, refiriéndonos al caso concreto que motiva estas líneas, sin el conocimiento de los ya referidos rasgos ó estigmas que lo integran, no sería posible definir la enfermedad ó fondo nosológico del síndrome ó episodio que ha dado origen al delito; y en consecuencia reclama nuestra intervención médico legal, pues demostrada la existencia de dichas manifestaciones morbosas que como sello indeleble del fondo sobre que asientan se observan siempre en los epilépticos, será fácil hacer el diagnóstico y emitir el correspondiente informe, conceptuando irresponsable al autor del hecho delictivo.

Y entramos así, al correr de la pluma expresando nuestro pensamiento, en el aspecto médico forense del asunto. Irresponsables, decimos anteriormente, deben ser declarados los enfermos en tales casos, y así se ha hecho en el que motiva este estudio por tratarse de un epiléptico. Nadie puede abrigar dudas acerca de este extremo. Quien realiza un acto delictivo sin motivo previo ni fin determinado, sin premeditación alguna, sin la más leve conciencia de efectuarlo, y una vez lo ejecutó no conserva el menor recuerdo del mismo, se halla fuera de toda sanción penal, no debe ser enjuiciado como delincuente. Es un enfermo psíquico, un ser privado de conciencia, extraño á sus propios actos, tan ajeno al delito de que fué autor, que él mismo se sorprende al despertar, por decirlo así, á la vida real, de la terrible acusación que sobre él arrojan las leyes penales. Y como ajeno á su propio delito, que sólo acto



morboso puede denominarse, es en absoluto irresponsable del mismo.

Mas el problema tiene, á veces, un doble aspecto jurídico social que, como tantos otros de parecida índole, debe ser entregado por completo á la pericia médica, á la observación, á lo que la clínica enseña. Y ésta demuestra en muchos casos que los equivalentes psíquicos de la epilepsia constituyen un hecho insólito en la vida del individuo ó, á lo sumo, recidivan pasado un lapso de tiempo tan prolongado, que el interparoxismo representa prácticamente una curación de aquellas manifestaciones, máxime si una terapéutica apropiada ha conseguido modificar en sentido favorable el fondo nosológico de tales episodios. ¿Quién que observara actualmente nuestro enfermo, negaría tal aserto? Sobre un fondo psicodisgenésico intensamente estigmatizado brotó, por decirlo así, un síndrome onírico confusional con impulsiones agresivas (homicidio), que por aparecer de modo brusco, brutal, y determinar el acto morboso sin intermedio ídeoemotivo, sin conciencia durante el mismo y sin recuerdo subsiguiente, constituyó el tipo de la impulsión motriz pura de Regis. Algunos meses después, una brevísima fase de confusión observada, hallándose en el frenocomio. Más tarde y durante cerca de tres años, nada anormal digno de mención, como no sean los rasgos ya mencionados de un carácter morboso de tipo epileptoidismo, pero apenas ostensible y aun pudiera decirse cada vez más desdibujado, hallándose el individuo en la actualidad en un perfecto psicofisiologismo que hace aconsejable su convivencia con los demás fuera del régimen manicomial, si bien sometido á una prudente vigilancia por la posibilidad de la recidiva.

En tal sentido se emitió hace poco razonado informe, considerándose al enfermo curado de las manifestaciones episódico comiciales que motivaron su ingreso en observación, habida cuenta del largo tiempo transcurrido sin recidiva alguna de las mismas y del estado normal de su psiquismo que hace improcedente, y más que improcedente perjudicial su permanencia en el manicomio.

Diciembre, 1922.

## Hernia peritoneo-vaginal estrangulada

POR EL

DR. RAMIRO ARROYO

La historia clínica que voy á referir no aportará nada nuevo al capítulo de la Cirugía de hernias, asunto que ha llegado á la perfección. Considero el caso interesante, por su poca frecuencia, y tal vez pueda ser útil su conocimiento; por eso creo que merece los honores de la publicación.

El día 13 de Noviembre fui llamado con urgencia por el distinguido compañero de esta localidad, don José Méndez, para ver á un obrero que presentaba síntomas de estrangulación herniaria, reclamando con urgencia la intervención quirúrgica.

Trátase de un obrero tejedor, de veinte años, bien

constituído, aunque no robusto. Refiere que tres días antes, al hacer un esfuerzo para mover un cilindro del telar, sintió repentinamente un dolor en la ingle derecha y en el escroto del mismo lado, notando inmediatamente un bulto en las partes doloridas.

Tuvo que guardar cama. El dolor fué en aumento; el abultamiento, también. No hizo deposiciones en los tres días siguientes. Sobrevinieron vómitos.

Dice que nunca había notado el menor abultamiento en la ingle ni en las bolsas. Refiere, además, que hace pocos años ha sido reconocido por dos médicos; una vez, con motivo de solicitar ingreso en una Sociedad de socorros mutuos; y otra vez, con ocasión del Seguro de accidentes de trabajo, hecho por su patrono en una Compañía que no admite como asegurados á los obreros que padecen hernia; en ambos reconocimientos fué declarado útil.

La madre del paciente nos suministra el dato de que su hijo, al poco tiempo de nacer, tuvo *algo* en la ingle derecha, que no precisa, negando que fuere quebradura, aunque una mujer *especialista* le colocó un braguero de orillo, quedando curado al poco tiempo.

Con estos datos pasamos á la exploración, encontrando un abultamiento del tamaño de una naranja, en la parte derecha del escroto. Este abultamiento se extiende desde el orificio inferior del conducto inguinal hasta el testículo. Entre el límite inferior del abultamiento y la parte superior del testículo existe una marcada depresión. El abultamiento da sonido mate y es renitente, como si contuviera líquido.

El sujeto se queja de dolores violentos, espontáneos y á la presión, en el abultamiento y en la región inguinal derecha. El vientre bastante abultado y timpánico. El estado general, poco satisfactorio; pulso pequeño y frecuente.

Se hace el diagnóstico de estrangulación herniaria, y se decide la intervención quirúrgica.

Previo anestesia local por novocaína, se traza una incisión desde por encima del anillo inguinal hasta cerca del límite inferior del abultamiento. Profundizando, se abre una cavidad, de la cual sale líquido claro y transparente, en cantidad como de 150 á 200 centímetros cúbicos. En el fondo de esta cavidad se encuentra un asa intestinal, como de 8 á 9 centímetros de longitud, de color violáceo oscuro muy acentuado.

La cavidad abierta, recubierta de serosa, se continúa hacia arriba con el conducto inguinal, notándose bien un orificio sumamente estrecho, de 5 á 7 milímetros, de borde resistente, como cortante.

En el extremo inferior de la cavidad se nota la parte superior del testículo, cubierto solamente por la túnica serosa.

Estamos en la cavidad serosa vaginal del escroto. El asa intestinal no ha estado cubierta por ninguna membrana aislable, pues la serosa que contenía el líquido no puede ser aislada de las demás cubiertas. Por tanto, no hay saco herniario.

Se hace el desbridamiento del anillo, hasta poder introducir por él holgadamente el dedo índice, notándose que el asa no se reduce. Por encima del anillo



desbridado existe otro estrechamiento, que es necesario desbridar también, reduciéndose entonces el asa.

En el momento de la introducción del asa en la cavidad abdominal sale por el conducto inguinal, á oleadas, gran cantidad de líquido, otros 200 c. c., próximamente, de igual aspecto que el contenido en la cavidad vaginal. Reducida el asa, se dan varios puntos de sutura con crin, para ocluir el conducto. No se hace autoplasmia. Sutura de los bordes de la herida operatoria y apósito.

#### CONSIDERACIONES

1.<sup>a</sup> Se trata de una hernia peritoneo-vaginal, puesto que el intestino está en contacto directo con el testículo, sin interposición del saco.

2.<sup>a</sup> Que si había existido hernia congénita en la niñez, el asa intestinal debió ser reducida y permanecer dentro del abdomen hasta el momento del accidente actual, sin que el conducto peritoneo-vaginal desapareciera por completo.

3.<sup>a</sup> Que el esfuerzo dió lugar á la salida del asa por el conducto peritoneo-vaginal, produciéndose y exteriorizándose la hernia simultáneamente, y ocurriendo inmediatamente la estrangulación.

4.<sup>a</sup> Que la abundancia de líquido existente en la cavidad vaginal y en el abdomen pudiera indicar la coexistencia de una formación quística abdominal, frecuente, según dicen los autores, en las hernias de esta clase; y eso, tal vez, explicaría la producción brusca de la hernia, por rotura de la cavidad quística, siendo arrastrada el asa por el líquido hacia la cavidad vaginal.

El curso postoperatorio ha sido aséptico, siendo dado de alta el enfermo, para volver al trabajo, el 13 de Diciembre.

Béjar, 14 de Diciembre de 1922.

### Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría.

CONFERENCIA DEL DR. D. FEDERICO GARCÍA MARTÍNEZ

#### Etiología de los trastornos gastrointestinales en los niños.

Señores: Cuando en el terreno práctico nos encontramos con muchos procedimientos para resolver un problema, es que con ninguno de ellos se ha llegado al máximo de perfección.

Y si esto podemos decir en Medicina, respecto al tratamiento, pues con excepción de contados casos, verdaderamente específicos, son múltiples los tratamientos para cada proceso patológico, no extrañará que los medios de explicar la etiología sean múltiples. Y es que la etiología y la terapéutica se encuentran tan íntimamente eslabonadas, que no es de extrañar que á las fantasías etiológicas, sigan procedimientos terapéuticos, muchas veces basados en la experiencia, pero pocas en fundamentos causales, sancionados é indiscutibles.

El estudio de las causas de los trastornos gastroin-

testinales del niño, forma un capítulo tan extenso, que en él cabe la discusión de toda la patología del aparato digestivo; pero teniendo en cuenta que lo que corresponde á los niños mayores de dos años, tiene muchos puntos de semejanza con lo que á los adultos se refiere, y sus únicas características son análogas á las del niño en sus primeros años, vamos á ocuparnos únicamente de las particularidades etiológicas del niño lactante.

Lo primero que se observa cuando nos ocupamos de las afecciones gastrointestinales en los niños, es lo escasas que son en número, y su poca gravedad cuando están criados á pecho, y su frecuencia é importancia en los niños sometidos á lactancia artificial, ó mixta, siendo en los primeros tan escaso su cuadro sintomatológico, que bien merece la pena de clasificar sus trastornos con el nombre de «pequeños síndromes del lactado naturalmente», pues en realidad se reducen á vómitos, diarrea y estreñimiento, de tan poca importancia la mayor parte de las veces, que siendo debidos á defectos de reglamentación, son fácilmente subsanables y sus consecuencias desaparecen rápidamente, cosa que no ocurre cuando estos mismos síntomas se presentan en el niño que toma otros alimentos distintos que la leche de mujer.

Se puede objetar, que en algunas ocasiones se presentan afecciones graves en estos pequeños; pero si buscamos escrupulosamente la causa, nos encontramos con que la alimentación materna no es exclusivamente la responsable, sino que muchas veces, la nodriza, niñera, etc., han cometido alguna extralimitación; otras veces, el agua que beben, los chupadores, los objetos que se llevan á la boca, etc., pueden estar infectados, y ser esta la causa del trastorno del aparato digestivo.

Pueden también, y ocurre con frecuencia, presentarse asuntos de aparato digestivo, en la época del destete, por no estar éste bien dirigido, y esto nos confirma más lo que llevamos dicho, pues en este caso no es á la leche, ni al niño, á quien se debe incriminar, sino que ya las circunstancias son muy parecidas á las que se encuentran en el niño alimentado artificialmente.

Hay algunas afecciones, como los vómitos por hipertrofia congénita de píloro, estreñimiento por imperforación de ano, ó megacolon congénito, que aunque no sea atendiendo más que á la naturaleza de la causa productora, deben excluirse de este capítulo.

Nos encontramos, pues, como primera división de los trastornos de aparato digestivo, con dos apartados: 1.º, afecciones gastrointestinales de los niños criados á pecho, y 2.º, afecciones de los alimentados por lactancia artificial.

#### CAUSAS DE LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES EN LOS NIÑOS CRIADOS Á PECHO

Necesitando el estómago para vaciarse, aproximadamente, unos noventa minutos, cuando las tetadas sean muy abundantes, cuando éstas son muy desordenadas, ó ambas cosas á la vez, se produce en el niño una *sobrealimentación*; ésta es la causa más frecuente.

Cuando esta sobrealimentación es *incidental*, se pro-



duce en el niño una indigestión; la llegada al estómago de nuevas cantidades de leche, cuando la de la teta anterior no estaba perfectamente digerida, paraliza la digestión gástrica, y los restos que aún permanecían en el estómago irritan la pared gástrica; el niño vomita leche coagulada; parte del coágulo aún no transformado pasa al intestino, donde su exagerada acidez provoca dolores cólicos; aparece diarrea líquida, verdosa, que contiene grumos de leche; después de esta verdadera explosión por la leche no digerida, con un reposo alimenticio, el estómago entra en calma y el niño recobra su salud perfecta.

Pero si la irregularidad en la alimentación (bien por tetadas abundantes, bien por darle el pecho al niño a cualquier hora) es la regla, aparecen los síntomas de la *sobrealimentación habitual*.

Bien es verdad que muchos niños así alimentados soportan bastante bien estos defectos de régimen, y mientras el niño lo tolera, se sobrenutre, pero por una causa pequeña, cambio de la temperatura exterior, erupción dentaria, enfermedad aguda, etc., este equilibrio nutritivo se rompe, siendo frecuente ver en ellos, como primer síntoma, que su curva de peso pierde la regularidad ascendente característica.

En los niños sobrealimentados se producen regurgitaciones; es decir, expulsan parte de la leche ingerida sin coagular inmediatamente después de mamada, diferenciándose del vómito porque en éste la leche está coagulada, y, además, porque no es inmediato, sino que ocurre algún tiempo después. Algunas veces pueden presentarse regurgitaciones en los niños bien reglamentados, porque al contraerse el estómago normalmente y expulsar el aire que contiene, éste arrastra algo de leche, pero este caso ocurre de vez en cuando, no teniendo importancia alguna.

Puede presentarse también hipo, y aunque su mecanismo no esté perfectamente explicado, pretende interpretarlo Thevenet y Trevés como consecuencia de la alimentación abundante, en la cual no hubiera regurgitación; pero el exceso de leche en el estómago rompe la contracción pilórica, pasando parte al intestino, produciendo, por mecanismo reflejo, la contracción espasmódica del diafragma y paredes abdominales. Se presentaría, pues, en los casos que toleran la sobrealimentación; sería, dicen, una «regurgitación abortada».

También es frecuente observar un ligero grado de dilatación gástrica, producida por la acción mecánica repetida y por el espasmo pilórico que el exceso de ácidos origina.

Siendo frecuentes en los niños heredosifilíticos los vómitos repetidos (Marfan), es preciso tener en cuenta esta etiología para diferenciarlos de los que aparecen en los niños de alimentación defectuosamente reglamentada.

Al producirse residuos alimenticios no digeridos, se retarda la aparición del ClH libre, y con ello la mayor pululación de microbios sacarolíticos, entre cuyos productos y los ácidos anormales formados se produce un quimo ácido, que al pasar al intestino,

le irrita, provoca cólicos y movimientos peristálticos exagerados, y como consecuencia, deposiciones ácidas, verdosas, abundantes, frecuentes, con moco y grumos de leche.

Si esta acción se repite, puede modificarse profundamente la flora intestinal, siendo esta la causa de que a pesar de la ulterior reglamentación de la alimentación, estos trastornos puedan tardar en desaparecer.

Pero lo corriente es que con las pérdidas de apetito, que todos estos trastornos originan, el niño mama menos, y a fuerza de estas alternativas, se llega a disminuir la cantidad de leche de la madre, estableciéndose así un perfecto paralelismo entre la tolerancia máxima del niño, y la leche que la madre puede proporcionarle.

*Hipoalimentación.*—Menos frecuentes son los trastornos del aparato digestivo en el niño hipoalimentado; ésta tiene por origen la escasa cantidad de leche de la madre; pero también debe citarse el caso hoy no frecuente, pero que lo fué hace algún tiempo, en que considerando todos los trastornos del niño producidos por alimentación exagerada, para huir de ella se caía en el extremo opuesto, sin tener en cuenta que el niño insuficientemente alimentado también presenta vómitos en algunas ocasiones, tiene diarreas, y que sólo la balanza puede darnos datos seguros en estos casos para el diagnóstico.

También pueden presentar estos síntomas de hipoalimentación, los niños con tara sifilítica, tuberculosa, etc., pero el estudio de éstos no encaja en este lugar.

*Trastornos dependientes de la composición cualitativa de la leche.*—La mayor parte de las veces que un niño criado al pecho presenta trastornos que se repiten con alguna frecuencia, el vulgo los atribuye a la calidad de la leche; la frase «leche mala» la oímos tantas veces al día, que todos los consejos que demos serán pocos para sacarles de su error. Y no solamente las madres, sino muchos médicos, las siguen la corriente, y así esta equivocación no se desvanece. La inmensa mayoría de las veces, esta idea no es cierta; en la mayor parte de los casos, los trastornos son debidos al exceso de alimentación; la mayor parte de las veces que hemos visto disminución de algunos de los componentes de la leche, van acompañadas de hipogalacia, y en este caso, el niño es un hipoalimentado.

Cuando alguno de los componentes de la leche está aumentado, el niño se habitúa a esta desproporción; únicamente en el caso de que esta desproporción sea muy exagerada, aparecen los trastornos digestivos.

Y a este propósito diremos que un único análisis de la leche, no tiene gran valor para sacar conclusiones; la composición es distinta, no solamente en diferentes días, sino según las diferentes horas del día, y aún de una misma tetada, según que proceda del principio ó fin de ella; son precisos diversos análisis cuantitativos, obtener la leche en diferentes circunstancias, para que de ellos podamos sacar una conclusión práctica.

El elemento de la leche que más frecuentemente se encuentra modificado en cantidad, es la manteca, unas



veces porque está disminuída, y las consecuencias son la de la hipoalimentación; otras, cuando está aumentada, solo cuando rebasa ciertos límites, 50 gramos por litro, ó más, es cuando aparecen trastornos; en este caso el niño presenta regurgitaciones, diarreas verdes, ácidas, grumosas con moco, presentando á la vez el niño eritema glúteo.

El aumento de caseína en la leche es poco frecuente, y suele coincidir con disminución de la cantidad de grasa; el primer síntoma que se observa es un aumento de peso por debajo del normal.

En la literatura médica se cita el caso de un niño alimentado con una leche rica en caseína, que presentó al tercer día del nacimiento, vómitos, con sangre y deposiciones con coágulos negruzcos, y temperatura subnormal; habiendo lactado incidentalmente esta misma mujer á dos niños, el uno presenta deposiciones sanguinolentas, con hipotermia, y el otro tuvo vómitos biliosos; la leche no contenía elementos anormales (Bonet Laborde).

Las leches ricas en lactosa, producen deposiciones abundantes y ácidas.

Cuando las sales, y sobre todo el cloruro de sodio, está aumentado, se dice que la cantidad de lactosa está disminuída, apareciendo en la leche los caracteres de los calostros; cuando la leche tiene estos caracteres, el niño rehúsa el pecho, presentando vómitos y diarreas (Marfan).

En algunos casos la diarrea no hay que atribuirla á exceso de manteca, sino á la aparición de glóbulos de grasa sumamente pequeños.

Otro tanto debemos decir de la leche, cuando en ella por cualquier razón (succión insuficiente para vaciar el pecho, enfermedades agudas) aparecen los elementos del calostro.

También pueden producir vómitos y diarreas en el niño, las emociones de la nodriza; algunos estudios (Simón y Vernois) parecen demostrar que en algunos casos, después de una emoción intensa, aumenta la caseína y disminuye el azúcar y la grasa.

Ordinariamente, la mujer que cría no tiene menstruación; pero si se presenta, es frecuente que el niño sufra algunos trastornos.

