

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMON SERRET Y COMIN y Excmo. Sr. D. ÁNGEL PULIDO

REDACTORES:

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Oleología española.—Archivo e 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 a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: La alimentación racional del recién nacido. Bases para disminuir su mortalidad, por el Dr. Baltasar Hernández Briz.—Historia de un cálculo del véter. por el Dr. Angel Pulido Martín.—¿Toda enfermedad para su curación puede tener medicamento único y determinado?, por Alfredo Lapuente e Ibarra.—La diabetes y las aguas minerales, por C. M. C.—El shock, apuntes clínicos, anatómicos y fisiológicos, por el Dr. Enrique Isla.—Bibliografía por Emilio Manrique.—Periódicos médicos.

La alimentación racional del recién nacido. Bases para disminuir su mortalidad.

POR EL

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ

Médico-jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

"El que tuviese docilidad en el entendimiento y buen oído para percibir lo que naturaleza dice y enseña con sus obras, aprenderá mucho en la contemplación de las cosas naturales, y no tendrá necesidad de preceptos que le avisen y le hagan considerar lo que los brutos, animales y plantas están voceando."

Huarte.

La circunstancia de estar al frente de la Inclusa de Madrid desde hace cerca de quince años y mis estudios especiales referentes a las enfermedades de los niños durante más de cuarenta y cuatro años de médico de los Hospitales, me permiten haber formado una opinión personal sobre este importantísimo problema de la gran mortalidad de los niños, que deseo comunicar a los ilustrados lectores de esta querida publicación.

Desde hace centenares de años vienen nuestros grandes prácticos ocupándose de este importante asunto, y como ahora, hace poco, en todas las naciones de Europa y América se presta gran atención a estos problemas, he de hacer constar para honra de nuestra pa-

tria, que los españoles fueron los primeros en el mundo que dieron la norma, las bases fundamentales en que había que fundarse para que los niños no murieran y se criasen sanos, robustos y de gran ingenio.

Yo he procurado seguir las huellas por estos prácticos eminentísimos aconsejadas; lo que sucede es que estos ilustres médicos de nuestro siglo de oro son desconocidos por nuestros compatriotas y son conocidos por muchísimos extranjeros que se han apropiado de sus admirables ideas haciéndolas pasar por suyas y viniendo en la actualidad de fuera como grandes novedades. Como español tengo que protestar de este hecho y hacer justicia a nuestros gloriosos antepasados.

Un médico eminentísimo del siglo XVI, el famoso Dr. Juan Huarte de San Juan, me va a servir de prueba y demostración de lo que digo.

Este ilustre práctico como todos los más notables contemporáneos suyos, reconocieron un hecho que es una verdad inconcusa, y es que la mujer deberá criar al pecho a sus hijos; esta es una ley impuesta por la naturaleza a todos los mamíferos, y si la mujer obedece a esta imperiosa ley y la lactancia materna la practica según las reglas más elementales de la higiene, la mortalidad de los niños, por este solo hecho, disminuye en un 50 por 100.

Claro está que necesita la madre para cumplir este elemental deber, estar alimentada convenientemente, pues del alimento se hace la sangre y de la sangre se

hace la leche del pecho de la mujer, y por este medio dispuesto sabiamente por la naturaleza, se le transmite al niño todos los elementos indispensables para su perfecto desarrollo.

Esto se verifica, repito, sabiamente; en todos los mamíferos y los animales domésticos que diariamente podemos ver y observar, apreciamos que sus hijos se desarrollan sanos y hermosos en su primera época sin tomar ningún otro alimento más que el pecho de sus madres.

Se ha pretendido por los hombres de laboratorio crear un alimento que sustituya á la leche materna; ¡vana ilusión producto de la soberbia humana que intenta enmendar la plana á la naturaleza!

En Inglaterra y los Estados Unidos se han creado infinidad de harinas y alimentos artificiales, y el uso y abuso de ellos han dado ocasión á crearse la enfermedad inglesa—el raquitismo—y la enfermedad de Barlow, el escorbuto, que en la marina cuando antiguamente no podían usar alimentos frescos, tantos estragos causaba.

Los modernos estudios sobre las vitaminas y las enfermedades producidas por la falta de este esencial elemento, tienen demostrado el gravísimo peligro de no tomar los alimentos frescos y naturales sin estar alterados por la industria ó por el refinamiento á que se les quiere someter privándolos de la cutícula en donde se encierran estos esenciales elementos.

En el niño la leche de su madre, que es una segunda sangre necesaria para su completo desarrollo, tiene esta sangre viva, todos los elementos indispensables que jamás la química podrá fabricar, *es un líquido opoterápico y vivo* insustituible en los primeros meses de la vida.

En los pueblos pequeños donde no se han adulterado por los excesos de la civilización, donde la vida se desliza más sencilla y humana, las madres que crían al pecho á sus hijos, se desarrollan éstos robustos y sanos.

En la Inclusa de Madrid los niños criados por sus madres ó por excelentes nodrizas al pecho, la mortalidad no llega al *dos por ciento* (1).

En la práctica particular las madres que crían al pecho á sus hijos vigilados por un médico especializado en estos estudios, la mortalidad no llega al 1 por 100 en el primer año de la vida, que es precisamente cuando es mayor la mortalidad en esta época de la vida.

Cuando la madre es contagiada de sífilis ó la padece ella, el niño adquiere esta terrible dolencia, y con el tratamiento específico de esta enfermedad, con las diversos sales mercuriales en sus diferentes formas de aplicación, con el ungüento mercurial, baños de sublimado, salvarsán y neosalvarsán, etc., etc., con el tratamiento específico, en una palabra, de esta enfermedad se puede librar el organismo del niño de los *treponemas*, pero ¿y las lesiones profundas de los órganos? De todos es conocido que la enfermedad que mata más embriones dentro del claustro materno es la sífilis, de aquí la

enorme frecuencia de los abortos entre los sífilíticos. Nacen muchos niños con manifestaciones gravísimas de esta dolencia y mueren á los pocos días, pues la experiencia de todos los autores coincide en afirmar que cuanto más reciente sea la enfermedad sífilítica de los padres, tanto más graves son las consecuencias para el hijo. En una infección reciente de la madre, por ejemplo, cuando se realiza poco tiempo antes ó en el momento mismo de la concepción, de ordinario en los primeros meses se producen abortos, que se repiten varias veces en otras nuevas concepciones. El embarazo se prolonga en la segunda concepción, el aborto se retarda algo más, llegándose al parto prematuro de fetos muertos, y, por último, llegan á dar á luz un niño vivo que en un principio parece sano, pero que enferma al cabo de pocas semanas ó de pocos meses. Esto ocurre cuando están sin tratamiento específico los padres, pues cuando este tratamiento se instituye en la mujer en cuanto se sospeche el embarazo, y en el marido para evitar que reinfecte á la mujer, se consigue que dé á luz niños sanos ó con levisimas manifestaciones fácilmente curables. *El niño sífilítico tiene que ser amamantado por su madre forzosamente ó por otra mujer sífilítica*; de esta manera tratados, como es debido, se curan los dos.

Toda mujer que llega á término su embarazo, puede criar á su hijo los ocho ó diez primeros meses sin obstáculo alguno, y ningún médico deberá consentir que la mujer deje de cumplir este sagrado deber, poniendo toda su influencia al servicio del cumplimiento de esta obligación, sea cual fuere la posición social de la mujer; con esto se evitará la prematura muerte de su hijo, y se librará ella de no pocas enfermedades y molestias.

Cuando *materialmente* no pueda la madre criar á su hijo se recurrirá á una excelente nodriza, pues la única leche más parecida en sus condiciones biológicas á la de la madre, es la leche de otra mujer; á este tenor, dice Huerfano de San Juan (1): «Buscar una ama moza, de temperamento caliente y seco ó, según nuestra doctrina, fría y húmeda, en el primer grado, criada á mala ventura, acostumbrada á dormir en el suelo, á poco comer y mal vestida, hecha á andar al sereno, al frío y calor. Esta tal, hará la leche muy firme y usada á las alteraciones del aire de la cual, manteniéndose muchos días los miembros del niño, vendrán á tener mucha firmeza, y si es discreta y avisada le hará mucho provecho al ingenio, porque la leche de ésta es muy enjuta, caliente y seca, con las cuales dos calidades se corregirá la mucha frialdad y humedad que el niño saca del vientre de su madre. Cuanto importa á las fuerzas de la criatura mamar leche ejercitada, prueban claramente en los caballos, que siendo hijos de yeguas trabajadas en arar y trillar, salen muy grandes corredores y duran mucho en el trabajo. Y si las madres están siempre holgando y paciando en el prado, á la primera carrera no se pueden tener.

(1) «La Inclusa y Colegio de la Paz, su estado actual y su porvenir», folleto dedicado á la Excm. Diputación, 1915.

(1) Nota puesta á la obra «El libro del Régimen de la Salud», del Dr. Avila de Tobera, de la Biblioteca Clásica de la Medicina Española, tomo quinto.

El orden, pues, que se ha de tener con el ama es traerla á casa cuatro ó cinco meses antes del parto, y darle á comer los mismos manjares de que usa la preñada, para que tenga lugar de gastar la sangre y demás humores que ella tenía, hechos de los alimentos que antes había comido y para que el niño luego en naciendo mame la misma leche de que se mantuvo en el vientre de su madre, á lo menos, hecha de los mismos manjares».

No se puede pedir más perfección en esta lactancia mercenaria siguiendo práctica tan acertada. Al mismo tiempo se vigilará al hijo del ama y se comprueba la perfecta sanidad de la nodriza.

Excusado es decir que en la elección de la nodriza se investigará, por los medios clínicos y de laboratorio, su perfecta sanidad.

Siguiendo esta conducta de que *la madre crie al pecho á sus hijos* se llegará á reducir al minimum la mortalidad de los niños en el primer año de la vida y se les pondrá en condiciones de mayor resistencia contra las causas morbosas haciéndose con esto una labor altamente humanitaria y patriótica.

HISTORIA DE UN CALCULO DEL URETER

POR EL

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN

Del Hospital de San Juan de Dios de Madrid.

Me parece interesante dar á conocer al público médico la siguiente historia clínica de un cólico reno-uretérico producido por un cálculo enclavado en el uréter, porque en este caso se han utilizado diversos métodos exploratorios modernos que nos han permitido diagnosticar con exactitud la naturaleza del padecimiento del enfermo y localizar con absoluta precisión el sitio donde el cálculo estaba enclavado. Esta historia es una demostración del progreso alcanzado por la Medicina en la especialidad urológica, pues diagnosticado el mal, los medios para combatirlo, también modernos, han sido eficaces ahorrando al paciente molestias y llegando á tiempo para salvar, funcionalmente, un órgano condenado á destruirse.

Francisco Sánchez Segura, de cincuenta y siete años de edad, viudo, natural de Orea, provincia de Guadalajara, habitante en Madrid desde hace seis meses y de profesión jardinero en el Hospital de San Juan de Dios; ingresó en la cama 66 del pabellón 7.º, de dicho Hospital, el día 6 de Noviembre del año 1923.

Dice que su padre murió de viejo (?) y que su madre falleció de viruelas. El, tuvo, de niño, sarampión y siempre grandes jaquecas. De joven, estando en el servicio militar, fué hospitalizado en Vigo por padecer ataques nerviosos. Estos ataques disminuyeron con los años, hasta desaparecer por completo ya hace muchísimo tiempo. Toda su vida ha sido reumático.

Estudió la carrera de practicante y la ejerció un año en el pueblo de Prado Redondo, cerca de Molina, en la provincia de Guadalajara. Después se dedicó á tratante en granos. Luego vivió de la agricultura, y por último,

en el mes de Junio de este pasado año de 1923, entró en el Hospital de San Juan de Dios, como jardinero. Jamás ha tenido enfermedad venérea y nunca ha padecido de los riñones ni del aparato urinario, hasta que en la madrugada del día 5 de Noviembre (1923) se le presentó un vivísimo dolor en el riñón izquierdo que fué la causa de su ingreso en mi clínica.

Cuando vi al enfermo, en la mañana del día 6 de Noviembre, ó sea poco más de veinticuatro horas después del repentino principio de sus molestias, ofrecía el paciente el aspecto semicolapsado de los que padecen un intenso cólico nefrítico. El enfermo, bien nutrido, tenía el rostro demudado, el pulso pequeño y frecuente. Se quejaba de manera lastimosa de dolor vivo en la región renal izquierda. La exploración manual, sólo acusa una defensa muscular en las paredes abdominales sobre la región del riñón izquierdo. Dispongo el tratamiento clásico de los cólicos nefríticos, quietud, calor y opiáceos, y con este tratamiento sigue durante algunos días. Los dolores se calman mientras el enfermo se halla bajo la acción de los analgésicos, para reaparecer en cuanto esta acción termina. Durante los tres primeros días, el dolor está fijo en el riñón izquierdo, después el dolor se corre hacia la vejiga, pero teniendo siempre su punto de partida en el mismo riñón, es decir, que el dolor empieza en el riñón, y en lugar de permanecer allí fijo, se desplaza hacia la vejiga de la orina.

Pasan los días, y aunque el enfermo continúa quejándose, me parece que la intensidad de las molestias ha disminuído, y una mañana, cuando lleva cerca de veinte en la cama, dispongo sea trasladado á la sala de operaciones, donde le hago una cistoscopia, después de inyectarle en una vena del antebrazo el cistocromo que prepara la casa Chemosan, de Viena, según fórmula del Dr. Necker, también de Viena. El cistocromo es una disolución acuosa esterilizada de índigo-carmin con urotropina, que inyectado dentro de las venas, se elimina por los riñones normales á los dos minutos y medio ó á los tres. En los casos patológicos da con su retraso una medida aproximada de la alteración de la glándula ó de la alteración de su vía excretora hasta el meato uretérico. En este caso, la onda de orina teñida de azul por el índigo-carmin, aparece en el meato uretérico del lado derecho, á los tres minutos de inyectado, mientras en el meato uretérico izquierdo, que se encuentra, con la porción terminal del uréter del mismo lado, levantada sobre el nivel de la vejiga, no se ve movimiento alguno acusador de eyaculación urinaria por el uréter correspondiente... Pasan los minutos, y mientras las eyaculaciones uretéricas del lado derecho se tiñen rápidamente de un azul fuerte, en el uréter izquierdo no se acusa salida de ninguna cantidad de líquido. Cuando han transcurrido quince minutos doy por terminada aquella observación y en vista de la prominencia que dentro de la vejiga de la orina hace la porción intramural del uréter y de su completa sequedad, diagnostico una oclusión completa de la última porción del uréter, por un calculito emigrado desde el riñón izquierdo y dispongo que se haga la radio-

grafía de la zona de la vejiga donde el uréter izquierdo tiene su implantación. La radiografía se hace en el Hospital General, y seguramente por la acumulación de enfermos y las prisas que esta acumulación lleva consigo, hacen una radiografía del riñón izquierdo en lugar de hacerla de la porción inferior del uréter; el resultado de esta radiografía es negativo, no se ve sombra ninguna de piedra en el riñón. La radiografía de la porción media del uréter, hecha algunos días después, es también negativa de cálculo, pero en la radiografía de la zona vesical del uréter izquierdo, hecha al mismo tiempo que la radiografía de su zona media, se ve, con toda claridad, la sombra de una piedrecita que tendrá el tamaño de un guisante pequeño.



Fig. 1.ª

Pocos días después, como siguen, aunque atenuadas, las molestias y el enfermo no ha visto en sus orinas ningún calculito, le preparo para hacerle el cateterismo del uréter del lado enfermo. Intento primero el sondeo con una sonda uretérica del número 7 y escasamente pasa medio centímetro, pues se detiene en seguida chocando con un obstáculo infranqueable. Entonces sustituyo esa sonda por la sonda uretérica metálica de Kroiss, una sonda construida según el tipo de los flexibles que tanto nos aterrorizan en las manos de los dentistas cuando nos están acariciando con las fresas un nerviecillo dentario. El choque y el obstáculo tienen lugar con esta sonda, en el mismo sitio que con la sonda uretérica clásica. Renuncio á nuevos ensayos de sondeos y recomiendo al enfermo tenga gran cuidado con la orina, porque, después de estas maniobras, en las cuales es verosímil que se haya movilizad la piedrecita y seguramente se ha dilatado la desembocadura del uréter, nada tendrá de particular salga la piedra.

En efecto, á los dos días, orinando, nota que un cuerpo extraño se desliza desde la vejiga hasta la por-

ción media de la uretra peneana, donde se detiene, interrumpiendo el chorro de la orina, pero ésta, casi automáticamente, es expelida con mayor presión y el enfermo recoge, en su orinal, la piedra cuyo dibujo figura al margen, hecho con ampliación suficiente para que se aprecien las irregularidades que fueron causa de su detención en la extremidad vesical del conducto uretérico.



Fig. 2.ª

Si esta observación era completa y nuestro juicio exacto, es evidente que el uréter debía estar ya permeable y desaparecida la prominencia que su porción



Fig. 3.ª

intravesical hacía en el interior en la cavidad de la vejiga. Así nos lo indicaría una cistoscopia con inyección de cistocromo. La inyección del cistocromo esperaríamos nos orientara también sobre el estado de la función del riñón correspondiente, cuya fisiología nos parecía seriamente comprometida después de tantos días de oclusión del uréter correspondiente. En efecto, el

día 31 de Diciembre hice el cateterismo del uréter izquierdo cuya porción terminal aparece aplanada como en el lado derecho y su meato es también de tamaño normal, aunque su forma circular ofrecía un contraste con la del lado derecho, que era la fisiológica de pico de flauta. El contorno del meato uretérico izquierdo estaba ligeramente enrojecido. La sonda uretérica penetró con gran facilidad a lo largo del uréter y allí recogí cierta cantidad que envié al Laboratorio para su análisis. Hecha la inyección intravenosa de cistocromo, apareció el azul a los tres minutos en el lado derecho y sólo a los veinte minutos en el lado izquierdo, lo que supone que este riñón todavía se encuentra alterado en su funcionamiento por consecuencia de la oclusión de su conducto excretor. En el lado que sufrió la retención de orina, hay una manifiesta poliuria...

He aquí el resultado de los análisis hechos por el Dr. Maestre Ibáñez de las orinas recogidas en el uréter las del lado izquierdo, y en la vejiga la del lado derecho.

Primero recogí durante unos minutos la orina del lado izquierdo nada más, y su análisis dió: volumen, 10 c. c.; urea por 1.000, 7,07, y cloruros por 1.000, 5,8. Después pensé aprovechar la ocasión y hacer un análisis comparado de las orinas procedentes de ambos riñones, pero como para apresurar la salida del líquido por el lado izquierdo había dado a la enferma, pocos momentos antes, una cierta cantidad de agua, en este segundo análisis se nota la acción diurética del agua obrando sobre él.