El primer síntoma que se observa durante ella, es que el niño no aumenta de peso, y otras veces, que las deposiciones son algo más frecuentes, algo grumosas; algunas veces aparecen vómitos.

Marfan piensa que cuando se produce solamente estacionamiento en el peso, hay que atribuirlo más á disminución de cantidad de leche, que á modificación en su composición; mientras que cuando aparecen los otros síntomas, pudieran ser debidos á la aparición de sustancias tóxicas.

También se cita (Feer) el caso del niño con curva ascendente normal, en el que cada cuatro ó cinco semanas hay una irregularidad, explicándolo porque pudiera coincidir con la época de actividad del útero (menstruación abortada).

El embarazo durante la lactancia, según muchas madres, es un estado que obliga rápidamente á destetar al

niño; es un error tan extendido en todas las clases sociales, que en la lactancia materna, casi ningún otro perjuicio nos cueste tanto trabajo desvanecer.

La leche de mujer embarazada no produce ordinariamente ningún trastorno al niño; su composición química es sensiblemente igual á la de la mujer no embarazada; lo que ocurre es que, según va avanzando la gestación, la cantidad de leche disminuye; pero si se sigue con cuidado la curva de peso, que permita ir adicionando proporcionalmente leche de vacas, ó harinas, según la edad, no tendremos que lamentar haber autorizado la continuación de la lactancia en estas condiciones.

Mil veces más peligroso es el destete brusco, como las madres hacen tan pronto como se creen embarazadas, sustituyendo su leche por alimentos inapropiados en cantidad ó calidad.

Esta sí que es la causa de muchas diarreas, enteritis, etc., que las madres atribuyen á la «leche mala» que sus hijos tomaron durante los dos ó tres primeros meses en que ellas ignoraban su estado.

El abuso del alcohol puede producir trastornos del aparato digestivo en el niño; según Nicloux, pasa de 0,25 c. c. por 100 del alcohol á la leche de la nodriza.

Algunos medicamentos, ruibarbo, quinina, clorformo, pueden producir trastornos en la composición de la leche, y, tanto por esta razón como por la cantidad de ellos que pueden pasar á la leche, dan lugar á trastornos gastro-intestinales en el niño.

Las grietas del pezón y demás afecciones de las mamas, producidas por el estreptococo y estafilococo, pueden ser causas muchas veces de colitis con todos sus caracteres.

Queda, por último, apuntar dos particularidades, que en algunos casos, aunque muy pocos, se observan: uno es que en algunos casos, la leche de la madre no es tolerada por su hijo; tantas veces como lo intenta, aparecen lipotimias, vómitos, diarreas, etc., y en cambio, esta madre puede lactar á otro que no sea su hijo; y otro caso, afortunadamente muy raro, es la intolerancia de algunos niños á la leche de mujer, mientras que soportan perfectamente la leche de vacas; tanto un caso como otro, es posible que se deban á fenómenos de anafilaxia por haberse producido anticuerpos anafilactizantes en la sangre de la madre, y por ella haber sido transmitidos al niño.

Muchas cosas podrían decirse á propósito de lactancia natural, con relación á los trastornos gastrointestinales; pero por una parte, por su relativa benignidad, casi siempre, y por otras, por su mayor frecuencia en la lactancia artificial, así como por las numerosas teorías á que ha dado lugar la interpretación de sus causas y manera de obrar, pasaremos á ocuparnos de ellas.

Aunque no sea más que á guisa de prólogo de las causas de los trastornos producidos en la lactancia artificial, vamos á decir cuatro palabras de la fisiología del aparato digestivo en el niño, para luego ocuparnos



de los mecanismos por los cuales se han interpretado estos desarreglos.

Mientras el niño ingiere la leche, ésta se mezcla, aunque imperfectamente, con la saliva, la cual verdaderamente no ejerce acción alguna conocida sobre los hidratos de carbono que ella contiene.

Una vez la leche en el estómago, por la acción del cuajo, se coagula: en grumos finos, la leche de mujer; y en mayores, la de vaca, separándose de ellos una albúmina soluble, que disuelta en el suero pasa el píloro, quedando en estómago la parte insoluble, constituida por paracaseína, la que combinándose con las sales de calcio, forma paracaseinatos insolubles, que á su vez engloban la grasa.

Por la acción de la pepsina y el ácido clorhídrico, la albúmina de la leche se transforma en peptona y se liquida.

El azúcar no parece sufrir modificación en el estómago.

Por la acción de la lipasa gástrica, parte de la grasa se desdobra en ácidos grasos y glicerina. Esta modificación es menor en la leche de vacas, porque á la acción de la lipasa gástrica, se añade la de la lipasa contenida en la leche, y ya sabemos que en la de vacas existe en menor cantidad.

Las sales y el agua son en parte absorbidas por el estómago, y el resto pasa al intestino.

El contenido gástrico en una perfecta digestión, es ligeramente ácido, pues durante ella no se encuentra apenas ni ácido láctico, ni ácido clorhídrico libre, sino que ambos se encuentran combinados con la albúmina.

Con ser siempre poco ácido el quimo, lo es menos el formado por leche de vacas, pues ésta absorbe mayor cantidad de ácido clorhídrico, dando como consecuencia queden menores cantidades de ácido libre, y siendo éste el que determina la esterilidad del estómago, de aquí acaso la mayor posibilidad de infectarse.

El estómago en sus contracciones, expelle su contenido poco á poco, según se va liquidando el coágulo, siendo tanto más lenta su salida, cuanto más ácido es y mayor cantidad de grasa contiene.

Tan pronto como las primeras gotas de quimo penetran en el duodeno, su acidez estimula la mucosa, que produce secretina, que pasando á la sangre, aviva la secreción de los jugos pancreático, biliar é intestinal.

Como hemos dicho que con la leche de vacas el quimo es menos ácido, aquí tenemos otra razón para explicar la peor digestión de la leche de vacas, por el menor estímulo secretorio que se hace.

El jugo pancreático contiene varios fermentos, en primer lugar la amilasa, que transforma el almidón en maltosa; la maltasa, que transforma la maltosa en glucosa; la tripsina, que convierte la albúmina en albumosa, peptona y ácidos animados (leucina, tirosina); y por último, la lipasa, que desdobra la grasa en glicerina y ácidos grasos, los que combinándose con los carbonatos alcalinos del jugo pancreático, forman jabones.

La bilis tiene diferentes acciones; en primer térmi-

no, activa la acción de la lipasa pancreática, y además ejerce una acción bactericida, impidiendo las putrefacciones intestinales, favoreciendo la pululación del colibacilo, que impide el desarrollo de la flora proteolítica, dificultando las secreciones bacterianas.

El jugo entérico, de reacción fuertemente alcalina, contiene *maltasa*, *lactasa* é *invertina*, para transformar la maltosa, lactosa y sacarosa, en glucosa. Contiene también erepsina, sobre todo en el duodeno, que actuando sobre las albumosas, peptonas y caseína, las convierte en productos más simples y solubles (ácidos aminados y diaminados; leucina y tirosina).

La grasa emulsionada, los azúcares ya modificados, y los ácidos aminados son absorbidos en parte por el intestino delgado, y el resto por el intestino grueso en el primer tramo; por éste se eliminan á su vez, sales de cal, hierro, manganeso y magnesio.

En el colon es donde principalmente sufren los productos de la digestión la acción microbiana, produciéndose indol, escatol, etc.

Estos microbios son diferentes en cada tramo intestinal. La primera parte del intestino delgado es ordinariamente estéril, mientras que en su última porción abundan los microbios sacarolíticos (*B. coli*, *B. lactis aerogenes*); éstos van desapareciendo según se avanza en el intestino grueso, siendo reemplazados por los microbios de la putrefacción, ó proteolíticos (*B. bifidus*, *B. perfringes*, *B. putrificus*).

En la última porción no existe más que el bacilus bifidus.

Hemos dicho ya varias veces, que los trastornos gastrointestinales son la mayor parte de las veces producidos por alimentos distintos de la leche de mujer, hasta el punto de que cuando se habla de ellos, casi hay que referirse exclusivamente á los niños sometidos á alimentación artificial.

Lo difícil es cuando tratamos de explicarlos.

Las teorías que para ello se han expuesto, pueden decirse que son tan numerosas como autores se han ocupado de este asunto, desde comienzo del siglo pasado.

Desde que en el año 1818 Bretonneau se ocupó de las diarreas infantiles, estudios seguidos por Trousseau, Virchow, Widerhofer, etc., todos los autores fundamentaban la razón de estos procesos en las ideas de Broussais sobre la inflamación, hasta tal extremo, que las palabras enteritis é inflamación intestinal, eran sinónimas. Atentos solo al concepto anatómico, se estudiaban con gran interés y como base de clasificación las lesiones de estómago y de intestinos, denominando los procesos gastrointestinales, gastritis aguda, enteritis aguda, dispepsia aguda, enteritis folicular, etc., describiendo las lesiones según los síntomas, y dando denominaciones según predominara la diarrea ó el vómito, siendo las causas que se atribuían á cada uno de ellos tan nimias, como la dentición, la baba, las lombrices, etcétera.

Como no podía menos de suceder, los descubrimientos de Pasteur dieron al traste con todas estas opiniones, y á partir de esta época, se trata de explicar



todas las afecciones gastrointestinales por la acción de los microorganismos, que ingeridos con la leche infectan el aparato digestivo.

Los estudios de Escherich, Lesage, Marfan, Tissier, consideran á cada modalidad patológica como producida por determinado microbio, considerando causantes sucesivamente al colibacilo, al enterococo, al proteus, al perfringens, etc. El mismo Metchnikoff considera muy recientemente al proteus, ó bien como causa exclusiva del cólera infantil, ó al menos le hace jugar un papel muy importante.

Si en los procesos gastrointestinales no interviniera más agente causal que el microbio, con estos descubrimientos la etiología estaría resuelta; pero estudios de laboratorio nos demuestran que en muchas diarreas no existe ningún microbio predominante; que con floras microbianas distintas se dan cuadros clínicos iguales, y á la inversa: que la flora intestinal varía según la alimentación; al lado de la acción de los microbios figura también la de sus toxinas, no sabiendo en realidad hoy la parte que á cada cual debe incriminarse.

No vamos á caer del lado de los enemigos de la teoría bacteriana, pues si bien con ella no se explican aún las causas de todos los procesos que la clínica nos presenta, al menos tiene mucha parte de verdad, y gracias á ella se ha modificado la técnica de la lactancia artificial; tanto, que merced á la esterilización de la leche, el número de las afecciones gastrointestinales ha disminuído.

Escherich, en el año 1900, atribuyó muchos trastornos, producidos por la leche de vacas hervida, á la destrucción de ciertas sustancias que en la leche fresca existen, y, además, que estos fermentos no son comunes á las leches de diferentes especies animales. El fermento amilolítico, que existe en la leche de mujer, no lo contiene la de vaca; con la oxidasa ocurre lo contrario; la lipasa, que existe en gran cantidad en la leche de mujer, es contenida en pequeña cantidad en la de vaca; existen, además, alexinas diferentes para cada especie. Respecto á este asunto, está en estudio lo que se refiere á las enfermedades generales por *carencia*, y no sabemos tampoco gran cosa respecto á los trastornos digestivos que la falta de vitaminas puede producir.

A esta teoría microbiana, Czerny opuso la que sostiene que todos los trastornos de aparato digestivo en el niño son producidos exclusivamente por el alimento como tal, teoría de la que Finkelstein es el principal defensor. Según ella, todo alimento ingerido que á su debido tiempo no ha sufrido el metabolismo normal, actúa sobre el organismo como un veneno, alterando primeramente su nutrición, produciendo un *trastorno de balance*; si las mismas causas siguen obrando, aparecen trastornos gastrointestinales, originando el estado dispéptico; aquí ya nos encontramos con que la célula orgánica es incapaz de modificar el alimento en forma que sea perfectamente utilizable, y ó bien se hacen lentamente tales trastornos en el organismo, que se produce una verdadera autofagia, con su consecuencia fatal de atrofia y atrepsia (descomposición), ó la

intoxicación es rápida, con diarrea, fiebre, etc. (intoxicación).

Pero al estudiar este mecanismo patogénico, si consideramos la importancia que para el tratamiento tendría el conocer cuál de los elementos de la leche es el causante de tales trastornos, surge la duda, y con ella otras varias opiniones que complican el problema.

Según Bieder y Hamburger, debe buscarse en la diferencia de calidad de la caseína, la causa de los trastornos, aunque Finkelstein la considera inofensiva.

Czerny atribuye toda la culpa á la grasa de la leche por la formación exagerada de ácidos grasos volátiles.

En apoyo de esta teoría, Hudschinsk estudió las cantidades de ácidos grasos formados por la leche de vaca y la leche de mujer; según estos trabajos, 100 gramos de leche de mujer producen 0,05 de ácidos grasos; 100 id. id. de vaca, producen 0,31 id. id. De cuya proporción saca la consecuencia, de lo fácil que es llegar al límite patológico, á poco que se exagere la ración alimenticia con la leche de vacas, cuyos ácidos grasos producirían una irritación intestinal, provocando fenómenos tóxicos.

Estando íntimamente ligada la digestión de las grasas á la de los hidratos de carbono, cuanto más defectuoso sea el metabolismo de éstos, peor será el de las grasas, dando lugar á una mayor cantidad de ácidos grasos, los cuales, para ser neutralizados, restarían una gran cantidad de álcalis del organismo, para producir sales alcalino-térreas, que se encuentran en las deposiciones, originando un empobrecimiento del organismo. Esta es la teoría de la alcalinopenia, definida por Czerny.

Finkelstein sostiene que los hidrocarburos son los que producen la fiebre y la intoxicación. Todos ellos son pirogénos, pero en distinto grado, siendo tanto más cuanto más laxantes sean; ocupando, por tanto, el primer lugar la lactosa, á la que siguen la sacarosa, glucosa, maltosa y dextrina. Esta teoría, que sería tan sencilla para el tratamiento, ha encontrado muchos impugnadores, y Langstein termina diciendo que para que su acción pirogénica se manifieste, es preciso que el azúcar esté mezclada á otras sustancias, como el suero de la leche que contiene sal.

Y, por último, Meyer, á quien ya no queda otro elemento de la leche á quien culpar para intoxicar el organismo más que al cloruro de sodio, le hace responsable, basándose en que la inyección ó ingestión de sal produce fiebre, siendo preciso ó una lesión en el epitelio intestinal, para que produzca efectos tóxicos, ó una fuerte cantidad para lesionarlo; y aquí cabe preguntar: y si es tan tóxica la sal, ¿cómo las inyecciones salinas son el recurso que empleamos en los casos más graves de diarreas, sin que por ello se agraven los síntomas tóxicos, sino que muchas veces obtenemos curación?

Como se ve, aun siendo ciertas en algunas de sus partes estas teorías, adolecen del defecto de querer atribuir á un solo factor, la causa de todos los trastornos que en el organismo ocurren.

Modernamente, Combe es más amplio en sus con-



cepciones, y atribuye intervención en la etiología de los trastornos gastrointestinales, tanto al alimento, como á los microorganismos, si bien dando más importancia á los primeros.

En el primer grupo de su clasificación, coloca las *distrofias por inanición*, cualitativa y cuantitativa; en el segundo grupo las *distrofias de alimentación*, que á su vez comprende: 1.º, las dispepsias alimenticias (cualitativa y cuantitativa); 2.º, las dispepsias orgánicas; 3.º, la atrepsia, y 4.º, el catarro gastro-intestinal, y un tercer grupo, que llama *distrofias de infección* en el que entran las enteritis.

En los procesos del segundo grupo predominan los fenómenos de *intoxicación*, por las descomposiciones químicas á que da lugar la flora sacarolítica, mientras que los asuntos del tercer grupo son siempre *infecciosos* y producidos por los microbios proteolíticos, bien sean los habituales del intestino ó procedan del exterior.

Esta manera de agrupar las enfermedades del aparato digestivo, es á nuestro juicio la que más se acerca á la verdad, pues en ella no se atiende exclusivamente á los síntomas, no se consideran todas las afecciones como producidas exclusivamente por los microbios y sus toxinas; tampoco se considera el alimento como único productor de los trastornos, no estudiando aquellos desde un punto de vista exclusivamente químico; además, tiene en cuenta otros factores, como son la constitución orgánica, los temperamentos, la influencia de algunas glándulas de secreción interna, etc.

Una vez pasada revista á las distintas teorías que sucesivamente se han expuesto, vamos á decir cuatro palabras á propósito de las causas de los procesos gastrointestinales, dividiendo á éstos en tres grupos:

1.º Las *dispepsias*, caracterizadas clínicamente por trastornos funcionales, sin que primitivamente se observe lesión anatómica alguna.

2.º Las *gastroenteritis*, en las cuales juega importante papel tanto el elemento infeccioso como el alimento, y

3.º Las *enterocolitis*, que son primitivamente procesos infecciosos.

(Continuará.)

## Estudio médico forense de las heridas del vientre

POR

JOSÉ PARRA EYTIER

Médico forense del Juzgado de Instrucción de Gandesa.

Siempre es una situación de delicada atención y estrecha conciencia la del médico forense ante un sujeto herido, sobre todo si la herida es de alguna cavidad esplácica que lleva consigo necesariamente la meditación del camino que le toca emprender, dadas las definitivas consecuencias que de su decisión se originarán para el herido primero, para el agresor después y siempre para el médico interventor. Por esto hemos creído oportuno contribuir con este modesto trabajo á esclarecer las obscuridades de un problema que no dudamos en calificar de serio.

Las heridas del tronco son, según las estadísticas, las más frecuentes, y entre éstas las de vientre son las que ofrecen

mayor interés, dado que cuando no matan inmediatamente al sujeto, ni poco después, cabe que la intervención médico-quirúrgica pueda determinar un cambio radical en el resultado definitivo; no ocurre así con las heridas de cabeza ó tórax, en que si son de importancia, pocas veces podrá el médico forense actuar para modificar el último resultado.

De aquí el inclinarnos á estudiar en este trabajo las heridas del abdomen, y como fácilmente se comprende que incluyéndolas todas en él resultaría excesivamente largo, no hablaremos de las heridas de todas las vísceras abdominales, concretándonos sólo á las del estómago é intestinos, que, por otra parte, son la inmensa mayoría, por ocupar el tubo digestivo la casi totalidad de la cavidad.

En presencia de un herido de vientre, la primera cuestión á dilucidar es si la herida interesa sólo las paredes sin llegar al peritoneo (heridas no penetrantes), ó si ha perforado el peritoneo parietal penetrando en la cavidad abdominal (heridas penetrantes).

Tanto las unas como las otras pueden ser por arma blanca ó algún instrumento que accidentalmente lesione al sujeto (herramientas de trabajo, tallos de madera ó hierro sobre los que puede caer, etc.) ó por arma de fuego; en este caso es cierto que la herida es pocas veces parietal. No está de más señalar que algunas veces es penetrante de vientre una herida cuyo orificio de entrada está situado en la parte alta de los muslos ó región perineal y que á primera vista no lo pareciera; tal ha ocurrido en el caso de Galbrunner en que la herida estaba situada en el pliegue de la ingle deteniéndose el instrumento en la segunda costilla; el caso de Follim en que una muchacha sufrió una caída clavándose en la vagina un gancho de madera puntiagudo que desgarró la vagina, hirió el peritoneo é intestino, llegando hasta las cercanías de la cicatriz umbilical; los dos casos iguales de Aime Guinarol en que una cuchillada en cada uno de los casos penetró por el muslo bajo la arcada crural, hacia arriba penetró en el abdomen y perforó el intestino, y el muy reciente conocido por nosotros de uno de nuestros soldados de Africa en que un proyectil mauser penetró por la cara interna del muslo derecho, atravesó el vientre y fué extraído por el lado izquierdo del vientre á la altura de la 10.ª costilla á unos seis traveses de dedo por fuera de la línea media, en cuyo sitio se encontraba inmediatamente debajo de la piel.

Si la herida es no penetrante aunque haya atravesado todos los tejidos que preceden al peritoneo parietal y quedándose éste indemne, cosa que ocurre casi únicamente en heridas por arma blanca, puede calificarse de no grave por sus consecuencias, pues todas éstas se reducirán á una infección local sin gran cortejo general que á poca costa se domina, pero si la herida es penetrante ya es de una intensidad de gravedad bien notoria desde primera vista, y estas lo son menos por arma blanca que por arma de fuego.

Recordando que hemos limitado nuestro estudio á las heridas del tubo digestivo con exclusión de las de otras vísceras, diremos que las heridas penetrantes por arma blanca siempre lo interesan en una extensión, á veces considerable, sobre todo cuando el arma es, á la vez, punzante y cortante.

No hay, por lo tanto, en estos casos, herida de las llamadas penetrantes simples, es decir, que no haya lesionado asa intestinal alguna.

Si el instrumento es un punzón, estilete ó cosa análoga de pequeño diámetro, la lesión intestinal es una perforación también pequeña (á veces es múltiple), que en virtud de las contracciones de las fibras musculares circulares del intestino, se obtura espontáneamente, no dando síntomas de perforación y hasta curando prontamente si el instrumento no



estaba contaminado. No hay que decir que estos casos son raros.

Si el traumatismo intestinal es más extenso no hay posibilidad de defensa espontánea por parte del intestino ni de curación sin intervención.

En las heridas de arma de fuego antiguas de grueso proyectil y poca fuerza de penetración se verá, aunque raramente, que el proyectil que pasó al tejido celular subcutáneo, y tropezó con la resistencia de una masa aponeurótica de la pared abdominal se deslizó subcutáneamente é hizo su salida por otro sitio, alguna vez, hasta diametralmente opuesto á su entrada sin pasar á la cavidad; de esta clase conocemos personalmente un caso; pero con las armas modernas de proyectil fino ó de menor calibre y de gran velocidad inicial, la herida rarísima vez es parietal, sino que casi siempre es penetrante, pudiendo asegurarse que una herida que tiene su orificio de entrada en el abdomen y otro de salida en otra región del mismo, le ha atravesado de parte á parte.

Las heridas penetrantes con estas armas que mencionamos, pueden ser simples aunque rarísimas veces; Reclins y Forgue lo niegan; pero otros autores, entre ellos Sens y Nougues que se han señalado por su estudio profundo de esta cuestión, que puede haberlas y aun lo han confirmado experimentalmente disparando con variadas armas sobre el abdomen de cadáveres humanos y de animales vivos. Estos experimentos han llevado á sus autores á la conclusión de que las perforaciones son en número de cuatro ó cinco por término medio y de que son más numerosas y de mayor destrozo si la dirección del proyectil es de lado á lado, que si es de delante á atrás (Sens).

Hablamos hasta aquí de heridas de intestino delgado, pero una herida situada en región epigástrica ó vacío anterior izquierdo ó derecho interesa, respectivamente, estómago ó intestino grueso.

El estómago es frecuentemente herido en los traumatismos abdominales aun fuera de la zona epigástrica, porque avanzando su fondo mayor á alguna altura por bajo de las costillas del lado izquierdo y descendiendo á su vez la gran curvadura por la repleción del órgano durante la digestión y aún más algunas veces por dilatación patológica de esta viscera, es parcialmente interesada por cualquier instrumento ó proyectil que penetre en el vientre.

El intestino grueso es menos veces lesionado, por encontrarse más distante de la pared del abdomen.

Los traumatismos del abdomen pueden herir además del aparato digestivo, los vasos á él correspondientes (arterias mesentéricas y sus ramas, arteria hepática, gástrica esplénica), y otras más profundas (aorta, vena cava inferior, vena porta, arteria y venas ilíacas, etc.), de éstas últimas diremos, que además de que no son de nuestro trabajo, no ofrecen problema alguno forense, porque acaban rápidamente con la vida del sujeto.

Una consecuencia inmediata de las heridas penetrantes de vientre es la hernia traumática. Todos los órganos del aparato digestivo pueden salir al exterior por la herida, desde el estómago al intestino grueso, pero se comprende fácilmente que según la región herida y según la dimensión de la herida ó abertura de la piel, serán unos ú otros los órganos que se hernien. Es lo más frecuente ver aparecer el epiplón ó algún asa intestinal delgada que puede estar ó no herida ella misma, y claro es también que son más propias estas hernias traumáticas de las heridas por arma blanca.

Hablemos ahora de los síntomas de las heridas de vientre. Todo el interés de un herido de esta clase estriba en descubrir lo antes posible si la lesión es penetrante ó no.

Las no penetrantes desarrollan una marcha análoga á las de cualquier otra región del cuerpo, y salvo que hieran las arterias gruesas de la pared, nada de particular ofrecen en su sintomatología local, y rara vez van acompañadas de repercusión general. En presencia de una perforación abdominal sí debemos investigar cuantos detalles sean precisos para descubrir cualquier lesión visceral, que es lo que da á estas heridas su especial carácter y su extraordinaria gravedad.

No hay otro signo patognomónico de una herida de estómago ó intestino que la salida del contenido al exterior por entre los labios de la herida, y este muy raras veces se presenta, sobre todo en heridas pequeñas, porque sería preciso una coincidencia exacta entre la herida visceral y la parietal, cosa no fácil; así es que si bien esta señal es evidente cuando se ofrece, su ausencia no nos debe hacer suponer la falta de perforación visceral. A falta de este signo habremos de acudir á lo que más nos puede aproximar á la verdad, como síntoma local al timpanismo hepático y la matidez en todas las zonas declives del vientre. Explorando con suaves golpes de percusión la macidez hepática, la notaremos casi siempre substituída por un timpanismo de la misma región, y en cambio notaremos macidez en el hipogastrio y costados. Claro es que nos referimos á la sintomatología local inmediata, porque á medida que observamos al herido más tardíamente, le encontramos nuevas señales, abdomen timpanizado totalmente y síntomas generales.

De estos, aparte el shock inmediato que generalmente acompaña á las lesiones viscerales, sobre todo cuando son acompañadas de contusión, hay vómitos, hipo, tendencia al síncope, pulso frecuente y débil, calambres, etc. y la llamada facies peritoneal, no cabiendo dar más extensión á este cortejo sintomático tan limitado que presentan las heridas de vientre, sino resumirlo diciendo: no hay signo patognomónico casi nunca, pero el conjunto de varios de los síntomas señalados nos darán idea aproximada de una penetración visceral.

Debemos hablar brevemente del pronóstico, por la limitación que hemos dado á este trabajo y porque en pocas palabras se dice todo lo concerniente á él. Estas heridas si no son penetrantes no ofrecen gravedad generalmente, y si lo son, son siempre muy graves y de fatal resultado cuando circunstancias especiales, como multiplicidad de las lesiones viscerales ó extensión de las mismas lo inclinan en ese sentido.

*Tratamiento.*—Acaso no haya existido en la práctica de la Cirugía civil otra cuestión tan debatida desde muy antiguo como la de si se debe intervenir ó no quirúrgicamente en presencia de un herido de vientre. Numerosos cirujanos de renombre se han hecho intervencionistas y otros no menos notables se han declarado abiertamente en contra de la intervención.

Pero si estas controversias estaban en cierto modo justificadas en una época de más atrasado desarrollo de la Cirugía, ya no lo están tanto hoy en que los adelantos de esta ciencia de curar han sido llevados al máximo grado; tal vez única ventaja atribuible á la última gran guerra en que la cirugía militar ha contribuído grandemente á ese impulso notable.

Seamos precoces para señalarnos como declaradamente partidarios de la intervención de las heridas que nos ocupan.

La relativa inocuidad de una laparotomía en nuestros días, ha pesado grandemente en esta decisión nuestra; claro es que vamos á ocuparnos de las heridas penetrantes que son las que necesariamente ofrecen serio problema.



Distingamos las heridas por arma de fuego de las de por arma blanca.

En las primeras, ó sean las de por arma de fuego, hemos de tratar de averiguar si ha habido ó no perforación de tubo digestivo, aquílato todos los detalles que nos lleven á dicho diagnóstico, toda vez que del conjunto de ellos hemos de deducir las probabilidades de tal perforación puesto que certeza ya sabemos que no existe en la mayoría de los casos hasta después de abierto el vientre.

Interviniendo con una laparotomía encontraremos casi siempre la herida digestiva aun no sospechada al principio por carencia de señales ciertas y aun por notar la herida exterior fuera de las paredes abdominales, como ya hemos dicho en otro lugar.

Si en estas circunstancias no se interviene y se abandona una lesión intestinal insospechada, el resultado es fatal para el herido; en cambio, si la abertura del vientre y examen de su contenido nos dan certeza de la integridad de estas vísceras, en nada habremos perjudicado al paciente.

En estos casos diremos con Peyrot: «Se hace preciso asomarse para ver lo que ocurre.»

Si de la exploración primera se deduce claramente la perforación del intestino, no creemos que la intervención rápida admita duda.

Ya que para nosotros está fuera de duda la necesidad de la intervención, señalaremos algunos detalles de ella: Uno es la oportunidad por el tiempo transcurrido desde el traumatismo. Conforme es mayor este lapso de tiempo, se empeoran las circunstancias y éxito de la operación, así es que de nosotros no debe partir retardo alguno en ella, pero como puede ofrecérsenos el herido después de más ó menos horas de recibida la lesión, diremos que en general dentro de las cinco á ocho horas primeras es el tiempo más oportuno y favorable, porque han desaparecido casi siempre hasta los últimos vestigios del shock, cosa que tanta importancia tiene, como veremos más adelante.

De las doce horas en adelante, aunque disminuyen las probabilidades de éxito, no debe dejarse de intervenir.

Ya pasadas las veinticuatro horas y próximamente á las treinta y seis, sobre todo si el cortejo sintomático se ha agravado, la intervención es casi siempre inútil por funesta. Un dato, aunque muy raro, debe tenerse en cuenta en esto del tiempo; si vemos un herido de éstos que después de veinticuatro ó treinta horas no presenta trastorno alguno grave, abstengámonos siempre de la operación por innecesaria; el paciente está en vías de espontánea curación. Otro detalle importante es el estado del herido: si el sujeto por hemorragia interna ó externa se encuentra en una situación de depresión, no se intervendrá por temor á que sucumba en la operación ó muy poco después de ella.

Otro punto á tener en cuenta, son las reacciones locales; una peritonitis ya hecha como no sea muy extensa y haya provocado esa depresión que antes decíamos no es contraindicación de la laparotomía, si bien á mayor importancia de esta reacción local, menor es la probabilidad del buen resultado.

Para nosotros la laparotomía que ofrece más ventajas es la media con amplia incisión de apéndice xifoides á la parte superior del pubis; ésta permite hacer la exploración en totalidad como ninguna otra y no ofrece ni más ni menos peligros que otra lateral ó menos extensa.

Respecto á heridas por arma blanca, es tan difícil como por las de fuego comprobar *á priori* la lesión de víscera digestiva á menos que fuese tan extensa que algún asa intestinal herida hubiese hecho hernia y se notara perforada; pero lo mismo en un caso que en otro la necesidad de la la-

parotomía se impone en análogas circunstancias que hemos dicho antes, variando tan solo algo el sitio y amplitud de la incisión. Así, si la herida de arma blanca es en el centro del abdomen, la laparotomía será media y de incisión amplia; mas si la herida es lateral, es casi siempre preferible una laparotomía en el sitio de la lesión y de la extensión necesaria.

Formalmente no hay más que una contraindicación de las laparotomías, ya exploradoras, ya curativas, el shock.

Los fenómenos de shock con hipotermia y depresión sanguínea colocan al herido en condiciones probablemente desastrosas, pero no hay que olvidar que esta depresión y esta hipotermia pueden depender de una hemorragia interna.

Haremos lo posible por investigar y aclarar bien este punto porque en tal caso debemos acudir á ligar la arteria que sangra dentro del vientre, único modo de curar al herido, pero de todos modos, una temperatura rectal de menos de 36° y una presión vascular superior á 10 milímetros, son contraindicación seria de la operación por ser casi seguro que no la toleraría el enfermo.

Creemos que, con la brevedad que nos propusimos, hemos declarado nuestro criterio referente á las determinaciones que deben surgir ante un herido de vientre que se presenta al médico forense. Somos, pues, declaradamente intervencionistas y nos fundamos en los dos conceptos siguientes, uno de indicación y otro de contraindicación:

1.º O la lesión intestinal es ligera y habría curado espontáneamente, en cuyo caso la laparotomía resulta simple é inofensiva, ó las lesiones son graves ó múltiples, en cuyo caso intervendrá la laparotomía en una época en la que aún puede ser eficaz. Con la operación en tiempo oportuno no se mata al herido que habría curado espontáneamente y se salva á menudo á otros heridos de una muerte segura.

2.º Nunca debe dejar de practicarse una laparotomía más que cuando se tenga por casi seguro que el herido sucumbirá en ella.

Lorca, Octubre 1922.

## Bibliografía.

LEÇONS DE PATHOLOGIE DIGESTIVE, por M. Loeper, profesor agregado de la Facultad de París y médico del Hospital Tenon. Tomo de 448 páginas. Masson y Compañía, 10 francos.

Este tomo contiene la quinta serie de lecciones del autor, que aunque es continuación de las anteriores, contiene lecciones independientes. Unas de ellas están dedicadas principalmente á asuntos fisiológicos y patogénicos, al paso que las otras se ocupan de datos clínicos y terapéuticos.

Entre las cuestiones tratadas en este tomo y que parecen aclarar algunos puntos de los problemas de la gastroenterología, merecen citarse las siguientes:

Cuatro procedimientos sencillos para el examen del estómago.—Los líquidos en ayunas.—La pepsina en el jugo gástrico.—La pepsina urinaria.—Armonías y sinergias digestivas.—Las repercusiones nerviosas de las dispepsias y el papel del neumogástrico.—Las crisis dolorosas del cáncer del esófago.—La gastritis flegmonosa.—La caquexia del cáncer gástrico.—La anemia del cáncer gástrico.—El esófago de los biliares.—La tensión vesicular dolorosa fuera de la litiasis.—Estudio de conjunto de las neuralgias del plexo celíaco.—La diversidad de los venenos alimenticios.—La manera como se debe administrar la pepsina.



## Periódicos médicos.

### CIRUGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Algunas generalidades sobre la tuberculosis osteoarticular, por Et. Sorrel.**— Las causas del desarrollo de la tuberculosis osteoarticular, son las mismas que las de las demás tuberculosis. La herencia puede jugar un papel importante, pero parece obrar solamente como las otras causas de miseria fisiológica. No es necesario para que una lesión tuberculosa se desarrolle en un niño, que sea descendiente de padres tuberculosos. La introducción del bacilo de Koch en el organismo, rara vez tiene lugar por contacto directo, ó por infección procedente de una herida. Por la vía pulmonar y tal vez por la vía digestiva es por donde penetra más frecuentemente el bacilo en la afección que nos ocupa. Después, por vía sanguínea se extiende por todo el organismo; por tanto, se trata de una infección general desde el comienzo, lo cual es una noción capital. Aunque los enfermos no presenten más que una lesión localizada (tumor blanco de la rodilla, coxalgia ó mal de Pot), hay que considerarlos como enfermos de tuberculosis general. Por otra parte, en la práctica, en las tuberculosis múltiples, la fecha de aparición de los diversos focos está determinada por el orden de su profundidad, que coincide á menudo con su orden de gravedad, pero en realidad la siembra se ha hecho al mismo tiempo para todas ellas. La edad juega también su papel y podría decirse que rige la forma de las lesiones; en el niño muy joven se ven frecuentemente localizaciones múltiples, á primera vista menos graves. Los de la segunda infancia presentan lesiones únicas. Lesiones únicas y lesiones locales, no representan, como ya se ha dicho, más que expresiones clínicas cómodas. No hay que olvidar nunca que se trata de una enfermedad general. *Anatomía patológica.* Toda lesión osteoarticular pasa por una primera fase de destrucción y una segunda fase de reparación. La primera fase está á menudo precedida por un período de irritación articular que se traduce por hinchazón, tal vez por una hinchazón del cartilago y radiográficamente por una ligera separación de las extremidades óseas. La radiografía demuestra después en plena fase de destrucción que las lesiones tuberculosas osteoarticulares consisten en una ulceración de los cartílagos ó de los discos intervertebrales y en la irritación de las epífisis yuxtaarticulares, que determina su hipervascularización, su aumento de volumen y á veces la formación de núcleos de osificación. En un estado más avanzado, los cartílagos se destruyen por completo y en parte los huesos subyacentes, modificándose las relaciones normales de las superficies óseas. Estas lesiones son ya especiales á cada articulación y son función del peso ó de la compresión que ejercen una sobre otra, las dos extremidades articulares, pero presentan caracteres comunes en la radiografía. Los contornos óseos están difuminados y las lesiones están mal limitadas y las lesiones además invaden las diáfisis (decalcificación, que se traduce por una claridad anormal), y disminución general del diámetro de los huesos, con disminución del espesor del tejido óseo periférico y aumento de anchura del canal medular. Estas imágenes permiten afirmar que se trata de una tuberculosis en plena evolución, ó sea lo que se llama una *tuberculosis joven*, en contra de la lesión *vieja*, que es aquella que ha terminado su evolución; esta diferenciación es capital para el pronóstico y sobre todo para el tratamiento. En la fase de reparación, ó de organización de las lesiones, las extremidades óseas se unen entre sí por adherencias más á menudo fibrosas que óseas; se

forman cavernas que pueden contener secuestros ó pus. Un muro óseo compacto las separa del resto del hueso; esta *barra anatómica*, es la característica de una lesión vieja. En la radiografía, todo esto se traduce por la aparición de una zona oscura, negra, que contrasta vigorosamente con los límites indecisos del período precedente. Más adelante, la decalcificación desaparece y el hueso da en la radiografía una sombra cada vez más marcada, semejante á la que da el hueso sano; al mismo tiempo que esta recalcificación, se establece de nuevo la osificación normal, el cilindro compacto periférico aumenta de espesor y el diámetro del canal claro central disminuye. Cuando las lesiones están cicatrizadas, el hueso es más denso que el normal, pero está disminuido de volumen y de diámetro. Se puede admitir que en una coxalgia el período de actividad es de dos años y medio como *mínimum*; después comienza la lesión á envejecer y hasta el cuarto ó quinto año no puede considerársela como curada. Desgraciadamente intervienen en este tiempo otros factores que pueden entretener una supuración (osteomielitis secundaria, ó un secuestro); pero la tuberculosis termina su evolución propia en el tiempo indicado. *Sintomatología.* Varía, según la articulación interesada, pero algunos signos se encuentran siempre en estas osteoartritis cualquiera que sea su asiento. A las diferentes fases anatómicas sucesivas, fase de ulceración con ó sin absceso por congestión, fase ulterior de reparación, corresponden fases clínicas bien claras. Al principio, es un síntoma funcional, el *dolor*, lo que más á menudo atrae la atención. Es raro que sea violento, pero también es raro que falte, y la *contracción muscular* que ocasiona la *limitación de los movimientos* no es más que la expresión de este dolor. En este período de comienzo se observa *abultamiento de las articulaciones*, *edema* y si se coloca la mano sobre la articulación se nota que está *caliente*. Los ganglios correspondientes están siempre un poco aumentados de volumen y á veces algo dolorosos. En la fase de reparación la articulación se anquilosa, no está dolorosa y no presenta edema, ni calor local. Sin embargo, en algunos casos se ve que una articulación cuyas lesiones son muy antiguas, se vuelve dolorosa, caliente y edematosa, lo cual indica que sufre un brote nuevo, bajo la influencia de causas á veces difíciles de determinar. Además, lo dicho se refiere solamente á las tuberculosis cerradas, que cuando un absceso frío articular se abre al exterior, las condiciones son muy distintas: el trayecto fistuloso puede infectarse y la artritis puede llegar á ser una verdadera artritis aguda, punto de partida de una infección general. (*Presse Medicale*, núm. 2, 5 de Enero de 1921) —LUENGO.