	Riñón izquierdo.	Riñón derecho.
Volumen.....	24 c. c.	16 c. c.
Urea por 1.000.....	5,14 gramos.	15,52 gramos.
Cloruros por 1.000.....	4,56 —	11,70 —

Esperemos que el tiempo vaya restableciendo la función del riñón, pues hemos hecho estas exploraciones inmediatamente después de eliminado el cálculo que salió por la uretra el día 28 de Diciembre.

En este caso, la cistoscopia y el cistocromo nos orientaron sobre el obstáculo del uréter y su posible naturaleza. La radiografía nos dió la confirmación de nuestro juicio diagnóstico y el cateterismo del uréter con la sonda corriente y con la sonda de Kroiss nos permitieron movilizar la piedra, desenclavarla, primer tiempo necesario para su eliminación.

Este caso demuestra la importancia que tiene, para la función del riñón, la existencia de un obstáculo que ocluye por completo su salida. Desde tal punto de vista, los calculitos pequeños, si tapan por completo la luz del uréter y lo cierran, son más peligrosos que los cálculos más ó menos grandes y en número mayor ó menor que radican en el mismo riñón. Por eso, los cálculos uretéricos exigen un tratamiento mucho más rápido que los cálculos renales.

El Dr. D. Modesto Maestre Ibáñez ha tenido la bondad de analizar el cálculo y la orina expulsados por este enfermo. He aquí los datos que proporciona el análisis del cálculo. El cálculo mide 7 milímetros, en

su mayor dimensión, su peso es de 15 centigramos y está constituido solamente por oxalato de cal. Hay algunas manchitas blanquecinas que son precipitados de fosfatos y carbonatos, pero en cantidades infinitamente pequeñas.

El análisis de la orina total ha dado las siguientes cifras: Cantidad de orina expulsada en las veinticuatro horas, 1.500 c. c. Reacción ácida. Densidad 1.017. Color, normal. Aspecto, ligeramente opalino.

PRINCIPALES COMPONENTES NORMALES

	ORINA ANALIZADA		ORINA NORMAL	
	Gramos por litro.	Gramos por 24 horas.	Gramos por litro.	Gramos por 24 horas.
Materias sólidas disueltas.....	32,12	48,72	40,60	48,70
Materias minerales....			17,00	25,50
Acidez total en P_2O_5 ...	0,91	1,36	1,25	1,8
Amoníaco preformado.	0,33	0,49	0,7	0,91
Urea.....	15,28	22,82	22,00	28,60
Acido úrico.....	0,32	0,48	0,50	0,65
Nitrógeno ureico.....	7,02	10,53	10,12	13,15
Cloruros calculados en ClNa.....	10,88	16,32	10,00	13,00
Acido fosfórico total calculado en P_2O_5 ...	1,20	1,70	2,00	2,60
Oxalato de cal.....	0,031	0,047		

El sedimento obtenido por centrifugación da algunos cristales de oxalato cálcico, células epiteliales con caracteres de las de los uréteres y algunos leucocitos polinucleares. No hay, ni químico, ni morfológico, ningún otro componente anormal.

La figura 1.^a es un calco esquemático de la radiografía hecha colocando al enfermo en posición prona, con el foco radiográfico encima del sacro y algo a la izquierda para recoger en la placa, como se ha conseguido perfectamente, la impresión del cálculo detenido en la inserción vesical del uréter izquierdo.

Las figuras 2.^a y 3.^a son dos enormes ampliaciones del calculito para evidenciar las irregularidades de su superficie que fueron causa de su detención en el final del uréter.

¿Cada enfermedad para su curación puede tener medicamento único y determinado?

POR

ALFREDO LAPUENTE E IBARRA

Para una enfermedad, varios medicamentos.

Para un medicamento, varios enfermos.

El día que la Medicina descubra el medicamento que cure el cáncer ó la tuberculosis, realizará un verdadero progreso terapéutico.

Esto lo habéis oído decir muchas veces, lo mismo en Academias, Ateneos, Circulos, Cátedras, en reuniones ajenas a la Medicina, en el seno de la familia. Lo mismo en la gran ciudad que en la pequeña aldea, en

el palacio que en la morada humilde, en todos los sitios donde el ser humano habita, en todos se suspira por la curación de esos dos trastornos que arrebatan tantas vidas a la existencia.

Esta aspiración general, este deseo del hombre de librarse de esos dos azotes tan terribles, es un ideal que el verse realizado nos transformaría en fuertes los seres débiles que son víctimas de la tuberculosis, y en sanos los que sufren las consecuencias de los productos infectos de un carcinoma.

Es un deseo muy natural y humanitario el que el hombre suspire por verse libre de las tristes consecuencias que produce en la clínica la falta de un medicamento curativo de estos trastornos tan profundos.

Pero, ahora bien; ¿puede esto llegar a ser un hecho? ¿Cabe dentro de las leyes naturales que exista un medicamento que sea curativo de la tuberculosis y otro del cáncer?

Con tranquilidad de inteligencia y sin dejarnos arrastrar por ilusiones engañosas, veamos si esta idea puede ser semilla que dé un hermoso fruto y lleve la alegría a la mansión del dolor, ó, si por el contrario, es sólo una aspiración del bien sentir, del amor al prójimo y del justo deseo de defensa propia.

Si dirigimos una mirada de ligera observación por todos los hechos que constituyen el complicado desenvolvimiento de los infinitos actos que forman ese conjunto armónico que designamos con el nombre de *Naturaleza*; si nos fijamos después en la rigurosa exactitud con que esos hechos se van repitiendo, pareciendo siempre el mismo sin ser nunca igual y si sólo parecidos, tendremos que reconocer que todo cuanto constituye la vida y existencia de la misma, todo, absolutamente todo, está sujeto a una ley fija, inmutable, que es siempre la misma y se desenvuelve de la misma manera.

Uno de los asombrosos méritos que constituyen la gran obra del Supremo Hacedor es *el haber sabido no hacer dos cosas iguales*. pues con poco que se fije nuestra mirada observadora, se aprecia en seguida que en el mundo no hay nada igual, todo es parecido, todo es semejante. Ni los hombres, ni las plantas, ni los animales, los minerales, los sentimientos, los afectos, las pasiones, etc., etc. Tanto en lo material como en lo moral nada es igual, todo es más ó menos parecido, más ó menos semejante, pero jamás igual.

La Medicina, para el mejor estudio y comprensión intelectual de los trastornos que afectan al ser humano, ha formado agrupaciones de los síntomas que más los caracterizan y de los que constituyen el completo cuadro del estado patológico, y á los que ha designado con el nombre de enfermedades. Ha formado un nosologismo nunca perfecto en el que encajan, al que se acopla una agrupación de enfermos en los que se manifiestan algunos de los síntomas que constituyen aquel cuadro, pero nunca el conjunto sintomático, es decir,

la expresión total de lo que designa con el nombre de enfermedad, sino que cada paciente presenta unos cuantos síntomas que muchas veces son distintos á los que presenta otro enfermo del mismo molde ó enfermedad; y como el síntoma es la palabra de la alteración patológica, claro y evidente es que, al no ser exactamente igual la forma de expresión y si parecida, no puede ser nunca el mismo desenvolvimiento, y si será parecido, será semejante, pero nunca igual.

Con esto queda demostrado que la enfermedad no existe. Es una forma ó pauta de acomodación que el hombre-médico ha ingeniado para su mejor comprensión y estudio. Lo que existe es el enfermo.

En los años de vuestra práctica médica habréis tratado muchos catarrosos, ó bronquitis catarrales, ya agudas, subagudas ó crónicas. El síntoma más predominante en esta afección y el que más molesta es la *tos*. Con un poco de observación habréis podido apreciar que los enfermos afectados de catarros bronquiales no tosen todos en las mismas condiciones ni de la misma manera. Unos tosen en atmósferas frías, y encuentran un alivio grande con el calor de la cama. Por el contrario, otros al aire libre se encuentran como si nada padecieran; pero á la media hora de sentir el calor de la cama tosen desesperadamente, llegando hasta producir el vómito, lo que les obliga á abandonar el lecho del descanso si quieren verse libres de ese síntoma molesto. Unos tosen al amanecer; otros al atardecer, es decir, cuando empieza la tarde (1), y otros al anochecer. Estos son los catarros individualizados en el enfermo y dándoles su modalización propia, y son semejantes uno con otro, pero nunca iguales, puesto que, como he dicho antes, en la naturaleza todo es semejante y no existen dos cosas iguales.

Como el síntoma es la palabra de la enfermedad, claro y evidente es que estas variaciones en la manera de manifestarse la tos nos demuestra las distintas modalizaciones de la forma catarral bronquial, como son la hiperémica, la mucosa, la herpética, la sifilítica, la tuberculosa, la gripal, la espasmódica, etc., etc.

Ahora bien: si el catarro bronquial no es único; si son varias sus modalizaciones, sus formas de expresión, claro y evidente es, por consecuencia científica, que no puede ser uno el medicamento que los ha de curar, sino que tienen que ser varios, por lo menos uno á cada modalización y que se adapte bien á su sintomatología,

El *cáncer*, por desgracia, es una enfermedad muy frecuente y todos hemos tenido ocasión de tratarla repetidas veces y estudiar en el enfermo todas sus características. Si nos recogemos unos momentos intelectualmente, y nos paseamos por el campo de nuestra memoria con el fin de recordar el detalle más saliente

(1) *Atardecer* es palabra por derivación, pues así como al decir *amanecer* ó *anochecer* queremos expresar que empieza la mañana ó la noche, por la misma razón *atardecer* expresa que empieza la tarde. El que la emplea con otro sentido realiza un atropello á la buena lógica.

de cada uno, deduciremos que la expresión más viva de su patologismo ha sido distinta, ha sido diferente en todos ellos.