2 **Sobre el comportamiento de las heridas del hígado con, ó sin intervención, por el Dr. Di Giola Cosmo.**— Del examen de los hechos observados en las varias experiencias del autor sobre el asunto, se puede concluir lo que sigue. Las lesiones experimentales del hígado que no se tratan, si consisten en separación de un trozo del parénquima, curan solamente por excepción. En la mayor parte de los casos tiene lugar la muerte por hemorragia pocas horas después del acto operatorio, ó por peritonitis á distancia, el noveno día como *máximum*. En estos casos, además de tales secuelas, se aprecian focos de necrosis y de atrofia roja en el dominio de la lesión. Excepcionalmente (1 : 5) se obtiene la curación, á consecuencia de una intensa proliferación del tejido conectivo y de la regeneración de las células hepáticas preexistentes. Si las lesiones consisten tan solo en pequeñas heridas incisas, sin separación de parénquima, la curación espontánea puede verificarse por un proceso tan activo de regeneración de las células hepáticas que haga difícil el encuentro de las lesiones producidas, ó bien por neo-



formación conectiva procedente de los espacios interlobulares ó por regeneración de las células hepáticas. Los dos procesos siguen la misma marcha, sin que se pueda establecer á cuál de ellos corresponde una parte mayor en la curación. La colocación, sobre la superficie de las lesiones, de un trozo de epiplon suturado á distancia, limitando la hemorragia, no conduce más que excepcionalmente á la curación, por conexión íntima fibroblástica del epiplon y regeneración del parénquima hepático. Las lesiones experimentales, ya sean producidas por heridas lineales, como con separación del parénquima, y cubiertas por epiplon suturado y fijo en la misma pérdida de substancia, curan en la mayor parte de los casos (4 á 5). El proceso de curación está caracterizado tanto en uno como en otro caso, por la regeneración del hígado á veces activísima, especialmente cuando se introduce ó fija el omento en la pérdida de substancia. Haciéndolo así, se verifica más fácilmente la hemostasia, queda limitado el proceso de necrosis y estando el epiplon como transplantado, se logra una nutrición más eficaz del parénquima hepático. La neoformación conectiva se observa en ambos casos, pero no perturba el proceso de regeneración del parénquima. (*Revista Ospedaliera*, núms. 13-14, 15-31 Julio de 1921).—E. L. A.

**3. La patología asociada á las enfermedades de la vesícula biliar, con un argumento más á favor de la colecistectomía, por E. D. Moore.**—La existencia de la infección de la vesícula biliar es más frecuente de lo que ordinariamente se cree. Los estados patológicos debidos ó asociados á las enfermedades de la vesícula son numerosos y con frecuencia se les presta poca atención. La patología asociada á la colecistitis comprende todos los órganos abdominales y muchas estructuras de partes lejanas del organismo. Cada vez adquiere más importancia el papel de la vesícula biliar como foco de infección y este órgano debe ser examinado, no solamente en todos los estados patológicos del abdomen, sino también en las afecciones de cualquier sistema de origen ó diagnóstico incierto. En cada caso de afección de la vesícula biliar, el cirujano no debe contentarse con la extirpación ó otro tratamiento de la afección primaria, sino que debe atender á la patología secundaria, como cosa importante. En vista de estas consideraciones, debe preferirse siempre la colecistectomía á la colecistotomía. En apoyo de esta opinión, señala el autor las siguientes razones: el mayor tanto por ciento de casos en los que hay reproducción de los síntomas; cuando se extirpa la vesícula, se forman muchas menos adherencias que cuando se establece un drenaje, que dura largo tiempo. Las fístulas biliares son mucho menos frecuentes después de la colecistectomía que después de la colecistotomía. Los cálculos se reproducen frecuentemente, casi puede decirse que ordinariamente, después de los casos en que se deja drenaje, mientras que si se extirpa totalmente la vesícula y se exploran cuidadosamente los conductos biliares, de modo que no quede ningún cálculo, la reproducción de éstos es rara. La convalecencia es más breve en la colecistectomía. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. XXXV, Septiembre, 1922, número 3).—LUENGO.

### PEDIATRIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. El metabolismo basal en los retrasos de crecimiento de los niños, por Nobécourt y H. Janet.**—Entre los retrasos del crecimiento de la infancia, muchos derivan de una insuficiencia tiroidea, según la opinión de diversos autores. Para ver si en realidad es así, sería preciso explorar funcionalmente el cuerpo tiroideo, y los autores han

empleado para ello la determinación del metabolismo basal por los cambios respiratorios. El metabolismo basal representa el gasto mínimo de energía producido por el cuerpo. Es la cantidad de calor emitida por el organismo, en ayunas, en reposo completo y en condiciones de equilibrio térmico con el medio exterior. Se relaciona habitualmente esta cantidad al metro cuadrado y á la hora. Decir de un niño que su metabolismo basal es de 45, por ejemplo, es decir que este niño emite 45 calorías en una hora y por metro cuadrado de superficie del cuerpo en las condiciones de experiencia antes citadas. Mientras que el metabolismo basal en el adulto se mantiene á un nivel casi constante, varía, por el contrario, en el transcurso de la infancia y de la juventud. En el niño de cinco á seis años es de unos 60; baja á medida que progresa el crecimiento; á los quince años es de 46. Hacia los veinticinco años es de 39, y desde entonces queda casi constante. Actualmente se recurre á las curvas normales de peso y de talla para apreciar el crecimiento de un niño; la curva del metabolismo basal puede ser igualmente muy instructiva. Los trastornos de las funciones tiroideas ejercen una influencia manifiesta sobre el metabolismo basal. De una manera general, en el bocio exoftálmico, está muy por encima de la normal. En los mixedemas está en cambio por debajo, aunque se eleva regularmente después de cada serie de tratamiento tiroideo para volver á descender en seguida. Conviene investigar el metabolismo basal en los casos de hipotiroidismo en los que no se aprecian más que algunos de los síntomas del gran mixedema congénito, para tener un criterio bastante cierto en el diagnóstico de la enfermedad. Los autores publican varias observaciones de retraso del crecimiento, en los que el metabolismo basal no suministra argumentos en favor del hipotiroidismo, por ser siempre superior al normal. Piensan, como resumen, que el metabolismo basal puede ser utilizado para el diagnóstico de la insuficiencia tiroidea frustrada, y, por tanto, está muy indicado su estudio en los retrasos del crecimiento de la infancia, cuyo origen distiroideo debe frecuentemente ser discutido. (*Presse Medicale*, núm. 69, 30 de Agosto de 1922).—LUENGO.

### TERAPEUTICA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Quinina y quinidina en las enfermedades del corazón, por el Dr. Pierre Noel Deschamps.**—La quinina ha sido preconizada hace ya bastantes años para combatir diversos trastornos cardíacos, tales como las palpitaciones y la taquicardia (Lancereaux), la taquicardia paroxística (Huchard) y la excitabilidad del corazón (Hayem). En 1914, Wenckebach empleó por primera vez la quinina en la arritmia completa, lo que dió lugar á toda una serie de investigaciones fisiológicas y farmacodinámicas, que resultaron ciertamente interesantes desde el punto de vista fisiológico, pero que no demostraron con la suficiente claridad, en patología, la acción de dicho medicamento sobre el corazón.

Tales estudios, sin embargo, no fueron inútiles puesto que sirvieron para preparar la entrada en escena de la quinidina, introducida por Frey en 1918, desde cuya fecha ha venido siendo objeto de múltiples trabajos que permiten en la actualidad precisar con exactitud sus indicaciones, modo de empleo y resultados.

Desde luego se admite hoy que la quinidina es el medicamento por excelencia de la arritmia, ó más exactamente, de la arritmia llamada completa ó perpetua, bajo cuyo nombre, propuesto por Josué, se entiende un trastorno del corazón caracterizado por dos cosas: irregularidad extrema del ritmo y duración prolongada de la enfermedad, la cual pue-



de evolucionar de un modo continuo, ó por paroxismos más ó menos próximos entre sí. Desde el punto de vista patológico, los exámenes electro-cardiográficos han puesto en evidencia que la arritmia completa puede derivar de dos tipos diferentes de alteración de la contracción cardíaca: la fibrilación auricular y la taquisistolia auricular, dos clases de alteraciones que no es raro encontrarlas asociadas. Pues bien; la quinidina se halla preferentemente indicada en los estados de taquisistolia, más bien que en los de fibrilación.

En algunos casos la acción de la quinidina es verdaderamente sorprendente, pudiéndose ver entonces, con más ó menos rapidez, pero en general hacia el tercer día, hacerse regular un ritmo notablemente desordenado, lo que testimonia el valor efectivo de la medicación. En honor á la verdad hay que decir que estos resultados no son constantes, registrándose también fracasos, pero las estadísticas de varios autores concuerdan en que se obtiene la curación en el 50 por 100 de los casos, proporción nada despreciable si se tiene en cuenta la rebeldía particular del padecimiento.

Al emprender el tratamiento de la arritmia completa por la quinidina no hay que perder de vista tres cosas. Es la primera la imposibilidad de prever de antemano los resultados de la medicación, pues quizá los enfermos que parecían más atacados, se curen, mientras que los otros no consigan el menor alivio. Desde luego, el predominio de la taquisistolia auricular parece ser un elemento importante para el éxito.

En segundo lugar, hay que saber que la eficacia de la quinidina no prosigue una vez suspendido el tratamiento, por lo que conviene continuarle con dosis de entretenimiento.

Y, por último, se tendrá en cuenta que, con mucha frecuencia, nos veremos obligados á preceder la administración de la quinidina por un tratamiento tonicárdico á base de digital, pues gran número de arrítmicos poseen un corazón insuficiente.

La medicación quinídica tampoco se halla exenta de accidentes y fenómenos de intolerancia, siendo los mas frecuentes la diarrea, vértigos y zumbido de oídos, los cuales no obligarán en general á suspender el tratamiento.

Pero no todos los accidentes que provoca la quinidina son leves, pues puede producirse también asistolia aguda (evitable por prescripción previa de la digital), trastornos bulbares (colapso), y aun dilatación aguda del corazón y muerte súbita (cinco observaciones). Si bien es cierto que tales accidentes son afortunadamente raros y evitables hasta cierto punto, tanteando la susceptibilidad del enfermo con dosis iniciales débiles.

He aquí, para terminar, la fórmula corriente para la administración de la quinidina:

1.º Administración previa, preparatoria, de la digital: X gotas por día, durante cinco, de la solución hidroalcohólica al milésimo de digitalina cristalizada.

2.º Seguidamente, prescripción de la quinidina por comprimidos de 0,20 gramos, empezando por un comprimido el primer día, para tatar la susceptibilidad del paciente. Al segundo día y en los sucesivos se administrarán 5 ó 6 comprimidos, espaciados en las veinticuatro horas, siendo útil asociar la teobromina. El tratamiento durará cinco, seis u ocho días, si es necesario, con permanencia del enfermo en la cama y régimen preferentemente lactovegetariano. Durante este tiempo vigílese atentamente la aparición eventual de signos de intolerancia.

3.º Una vez obtenido el efecto buscado, sosténgase la acción del medicamento por la administración prolongada de un comprimido ó dos al día. (*Tesis de Paris*, de 1922, Maloine et fils, editeurs.)—T. R. Y.

## FISIOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

#### 1. Modificaciones de la ventilación pulmonar durante y después de la marcha en el hombre normal y en el enfermo, por MM. Ch. Achard, León Binet y G. Lange.

—El estudio fisiológico de la marcha y de su influencia sobre los cambios respiratorios, viene siendo objeto de interesantes experimentaciones proseguidas especialmente por el profesor Langlois y sus colaboradores en su laboratorio de fisiología aplicada á la educación física. Para tales investigaciones, se valen de un dispositivo especial que les ha permitido estudiar, no sólo la intensidad de la ventilación y de los cambios respiratorios durante la marcha, sino también la influencia de ciertos factores, como la rapidez de la marcha, su duración y la naturaleza de la misma (variaciones del terreno), los efectos del entrenamiento, etc., etc.

Estas experiencias han sido proseguidas también durante el período que sigue inmediatamente á la marcha, con lo que se ha demostrado que *después de la parada, el retorno á la normalidad tiene lugar en cinco minutos*, al cabo de los cuales la ventilación y los cambios vuelven otra vez á su tasa inicial.

Los autores de esta comunicación han creído interesante hacer extensivos al sujeto enfermo estos estudios, para lo que han tenido que modificar y simplificar el instrumental y la técnica haciéndoles fácilmente aplicables en el hospital.

Todo lo que se necesita se reduce á una mascarilla especial provista de un tubo para la inspiración y de otro para la espiración que comunica con un espirómetro.

La víspera del examen se procurará habituar al enfermo á que respire con el aparato descrito y á la mañana siguiente ya se puede practicar la exploración, ajustándose á la norma que sigue:

1.º Durante un cuarto de hora el sujeto permanecerá de pie é inmóvil, anotándose la intensidad de su ventilación, cada cinco minutos, por la lectura del cuadrante del espirómetro.

2.º A continuación, el sujeto se pone en marcha durante otro cuarto de hora, procurando guardar siempre el mismo ritmo, trazado por un metrónomo, regulado á 72 por minuto. La lectura y anotación de las cifras del cuadrante se hará también cada cinco minutos.

3.º Por último, el sujeto se detiene conservando la posición vertical, en la cual permanece quieto otro cuarto de hora, durante el que se siguen anotando, también cada cinco minutos, las cifras del cuadrante.

En esta forma obtendremos todos los elementos necesarios para trazar una curva que indique la marcha de la ventilación pulmonar, antes, durante y después de la marcha.

Resultados: I. En el hombre normal: 1.º, durante la marcha, aumento de la ventilación de 15 á 20 litros con relación á la cifra anotada en períodos de reposo (para una misma duración de cinco minutos); 2.º, inmediatamente después de la detención de la marcha se produce el retorno á la calma, reemprendiendo la ventilación su intensidad primitiva.

II. En el hombre enfermo: A. Los *ictéricos* durante la marcha no aumentan sino muy débilmente la ventilación, y bajo la influencia del reposo vuelven con mucha lentitud á la cifra inicial. Los *asténicos* y *convalecientes* de una enfermedad grave, presentan también esta misma lentitud para su vuelta á la calma.

B. Los portadores de lesiones cardíacas se comportan de modos diferentes: si la lesión está bien compensada, la curva es normal; si hay amenaza de hiposistolia, la cur-



va se modifica y la vuelta á la calma no se produce sino lentamente: si nos encontramos en presencia de una hiposistolia evidente, una marcha de cinco minutos ocasionará una hiperventilación que al cabo de otros cinco minutos de reposo no habrá desaparecido todavía.

Los basedowianos con trastornos funcionales del corazón presentan fenómenos análogos.

C. Los enfisematosos tienen una curva anormal con hiperventilación exagerada durante la marcha que se hace aún mayor en el período de reposo. En un enfisematoso con asistolia cardio-pulmonar, la anomalía llega á su máximo y el retorno á la calma está muy lejos de haberse restablecido aún, al cabo de un cuarto de hora de reposo.

El tuberculoso pulmonar puede comportarse como un sujeto normal, si la lesión es unilateral; si la lesión es bilateral, el esfuerzo produce hiperventilación poco acentuada pero muy duradera.

En resumen, cuando el corazón flaquea ó el pulmón está atacado funcionalmente en una cierta extensión, y también en ciertos casos de debilitación general (convalecencias graves, ictericia), las modificaciones en la ventilación pulmonar, engendradas por la marcha, difieren de las que se registran en el sujeto sano: el aumento de la ventilación durante la marcha puede ser más débil ó más fuerte que normalmente, pero, sobre todo, esta hiperventilación persiste después de la marcha; el retorno á la calma se hace lentamente y no tan inmediatamente después del esfuerzo como en el hombre normal. (Comunicación á L'Académie de Médecine. Sesión del 10 de Enero de 1922. *Bulletin*, núm. 2, 3.<sup>a</sup> serie, tomo LXXXVII):—T. R. Y.

## BIOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Estudios sobre el sarampión experimental, III. El conjunto de síntomas que se presentan en el cobaya y en el conejo á consecuencia de las inyecciones intratraqueales é intravenosas de secreciones nasofaríngeas filtradas, de casos de sarampión humano, por Charles W. Duval y Rigney d'Aunay.—Continuando la serie de sus estudios sobre el sarampión experimental, han observado los autores que cuando se inyecta por la vía intratraqueal ó por la vía intravenosa un filtrado de secreciones nasofaríngeas en suero fisiológico, procedentes de enfermos de sarampión, se produce en el conejo y en el cobaya una reacción específica, con enantema, exantema y trastornos piréticos. En el cobaya la reacción se manifiesta principalmente por pirexia, leucopenia acentuada y nefritis grave en los casos mortales. Por lo tanto, cabe pensar que en las secreciones nasofaríngeas de los casos de sarampión existe un agente causal que puede clasificarse entre los virus filtrables. (*The Journal of Experimental Medicine*, núm. 2, 1.<sup>o</sup> de Agosto de 1922) — LUENGO.

2. Sobre una nueva función del páncreas.—El Dr. Yoshitomi Tokumitsu (Path. Inst. de K. Univers. Lendai, 1, V. Cuaderno 2). Experimentos en animales sobre la relación entre la corteza de las cápsulas suprarrenales y el páncreas. Después de ligar el conducto pancreático tiene lugar una atrofia del páncreas, es decir, de las células glandulares y de las isletas. En casos de considerable alteración del páncreas se presenta un aumento de volumen de la corteza de las suprarrenales, por procesos de crecimiento. La utilización de los hidratos de carbono, á pesar de las graves alteraciones del páncreas (después de la ligadura de los conductos secretores), no queda muy aminorada, pues el páncreas es sustituido en su mayor parte por la substancia cortical hi-

peretrofiada de las suprarrenales. La escisión de una gran cantidad de substancia cortical de las suprarrenales, puede determinar una glicosuria considerable; la transplatación de la substancia cortical en la cavidad abdominal, es capaz de inhibir la eliminación del azúcar cuando iba á comenzar, ó hacerla cesar si ya ha empezado. La extirpación de un pedazo transplantado origina nueva glicosuria y su replatación la suprime. La hipertrofia de la cápsula suprarrenal es capaz de compensar la función del páncreas disminuida y evitar la alteración de la evolución de los hidratos de carbono. La substancia cortical de la cápsula suprarrenal y el páncreas, funcionan alternativamente de un modo sinérgico; el páncreas y la substancia medular de las suprarrenales son antagónicos. Como es sabido, la diabetes se acompaña muchas veces en el cuerpo del hombre de una alteración de la substancia cortical de las suprarrenales y precisamente en los casos en que no puede explicarse esta enfermedad por una lesión del páncreas la alteración de la substancia cortical de las suprarrenales es, seguramente, una causa ocasional de la enfermedad. El autor no dice cuál es la alteración de páncreas (parénquima ó ínsula, ó las dos), capaz de determinar la diabetes; hace notar, sin embargo, que mientras el trastorno sólo se limita á las células de las glándulas del parénquima ó á las ínsulas de Langerhans ó una alteración de las dos, no se manifiesta mientras no aparece la atrofia de la substancia cortical de la suprarrenal. En nuevos experimentos observa que la extirpación de las dos suprarrenales, causa en las ratas su muerte á las cuatro á veinte horas. Si se deja una mitad de la substancia cortical en un solo lado (en los conejos), puede vivir el animal desde cinco horas á cinco días. La vida depende de la pérdida de la sangre; tiene lugar la extirpación de una suprarrenal, cierto tiempo después de extirpada la otra, pues entonces mueren los conejos diez ó doce horas después de esta segunda extirpación y los perros á las quince horas. Una gran pérdida de sangre precipita la muerte de los animales, y no permite aprovechar lo que queda de suprarrenal (corteza ó medula). Si á la extirpación de una suprarrenal sigue después de bastante tiempo la extirpación cuidadosa (sin hemorragia) de un tercio ó de una mitad de la cortical de la suprarrenal que queda con enucleación de la medular, los animales siguen viviendo. Después de la extirpación de las dos suprarrenales tiene lugar la muerte, no por falta de la substancia medular, sino por la ausencia de la cortical que es esencial para la vida.

## OTOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Los pólipos del oído, por G. Portmann y J. Torlais.—El término impropio de pólipo, que el uso ha consagrado, sirve para designar en Otología á las producciones pediculadas que se observan en el conducto y que de ordinario tienen su origen en la caja del tímpano.

Está admitido por todo el mundo que se producen lo más frecuentemente en el curso de las otitis medias supuradas crónicas y más raramente en las agudas ó subagudas; acompañan á los colesteatomas y se desarrollan, de ordinario, en las lesiones osteíticas que pueden asentar en un punto cualquiera del oído medio ó externo. Hacen el oficio de verdaderos cuerpos extraños y entretienen por su presencia la supuración de las cavidades auriculares.

Las otorragias de repetición y la aparición intermitente de pus sanguinolento en una otorrea harán sospechar la existencia de un pólipo, pero lo único que permitirá hacer un diagnóstico preciso, es el examen objetivo.

El pólipo del oído se presenta bajo distintos aspectos,



según sus dimensiones, color, localización, etc. *Unas veces es muy voluminoso* y forma saliente por fuera del conducto auditivo externo llenando la concha y dejando escapar á su alrededor una supuración abundante y á veces fétida. Un estilete insinuado entre el pólipo y el conducto, permite dar la vuelta á su alrededor y algunas veces movilizarle, lo que nos da la prueba de que se trata de un tumor pediculado. Su coloración es roja, negra ó grisácea, su superficie, unas veces lisa, redondeada, regular y otras granulosa, ulcerada, sangrante.

Sus dimensiones impiden examinar el fondo del conducto no permitiendo ver el punto de su implantación.

*Otras veces es muy pequeño* y es preciso recurrir al otoscopio para verle, con el que apreciaremos á mayor ó menor profundidad una masa rojiza, granulosa, de consistencia blanda, que sangra al menor contacto y obstruye el tímpano en totalidad ó en parte. Un estilete manejado con delicadeza permite dar la vuelta á su alrededor y localizar el punto de su implantación, el cual puede ser extremadamente variable; pared interna de la caja, orificio tubario, macizo facial, cuadro timpánico, ática.

El pólipo se verá también más ó menos bañado de pus.

Los pólipos se acompañan ó no de fenómenos subjetivos debidos lo más frecuentemente á la retención mecánica que provocan: cefalea, dolores de oído, sensación de plenitud en el lado correspondiente de la cabeza, reacción mastoidea, náuseas, vértigo, etc.

Un pólipo por su presencia á nivel del aparato de transmisión contribuye, ya es sabido, á disminuir la audición, de hecho ya mala por efecto de la supuración.

En fin, es útil recordar que los pólipos son á veces el origen de trastornos nerviosos: por parte del pneumogástrico; estornudos, tos: por parte del facial, paresia ó parálisis: por parte del nervio vestibular, nistagmus, desequilibrio, y en fin, hasta se han señalado *accidentes epileptiformes*.

La evolución de estos pólipos es muy lenta y las recidivas, después de la ablación completa, son muy raras.

Los autores hacen en este trabajo una extensa y erudita disertación encaminada á demostrar la identidad histológica y clínica del pólipo del oído, con el botriomicoma, sentando como final de su estudio la siguiente conclusión: *Las neoformaciones designadas habitualmente con el nombre de pólipos del oído son para nosotros botriomicomas, es decir, botones carnosos, inflamatorios, que se forman en los tejidos infectados.*

Considerados, pues, por el clínico como botriomicomas, los pólipos del oído serán comparables bajo todos sus aspectos á las reacciones análogas de la conjuntiva, de los carrillos, de la piel, etc., siendo preciso advertir que tales neoformaciones, así llamadas, no tienen ningún carácter de malignidad, ni recidivan en general después de la ablación, ni hacen metástasis, ni son, por lo tanto, tumores propiamente hablando, de los que además se diferencian por el pronóstico y por tener una terapéutica eficaz. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 12, 30 de Junio de 1922).—T. R. Y.

## DERMATOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

#### 1. La osteitis de la úlcera varicosa, por L. Thorel.—

El autor afirma que la úlcera varicosa va acompañada casi siempre, por no decir siempre, de lesiones óseas de la tibia y del peroné. Así se desprende del examen radiográfico de 30 casos. Estas lesiones asientan invariablemente hacia la unión del tercio medio y del tercio inferior de los dos huesos, mucho más precoces al parecer y mucho más pro-

nunciadas en el peroné. Se trata, desde el punto de vista morfológico, de osteitis hipertrofiante, desarrollada, según todas las apariencias, á expensas del periostio, produciendo á veces deformaciones considerables. Son muy parecidas estas lesiones á las exóstosis sifilíticas, pudiéndose confundir fácilmente con ellas. Sin embargo, las exóstosis sifilíticas asientan principalmente en la tibia. La naturaleza de la osteitis varicosa parece ser infecciosa; es difícil concebir alteraciones óseas de esta naturaleza debidas á irritaciones químicas ó tóxicas. En cuanto al trayecto que sigue el germen, hay que tener en cuenta que en esta región no hay comunicación entre los linfáticos superficiales y los profundos. No teniendo este territorio ninguna comunicación con el exterior, es necesario admitir que la infección llega por la vía sanguínea. Si existen várices internas, los gérmenes pueden atravesar con facilidad las paredes venosas distendidas, mal nutridas, en un momento en que la circulación esté algo disminuída, é instalarse en un territorio en que el masaje muscular es casi nulo. Invadirían, por tanto, los tejidos perivasculares y ganarían el periostio vecino. Además, el peroné está colocado muy cerca, por dentro y por detrás, del paquete arteriovenoso peroneo posterior. Si esta patogenia es verdadera para la red profunda, debe serlo igualmente para la red superficial. Sería preciso explicar la úlcera varicosa, no solamente por trastornos circulatorios, embolias, etc., sino por la presencia de una dermatitis microbiana profunda de origen sanguíneo. De ella dependerían estas periflebitis que se observan con tanta frecuencia en las piernas varicosas con una rapidez desconcertante. Esta hipótesis daría una nueva dirección á la terapéutica, indicando la necesidad de obrar sobre la circulación general (hamamelis, quinina, digital, adrenalina, endocrinoterapia, etcétera) y de excitar la defensa de los tejidos contra la infección crónica (seroterapia, ictiol, rayos X á dosis masivas fuertemente filtrados). (*Archiv. Medico-Chirurg. de Normandie*, núm. 20, Diciembre de 1921).—LUENGO.

## ENDOCRINOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. La obesidad inferior, por M. Heckel.—Esta afección se caracteriza por una notable adiposis localizada en los miembros inferiores, desde su raíz hasta su extremidad, que contrasta con un estado, por decirlo así, normal del tronco. La enfermedad es privativa de la mujer, presentándose habitualmente en las muchachas de trece á quince años de aspecto linfático y pacífico, y, sin embargo, muy emotivas, sin otros trastornos funcionales que algunos referentes á la menstruación, tales como retardos, irregularidades, supresiones ó insuficiencias de las reglas.

Esta obesidad particular parece hallarse bajo la dependencia de una insuficiencia ovárica por debilidad endocrina, que puede ser hereditaria, diatésica ó post-infecciosa.

Como tratamiento, el autor prescribe el reposo, al menos al principio, y un régimen pobre en grasas, feculentos y azúcares, pero rico en carnes crudas, legumbres verdes y frutas.

Además se recomienda la opoterapia pluriglandular compuesta de extractos tiroideo, ovárico é hipofisario, á los cuales se junta la adrenalina, excitante funcional del simpático. (*De Le Bulletin Médical-Le Courrier Médical*, número 29, 6 de Agosto de 1922).—T. R. Y.



# 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 —Dignificación profesional. —Unión y solidaridad de los médicos. —Fraternidad, mutuo auxilio. —Seguros, previsión y socorro.

#### Boletín de la semana.

##### Fin transitorio de cuentas.

En este número cerramos los correspondientes del año 69 de nuestra publicación y, aunque parezca mentira á los que nos leen, á los que nos estiman y á los que nos ayudan cada día en creciente número con el calor de su simpatía, nuestra conducta, engarzada en la de nuestros maestros antecesores, es hoy la misma que anunció EL SIGLO MÉDICO de 1852; nuestro programa, el mismo que defendieron Méndez Alvaro, Nieto Serrano y Delgrás; nuestra clientela de suscripción, la misma que se siente compenetrada con nosotros en el espíritu del progreso científico indefinido, de la dignidad profesional austera y de la honesta y convencida gestión del bienestar material. ¡Legión incommovible que si se renueva por la muerte, no cambia en el arraigado convencimiento!

En estos días, por una manía investigadora, hojeábamos números de hace diez, de hace veinte, de hace treinta y de hace sesenta años, y ni en uno sólo de ellos hemos dejado ver comprobada la tesis, que á muchos parecerá pretenciosa, de nuestra invariable conducta.

Todo esto es verdad y ello ha de producirnos, si no orgullo, complacencia; pero en cambio, no es menos cierto, que aparte de algunas conquistas laboriosamente conseguidas, el ideal tras el cual anhelamos, se muestra casi intacto, excitando á las generaciones que nos sucedan á la perseverancia en la lucha, á la prosecución austera, nunca al rendimiento pesimista ni al escepticismo habilidoso con que se disfraza el industrialismo arribista é impaciente que envenena á algunos de los desertores de lo que es y ha sido siempre el *sacerdocio médico*.

No se ha conseguido todo; mucho queda por conseguir; pero sería injusto y temerario el negar que el concepto general de la clase médica española ante la Ciencia europea ha adelantado de modo innegable y que la consideración material de los médicos en el mundo político y de la sociedad, ha elevado su nivel á un grado que nunca alcanzó en los tiempos antiguos, ni aun en los próximos recientes pasados.

Quiere esto decir que la tarea es dura, que quizá nosotros mismos la empeoramos con nuestras divisiones y desorientaciones transitorias, pero también quiere decir que se avanza de modo innegable ha-

cia la meta, y esto inspira un programa, encerrado en una sola palabra:

«¡Adelante!»

DECIO CARLÁN

#### PARA FORMAR JUICIO DEFINITIVO

Quien bien tiene y mal escoge,  
Del mal que le venga no se enoje  
(Refrán popular.)

Testigos son nuestros constantes y numerosos amigos de la conducta de prudencia, de mesura y hasta podía decirse que de resignación, observada por nosotros hasta estos últimos tiempos, á pesar de las insidias, malevolencias y provocaciones de que á diario somos objeto en la representación de nuestro periódico, en la respetable y aun veneranda persona de nuestro director y en la de los que tienen la desgracia de merecer nuestros aplausos por ser hombres competentes, doctos, honrados y llenos de desinterés y abnegación bien demostrada en honor de una sola cosa: «El prestigio médico español».

El silencio (confesamos que no siempre desprovisto de desdén) con que hemos dejado pasar las torpes maniobras de nuestros inexplicables adversarios, quienes no tan sólo aparentan no reconocer los beneficios innegables que deben á nuestra actuación en las propagandas de la prensa y en las positivas realidades de la vida pública, sino que, sin talento bastante y con absoluta ausencia de todo conocimiento de los asuntos mismos en que manipulan desde hace varios lustros, toman nuestra bandera sin ocurrírseles añadirle ni una *corbata* y quieren hacerla pasar por suya, como si se dirigiesen á un público de cretinos estólidos incapaces de poder enterarse de las cosas que se han hecho á la luz del día; este silencio, decimos, ha tenido hasta ahora dos motivos que le explican: el primero, nuestro constante deseo de no aparecer nunca dando ni el más remoto pretexto á la debilitación de la unión de los médicos españoles, única palanca que removerá los obstáculos que al bienestar debido á nuestra clase se oponen; el segundo motivo ha sido el no poder creer que, personas que por sus antecedentes de cultura y por tener un título académico, amén de por ser ciudadanos dignos de respeto, nos le merecían y nos le merecen en este asunto, tuviesen necesidad de que aclaráramos ante ellas la significación de ciertos procedimientos burdos y sólo verosímiles en los caletres que á diario los engendran y que con tozudez campesina los esgrime, mediante las artes mismas empleadas por aquellos contra los que vociferan llamándoles caciques y monterillas.

Pero este silencio, esta paciencia, esta resignada abnegación al cumplimiento de un deber que espontánea



y desinteresadamente hemos sentido desde el principio de nuestra vida profesional y al que hemos dado bien públicas y claras muestras de devoción absoluta, había de tener su término, ante la perseverante malevolencia de los que, más dignos de compasión que de enojo, se empeñan en llevarnos por caminos por los que hemos dado buenas muestras de no querer progresar. La consideración y la tranquilidad del ánimo pueden en algún momento llegar á ser estimadas como cobardía, y á tal epíteto no nos obliga, ni nos ha obligado nunca ningún género de consideraciones, tanto menos cuanto que nuestra conciencia nos dice y nuestra práctica nos enseña, que tenemos arsenal bastante de medios para oponer más que sobrada resistencia á las agresivas intemperancias de los que saben bien que tenemos tales medios para hacerles callar.

No obstante todo esto, aún hemos de intentar no aparecer como protagonistas en la lucha á que temerariamente se nos provoca, y por el momento nos servimos de referencias á datos completamente extraños á nosotros, y á nada que con nosotros toque: pues hay otra consideración que nos obliga á no guardar un silencio absoluto, y es ésta la que se desprende del deber que como periodistas tenemos de informar á nuestros lectores de la verdad, de la estricta y pura verdad, en asuntos que pueden llegar á tener vital interés para las clases médicas españolas.

Vamos por partes: en todas las actuaciones y tentativas que de algún tiempo á esta parte se vienen haciendo con objeto de organizar nuestra clase y mejorar las condiciones sanitarias de nuestro país, contra la vergonzosa situación en que una y otra se encuentran, aparece una entidad creada para fines bien distintos de los en que ha actuado y actúa, oponiéndose á todo progreso y mejoramiento, sô pretexto de quiméricos daños inferidos á la clase que pretende representar. Y de este modo la Junta de Patronato, que es á quien nos referimos, abrió oposición y guerra cruda á los Colegios Médicos, hasta convencerse de la inutilidad de su esfuerzo, y pretende hoy capitular hipócritamente á pesar de haber siempre proclamado la incompatibilidad de sus intereses. De este modo también se opone capciosamente á la aprobación de leyes en las cuales los que mayores provechos obtendrían habían de ser los titulares españoles, según claramente se ve en lo literal de su texto.

Pero nada de esto es argumento para los muñidores y manipuladores de aquella que pudo ser importante, útil y provechosa institución, si en otras manos la hubieran puesto, los que por injuria ó candor la han dejado caer en las en que se encuentra.

Los Colegios Médicos primeramente, y muchos colegas y médicos libres después, han clamado protestando de que esta Junta no representaba ya sino á un mermaidísimo número de titulares; pero de nada han servido tales protestas ni los claros resultados del plebiscito que la Inspección de Sanidad tuvo la inocencia de creer que había de tapar ciertas bocas. Sus cifras, que luego publicamos, no pueden ser más elocuentes; pero el convencimiento de la candidez de ciertos ele-

mentos, manejados por otros hondamente interesados en la lucha, ha anulado tan evidentes resultados. Ni ellos, ni la declaración hecha por un individuo de la Junta en la Asamblea últimamente perjeñada, son parte á entibiar el ardor bélico de los intereses mal creados y continúa hablándose en conferencias y asambleas de la representación de diez mil titulares, con los que se intenta impresionar el ánimo de los ministros tímidos, ó con apariencias de tales.

Pero por hoy (solamente por hoy), hemos de dejar de hablar por propia cuenta, y entre la multitud de documentos *aplastantes* que pudiéramos publicar, nos limitaremos, por no envenenar la cuestión, á reproducir un trabajo publicado por un colega, *La Medicina Práctica*, á quien completamente desconocemos y que da bastante idea de la importancia de la última reunión, si no la hubiera ya dado bien elocuente la cruel fotografía que publicó un periódico ilustrado.

Dice así el colega de Medicina Internacional:

#### «A la Asamblea de titulares.

Injustificados apasionamientos, desorientación absoluta, declaración de impotencia é incongruencia supina, fueron las características que ofrecieron á la opinión los restos de aquella pujante Asociación de Titulares, hoy amenazada de muerte por inanición.

Para demostrarlo así bastará la simple enunciación de lo allí expuesto y acordado.

Leída por el Sr. Almarza la Memoria en que una vez más recuerda sus afortunadas pristinas iniciativas, las grandes ventajas que en su virtud se obtuvieron, las repetidas pruebas de su desinterés y el informe por la Junta emitido en contra del proyecto de ley de Profilaxis, que, á pesar de lo que se asegura, nos consta no llegó á mano de ninguno de los senadores médicos que integran la Comisión permanente de Gobernación el Sr. Rodríguez de Dios, obsesionado por la idea de construir un pedestal á su coterráneo, el hasta aquí para la clase médica innominado Sr. Sánchez, sobre las ruinas del en que incommovible se asientan los sólidos y reconocidos prestigios del Sr. Martín Salazar, director general de Sanidad con aplauso y muy á satisfacción de la aplastante mayoría de las clases sanitarias, hubo de enaltecer y encomiar de una manera tan extemporánea los servicios por el primero prestados con su inoportuna intervención en el Senado, y desfigurar de tal suerte los hechos que caprichosamente y por convenir así al efecto teatral, y quizá á sus conveniencias políticas rebuscado, no se le ocurrió nada mejor que pedir á la Asamblea solicitara la destitución del segundo. Pero ¡oh decepción! Cuando después de los arranques dantonescos, y ronco de increpar, saboreaba de antemano la realización inmediata de la apotheosis acariciada, se encontró con el solemnísimo chasco de que la Asamblea casi por aclamación acordara no haber lugar á semejante desatino. ¡Buena y provechosa lección, que no debe ser olvidada por los ilusos que crean poder manejar á su antojo á hombres conscientes!

Que los asambleístas no habían leído las manifes-



taciones por el Sr. Salazar rubricadas á petición del tan modesto como activo y práctico Sr. Sáinz López, alma máter y primordial sostén de la Junta y, por ende, de su satélite el *Boletín*, gracias al señuelo de un escalafón, que por mucho que se baraje nunca tendrá eficacia ni podrá servir para nada; buena prueba ofrecen la incorrección y el desabrimiento con que se trata á quien lejos de merecer anatemas de ninguna especie, sólo á perdurable gratitud, en justicia, se ha hecho acreedor.

¿Y qué juicio habrá merecido al Sr. Almarza, después de expuestas todo lo veladamente que en él estaba hacerlo, las penurias económicas en que la Junta y el *Boletín* se debaten, la salida de tono del señor que proponía la constitución de un fondo con que acudir á la defensa de los titulares? ¿Se puede dar una más palmaria demostración de que la Junta y el *Boletín*, para ese exclusivo fin creados, resultan á todas luces deficientes?

Así hubo de reconocerlo, con ingenuidad y alteza de miras que le honra, el bien documentado individuo de la Junta Sr. Campos, cuando ante tamaña incongruencia tomó la palabra, y saltando por encima de toda ficción, presentó al desnudo á la minoría que la Asamblea representaba, los exigüos suscriptores que el *Boletín* retiene, y el inaudito hecho de que, estando establecida como obligatoria la cuota para el sostenimiento del Patronato, sólo abonaran ésta 1.200, de los 10.000 y pico que constituyen el Cuerpo de Titulares.

Por lo demás, la opinión está convencida de que no hay puntales capaces de impedir el inminente derrumbamiento, que con tiempo hubiera podido evitarse, rectificando la conducta, intensificando el trabajo y admitiendo las innovaciones oportunas y convenientemente propuestas y menospreciadas.