En unos, la gran tumoración; en otros, la hemorragia; en otros, el dolor; en aquél caso, el estado caquético fué largo y penoso; en éste, una ligera alteración visceral terminó con su existencia en muy poco tiempo. En unos, la ulceración fué profunda y destruyó extensiones grandes del órgano ó viscera sobre la cual tomó asiento. En otros, la ulceración fué pequeña, pero la hemorragia fué tan abundante, que terminó en cortos momentos con la vida del paciente. En éste, las neuralgias fueron tan insoportables, que únicamente mitigadas en algo por la acción de un calmante pudo aquél paciente vivir sufriendo, á lo que bien puede llamarse vivir muriendo. Por el contrario, otros casi sin dolores pasaron de la mansión del hombre á la mansión de Dios.

Recuerdo un caso de un cáncer mamario de pequeña tumoración que en pocos meses terminó con la vida de la paciente á consecuencia de una retropulsión pulmonar. En cambio, hace treinta años estoy tratando un cáncer mamario de gran tumoración, con abundantes exudaciones, algunas hemorragias que han amenazado muchas veces la vida de la enferma, escasos dolores, y hoy con un estado general de verdadera caquética, y á pesar de todo este cuadro esta señora hace su vida acostumbrada—claro es, que no como cuando disfrutaba de salud,—y hasta se permite dar algún paseo en los días buenos.

Todo esto nos demuestra palpablemente que el desenvolvimiento del proceso carcinomatoso se hace siempre de distinta manera, según las modalidades y formas de expresiones que son propias de cada enfermo y que le individualizan dándole su fisonomía patológica especial.

Si de la misma manera paseamos nuestro recuerdo por el jardín de la primavera de la vida donde la tuberculosis segó tantas flores tempranas, obtendremos también la impresión de que aunque todas ellas son figuras colocadas bajo el mismo cuadro nosológico, aunque todas ellas están bajo el mismo diagnóstico, la forma de desenvolvimiento, el camino seguido para su total patologismo es distinto. En cada una ha dominado su sello especial que caracteriza el hombre enfermo, y que pareciéndose mucho al otro, no es el mismo, y si dicen iguales no son más que semejantes, puesto que el ser humano no es único y sí una múltiple representación de sí mismo.

En unos, la hemoptisis; en otros, la expectoración purulenta; en aquél, la afonía; en éstos, ya la gran demacración, ya la disnea, ó bien la disenteria, ó los sudores. Siempre en cada caso hay una manifestación predominante que es su característica que le individualiza, y aunque dicen iguales, no son más que parecidos, semejantes.

De los muchos que he tratado, recuerdo un bizarro capitán de Artillería que la afonía fué el síntoma que más le atormentó hasta su último momento. En cambio, una joven de la alta sociedad madrileña conservó

su bien timbrada voz hasta el final de su vida, como lo demostraba dedicando todos los días una sesión al cultivo de las bellezas del pentágono.

Lo que padece. Por qué lo padece. Cómo lo padece.—Estos son los tres problemas que tiene que resolver todo clínico antes de iniciar el plan curativo del paciente. No es suficiente saber el nombre que el trastorno tiene en la nomenclatura médica. No es bastante que además sepa cuál fué la causa que lo determinó y el agente humoral que lo sostiene. Para formar un juicio verdaderamente científico, para construir en su inteligencia el individuo enfermo con toda su sintomatología típica especial que le caracteriza, necesita estudiar el desenvolvimiento particular suyo, con todos esos pequeños detalles que el trastorno presenta en cada individuo, y que aunque parece el mismo es distinto, es semejante y que le separa de otro en su forma de expresión, constituyendo su modalización propia.

El médico que para tratar un enfermo lleve resueltos estos tres problemas no sólo será *médico*, sino que, además, será *clínico* y, además, *científico*. Será científico porque interpreta el síntoma; traduce su expresión dándole el valor que en cada caso tiene, y, por consecuencia lógica, le adapta el medicamento ó los medicamentos que el cuadro sintomatológico pide, sin olvidar nunca la influencia dinámica del paciente.

Después de hechas todas estas exposiciones encaminadas á demostrar las distintas características de expresión de los estados patológicos que afectan al ser humano, tenemos que deducir en buena lógica, en verdadera ciencia, que tiene que ser distinto el medicamento ó los medicamentos indicados en su tratamiento y que nunca puede tener una enfermedad medicamento único y determinado, y que el mismo medicamento puede tener, muchas veces, varias indicaciones.

Lo mismo, en los que padecen de tuberculosis ó de cáncer, unas veces tendrán indicados los arsenicales, otras los mercuriales ó los sulfurosos, los iodados, los fosforados, los cálcicos, etc., etc., según la modalización que algunas veces puede tener sello psórico, sifilítico, sicótico, herpético ú otros, que podamos descubrir en el profundo estudio del enfermo.

Es una lástima que no exista un medicamento para cada enfermedad, pues entonces la práctica de la Medicina sería cosa sencilla; pero, como he dejado expuesto, las leyes naturales no lo admiten; la verdadera ciencia médica no lo comprende y una recta razón lo rechaza.

En el constante luchar para defender la salud y la vida del que sufre, he aprendido algunas verdades, y una de ellas, la que dejo expuesta, deduciendo de su estudio, que lo que hay que hacer es terapéutica; pero no una terapéutica de capricho y á la moda como si fuese una prenda de vestir, sino terapéutica regida por una ley fija como lo tiene todo en la Naturaleza, y en la que se estudien los medicamentos con sus propieda-

des físicas, químicas y dinámicas, pues tenemos que no olvidar, que los cuerpos en su gran disgregación ultra-atómica desarrollan mayor fuerza potencial curativa, y quizá sea este el camino por el que lleguemos a conquistar la curación de muchos padecimientos que hasta hoy juzgamos incurables, y de esta manera llevaremos el consuelo y la alegría á la mansión del dolor y veremos realizado ese deseo que hoy no es más que una aspiración del bien sentir, del amor al prójimo y de defensa propia.

LA DIABETES Y LAS AGUAS MINERALES

LAS NUEVAS AGUAS DE VENTA DEL HOYO

La diabetes, aunque sea enfermedad que desde el punto de vista científico puede considerarse como de fecha reciente, es una de las que más preocupan á los patólogos y á los terapeutas en la actualidad. Juzgada primeramente por su manifestación externa, representada por la depauperación orgánica y la presencia de azúcar en la orina, como enfermedad única, se buscó por instinto contra ella un remedio único también, un específico, y en las tentativas por hallarle se ha recorrido una verdadera historia accidentada de esperanzas y de fracasos, casi siempre exagerados, siquiera tuviesen algún fundamento las primeras y fueran injustificados y precipitados los segundos.

Hoy, conocida, si no de un modo perfecto, de un modo más completo, la múltiple patogenia del síndrome patológico de la diabetes, ningún patólogo piensa encontrar para ella remedio único, y si juzga que puede tener específico alguna de sus formas, nunca aspira á encontrarle para todas.

Los recientes estudios y tentativas acerca de la *insulina* son una demostración de esto; ciertamente que aun los patrocinadores y los investigadores que se complazcan en unir su nombre al descubrimiento del producto opoterápico y á los estudios primeros de sus efectos beneficiosos, no pretenderán, que aun comprobado todo lo que de ella razonadamente se espera, sea la *insulina* un remedio específico en todos los casos y formas de la diabetes.

Pero si esto es innegable, no lo es menos que al tratarse de un trastorno nutritivo, que procediendo de diversos orígenes tiene el carácter común de representar una falta de aprovechamiento y un desvío eliminatorio de un principio inmediato indispensable para la nutrición, como lo es el glucógeno de la sangre, después de sus elaboraciones de origen, es lógico el esperar, y la observación confirma que es acertado, que ciertas reglas normalizadoras de la nutrición constituyendo una dietética acertada y ciertos medios naturales favorecedores de la elaboración primero y del aprovechamiento después de las sustancias aptas para la producción del glucógeno y de los actos y mecanismos favorecedores de su aprovechamiento, serán útiles siempre, siquiera lo sean en diferente grado, en todos los casos de diabetes y aun mejor dicho, de *glucosuria*.

A estas consideraciones responderán siempre dos grupos de remedios: los encaminados á la perfección

posible de la dietética y los dirigidos á aprovechar los medios ofrecidos por las aguas minerales para regular los actos digestivos, entendiéndose por tales, no solamente los *macrológicos* de la digestión gástrica é intestinal, sino los íntimos y metabólicos que vienen á constituir la digestión en los elementos celulares.

Sin buscar más que los primeros efectos fueron desde hace tiempo recomendadas en general las aguas alcalinas como las de Vichy y Mondariz, para no citar otras, y más tarde gozaron de reputación en igual sentido las alemanas de Neunach. En estos últimos años, un azar, que se registra frecuentemente en la historia de los manantiales que luego gozan de reputación de agentes medicinales, hizo descubrir los indudables efectos de las aguas de un manantial español, que puede considerarse como más especificado que muchos otros de los conocidos; nos referimos á las aguas de la Venta del Hoyo. Las referencias de origen empírico que sobre tales aguas llegaban hasta nosotros nos hicieron recibirlas con bondadosa expectación, pero no sin alguna suspicacia; pero la multiplicidad de los casos y la respetabilidad de las personas favorecidas por su uso y el testimonio de los médicos que las han observado, consienten que hoy se las pueda tener como un elemento que aprovechable de modo casi definitivo en muchos casos de diabetes, es favorable en todos y no se halla contraindicado en ninguno á nuestro juicio.

¿Cuál puede ser el mecanismo regularizador nutritivo, estimulador metabólico, y, en definitiva, curativo de estas aguas? Leído su análisis químico encontramos en ellas, además de los elementos constitutivos de sus análogas y principalmente de los bicarbonatos que figuran en regular proporción (el sódico, 0,01; el potásico, 0,02; el magnésico, 0,07; el cálcico, 0,18, y el ácido carbónico, 0,03), y además de sus coeficientes de congelación y de ionización, que no ofrecen datos excepcionales, una radioactividad determinada en el fontanoscopio de Cheneveau-Labone, de 0,0054 miligramos-minutos en 10 litros de agua.

¿Será esta última cualidad la que, aparte de las condiciones digestivas, ya antes enumeradas, y propias de las aguas alcalinas de mineralización suave, produzca la segunda acción, ó sea la de combustión y aprovechamiento del glucógeno? No nos atrevemos á asegurarlo y dejamos á la investigación y al tiempo, la tarea de confirmación de este nuestro juicio; pero, por de pronto, nos permitiremos llamar la atención acerca de un hecho, por nosotros observado, y es el de que estas aguas, regular y constantemente usadas, ejercen evidente efecto sobre la obesidad, reduciéndola en los sujetos á ella predispuestos, de un modo por ellos espontáneamente observado.

Este hecho, que podrá parecer paradójico á los observadores vulgares, no lo será ciertamente para los que estimen, como von Noorden señalaba, que la adiposidad representa un desorden de aprovechamiento nutritivo análogo en el fondo á la diabetes, pues si ésta, no aprovechando el glucógeno, le elimina en forma de glucosa, aquélla, no aprovechando la combustibilidad dinámogena de las grasas, no las elimina, pero

las deposita en el tejido celular ambiente. Insistimos en que la comprobación de estos hechos corresponde á la investigación y principal y primariamente á la observación clínica.

C. M. C.

EL SHOCK ⁽¹⁾

Apuntes clínicos, anatómicos y fisiológicos

POR EL

DR. ENRIQUE DE ISLA

Como acatamiento á los viejos, séame lícito recordar á Warton, que en 1730 sostuvo el enlace estrecho entre las glándulas de secreción interna y el sistema del gran simpático; á Lueka, en 1860, que habló sin definirla, de la adrenalina, á propósito de la glándula suprarrenal, diciendo que esta glándula producía una substancia, merced á la cual, los gruesos plexos simpáticos del abdomen son, en cierto modo, los encargados de graduar la tensión necesaria para el mantenimiento de su actividad, y á Brown Sequard, que por igual época, poco más ó menos, hacía patente que la destrucción de la glándula suprarrenal, esto es, después de la eliminación de los órganos productores de la adrenalina, la excitabilidad galvánica de los nervios quedaba abolida.

En el estado actual de nuestras informaciones, es obligatorio incorporar á la adrenalina la colina suprarrenal, la iodotirina, la hipofisina ó pituitrina y la secreción pancreática, sin perjuicio de insinuar la posibilidad de que haya otras hormonas capaces de influir en el sistema nervioso vegetativo.

El antagonismo funcional de los distintos sectores del sistema vegetativo está demostrado asimismo entre las hormonas. De éstas, las hay simpaticotónicas (adrenalina), parasimpaticotónicas (colina suprarrenal y secreción interna del páncreas), y de acción mixta, simpático y parasimpaticotónicas (iodotirodina y la pituitrina).

La acción electiva sobre el sistema vegetativo de los productos de secreción interna, por intermedio de la vía circulatoria sanguínea, corresponde también á ciertas substancias farmacológicas que obran sobre el simpático, estimulándolo, como la efedrina, la tetrahidronafetilamina, ó paralizando los nervios aceleradores, como la ergotoxina. Excitan el sistema parasimpático la muscarina, la pilocarpina, la picrotoxina y fisostigmina, y para los nervios aceleradores, la atropina.

Los anillos de la cadena *endocrinosimpática* no pueden ser ni más numerosos ni más apretados, por cuya razón, los procesos morbosos, localizados primitivamente en un trozo cualquiera de esta cadena, acaban casi siempre por perturbar la función compleja y sinérgica de ambos sistemas nerviosos vegetativos y endocrino (Pende).

Por su relieve fisiológico y clínico, debo enunciar la *Metamería Simpática*.

La metamería, denominación adoptada por Berzelius en las ciencias físicoquímicas, que conceptúa por su composición á los cuerpos isómeros generadores diferentes, que cuando se descomponen son regeneradores, a su vez.

La invasión vasomotriz definida por Sherrington y van Rymberck, la pigmento motriz, por este mismo indicada, en unión de Pouchet, y la pilomotriz ó secretoria, también de van Rymberck y Langley, atestiguan, sin duda alguna, la existencia de la metamería.

(1) Véase el número anterior.

La disposición conocida de los *rami comunicantes* orienta la comprensión de la metamería. A todo ganglio espinal corresponde un dermatómero sensitivo, y á cada ganglio limítrofe, un dermatómero simpático. Los dos dermatómeros, el sensitivo y el simpático, encajan perfectamente en su topografía.

Admitiendo que la medula espinal está formada de segmentos nerviosos, superpuestos á manera de rodajas no interrumpidas, de substancia nerviosa, á las que corresponde un par nervioso sensitivo y un par nervioso motor, que en cuanto están fusionados se dividen para emitir una serie de ramas que ganan los tejidos de las paredes del cuerpo.

Cierto es que embriológicamente, el sistema nervioso y los tegumentos son originados por el ectodermo, y los huesos y los músculos, por el mesodermo; pero si esta divergencia anatómica es positiva entre los referidos sistemas orgánicos, en cambio, hay perfecta identidad fisiológica. Las raíces nerviosas medulares constituyen el lazo de unión entre los segmentos nerviosos y los periféricos. El rizómero ó el metámero de la raíz eslabona el metámero del nervio ó neurómero, al metámero de la piel ó dermatómero y al metámero del esqueleto y del músculo ó miómero.

La correspondencia dolorosa entre las vísceras y la periferia del organismo es de supremo valor clínico, y por eso la tabla sintética y gráfica de la metamería del simpático del Dr. Head tiene la estimación general.

El hecho de que el nervio vago ó pneumogástrico presida la acción inhibitoria de la contracción cardíaca, fenómeno capital en la patología del *shock*, es imperativo recargar la atención, aunque sintéticamente, sobre la anatomía y fisiología de este nervio.

El vago nace en el bulbo, en el núcleo sensitivo ó *haz solitario*, y en el *núcleo ambiguo* motor, columna celular situada en plena substancia gris, entre las cuales se halla el *núcleo dorsal* del vago, del cual emergen las fibras nerviosas vegetativas.

Los nervios glossofaríngeo y vago, individualizados en su trayecto periférico, constituyen una unidad anatómica en el bulbo, puesto que son originados en los mismos núcleos (Cajal). El vago es reforzado en su itinerario fuera del bulbo, en su trayecto extracraneal, más allá del ganglio yugular, por el 11.º par ó nervio espinal. Se trataría, á juicio de Schwalbe, de que en el espinal aportaría un contingente considerable de fibras motoras, autorizando á considerar el espinal como una raíz del vago ó pneumogástrico.

El vago regenta, entre otros aparatos orgánicos, la inervación motora muscular de los pulmones, del tubo digestivo, excepto el intestino grueso, del corazón, y la sensitiva, en todo el territorio orgánico que corresponde á su función de relación, motora y vegetativa. Algunas fibras sensitivas del vago dan lugar á la formación del nervio de Cyon, sensitivo cardiovascular, enriquecido también por fibras del simpático cervical.

Las fibras vegetativas del vago son en gran parte preganglionares y no se estacionan más que en los ganglios parietoviscerales, de donde salen fibras postganglionares muy cortas, inmediatamente distribuidas en las vísceras.

Las raíces sensitivas del vago vienen de dos ganglios: uno recio y corto, llamado ganglio yugular; el otro ligero y delgado, próximo al precedente ó ganglio plexiforme.

Las conexiones de los núcleos del vago con la raíz descendente del trigémino ó quinto par craneal, la vía sensitiva general, y muy particularmente la simpático parasimpática, explican claramente: 1.º, el fenómeno de Aschner ó reflejo óculo cardíaco; 2.º, los vómitos; 3.º, las perturbaciones de la contracción cardíaca, y 4.º, las suspensiones ó paradas respi-

ratorias en inspiración, como acontece si se echa agua fría en el abdomen. Anotaremos también la producción de un quejido especial en los enfermos operados en los órganos de la pelvis, si se toca el fondo de saco de Douglas.

Etiología del shock.—Son múltiples y variadas las causas que contribuyen á la disminución brusca de la presión sanguínea, expresión sintomática inicial, dominante, que caracteriza dicho proceso morboso.