Ha sido, pues, la Asamblea un lamentable fracaso, en medio de todo bien merecido, por no hacer caso de amistosos consejos, del cual será difícil reaccionen sus promotores, *ni aun valiéndose del coco de la Casa del Pueblo, también pasado de moda*, y porque en ella hace mucho tiempo saben que los médicos, desde su punto de vista, son camino que no va á ninguna parte.

No sabemos el fundamento que tendrá el rumor de que los Colegios Médicos se aprestan á censurar la conducta seguida por la Junta en un acto de gran resonancia, en que quede bien patentizada la adhesión de la clase á la ilustre personalidad que la dirige, demostrando al propio tiempo dónde radica la fuerza del número y la sinrazón con que una obcecada minoría se obstina en perturbar y mostrarse rebelde al criterio de los más. Y á fe que no estaría de más que así lo hicieran, porque ese sería el medio de acabar con los equívocos y de que todo el mundo supiera á ciencia cierta á qué atenerse.

Basta por hoy.

EL NUMA-ZENITMAR.\*

En cuanto á lo que puede decirse de la voluntad de los médicos titulares respecto á la continuación de la Junta de Patronato en la forma en que viene constitui-

da, he aquí los datos que nos ha proporcionado la Dirección de Sanidad, como oficiales:

CONTESTACIONES REMITIDAS POR LOS MÉDICOS TITULARES Á LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.—¿Cree usted conveniente ó necesario que la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Médicos titulares subsista tal como actualmente está constituida? Sí, 655; no, 836.

En caso negativo, ¿cree usted que las funciones de dicha Junta debieran ser totalmente integradas en los Colegios provinciales de médicos, con la modificación consiguiente de sus actuales Estatutos? Sí, 1.598; no, 289.

Número de provincias que contestaron, 39.

De todas maneras, las contestaciones suman en el caso máximo 1.885, en el caso de mayor interés, ó sea en la segunda pregunta, y sumadas las dos opiniones; siendo, pues, más de 10.000 los médicos titulares, han demostrado ¡¡8.115!! con su silencio ante el requerimiento oficial, que les tiene sin cuidado la Junta de Patronato. No puede darse nada más elocuente.

Ahora bien; entre estos datos, lo que puede deducirse de las declaraciones del Sr. Campos en la llamada Asamblea y las solicitudes de los Colegios Médicos, nos parece que no es temerario el asegurar que la tal Junta de Patronato *no representa hoy ni siquiera la quinta parte de los médicos titulares* y que, por lo tanto, es ocasión de que se piense en que se modifique y se regule su constitución, ya que no se vaya á su extinción absoluta, y que poniendo de acuerdo las funciones de la nueva Junta con las naturalmente integradas en los Colegios, se evite una dualidad de carácter oficial que siempre ha de ser dañosa á la obtención de las legítimas aspiraciones de la clase.

Y basta por ahora, aunque no nos cansaremos de pedir perdón á nuestros lectores por el desagrado que experimentarán al ver que se insiste ante ellos en cosas que la experiencia les ha enseñado y su buen entendimiento les ha hecho juzgar. Pero no todos los que de estas cosas juzgan son médicos, ni lectores de EL SIGLO MEDICO, y aun cuando el número de estos últimos sea muy superior á lo que resulta, que son los titulares inscritos en el Patronato; sin embargo, hay ocasiones en que hay que hablar claro para que los políticos y el público en general no interpreten la cortesía del silencio como aprobación ó acatamiento á los vocinglerismos amañados.

D. C.

### La Asamblea de Barcelona, sobre el Seguro de Enfermedad, Invalidez y Maternidad (1).

La presencia del Sr. Gascón y Marín, y el noble y precioso discurso que pronunció, con el cual se conquistó, desde los primeros párrafos, la simpatía de todos sus oyentes, me obligaron á pronunciar, á mi vez otro discurso con el fin de hacer constar aquellos hechos que, siendo sumamente importantes, eran desconocidos y justificaban, en términos laudatorios para los Sres. Salazar y Cortezo, el esfuerzo, los buenos de-

(1) Véase el número anterior.



seos y las conclusiones á que habían llegado, siempre movidos con su afán de extremar, por todos los medios posibles, las garantías que debían de servir para colocar, en condiciones nunca soñadas, la anhelada emancipación y los seguros cobros y rendimientos de los médicos titulares. En este sentido, con afirmaciones del Sr. Gascón y Marín, quien sostenía la exactitud de mi relato, hice presente que habiendo yo asistido, por casualidad, al final de la conferencia en que se había manifestado la disconformidad entre los tres ponentes, los Sres. Cortezo y Salazar expresaron su sentimiento por no poder firmar el voto particular; y á su vez el señor Gascón dijo que deberes imperativos de sus convicciones y de su ministerio le impedían colocar su firma por ser extremadamente atentos á los intereses de los médicos, á los cuales solamente se había tenido en cuenta el dictamen de los distinguidos ponentes. Era de justicia, como yo decía, se fijasen los médicos en que el Sr. Salazar, ante la perspectiva de estarse discutiendo en el Senado y en vías de aprobación el proyecto de ley de Sanidad, quería asegurar desde el primer momento, sin esperar preparaciones lentas, lo por mí dicho, á saber: que los médicos obtuviesen, aparte de otros beneficios consignados en la ley, la garantía de que habían de conseguir una emancipación en el ejercicio de su asistencia, y una seguridad sobre el acuerdo esencial de que serían incorporados los titulares al Seguro, para que percibiesen mejoras económicas que habían de variar en términos muy favorables la situación dificultosa que vienen atravesando. Es decir: que habían hecho cuanto les era posible por afirmar, desde el primer momento, la personalidad, la independencia y los recursos de los titulares. Y que el Sr. Gascón y Marín, como catedrático de Derecho administrativo, había tenido que llevar su vista á otras consideraciones en las cuales los intereses y los fueros de los Ayuntamientos tenían que ser más fundamentalmente estimados, aunque por otro lado manifestase la razón de sus buenos deseos, por atender á los intereses médicos, de los cuales si no podía mostrarse tan absoluto defensor como lo habían hecho los firmantes del dictamen, se sentía afecto por ser él hijo de un médico, hermano de un otro profesional de la clase, y siempre con espíritu de amor á ésta. Yo hube de quedar muy agradecido á estas claras y satisfactorias explicaciones, con las cuales resultaba bien reivindicado el gran servicio que los Sres. Cortezo y Salazar habían procurado prestar á esos médicos titulares que son siempre la tenaz preocupación de quienes tienen la más alta y autorizada influencia médica en la legislación del país y en el desarrollo de sus preceptos administrativos.

Deseo hacer constar asimismo que yo hube de llamar la atención, en ausencia del Sr. Salazar, acerca de la tranquilidad que el espíritu de éste había de sentir ya ante las posibles quejas que en el día de mañana formularan los médicos titulares, si por ventura la aprobación de la ley del Seguro no garantizase, ya inmediatamente y con la amplitud deseada, aquellos intereses de los cuales ellos han venido siendo realmente los celosos abogados. El voto particular fué

aprobado por unanimidad; yo mismo hube de manifestar que creía era lo más práctico, desde el punto de vista puramente administrativo, se votaran las conclusiones del Sr. Gascón y Marín. El hecho es que en las actas de esta Asamblea y en el texto de las ponencias allí aprobadas constará siempre que ha sido la misma clase médica, con un conjunto máximo de representaciones médicas, quien entendió que las salvedades por el Sr. Gascón y Marín formuladas en pro de los fueros de los Ayuntamientos, debían ser sobrepuestas á las proposiciones de la Dirección general de Sanidad, atenta siempre y fundamentalmente á la independencia profesional y á las garantías económicas de los médicos.

## VI

Llegada la ocasión de leer el tema 6.º, evacuado por el Sr. Salazar y por mí, con el vistobueno de los señores Esquerdo y Duarte, de Barcelona y Granada, respectivamente, gozamos la gran satisfacción de que, sin leer el razonamiento de las conclusiones, por considerar que era ya conocido de los asambleístas, una tras otra fueron aprobadas, no habiendo la más pequeña discusión ni necesidad de aclaraciones, las nueve, todas de importancia, en las cuales se hallan en cierto modo englobados, con símbolos expresivos, todos los temas y las proposiciones más fundamentales de la Asamblea en relación con la salud, la maternidad, la invalidez, la pedagogía, la terapéutica y la profilaxis de las enfermedades. No se había dado en la Asamblea ningún caso semejante; y aquella general conformidad sirvió para despejar completamente la atmósfera que se respiraba acerca de las prevenciones, desconfianzas y rozamientos que, ya encubiertos, ya ostensibles, mantenía el personal médico. Ante este éxito se levantaron sucesivamente los Sres. Blanc Fortacín y Crespo para dedicar frases respetuosas, de noble cordialidad y de sincero aplauso, á los trabajos de los que habíamos evacuado la ponencia. Se pronunciaron discursos de muy plausible felicitación; el mismo D. Eduardo Alvarez, representación, á menudo tronante, de las desconfianzas obreras, después de algunas advertencias que fueron bien acogidas, las de siempre enérgicamente manifestadas, se unió al concierto general. Pocos minutos más tarde, el Sr. Salillas, vicepresidente del Instituto de Previsión, médico, siempre muy interesado en toda obra de progreso, pronunció otro discurso, que siendo suyo no hay por qué señalar había de ser muy elocuente y admirablemente pronunciado, donde, recogiendo aquel sentimiento de armonía, entonaba un himno consolador, y germen de grandes esperanzas prácticas, á la obra extraordinariamente importante que había realizado la Asamblea con gran satisfacción de todos. Fué de noche y en la sesión más satisfactoria de cuantas celebró este certamen, la del día 25; y como quedaron aprobados sin debates, en pocos minutos, los puntos que constituían el programa de los médicos confederados, en sus diferentes representaciones, todo acabó bien; y pudo recordarse aquel sano proverbio de «qué bueno es lo que bien termina».





## VII

Los médicos, en sus altas representaciones actuantes, conseguido esto, aceleraron su retirada para regresar á las naturales procedencias; y esta circunstancia impidió que en la gran sesión de clausura, presidida por el ministro del Trabajo, donde hablaron las representaciones de otros intereses que habían actuado en la Asamblea, levantara su voz la de la clase médica, expresando aquellos sentimientos de gran progreso por los intereses públicos, y aquella profunda satisfacción y gratitud que la buena acogida y general auxilio hallados en la Asamblea, seguramente les debían haber promovido. Señalado estaba yo por el Comité organizador, y como representante médico del Instituto de Previsión, para haber pronunciado el oportuno discurso; pero considerando que este honor debía declinarlo en el Sr. Sanchís, ya que él llevaba la representación de toda la clase, tuvimos el sentimiento de que este señor y el Sr. Crespo adelantarán su partida, y que en el momento crítico se hubiera quedado sin satisfacer esa expresión, que lo era de la más elemental cortesía. El deseo mío de ceder las naturales distinciones que en Madrid se me confiaron; las de pronunciar discursos en la sesión inaugural y en la sesión de clausura—no diré que por modesto, pero siempre sí amigo de lo práctico y de lo útil—, hube yo de pedir á los señores Maluquer y Salillas, que en la primera brillase la prestigiosa figura de autorizada elocuencia del propio Sr. Salillas, y en la última la respetable autoridad y representación del Sr. Sanchís Bergon. Al requerir esta segunda substitución quise manifestar que aquel desvío manifiesto que hubieron de mostrarme siempre mis colegas, no citándome para sus juntas, no invitándome á sus banquetes, no consultando mis juicios, y teniéndome siempre en lejana perspectiva y próxima desconfianza, por cuanto yo era símbolo de la Sanidad oficial, no me había molestado lo más mínimo, ni creía que valía la pena de ser tenido en cuenta. Hace ya cerca de cincuenta años que vengo siguiendo esta conducta en los asuntos sanitarios, y no vale la pena de modificarla cuando se ha llegado ya al final del camino de la vida.

## VIII

## Una observación final.

El Colegio de Médicos de la provincia de Madrid ha reanudado la publicación de su Boletín oficial, y el número correspondiente á 1.º de Diciembre viene dedicado, casi por entero, á dar cuenta y publicar documentos de esta Asamblea del Seguro de enfermedad, celebrada en Barcelona. Con la sinceridad que nos es característica y con la generosidad de que gustamos siempre dar prueba, he de tributar mi efusivo aplauso á su actual presidente el Sr. Blanc y Fortacín, en quien con gusto observamos siempre el plausible deseo de hacer que las cosas marchen bien, de poner acierto, adquirir justos conocimientos en las materias que trata y dar, por consiguiente, á la corporación que tiene bajo su régimen, aspectos y realidades de discreción, templanza, armonía y buen trato, en cosas y á personas, no siem-

pre allí convenientemente llevadas y atendidas. El señor Blanc y Fortacín en la Asamblea de Barcelona mantuvo estas disposiciones y por ellas ha recogido simpatías generales: más aún en aquellos desaciertos y errores que algunas veces amenazaban dar en conflictos serios, y él fué un espíritu sereno, una intervención moderadora, actuando como buen político que sabe sortear los escollos y prevenir los motivos desagradables. He leído los extractos que publica de las sesiones el órgano de la Corporación que dirige y creo que reflejan fielmente con la extremada sobriedad con que estas crónicas suelen hacerse, lo allí sucedido. Exacto en cuanto dice acerca de mis modestas y breves intervenciones, solamente he de permitirme hacer dos pequeñas apostillas, á lo que sobre mí dice en la sesión del 21 y la nocturna del día 25.

En la primera, consignando el breve discurso con que yo hube de contestar á las desconfianzas que manifestaban algunos oradores médicos, dice: «El Dr. Pulido termina invocando se tengan presentes sus desvelos desde muy antiguo en pro de la clase médica». Y acerca de esto, se me ocurre advertir que no resultaría muy airosa mi intervención si ella hubiera sido una especie de encarecimiento para que se tuvieran presentes mis desvelos y trabajos en pro de la clase médica. ¡Nada de esto! Aquella vez, como todas las veces en que yo intervengo, lo hice y fué esencialmente para reivindicar los prestigios, solicitudes, esfuerzos y triunfo, á duras penas conseguidos, y con gran fe adquiridos, de los Sres. Cortezo y Salazar; y natural era que yo registrara una indiscutible verdad: la de que, desde hace medio siglo, más de treinta obras mías, infinitos discursos, y conferencias, y centenares de artículos, han tenido por objeto servir los intereses de los pobres médicos titulares, únicos que tienen derecho á la protección generosa de nosotros los parlamentarios. No lo dije así, con estos detalles, pero natural era que si se enfocaban en los sanitarios oficiales las asperezas, y hasta los ataques de algunos oradores, restableciese la verdad ilustrando algo sobre lo que parecían ignorar aún aquellos que, por su edad, estaban obligados á bien saberlo. Y, claro es, que con esto señalo al jefe de una falange, que decía de 20.000 médicos, todos los de España; y al margen apartado de este ejército, nos colocaba, sin nombrarnos, á unas pocas personas, formando insignificante grupo.

Con respecto á la sesión del día 25 por la noche, es sensible que la presencia del Sr. Salazar actuando en la ponencia sexta, el discurso precioso que con su motivo pronunció, y las demostraciones de aplauso y armonía que allí se produjeron después de la hermosa aprobación de la ponencia toda sin discutir una palabra, no hubieran merecido otras consideraciones y mayor relieve de lo que aparece en dicho Boletín. Aquel concierto de armonías limpió y abrigó, en términos merecidos y que eran necesarios, el desvaído concepto que se había producido sobre las discordias, prevenciones y exigencias de la clase médica. El Sr. Blanc y Fortacín dijo palabras muy levantadas y de perfecta expresión en aquél entonces, y por esto hubiera sido jus-



to haber dado un poquito más de relieve á la reseña que se hizo sobre el particular.

Para terminar debemos registrar aquí el caso verdaderamente inexplicable, y por lo paradójico comentado, de que el Sr. Sanchís y el pseudo titular cacique, convivieran en tales términos sus opiniones y sus propósitos, que no parecía sino que el presidente de la Federación de los Colegios estaba al servicio de los intereses de su colaborador. Con toda verdad decimos que ya es tiempo de que el anciano venerable de Valencia se dé cuenta de peligrosas astucias, y que procediendo como conviene á los graves prestigios y funciones de los Colegios Médicos, ayude á los sanos propósitos defendidos por el Dr. Salazar, para que sean éstos los que recojan en su mayor pureza y buen cumplimiento, facultades que hace años proporcionan á sus larguezas y recursos á quien con ellos viene paseando sus gentilezas en la Corte.

ANGEL PULIDO.

### TEMA 3.º

*«Si conviene utilizar los servicios y fondos de la Beneficencia pública sanitaria para los Seguros obligatorios de Enfermedad, Invalidez y Maternidad y procedimientos de utilización.»*

Firman la ponencia los Dres. Cortezo, Martín Salazar y Gascón y Marín, emitiendo este último un voto particular sobre la misma.

Se ha comentado mucho entre la clase médica el resultado de esta ponencia, pero yo, fiel traductor de lo que en Barcelona pasó, he de relatar las cosas tal y conforme sucedieron.

Era la clase médica la principal, por no decir la única, representación de la Asamblea que había de adoptar ó desecharla la ponencia, sumándose ó no al voto particular del Sr. Gascón y Marín.

Antes ya de ponerse á discusión, por tanto, las representaciones médicas estudiaron y acordaron una opinión en relación á ella, considerando que la ponencia que suscribían los Dres. Cortezo y Martín Salazar era un ideal, pero para el día de mañana, ya que al principio de la implantación del Seguro sería casi irrealizable la implantación de las ideas de los ponentes, por lo que era preciso inclinarse hacia el voto particular del Sr. Gascón y Marín que opinaba idénticamente en realidad á sus compañeros de ponencia, pero que establecía que lo mismo que opinaban los Dres. Cortezo y Salazar debía implantarse paulatinamente y así sucedió; en efecto, puesto á discusión, el Sr. Gich, en nombre de los ponentes ausentes, defendió la necesidad de que las instituciones de Beneficencia pública debían auxiliar los servicios de los Seguros, sustituyéndose además la asistencia municipal por la del Seguro, pasando á ser médicos del mismo los titulares encargados actualmente del servicio de Beneficencia municipal, todo ello, claro está, desde el principio de la implantación del Seguro, es decir, en una forma ejecutiva.

El voto particular del Sr. Gascón y Marín, elocuentemente defendido por el mismo, demuestra que no existe disparidad de criterio en realidad entre la ponencia y el voto particular, sobre todo en lo fundamental de los conceptos de ésta, existiendo más bien la diferencia en modalidad, más que en finalidad, por lo que teniendo en cuenta que las Beneficencias no pueden desaparecer en un momento dado por impedirlo así las leyes vigentes, considera que las Cajas adminis-

tradoras del Seguro deben llegar á un acuerdo con el Estado, Provincia y Municipio, para que éstas puedan utilizar los servicios benéficos hoy existentes, en las poblaciones donde sólo exista un médico titular utilizando los servicios de éste, y donde haya otros facultativos formando listas á los que puedan acudir los asegurados, sin perjuicio de que paulatinamente, es decir, en forma evolutiva, á medida que por la acción del Seguro disminuyan las actuales obligaciones de los Municipios, Provincias y Estado, aportaran estos organismos su colaboración al Seguro, por medio de pactos convenidos dentro de la finalidad de éste.

El Dr. Sanchís Bergón, en nombre de la clase médica, declara el agradecimiento de ésta á los Dres. Cortezo y Salazar, por actuaciones pasadas en pro de los médicos titulares; considera que la ponencia de los Dres. Cortezo y Salazar tiende á defender así mejor á los médicos titulares, pero que considerándola por el momento irrealizable, la representación médica votará íntegro el voto particular de ella.

Todavía hicieron uso de la palabra el Dr. Pulido para manifestar que no existió diferencia grande entre el voto particular y la ponencia, aunque jurídicamente estaba conforme con el Sr. Gascón y Marín.