En el campo de batalla, según observaciones de la gran guerra reciente, se ha recogido el hecho significativo de que el soldado combatiente, sobre todo si pertenecía á infantería, era un candidato al *shock* por el gasto de suprema energía á que estaba sujeto. Después de algunos días de lucha, los dos tercios de soldados que formaban un regimiento en activo eran hipotensos sin estar heridos.

Las hemorragias y ciertas heridas abdominales constituían las únicas causas de *shock* en la guerra. Las lesiones recaían en hombres con excesiva vasodilatación, debida al abundante consumo que del café ó del alcohol hacían en los días de ataque (Cl. Vincent).

Los aviadores sufren emociones vivísimas cuando se disponen á efectuar vuelos de gran dificultad ó á entablar combates aéreos. La verdad es que se necesitan nervios de acero que no transmitan reflejos y eviten á algunos la tendencia al colapso, y, naturalmente, la hipotensión arterial, que les hace perder violentamente el dominio del aparato. La línea blanca de Sargent, denunciadora de una insuficiencia suprarrenal, acompaña á todos los casos de pacientes abrumados por el mal de los aviadores, especie de *shock* psíquico, que provoca un estado de anestesia que le substraen á la sensación del golpe en tierra al caer de una gran altura. El *shock* nervioso algunas veces ocasiona la muerte á los aviadores antes de llegar al suelo (Crochet y Moulinier).

Marañón ha realizado investigaciones muy curiosas en la Escuela de aviación de Getafe, certificando la producción de la glicemia en los aviadores emocionados. Son instructivas, porque están informadas por un clínico acreditado del Hospital General, donde abundan los profesores de mérito.

Los servidores de piezas de artillería de gran calibre, principalmente los más cercanos al cañón, en el momento de los disparos son víctimas de la conmoción del aire, que se manifiesta por un comienzo de *shock* más ó menos intenso, con profunda molestia en el epigastrio, seguida de náuseas, y en algunos casos de ligeros trastornos mentales, con gran cefalalgia. Sufren el *rebufo*, como dicen los artilleros españoles.

En la Marina de guerra es visible la conmoción del eje cerebroespinal por las vibraciones de la cubierta del barco, y están expuestos, además del *shock*, á la gravísima complicación del edema pulmonar por la acción irritante de los gases desprendidos en la deflagración de la pólvora sin humo, como la chimosa, fabricada, según fórmula japonesa, con ácido pícrico ó trinitrofenol ó la lydita, preparado de ácido pícrico fundido en baño de aceite.

Es notorio que la desmoralización de los ejércitos en derrota es causa de desfallecimiento de las energías vitales y una condición favorable á la complicación de las heridas, todo lo contrario de lo que ocurre á los combatientes del ejército vencedor.

La explosión de calderas y de fábricas de municiones de guerra, los hundimientos de casas, los de galerías de minas por el grisú, los del terreno en terremotos, que nada existe más angustioso que desconfiar de la estabilidad de la tierra que pisamos; las grandes quemaduras en las que prepondera sintomáticamente la algidez.

En los bomberos que asistí en mi clínica hace años, con

motivo del incendio de una droguería en la calle del Duque de Alba, pude fijarme en esta particularidad.

La conmoción por caída sobre los pies desde una altura grande ó recibiendo el golpe directamente en el cráneo ó en alguna otra cavidad visceral; cuando, como escribe Verneuil, se produce una agitación vibratoria molecular orgánica, equiparando el cuerpo humano á un compuesto de partes sometidas exclusivamente á la acción de fuerzas físicas.

Estos estados de conmoción están unidos á reflejos funcionales nerviosos que recaen sobre la circulación y la respiración. En la conmoción cerebral, de la que los autores franceses, fieles á la doctrina de Verneuil, hacen una individualidad morbosa distinta de la del *shock*, estableciendo la diferencia en que la pérdida de conocimiento es mayor en la conmoción. La práctica copiosa de los médicos que por deber reglamentario hemos concurrido á las enfermerías de la plaza de toros nos autoriza á pensar más en el *shock* que en la conmoción, vistos los golpes brutales que reciben los picadores, que contrastan con la rapidez de su restablecimiento mental. La sencillez de los remedios que se les aplican á estos lidiadores de reses bravas, conducentes á estimular las funciones deprimidas cerebrales, respiratorias y circulatorias, muy pronto recobradas, hace verosímil la teoría del doctor Duret, aparecida en el *Progrès Médical*, de París, de 1878. Este ingenioso autor, sin negar la existencia de un *shock* nervioso, admite y procura demostrar clínica y experimentalmente la producción del *shock* cefalorraquídeo ó *shock* acuoso por intermedio de la movilización repentina del líquido que baña el cerebro y el raquíe, que, aumentado de tensión, por efecto del golpe en el cráneo, pasa de los ventrículos laterales al acueducto de Silvio, y si el cuarto ventrículo no estalla, por exceso de líquido acumulado, va éste al conducto central de la medula por el agujero de Magendie. El tema de Duret es litigioso, anatómicamente comentado.

Las hemorragias no son el *shock*, como algún médico confucionista cree, sino causa favorecedora del *shock* clínico y experimental; los golpes en el epigastrio, los testículos, los nervios del cuello, la mandíbula (*knoke out* de los boxeadores), el dolor intenso, heridas por arma de fuego, traumatismos de ferrocarril, operaciones quirúrgicas graves, como la desarticulación interescapulotorácica ó la interilioabdominal, laparotomías duraderas con evisceración y estiramiento de los intestinos, etc., etc. La enumeración de las causas que son responsables del *shock* sería interminable, si fuéramos á coleccionar las historias clínicas y experimentales publicadas por los profesionales en todos los confines del mundo médico.

La etiología moral, emocional, afectiva, que forma un capítulo extenso del *shock*, asociada ó no á la importante etiología traumática ó de acción física, se reduce en su valor predisponente, determinante ó ocasional, á dos órdenes de causas: unas, productoras del *shock* más ó menos grave, de rápido desenvolvimiento y de carácter nervioso; otras, culpables del *shock* traumático-tóxico, de marcha más lenta y relacionada, así como el *shock* anafiláctico, con la teoría humoral.

En este recuento etiológico entra como elemento predisponente insuperable una enfermedad que figura en la Nomenclología moderna y que está difundida entre los individuos, hombres ó mujeres, más impresionables de la sociedad, como son los intelectuales en todas sus variedades, de igual manera que entre las gentes del campo y los analfabetos. Me refiero á la debilidad cardíaca de origen nervioso denominada «Neurastenia cordis», que abarca un tercio de los enfermos neurasténicos (Hoffmann). Es la consecuencia de los quebrantos físicos y morales, la escasez alimenticia, las

preocupaciones y contrariedades, la falta de sueño y hasta de la infección gripal que se ha domiciliado en todas partes, sin que nadie esté libre de sus arteras reliquias orgánicas. La debilidad neurasténica del corazón se apodera de los sujetos con *vagotonía constitucional* de hábito asténico (Eppinges y Hess).

Los enfermos aquejan en la región precordial punzadas, escozores, angustia, apretamiento doloroso, dolores errantes extendidos á ambos brazos ó sólo al brazo izquierdo, como en la angina de pecho, inquietud, latidos en las gruesas arterias, insomnio. Estos accesos sintomáticos pueden presentarse al acostarse. En los intervalos accesorios queda una sensación desagradable en la región del corazón.

Modificación grande del tono psíquico, con alternativas de hiperexcitabilidad y depresión, pero siempre con tendencia á estados deprimentes y melancólicos, calambres en las extremidades, aumento de los reflejos, temblor de los párpados, dermatografismo, atonía vasomotora, cambios de palidez y enrojecimiento en la cara, enfriamiento en los miembros. Estos síntomas de la neurastenia cardíaca se unen á las que acabamos de relatar. No es raro que aparezca el fenómeno de Aschner ó reflejo óculo-cardíaco.

En la neurastenia cardíaca no se aprecian estancaciones circulatorias periféricas, edemas, infartos hepático y esplénico; solamente síntomas subjetivos.

La forma paralítica y la asténica de este proceso morboso se ofrecen á la observación de los clínicos. La primera sería debida á una astenia ó paresia de los centros inhibidores, sucediendo á una excitación de los centros aceleradores, y la segunda (Sáhr), á la atonía igualmente de los centros vasomotores que se encuentran al lado de los centros cardíacos del bulbo.

Anatomía y Fisiología patológicas.—Así como se demuestra una analogía entre el aspecto clínico del *shock* psíquico y el traumático, así también se reconoce uniformidad en ambas formas de *shock* y en el anafiláctico.

Los estudios de Crile acreditan modificaciones histológicas en el cerebro, cápsulas suprarrenales y el hígado. La sangre está enriquecida por iones H.

En conejos sometidos á la influencia del terror intenso y súbito, sacrificados inmediatamente después ó transcurridas de cuatro á doce horas, y en perros muertos en plena excitación sexual, se presenta aumento de la substancia de Nisse en el cerebro.

Los Dres. Nanta y Noel Fressinger, de París, señalan en los animales de experimentación, algún tiempo después del *shock*, lesiones anatómicas del hígado, que pueden llegar hasta la degeneración atrófica homogénea, con picrosis del núcleo, marcando que, mientras la alteración celular es reparable, como ocurre con la desaparición de los mitocondrios, la curación es factible, y, por el contrario, la muerte es inevitable si las células hepáticas están del todo degeneradas, porque no hay medio de reemplazarlas. Es de mencionar el interesante detalle de que hay animales de experimentación que sucumben rápidamente con lesiones muy ligeras del hígado para ser mortales. Las muertes prontas son debidas á la intoxicación del sistema nervioso (Delbet).

La alteración de la célula hepática está enlazada con el aumento del nitrógeno residual en la orina.

El incremento de las substancias nitrogenadas no proteicas en la orina recuerda la azotemia de los bríhticos, pero con una diferencia esencial, formulada por Widel, y es que la retención nitrogenada de los bríhticos es una retención de urea, y la de los shockados es una retención de nitrógeno residual.

En los heridos de guerra hay modificaciones leucocitarias

de importancia pronóstica. En los casos favorables, los mononucleares y los linfocitos predominan sobre los grandes mononucleares. Si aparece una complicación en los enfermos de *shock*, aquélla lleva aparejada, por el contrario, un exceso de grandes mononucleares.

Rebajada la cantidad de oxígeno en los tejidos, por ser menor la presión sanguínea, y, por tanto, más lenta la corriente de la sangre, se ocasiona una oxidación parcial, con formación de ácido láctico (Araki) y reducción de la reserva alcalina.

Las células nerviosas, particularmente sensibles á la falta de oxígeno, son lesionadas, y el tono vasoconstrictor va desapareciendo gradualmente (Erlanger).

El metabolismo normal de los atacados de *shock* está *trastornado, desviado ó suspendido*, lo que se traduce por la presencia de abundantes cantidades en la orina de moléculas nitrogenadas ó hidrocarbonadas, que no existen normalmente, y si las hay es en proporciones enteramente distintas (Mestrat, de París).

La fisiología de los reflejos es una noción esencial para entenderse de los síntomas propios del *shock*.

¿Y qué es un reflejo? Una impresión transformada en acción—definía Ch. Rouget, anatómico y fisiólogo francés—, concepción iniciada por el filósofo Descartes, continuada por Astruc, el profesor notable de Montpellier, Tolosa y París, que comparó el fenómeno á un rayo luminoso que se refleja sobre una superficie; por Stephen Halles, físico y naturalista inglés del siglo XVII y XVIII, que demostró la cesación de los reflejos con la destrucción de la medula; por Marshall-Hall, que posteriormente comprobó que los reflejos no eran peculiares de la medula, pues tocando el globo ocular producíase la oclusión de los párpados, lo cual no ocurría si faltaba el cerebro, y Prochaska, finalmente (1784), profesor de Viena, planteó una base científica para la interpretación de los reflejos.

En el día, todas las acciones nerviosas están dentro del funcionalismo cerebral y medular, subordinadas á las leyes que promulgó Püger, el fisiólogo moderno alemán, y que recordará amparado por vuestra benevolencia: 1.ª, ley de unilateralidad; 2.ª, ley de simetría; 3.ª, ley de irradiación, y 4.ª, ley de generalización. No es impertinente, á mi juicio, incorporar á estas leyes la ley psicofísica de Fechner, otro sabio alemán, que dice como sigue: la sensación crece como el logaritmo de la excitación, ó, lo que es lo mismo, los logaritmos de los números 1-2-4-8 de una progresión geométrica correspondiente á la excitación se relacionan con los números 1-2-3-4 de una progresión aritmética desenvuelta por la sensación.

Acaso esta ley de Fechner dé la clave de que en el *shock* no principia constantemente la inhibición vital por el síncope y antecede el colapso.

La ley dictada por Claudio Bernard en su obra de *Fatología experimental* está en el código fisiológico del sistema nervioso. «La detención del corazón ó síncope puede suceder á toda acción perturbadora, violenta y súbita, sea la que fuere la naturaleza.»

Golz, con golpes repetidos sobre el vientre de una rana, paraliza el corazón de ésta en diástole.

Brown Sequard, en los conejos y otros animales, ha encontrado que el aplastamiento de los ganglios solares detiene ó disminuye los movimientos del corazón. Por eso dicen Hueter y otros cirujanos haber visto casos de muerte por síncope en el hombre á consecuencia de un golpe en el abdomen.

Tarchanoff y después Franck provocaron la detención del corazón por el estímulo de los nervios mesentéricos, previa-

mente exaltada la sensibilidad de éstos por la inflamación del peritoneo.

Los muertos repentinamente por beber agua fría en gran cantidad atestiguan la producción del síncope mortal por reflejos de origen gástrico. Ouentan las crónicas que Felipe el Hermoso, padre de Carlos V, sucumbió rápidamente por ingerir agua fría, sudoroso, jugando á la pelota.

La teoría de los reflejos ayuda á comprender el síndrome del *shock*, sea nerviosa ó humoral la causa productora. La intervención de la neurona y de los nervios no es negada por ningún autor que se ocupe del *shock*.

El fin donde convergen toda clase de estímulos es la detención ó parálisis funcional del corazón, la respiración y los cambios nutritivos; esto es, el síncope. Pertenece á Brown Sequard, fisiólogo renombrado, la prueba experimental de la existencia de tres especies de síncope, y que dió á conocer en los *Archivos de Fisiología*, de 1869, en los que colaboraban Charcot y Vulpian: síncope cardíaco ó detención del corazón; síncope respiratorio ó detención de los movimientos respiratorios sin asfixia; síncope nutritivo ó detención del intercambio entre la sangre y los tejidos.

La observación que hizo Brown Sequard en los casos de muerte súbita por irritación del nervio pneumogástrico del gran simpático, de la medula espinal ó del encéfalo, de que la sangre de las venas es menos oscura que al estado normal, y á veces tan roja como la sangre arterial, y, al mismo tiempo, la demostración de un descenso veloz de la temperatura le indujo á admitir la tercera forma de síncope antes indicada.

El menor grado de intensidad en las detenciones cardíacas y respiratorias hace que algunos las califiquen de colapso, en vez de síncope. Son, en mi opinión, sutilezas de lenguaje, patrocinadas principalmente por distintos médicos franceses. Que el colapso es la detención accidental del corazón y del pulmón y constituye el preludio del síncope, sea. ¿En qué se distingue el colapso del síncope? En que del primero se puede reaccionar y volver á la vida, y del segundo, no. Está bien; pero como esto se aprecia *a posteriori*, nos colocamos al nivel de la lógica convencional, extendida y paradójica, de los que profetizan los hechos después de ocurridos, empleando la consabida frase: ¡Ya decía yo!

Colapso ó síncope, á elegir el vocablo que mejor parezca á los servidores de la autoridad personal científica que haya establecido la adopción de uno de los dos términos, no implica que al *shock* sea el neologismo que hoy domina en el lenguaje científico, por los caracteres especiales sintomáticos que le definen, entre los cuales toman parte principal y en diversos grados el síncope y el colapso.

Semeiología, diagnóstico y pronóstico del shock.—Están comprendidas en la parte narrativa de este trabajo. Todas las manifestaciones de la enfermedad derivan de la disminución de la presión sanguínea, unida á la inactividad de los centros vasomotores. Salvo la muerte repentina, el escalonamiento del *shock* en las modalidades nerviosas, traumáticas y tóxicas se sujeta al trastorno decadente de todas las funciones vitales.

Tratamiento del shock.—El de origen traumático absorbe poderosamente la atención del cirujano, sin excluir el *shock* psíquico y anafiláctico, que también se presentan en la clínica quirúrgica.

La idea que primordialmente germina en la mente del terapeuta es investigar el índice de resistencia vital del enfermo; es decir, poder realizar la ponderación de reservas de energías que todavía posee. Problema difícil, en verdad, por los factores complejos, orgánicos y morales que le integran. Acudir, ante todo, al desfallecimiento de los vasomo-

tores, del corazón y de la respiración, es la primera indicación. Precisa repasar la lista de remedios clásicos y especiales proporcionados por la experiencia clínica y la experimentación del laboratorio.

El sueño natural, y en ocasiones artificialmente provocado, salvo contraindicación expresa, lo impone el instinto humano como un recurso reparador del agotamiento nervioso. En la gran guerra, los soldados en campaña, á su llegada á un hospital, pedían ansiosamente una cama y que les dieran de beber, y en cuanto dormían varios días, se restablecían de las consecuencias depresivas de los esfuerzos musculares, de la emoción y del insomnio y de los defectos alimenticios.

Sesenta y seis animales, tenidos despiertos por Orile durante un tiempo que oscilaba entre noventa y ciento nueve horas, una sesión de largo sueño les devolvió á su normalidad.

En la «neurastenia cordis», causa inmediata, perentoria del *shock* si se asocia á un traumatismo, aunque ligero, se necesita elevar el tono, enormemente bajo, del gran simpático, y, por el contrario, aminorar el tono exagerado del nervio pneumogástrico. Aconsejase la adrenalina para corregir la hipotonía vascular y cardíaca, á la dosis de diez gotas de disolución, de uso corriente, dos veces al día, alejadas de las horas de la toma de alimento. Con el mismo objeto son útiles las inyecciones hipodérmicas de cerebrina, de extracto testicular ó extracto ovárico.

(Se concluirá.)

Bibliografía.

TRATADO DE GINECOLOGÍA, por los profesores Dres. Jasche y Pan-kow.—Traducción de la sexta edición alemana por el doctor Mateo Bonafonte.—Un tomo de 650 páginas, ilustrado con 817 figuras, muchas en color, y editado por la casa Marin, año 1923.