El Dr. Ignacio González, en nombre de la clase farmacéutica, se puso completamente al lado de sus compañeros los médicos, y el Dr. Blanc, coincidiendo con la manera de pensar del Sr. Aznar, el cual predicó desde el principio de la conferencia la necesidad de que la implantación del Seguro debe tener una tendencia evolutiva, abogó también porque se acondicionen los conciertos, beneficios y cajas á lo que se reglamente sobre el particular por las representaciones médicas (véase tema 7.º).

Las conclusiones, pues, aprobadas á esta ponencia, son las del voto particular del Sr. Gascón y Marín que dicen así:

1.ª Debe existir aportación de servicios por el Estado, Provincia ó Municipio á la futura organización de los Seguros sociales.

2.ª Las entidades públicas que actualmente tienen organizado servicios de asistencia en caso de enfermedad, invalidez y maternidad, deben utilizar el Seguro y las instituciones oficiales que se creen para transformar la actual asistencia benéfica, encaminando la transformación á adoptar lo antes posible el Seguro en pro de los que tengan derecho á asistencia pública.

3.ª Tanto el Estado como la Provincia ó el Municipio por medio de los elementos administradores de sus establecimientos benéficos, deberán procurar llegar á acuerdos con las diversas Cajas de Seguro, para que éstas puedan utilizar á sus fines los establecimientos benéficos hoy existentes, y recíprocamente, éstos facilitar el servicio de asistencia en condiciones especiales á los declarados pobres é inscritos como asegurados en condiciones especiales por Corporaciones médicas.

4.ª Las Cajas de Seguro en los términos municipales en que sólo exista un titular médico, utilizarán los servicios de éste, y donde hubiere otros facultativos podrán formar lista de los á que puedan acudir los asegurados.

5.ª A medida que por la acción del Seguro disminuyan las actuales obligaciones de los Municipios, Provincias y Estado, teniendo en cuenta la economía que en sus presupuestos introducirá el paso de los que participan de su beneficencia al régimen del Seguro obligatorio, Mancomunidad, Diputación, Ayuntamiento, es conveniente que aporten su colaboración á los organismos de Seguro por medio de pactos libremente convenidos, dentro de la finalidad del Seguro, en la seguridad de que la superioridad del régimen estimulará aquellas Corporaciones á estipular aquellos conve-



nios indicados. Antes de que adopte un acuerdo sobre el particular, se abrirán informaciones en las que sean oídos los organismos regionales, provinciales y municipales.

La aportación inmediata de las Corporaciones locales municipales (Diputaciones y Ayuntamientos), no significará gravámenes para sus presupuestos, y será adecuada á sus recursos y al número de familias desprendidas de su Beneficencia respectiva é incorporadas á estos Seguros.

Esta aportación no beneficiará á todos los comprendidos en estos Seguros dentro de su demarcación, sino exclusivamente á los que hubieren sido partícipes de su Beneficencia en caso de no ser incorporados á estos Seguros.

Para las oportunas garantías las Corporaciones locales tendrán derecho á estar representadas en los organismos á los que hagan las aportaciones indicadas.

#### TEMA 4.º

*Reivindicaciones legales y económicas de las Sociedades de Socorros Mutuos.*

La Asamblea, sin entrar en una minuciosa discusión del articulado del anteproyecto de ley de Reivindicaciones legales y económicas necesarias para el amparo, estímulo y fomento de las Sociedades de Socorros Mutuos presentados por la Ponencia como conclusión al presente tema, acuerda:

1.º Aprobar en un todo las orientaciones en sus preceptos contenidas por estimarlas indispensables para regular el funcionamiento de las Sociedades de Seguro libre, como en el organismo que han de constituir la base primordial del Seguro social obligatorio de Enfermedad, Invalidez y Maternidad.

2.º Que para la normal organización del Seguro social obligatorio de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, precisa que previamente, si es posible, ó simultáneamente, cuando menos, á la ley del Seguro obligatorio, sea promulgada la ley de Sociedades de Socorros Mutuos.

#### TEMA 5.º

*Si conviene utilizar las Sociedades de Socorros Mutuos é instituciones análogas para la administración de estos Seguros y qué colaboración podrían prestar en ellos.*

#### CONCLUSIONES

1.ª Es esencial para la mayor eficacia de los Seguros sociales obligatorios de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, que el Estado va á implantar en España, que su administración sea confiada á las Sociedades de Socorros Mutuos, como primer núcleo de entidades aseguradoras locales, conforme expresa la conclusión segunda del tema séptimo aprobado ya por esta conferencia, y tanto es así que es indispensable fomentar su creación en aquellas regiones españolas en donde no existan ó sean en número reducido, á fin de que el Estado pueda basarse en ellas para conseguir el regular Seguro y económico desenvolvimiento de los Seguros.

2.ª Las Sociedades de Socorros Mutuos constituyen el más útil y á la par indispensable organismo de enlace entre el Estado y el obrero, para lograr la perfecta organización de los Seguros sociales con carácter obligatorio, objeto de esta conferencia. Por su eficaz colaboración se obtiene que sean ellas las que corran con el cuidado de la perfección de primas que en general á los obreros correspondan y con el de la concesión de subsidios en el Seguro de Enfermedad, dejando á las Cajas provinciales administradas por elementos del Estado, patronales ó de las Corporaciones locales y obreras, el cuidado de los demás riesgos á cubrir: largas en-

fermedades, invalidez temporal, maternidad, servicio médico-farmacéutico y demás servicios que puedan establecerse, á cuyo efecto transferirían mensualmente á las mismas la parte de prima por tales conceptos percibida del obrero. La invalidez definitiva será liquidada ó sostenida por el régimen de retiros obreros.

Todo ello sin perjuicio de las obras sociales que las Sociedades de Socorros Mutuos puedan libremente y con sus medios propios organizar y establecer, sean ó no iguales á las del Seguro obligatorio, siempre que dichas entidades estén comprendidas en el régimen de la ley especial que para ellas se dicte.

3.ª En las regiones en donde el socorro mutuo esté poco desarrollado ó no se practique, el Estado habrá de divulgar su conocimiento y fomentar su desarrollo por vía preparatoria de la implantación del Seguro social de Enfermedad, Invalidez y Maternidad.

Casi sin discusión se aprobaron estas conclusiones, siendo ponentes de éstos dos temas los Sres. Salas Antón, Eduardo Alvarez, Emilio Vifioly, González Rojas y D. Joaquín Cunillera.

#### TEMA 6.º

*Procedimientos preventivos para disminuir con la morbilidad el coste de los riesgos.*

Son ponentes los Dres. Salazar, Pulido, Esquerdo, y don Rafael García Duarte.

Después de breve discusión, y con una modificación á la tercera conclusión, consistente en hacer obligatorias la aplicación de las vacunas que se indican en dicha tercera conclusión, cuando esté probada su eficacia, se aprueban las conclusiones, que encontrarán nuestros lectores en el lugar correspondiente de la ponencia íntegra que publicamos en este mismo número.

Dejamos el tema 7.º que también fué de interés para la clase médica, puesto que en él se incluyeron nuestras aspiraciones todas, para el número próximo y quizá con él todos los restantes.

DR. BARRIO DE MEDINA.

Madrid, Diciembre 1922.

#### TEMA 6.º

*Procedimientos preventivos para disminuir con la morbilidad el coste de los riesgos de enfermedad, invalidez y maternidad.*

Ponentes: D. Manuel Martín Salazar, D. Angel Pulido D. Francisco Esquerdo y D. Rafael García Duarte.

Dejando aparte el aspecto sentimental y humanitario de los seguros sociales, y teniendo en cuenta sólo su lado económico ó financiero, es evidente que uno de los puntos más importantes que hay que resolver en una ley de Seguros es la disminución de los riesgos, con el fin de alcanzar un menor coste en los gastos y una mayor consolidación y solvencia de los organismos aseguradores. En los Seguros de Enfermedad, Maternidad y de Invalidez la mayor parte de los gastos son dependientes, como es natural, de las causas que ocasionan las enfermedades. Así, pues, todo lo que tienda á hacer disminuir ó desaparecer esas causas, vendrá en beneficio de la salud de los individuos asegurados, y, por ende, en favor de la economía del seguro.

De aquí surge la necesidad de que un plan de profilaxis pública y privada contra las enfermedades evitables forme parte importante, y acaso principal, de una perfecta ley de Seguros; y de aquí también la necesidad de una colaboración



social de todos los elementos que integran los seguros en la obra nacional de mejorar la salud pública del país.

Si al seguro social deben contribuir los obreros, los patronos, el Estado, las Provincias y los Municipios, cada uno de estos factores, dentro de su particular esfera de acción, deberá contribuir á mejorar la salud del conjunto; y todos reunidos, con los propios recursos económicos de las Asociaciones aseguradoras, deberán realizar obras de profilaxis pública, encaminadas á disminuir singularmente las dolencias que más frecuentemente gravan los fondos del seguro.

Hasta aquí los esfuerzos que se han realizado en España para mejorar la salud pública han sido aislados, de parte del Estado y de los Municipios singularmente.

La participación social ciudadana de cada uno de los españoles en esta obra de Sanidad pública ha sido casi nula; y la falta de actuación armónica y combinada de los individuos con el Estado y los Ayuntamientos, ha malogrado en gran parte los empeños de todos en este punto.

Por primera vez en España, si se promulga una futura ley de Seguros obligatorios de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, se podrá ver al Estado, los Municipios y los ciudadanos en mutua colaboración, interesados juntamente en mejorar las condiciones higiénicas del país y en prevenir las causas que más contribuyen á sostener las cifras de morbilidad y mortalidad actuales.

En los procedimientos preventivos para disminuir con la morbosidad los gastos del seguro social, tienen que actuar todos los elementos que integran el seguro. Los obreros pueden desarrollar por sí una acción higiénica de carácter individual muy importante, para lo cual será preciso comenzar por instituir una propaganda enérgica de enseñanza sobre las clases obreras, instruyéndolas en los modos de defender su salud personal, contra los agentes físicos, químicos y bacteriológicos productores de enfermedades ordinarias, y educándoles especialmente en la preservación de los riesgos propios de sus oficios u ocupaciones, ya sean éstas de carácter industrial, comercial ó agrícola.

En este concepto, las Compañías de Seguros del Norte de América, de tipo mutualista, han dado el más alto ejemplo de educación sanitaria á los individuos asegurados por ellas, con la demostración práctica de que cuantos gastos realizan en este sentido son ampliamente recompensados por la disminución de los riesgos de enfermar y morir que esa propaganda sanitaria trae consigo. La fundación Rockefeller, por otra parte, que es una de las instituciones filantrópicas más generosas del mundo, y que lleva sus fines de realizar el bien de la Humanidad, no sólo á los Estados Unidos, sino á todos los países, organiza con frecuencia campañas de propaganda popular que tienen por objeto la enseñanza de la higiene, las cuales han dado los más excelentes resultados, y son dignas de imitación por las instituciones del seguro. No hace mucho tiempo realizó en Francia una campaña de difusión del conocimiento de los medios de prevenir la tuberculosis, que fué un gran éxito.

Los patronos, por su parte, que deben estar interesados como los obreros en el equilibrio económico del seguro, que pueden sacar un gran provecho del mayor vigor físico de los trabajadores, considerado como elemento de la producción industrial, y que, además, les importa disminuir los riesgos de la enfermedad y de la invalidez de sus obreros, pueden hacer por su parte mucho en la evitación de accidentes y en la preservación de las dolencias propias de su particular industria. De este modo, no solamente las leyes sanitarias sobre higiene industrial, sino el propio interés de los patronos, podrán contribuir á mejorar la salud de los obreros y á evitar los riesgos de enfermar, y, por consiguiente, á dismi-

nuir los gastos del seguro. Entre las obligaciones más importantes de los patronos sobre este punto está, como se ha dicho, el dotar á su particular industria de los medios más eficaces para evitar las enfermedades de los obreros ó ilustrar á éstos sobre la manera de precaverse de los referidos riesgos.

Pero hay más: los Municipios y el Estado, encargados oficialmente de la defensa de la salud pública, deberán contribuir con sus organizaciones sanitarias, sus obras de saneamiento y sus medios económicos, á la lucha contra las enfermedades evitables y á disminuir, por tanto, los gastos del seguro.

Las clases sanitarias en general, y los médicos en particular, pueden ejercer una extraordinaria influencia en el éxito de los seguros de enfermedad, invalidez y maternidad, por las relaciones directas que tienen con el funcionamiento de estos seguros, si á la vez que cumplen con sus deberes de asistencia á los enfermos asegurados, desempeñan el papel de educadores sanitarios ó de preceptores higiénicos de los enfermos y sus familias. Esta misión educadora, en materia de higiene, es una de las cosas que hay que inculcar más en el espíritu de los médicos modernos, ya modificando los planes de enseñanza de las Facultades, en el sentido de dar mayores desarrollos á los estudios de medicina preventiva, ya educándolos más de lo que hoy se hace en las funciones públicas ó sociales que, con el progreso de los tiempos, va teniendo la profesión médica en el mundo. Los Colegios Médicos, las Academias y Sociedades médicas de todas clases, deberán dedicar una atención preferente al desarrollo de las funciones sociales de la profesión, en la seguridad de que, andando el tiempo y cuanto más comprendido sea en los pueblos el valor de la salud y la vida de los hombres, más estimada será la alta y noble misión de los que se dediquen á prevenir los males de sus semejantes.

Con el seguro maternal, no solamente se trata de atender á la salud de la mujer embarazada y del niño recién nacido, sino á cuidar del mejoramiento y vigorización de la raza. En la Conferencia internacional del Trabajo en Washington, se sentó el principio de que toda mujer embarazada debe dejar de trabajar durante las seis semanas que precedan y las seis que siguen al parto. Para conseguir esto, es preciso que reciba de las instituciones del Seguro una asignación diaria por ese mismo período de tiempo, que le permita el descanso necesario. Este precepto de las leyes del Seguro de maternidad, es, en sí, una medida de carácter preventivo que hay que completar con la debida asistencia médica durante el embarazo, el parto y el puerperio, y con la creación de instituciones sociales de maternología y puericultura que defiendan á la vez la salud de la madre y del niño.

Ultimamente, el mayor esfuerzo para disminuir con los riesgos de enfermar los dispendios del seguro, lo han de realizar las organizaciones aseguradoras mismas, empleando los fondos de reserva, como lo hizo en su tiempo Alemania, en obras de profilaxis pública, encaminadas á hacer desaparecer las enfermedades evitables. En 1910 las mutualidades obreras alemanas sometidas al régimen del seguro, tenían un capital de reserva de 5.000 millones de marcos. Estos fondos de reserva pueden aplicarse en dos formas diferentes: ya sea fundando ó creando directamente instituciones sanitarias preventivas, acomodadas á las necesidades inmediatas de la asistencia de los individuos asegurados, como sanatorios, dispensarios, clínicas, hospitales, maternidades, etcétera, ó ya sea dando el dinero de las cajas á precio módico, en préstamos hipotecarios, á individuos ó empresas que se comprometan á emplearlos en obras públicas de saneamiento, como son, por ejemplo, el aprovisionamiento de



aguas puras á las poblaciones que carezcan de ellas, la construcción de casas sanas y baratas para obreros, que es cosa que envuelve la solución del problema higiénico de la habitación, la fundación de establecimientos de beneficencia, y sobre todo, la creación de centros deportivos y, en general, de regeneración del vigor físico de los individuos, de las estirpes y de la raza.

Este último punto, muy olvidado en nuestro país, y cada vez más atendido en las naciones del Norte, merece, de parte de las instituciones del seguro, una atención particular; porque en orden á la profilaxis de las enfermedades de los asegurados, tanta importancia tiene combatir las causas externas de naturaleza física, química ó microbiológica que las producen, como la de desarrollar y fortalecer el organismo de los individuos; con lo cual, no sólo resisten éstos al embate de las enfermedades en general y singularmente las infecciones, sino que, mejorando su salud y vigor físico, se convierten en instrumentos más útiles y productivos del trabajo manual y hasta mental, ó lo que es lo mismo, en fuentes más fecundas de progreso y de riqueza para la nación.

De todas las consideraciones anteriores, se pueden deducir las conclusiones siguientes, que condensan los procedimientos preventivos para disminuir con la morbilidad el coste de los riesgos de enfermedad, invalidez y maternidad, que forman el tema sexto propuesto para la Conferencia de Barcelona.

Primera. La experiencia recogida por numerosas y muy adelantadas naciones, durante muchos años, y los precisos datos recogidos y aportados en los muchos apéndices informativos que aportan las ponencias y nosotros, los firmantes de ésta, agregamos á nuestra comunicación, acreditan que el Seguro de enfermedad, maternidad é invalidez constituye un régimen eficaz y progresivo de vida que produce los siguientes beneficios:

- a) Disminuye la morbilidad y la mortalidad públicas.
- b) Suministra y reparte con acierto los medios profilácticos, terapéuticos y de socorro, así en asistencia como en recursos, que necesitan las clases media y proletaria de la sociedad.
- c) Asocia y obliga á intervenir en buenas y justas proporciones los esfuerzos y medios de cuantas entidades oficiales y sociales se hallan obligadas á colaborar en esta lucha fundamental por la vida.
- d) Administra lo más perfectamente posible, y con ventajas notorias, los recursos que esas diferentes colaboraciones proporcionan, y
- e) Suministra, de un lado, á las clases médicas una retribución decorosa dentro de una digna emancipación y autonomía profesionales, y del otro, á las clases asociadas aquella libertad de elección y abundancia de asistencia que sus dolencias requieren.

Segunda. La experiencia, ya copiosa, obtenida por los diferentes países, regiones y ciudades acerca de este seguro, permiten escoger buenos procedimientos de recaudación y organización que garantizan los resultados siguientes:

- a) Una perfecta administración y empleo de los fondos colectivos que los sustraigan al mal de esas corruptelas y abusos que determinan quebrantos económicos y desarreglos sanitarios, causa de ineficacia en la función y de bancarrota en los presupuestos, y
- b) Un empleo feliz y reproductivo de los infinitos y poderosos medios de reconocimiento, estadísticas, asistencia y estudio elevado que juegan en el gran problema social de las enfermedades, la maternidad y la invalidez.

Tercera. Los maravillosos progresos que las ciencias mé-

dicas, físicas, químicas y biológicas vienen realizando en el conocimiento de las enfermedades infecciosas y el tratamiento de los grandes contagios, causa de las terribles epidemias y pandemias, aconsejan estimular y favorecer, con todos los medios y recursos necesarios, el estudio y la aplicación práctica de aquellos procedimientos de inmunización, con vacunas y sueros, que á la eficacia de sus efectos preventivos agregan la economía y facilidad de su empleo, como son por ejemplo: las vacunas Jenneriana, antitífica, anticolérica, antitetánica, sueros antidiftérico, antipestoso.. Obra de ya bien demostrada utilidad y de sólido progreso científico será, por tanto, favorecer y ayudar en sus estudios de investigación á aquellos sabios y laboratorios que, con su historia brillante y sus logrados y reconocidos triunfos, acrediten poseer especial capacidad en este orden de conocimientos que importan esencialmente á la salud pública y á los fines del seguro expuesto.

Cuarta. De parte de los obreros asegurados es preciso exigir una colaboración personal á las medidas de higiene y de prevención que se dicten por la ley; para lo cual, habrá que consignar en la ley misma, la obligación de los organismos aseguradores de contribuir con el Estado y los Municipios á la educación higiénica de las clases trabajadoras, por cuantos medios de propaganda estén á su alcance y sean más eficaces para enseñarles los modos de precaverse de las enfermedades y de los accidentes del trabajo.

Quinta. Los patronos, no solamente tendrán la obligación de establecer y mantener en sus industrias cuantas medidas de higiene se exijan, para defender á los obreros de las enfermedades comunes y contagiosas y de los accidentes del trabajo, sino que además estarán obligados á educar á sus obreros en el conocimiento de los medios de prevenirse ellos mismos de los riesgos que sean propios de su particular industria.

Sexta. Las clases sanitarias en general, y en particular los médicos á más de cumplir con sus deberes de asistencia á los enfermos asegurados, desempeñarán el papel de educadores ó preceptores sanitarios de los enfermos y sus familias. Para inculcar esta misión educadora en el espíritu de la clase médica, se hace preciso modificar los planes actuales de enseñanza de las Facultades, dando mayor desarrollo á los estudios de Medicina preventiva, y educando al médico más de lo que hoy se hace, en las funciones públicas ó sociales que con el progreso de los tiempos le están ahora encomendados. Asimismo las colectividades profesionales, los Colegios, las Academias y las Sociedades médicas de todas clases, deberán dedicar una preferente atención al desarrollo de las funciones sociales de la profesión.

Séptima. El Estado, las Provincias y los Municipios encargados oficialmente de la defensa sanitaria del país, contribuirán con sus organizaciones benéfico-sanitarias al éxito del funcionamiento del seguro, ya intensificando la lucha que les está encomendada contra las enfermedades infecciosas, ya poniendo á disposición de las instituciones aseguradoras, en cuanto sea posible, los medios profilácticos y curativos que pueden utilizar éstas con más ventaja para la prevención de las enfermedades y la asistencia de los enfermos asegurados.

Octava. El seguro maternal exigirá por su parte, como medida preventiva, la creación y desarrollo de múltiples instituciones de maternología y puericultura, con el fin de atender debidamente á la salud de la mujer embarazada y del niño recién nacido; para lo cual, además del descanso en el trabajo, establecido en el Seguro, necesita la mujer la asistencia médica durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la educación necesaria para aprender los cuidados que ne-



cesita el niño, con vistas, tanto á la defensa de su salud y su vida, como al mejoramiento y vigorización de la raza.

Novena. Las instituciones aseguradoras procurarán transformarse ó convertirse, como ha sucedido en otros países, en verdaderos institutos de higiene social; para cuyo fin, no sólo atenderán debidamente á las necesidades de los obreros asegurados y sus familias en caso de enfermedad, invalidez, etc., sino que harán que los fondos de reserva de las cajas del Seguro, se empleen, ya directamente, ya por intermedio de préstamos hipotecarios, en obras sanitarias de carácter social, como hospitales, sanatorios, preventorios, maternidades, asilos, casas baratas é higiénicas para obreros, saneamiento de poblaciones, y, sobre todo, en creaciones higiénicas novísimas que tengan por objeto la regeneración fisiológica del individuo y la vigorización y perfeccionamiento físico de la raza.

## ACTO SOLEMNE

### Entrega de un estandarte á las tropas de Sanidad Militar.

En el «Boletín de la Semana» de nuestro último número y por no haber podido confirmar la exactitud de las notas sobre el discurso pronunciado por S. A. la infanta Paz, llegadas á nuestro poder, nos limitamos á anunciar la publicación de una reseña completa y el texto de las hermosas frases de S. A.

Hoy extractamos esta reseña para poder dar cabida también á un comentario que nos envía sobre el hermoso acto, una alta y prestigiosa personalidad de la Sanidad española, que pertenece al Cuerpo de Sanidad Militar y que asistió á la ceremonia.

El día 16, por la mañana, tuvo lugar en el Hipódromo de la Castellana la solemne entrega del estandarte que se ha concedido al Cuerpo de Sanidad Militar, en premio á su gloriosa actuación en las últimas campañas africanas.

El aspecto que ofrecía el Hipódromo era verdaderamente espléndido: á la izquierda de la pista se hallaban formadas casi todas las fuerzas de Sanidad residentes en Madrid; también estaban formados los alumnos de la Academia Médico Militar.

Dos tribunas situadas á derecha é izquierda de la que más tarde ocupó la Familia Real, se hallaban antes de las once totalmente llenas de altas personalidades políticas, profesionales y de distinguidas señoras.

De la Familia Real asistieron S. M. el Rey que presidió el acto, y en la misma tribuna le acompañaban SS. MM. las Reinas doña Victoria y doña Cristina, SS. AA. las infantas doña Isabel y duquesa de Talavera, infantes D. Fernando y el príncipe Luis de Baviera, inspector honorario de Sanidad Militar.

A la llegada de las personas reales las músicas militares que asistieron interpretaron la Marcha Real, y á continuación el Rey revistó las tropas, acompañado del ministro de la Guerra, del capitán general de la región y del capitán general del ejército, Sr. Weyler, que vestía el uniforme de inspector de Sanidad, cargo que hace tiempo desempeñó.

Revistadas las tropas, el capitán general de la región, general Orozco, puso en manos de S. A. la infanta Paz, que actuaba de madrina, el estandarte que había de entregarse á las fuerzas homenajeadas, y esta serenísima señora, con voz emocionada, pero clara, leyó el siguiente hermoso discurso:

«Señores generales, jefes, oficiales y tropa de Sanidad Militar:

Lo que esta insignia representa para mí lo sabéis, como sabéis también la alegría que me disteis al pedirme que fuera yo la que en este momento histórico os la entregara. Son de esas cosas que no se olvidan, de esas impresiones que, por lo hondas y sentidas, se graban para siempre en el alma.

Acepté vuestro honroso encargo con todo el corazón, por amor á España y por el entusiasmo que siento por vuestra profesión.

Yo me casé con el médico más que con el príncipe: fué su vocación; que no estaba entonces en nuestro estrecho programa lo que atrajo mi atención hacia él; uní mi suerte á la suya y seguí con interés todos los pasos de su carrera desde que los profesores de la Universidad de Munich le entregaron el título de doctor hasta el momento de inmensa alegría en que el Rey le concedió el honor de usar el uniforme y formar parte del Cuerpo de Sanidad Militar española de ese Cuerpo al que me unen lazos personales de vivo cariño. Que fué mi madre la que por Real orden de 30 de Enero de 1860 lo reorganizó y le dió la denominación actual de Sanidad Militar, y por otra de 20 de Marzo del mismo año concedió á los médicos categoría de jefes y oficiales del Ejército, como premio á los servicios prestados en la campaña de Africa.

No habéis frustrado las esperanzas que en vosotros depositó mi madre. Me lo dicen las cenizas de los muertos, cuyos nombres conservó la Patria, y los rasgos de heroísmo que en Cuba, Filipinas y Marruecos merecieron cruces laureadas.

Mientras los hombres sigan estudiando la manera de matar—[triste suerte la que persigue todavía á la Humanidad de hoy, no teniendo otro medio de cumplir el deber de defender á sus patrias!—seguid vosotros fieles á la tradición que significa la cruz de Malta que lleváis bordada en el uniforme, estudiando los medios de consolar y de salvar.

Estrechad vuestras filas, formad un Cuerpo fuerte para hacer el bien; y al mirar este estandarte, no olvidéis el nombre de vuestra madrina, que graba en la insignia que os entrega tres palabras, que son para ella una trinidad: Dios, Patria y Rey.»

Al terminar sus palabras hizo entrega del estandarte al coronel Echevarría, jefe de la Comandancia de Sanidad, que contestó á Su Alteza con estas frases:

«Señora: Al recibir de manos de Vuestra Alteza este estandarte, que S. M. el Rey ha concedido á la primera Comandancia de tropas de Sanidad Militar, más por su real benevolencia que por nuestros méritos, y al escuchar de labios de Vuestra Alteza las sentidas frases que ha dedicado en recuerdo de nuestros muertos y de nuestros laureados, sentimos todos cuantos pertenecemos al Cuerpo y estamos aquí presentes una emoción intensa, inefable, dulcísima; sentimos algo así como el alborear de un nuevo día feliz para todos y en primer término para la Patria y para el Ejército.

La altísima significación de la enseña que Vuestra Alteza ha sabido enaltecer con su maravilloso discurso, plétórico de afectuosa sinceridad, dice de virtudes de la realeza y de virtudes del alma: el amor á Dios, á la Patria y al Rey, tres divinos amores que constituyen la religión del soldado, se han de unir estrechamente al recuerdo que guardaremos, Señora, de vuestro nombre, que quedará grabado, troquelado en nuestros corazones, pues éstos se honran en recoger la máxima gratitud de mis oficiales—que son mis compañeros—y de mis soldados—que son mis hijos—y ofrendarla, como delicado homenaje á la augusta madrina que nos hace objeto de tan preciada distinción.»



Después, el ministro de la Guerra pronunció un brillante discurso al que nos referimos en nuestro número anterior y se refieren las cuartillas que publicamos á continuación de esta reseña; el teniente vicario de la región, Padre Salgado, bendijo la insignia y el capellán de la Comandancia de Sanidad, P. Gracia, dijo una misa en el altar que frente á la tribuna regia se había colocado.

Al terminar la misa se hizo entrega del estandarte al abanderado Sr. Ballanato, desfilando las tropas ante las personas Reales.

Abandonamos nuestra pluma para dar lugar al comentario más autorizado á que nos hemos referido, del acto en general y del discurso del Sr. Alcalá Zamora:

«La ceremonia celebrada en el Hipódromo, con asistencia de los Reyes y de la Familia Real, ha sido un acto interesantísimo que representa una reparación á la justicia y un honor otorgado á la Sanidad Militar española. Era cosa inconcebible que las tropas de Sanidad no tuvieran, al igual de las demás fuerzas combatientes, un estandarte insignia que fuese como el símbolo de la Patria y la representación de todas las virtudes del soldado. Era injusto que aquellos jefes, oficiales y soldados de Sanidad que mueren en el campo de batalla (y ahí están las estadísticas para demostrar la proporción enorme de los que dan su vida) no tuvieran ante sus ojos al morir una bandera, un símbolo representativo de su Cuerpo á quien ofrendar su sacrificio. En este sentido, merecen grandes elogios el ministro de la Guerra y cuantas personas hayan intervenido en esta distinción, debida á las virtudes del Cuerpo de Sanidad Militar.

La ceremonia del Hipódromo tuvo una nota sentimental y simpática, que fué el discurso de la infanta Paz, madrina del acto, que, con el estandarte en la mano, dijo cosas tan tiernas y sentidas en honor de la Sanidad Militar, que vimos á algún veterano médico militar, lleno de emoción, con los ojos arrasados en lágrimas.

Otra nota saliente del acto fué el discurso notabilísimo pronunciado por el Sr. Alcalá Zamora, ministro de la Guerra. No hemos escuchado jamás una oración más bella. Después de exaltar la importancia de los servicios del Cuerpo de Sanidad Militar y de la satisfacción que sentía por otorgarle el honor del estandarte, elevó su espíritu á las más altas regiones de la elocuencia, y terminó con un pensamiento bellísimo, expresado en estas ó parecidas palabras:

«Sin pretender subrayar ni complementar las admirables frases de Vuestra Alteza (á la infanta), cuya alma es netamente española, y cuya admiración por la ciencia médica y su intervención durante la conflagración europea en los casos de amargura la hacen acreedora al homenaje nacional, he de recordar que hace cerca de tres mil años que se constituyó la Sanidad Militar como órgano esencial de la colectividad armada. Hay un libro, tres veces milenarío, «La Ilíada», en el que se describe del modo más bello el arte de la lucha, el de los juegos físicos y la intervención sanitaria, sin la cual no puede estar completa la epopeya. Allí se canta, con la inspiración homérica, el momento de la cura del soldado herido, que desea ardientemente volver á la lid, y el socorro del cirujano á los guerreros maltrechos. Y aun hay más: llega un momento en que el médico cae herido en el cumplimiento de su misión (que también el médico es figura combatiente), y entonces, Aquiles recomienda á Hector que se lo lleve á su lado y lo cuide con el mayor esmero, diciéndole: «La vida del médico herido vale por la de cien combatientes.»

## PROTECCIÓN MÉDICA

ACTA CELEBRADA POR LA JUNTA DE DAMAS EL DÍA 23  
DE OCTUBRE DE 1922.

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre y con asistencia de las señoras de costumbre, comienza la sesión leyendo el acta de la sesión última y las cuentas de los meses de verano, que son aprobadas.

A continuación, las señoras de Villanueva y Calvache dan cuenta de dos investigaciones hechas; acordando la Junta adelantarle el donativo de Pascua á la señora viuda de Bala Lobon, así como hacer lo posible para proporcionarle trabajo.

Conociendo esta Junta la precaria situación de la señora viuda de Rodríguez, acuerda que dicha señora haga una solicitud al Hospital de Incurables, comprometiéndose esta entidad á pagarle la mensualidad.

Se acuerda también costear unas gafas que necesita con toda urgencia la pensionada de esta Junta doña Rita Rodríguez.

Por unanimidad se acuerda enviar un oficio á la señora de Blanc, esposa del ilustre doctor, presidente del Colegio de Médicos, nombrándola vicepresidenta honoraria de esta entidad.

Las señoras de la Junta acuerdan que se haga un llamamiento á todos los médicos de Madrid, solicitando su ayuda en favor de nuestra Caja de Socorros, por ser muchos los que esta entidad tiene que atender, contando con escasos medios para ello; y sería inmenso el bien que se podría hacer si todos los médicos que pueden se interesaran en la obra, en pro de desheredadas familias y aun de compañeros inutilizados por el trabajo que un día, como ellos, laboraron con ardimiento sin necesitar de nadie, y ahora por enfermedad ó por vejez se hallan en muy precaria situación.

Esta Junta les quedará, por ello, eternamente agradecida.

Se acuerda enviar en Navidad las solicitudes de todos los años.

Y no habiendo más asuntos de que tratar se levantó la sesión.—La secretaria de actas, *Pilar Calvache*.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 699,5; ídem mínima 694,3; temperatura máxima, 16°,4; ídem mínima, 0°,9; vientos dominantes, S. SO.

Algún acrecentamiento han tenido durante la última semana las inflamaciones catarrales agudas de los órganos respiratorios, presentándose bronquitis, neumonías y bronconeumonías más intensas que en los días anteriores.

Los reumatismos y congestiones de los centros nerviosos en los sujetos artríticos, también han sido más numerosos. La mortalidad, sin embargo, no llega á la media de otros años en iguales épocas.

## Crónicas.

**A nuestros suscriptores.**—Contra lo que nos proponíamos, y por dificultades materiales ajenas á nosotros, no podemos en este número anunciar detalladamente, como quisieramos, el obsequio que dedicamos á nuestros suscriptores y que, para variar del modo habitual, consistirá este año en el sorteo de un billete de ferrocarril que permita visitar durante el verano alguna de las principales capitales de Europa.

Pensamos poder en el número próximo publicar estos detalles que han de favorecer, como es natural, á aquéllos de nuestros abonados que tengan cubiertas sus obligaciones con esta Administración, hasta el 31 de Diciembre de 1923.



**Real Academia de Medicina de Murcia.**—En cumplimiento de lo prevenido en el capítulo IV de los Estatutos para las Academias de Medicina de distrito, ha procedido esta Corporación a la elección de los cargos académicos para el bienio de 1923-24, en la siguiente forma:

*Presidente*, D. Claudio Hernández Rós (reelegido); *vice-presidente*, D. Emilio Sánchez García (reelegido); *secretario perpetuo*, D. Laureano Albadalejo Cerdán; *vice-secretario*, don Francioco Ayuso Andreu (reelegido); *tesorero*, D. Luis Gómez García (reelegido); *bibliotecario*, D. Enrique Gelabert Aroca (reelegido).

**Oposiciones a médicos.**—Inspectores provinciales de Sanidad para proveer seis plazas y las que vayan en lo sucesivo, para doctores, menores de cuarenta años. Instancias hasta el 10 de Marzo; ejercicios el 15 de dicho mes. Obra única, 60 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

**Curso de Patología Quirúrgica.**—El Ateneo de los alumnos internos de la Facultad de Medicina organiza un cursillo de Patología Quirúrgica, en el que tomarán parte los Dres. Blanc, Cardenal, Gómez Ulla, Goyanes, Olivares, Ortiz de la Torre, Rodríguez Mata y Slocker.

Oportunamente se anunciarán los temas y fechas de estas conferencias.

**Conferencia del Dr. Lozano en París.**—El Dr. Ricardo Lozano, catedrático de Patología quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, ha pronunciado, previamente invitado a ello por la Facultad de París, el día 30 de Noviembre, una interesante Conferencia en el anfiteatro grande de la Escuela de Medicina de la capital de Francia.

El tema que enunció fué: «Algunos casos insólitos de mi clínica (quistes hidatídicos, lesiones del plexo braquial, etcétera)».

Presentó al orador el profesor Roger, decano de la Facultad de Medicina de París, que leyó un telegrama interesantísimo de salutación del que lo es de la de Zaragoza.

El conferenciante Sr. Lozano obtuvo un gran triunfo y fué felicitado por toda la concurrencia.

Aque!la misma noche se le obsequió con un banquete, en el que hablaron a la hora de los brindis, el profesor Roger, el profesor Hartmann, el Dr. Dartiques y el marqués de Faura, consejero de la Embajada española.

Contestó en sentidas y patrióticas palabras el Dr. Lozano, que ensalzó la importancia de las relaciones científicas entre Francia y España.

**Un caso vergonzoso.**—Leemos en *El Sol*:

«Juan José Lorenzo Riesgo, de cuarenta y seis años, se sintió enfermo a consecuencia de un fuerte ataque de asma, y en un coche se presentó en el hospital de San Juan de Dios, donde solicitó su ingreso, alegando la gravedad de su estado.

Como no fuera admitido en dicho centro por carecerse de cama disponible (tal fué el pretexto), se dirigió al Hospital Provincial, donde por igual motivo le fué negada la asistencia que requería.

Por último, el infeliz Lorenzo fué en busca de auxilio a la Casa de Socorro del distrito del Hospital, donde falleció momentos después de ingresar, a consecuencia de un ataque de asma, según certificación facultativa.

El Juzgado de guardia practicó algunas diligencias y ordenó el traslado del cadáver al depósito».

El comentario a este suceso lo ha puesto la opinión pública.

Sin una aclaración oficial no puede quedar este hecho, y a los médicos más que a nadie nos interesa que se depuren responsabilidades que se exigen en el Código penal a todo ciudadano aunque no revista el carácter ni ejerza la beneficencia costada por todos.

**Advertencia.**—El día 15 del presente mes hemos entregado a nuestro banquero los giros correspondientes a los pagos de la suscripción de aquellos señores que se hallan en descubierto en todo o parte del presente año. Por circular remitida directamente, todos nuestros suscriptores conocen el envío de dicho giro, así como el vencimiento de su suscripción, y, por tanto, encarecidamente rogamos sean los giros abonados. Si aún hubiera duda alguna, en todo momento se les darán explicaciones.

**Último retrato de Cajal.**—Se encuentra de venta en la Administración de EL SIGLO MEDICO el último retrato del profesor Cajal, con un autógrafo altamente patriótico.

Los beneficios que se obtengan, cedidos graciosamente por el fotógrafo Sr. Padró, con la venta de los ejemplares, ingresarán en la lista de donativos para el Instituto Cajal.

El precio de cada ejemplar es el de 5 pesetas adquiriéndolo en las oficinas de esta Revista, Serrano 58, aumentando 50 céntimos por gastos de envío para provincias.

Las dimensiones del retrato son de 46 de ancho por 65 de alto.

**Excipiente inerte.**—Busca tu hermosura en el amor; no en la adulación de tu espejo.

(Tagore.)

La Naturaleza del hombre gravita hacia las exigencias del sustento; y el instinto es egoísmo, es codicia impaciente de bienes, es dolor por ver en manos de otros lo apetecido o codiciado, es envidia.

Como en el caso de la aviación, el trabajo y las conquistas del matrimonio, de la elevación de espíritus, del amor y de la caridad, vienen a tierra al menor descuido.

(Ich.)

**Oposiciones a médicos** de Sanidad Militar, 90 plazas; instancias hasta el 26 de Enero; ejercicios 1.º de Febrero. Obra única de contestación al programa, 75 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

**A**l presente número acompañamos dos prospectos de las obras editadas por la Casa P. Salvat de Barcelona, cuya lectura recomendamos.

## PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).  
**CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS**  
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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



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

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