No se trata de una obra desconocida por nuestra intelectualidad médica, aparte de que, aun suponiendo este caso, nos bastaría recordar la personalidad científica de sus autores para dejar hecho *a priori* su mayor elogio, máxime habiendo merecido de antemano el fallo más favorable en sus cinco ediciones anteriores; de aquí el que la presente, notablemente mejorada y ampliada, tanto en su parte descriptiva como en sus numerosas y magníficas ilustraciones, crea, mos sinceramente el que obtendrá la más franca acogida entre nuestros profesionales.

Este Tratado, eminentemente práctico, es poco voluminoso, sin que por esto deje de abarcar todas las materias propias de la especialidad, desenvolviendo con la suficiente amplitud cada una de ellas, á la vez que presentando una perfecta ordenación de todos los temas, circunstancias que facilitan grandemente su estudio; de aquí su indiscutible utilidad para todos aquellos principiantes que dirijan sus incipientes pasos por esta importante rama de la Medicina.

La traducción es excelente, así como también el método expositivo que preside toda la obra, encontrándose á más abundamiento avalorada esta última edición con nuevos é interesantes capítulos sobre anatomía, embriología y sobre la mujer enferma, aparte de las importantes modificaciones verificadas en otros; es decir, sin perder un momento de vista los incesantes progresos que está sufriendo constantemente este vasto campo de la Ginecología.

EMILIO MANRIQUE

Madrid, 1.º de Diciembre de 1923.

Periódicos médicos.

PEDIATRIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de pneumotórax en el curso de una fiebre tifoidea (curación).**—El Dr. J. L. Vera ha presentado a la Sociedad de Pediatría de Montevideo el siguiente caso clínico:

Adolfo P., de tres años, uruguayo, procedente de Montevideo, ingresa al servicio del Dr. Morquio, en el Hospital Pereira-Rossell, el 21 de Octubre de 1922. Nacido a término, criado a pecho, ha sido sano, salvo algunos resfriados que curaron. Sus padres son completamente sanos; un hermano murió de fiebre tifoidea, y hay otro hospitalizado con tifoidea.

Su enfermedad comenzó hace unos tres días, con fiebre, decaimiento general, inapetencia; se quejaba de dolores en la cabeza, y como empeorara lo trajeron al Hospital.

Octubre 24.—Al examen nos encontramos con un niño en regulares condiciones de nutrición, febril (39° de temperatura axilar), abatido; lengua saburral, roja en la punta. Tenía golpes de tos y existían síntomas de bronquitis en ambos pulmones. Se observaban manchas rosadas. El vientre estaba distendido, era indoloro. Se palpaba el bazo. Los tonos cardíacos eran normales. Pulso regular (120 por minuto), orina normal.

En suma: fiebre tifoidea.

La hemocultura fué negativa; la serorreacción de Vidal, macroscópicamente dió aglutinación al 1 en 120 a la hora y la microscópica al 1 en 30 a la hora. La leucocitosis era de 5.700. La cutirreacción a la tuberculina al 1 por 100 fué negativa.

Octubre 30.—Continuó febril. Raros golpes de tos. Lengua saburral, pero húmeda. Vientre tenso, doloroso. Se palpa el bazo. Persisten los fenómenos bronquiales. Tonos cardíacos bien; pulso regular.

Noviembre 15.—El niño continuaba febril, pero su estado general mejoraba. Lengua húmeda. Vientre libre. Se palpaba el bazo. Los fenómenos bronquiales tendían a desaparecer. Una nueva hemocultura fué negativa. La serorreacción de Vidal macroscópica dió aglutinación al 1 en 80 a la hora, la microscópica al 1 en 33 a los 50 minutos, leucocitosis, 7.000.

Cutirreacción negativa.

Noviembre 16.—El niño estaba sin fiebre, despejado. No tenía tos. La lengua era húmeda; el vientre estaba libre. Los fenómenos bronquiales habían desaparecido casi totalmente. Los tonos cardíacos eran algo apagados, pero regulares; el pulso, regular, aunque rápido (110 pulsaciones por minuto).

Noviembre 17.—Anoche el niño se quejó de una puntada en el hemitórax izquierdo; tuvo fiebre alta (40° temperatura axilar), disnea, golpes de tos continuos, inquietud; cuadro que obligó al practicante de guardia a inyectar tónicos cardíacos.

Encontramos al niño con intensa disnea, golpes de tos continuos, cianosis de la cara, intranquilo. Respiración entrecortada. Lengua saburral y seca. No habían vómitos ni diarreas. Temperatura axilar, 37°. Vientre tenso, algo doloroso. La inspección del tórax revelaba inmovilidad del hemitórax izquierdo; sonoridad conservada en el hemitórax derecho; gran timpanismo en la parte superior del hemitórax izquierdo, en la región anterior; la macidez cardíaca estaba casi desaparecida y existía ligera macidez en la base izquierda. A la auscultación del hemitórax no se oía nada

anormal, pero en el izquierdo existía la supresión del murmullo vesicular. Atrás existía sonoridad y respiración normal en el pulmón derecho; timpanismo en casi todo el pulmón izquierdo, ligera macidez en la extrema base izquierda; a la auscultación se constataba ausencia del murmullo vesicular en todo el hemitórax izquierdo, reemplazado por un soplo anfórico [intenso; la tos y la voz tomaban un timbre metálico; cuando el niño gritaba se oía el grito anfórico de Rilliet y Barthez, y era claro el signo *d'airain* de Trousseau.

Tonos cardíacos apagados. Taquicardia intensa, pulso rápido (145 pulsaciones por minuto).

En suma: pneumotórax del hemitórax izquierdo.

Radioscopia: Los dos tercios del hemitórax izquierdo eran completamente transparentes, claros; contrastando con la extrema base izquierda, en donde había una sombra oscura con movimientos oscilatorios. El pulmón derecho aparecía normal. No había adenopatía traqueobronquial.

Se le administraron tónicos cardíacos y suero fisiológico, 250 c. c. con X gotas de solución de adrenalina al milésimo.

El análisis de sus esputos dió ausencia del bacilo de Koch.

Noviembre 18.—El niño continuaba disneico. Tenía golpes de tos con expectoración mucoamarillenta; estaba algo cianótico. La tarde anterior tuvo 40° de temperatura; ahora 37°. Lengua saburral, húmeda. Vientre libre, algo doloroso. Su hemitórax izquierdo aparecía distendido, timpánico e inmóvil. Al examen de la región posterior del tórax, se constataba timpanismo claro en el lado izquierdo, con ligera macidez en la base del mismo lado; la auscultación revelaba un soplo anfórico; la tos y la voz tenían resonancia metálica; persistía con toda claridad el ruido *d'airain* de Trousseau, se notaba la succión hipocrática en la base izquierda. Los tonos cardíacos estaban algo apagados; el pulso era rápido.

Se hizo una punción pleural, extrayéndose unos 10 c. c. de un líquido ligeramente purulento, verdoso, cuyo examen dió gran cantidad de pneumococos, 99 por 100 de polinucleares y 1 por 100 de linfocitos.

Resolvióse hacerle una pleurotomía inmediatamente, bajo anestesia local, al cloruro de etilo, la que dió salida a unos 50 c. c. de pus verdoso y cremoso; se colocaron dos tubos de drenaje. Se inyectaron tónicos cardíacos para levantar su estado general.

Noviembre 19.—Encontramos al niño sin fiebre, despejado. No tenía disnea; golpes de tos raros. Lengua húmeda. Vientre libre. Existía timpanismo en su hemitórax izquierdo; se oía el murmullo vesicular en el pulmón izquierdo; no se oía el soplo anfórico; había desaparecido el ruido *d'airain* de Trousseau, así como la succión hipocrática. Los tonos cardíacos eran más fuertes; el pulso rápido y regular. Las gasas de la curación estaban empapadas de una serosidad amarillenta.

Noviembre 20.—El niño continuaba bien, sin fiebre, despejado. No se notaba ni disnea ni cianosis. El vientre estaba libre. A la auscultación del hemitórax izquierdo se oía bien el murmullo vesicular hasta la base. Se practicó una curación seca de su herida, dejando los tubos de drenaje. Así fué mejorando el niño. A los siete días se dejó sólo un tubo de drenaje, y viéndose que a los diez días el niño estaba bien, pues no salía absolutamente nada por la herida, se fué acortando la longitud del tubo y disminuyendo su calibre, hasta que se sacó del todo.

Noviembre 30.—El niño estaba bien. No se quejaba de nada. Estaba sin fiebre. Se alimentaba bien, aumentando de peso. La herida de su pleurotomía se había cerrado. La per-

cusión del hemitórax izquierdo era normal. Existía ligera macidez en la extrema base izquierda; á la auscultación se oía el murmullo vesicular en todo el pulmón izquierdo; en la base se notaban ligeros roces pleurales y estertores gruesos, no existía soplo ni egofonía.

La radioscopia mostró los pulmones claros, ligera obscuridad en la extrema base del pulmón izquierdo, no dando la impresión de líquido, sino de adherencias.

Una nueva cutirreacción fué negativa. Una nueva serorreacción de Widal, macroscópica, dió aglutinación al 1 en 60 á la hora, y la microscópica, al 1 en 40 á los 45 minutos. La hemocultura fué negativa y la leucocitosis de 9.000.

Diciembre 4.—El niño continuaba bien cuando hoy lo encontramos febril, con ligera disnea y golpes de tos. La percusión daba gran timpanismo en los $\frac{2}{3}$ del hemitórax izquierdo, y macidez en la extrema base del mismo lado. A la auscultación se notaba ausencia del murmullo vesicular y en todo el hemitórax izquierdo se oía un soplo anórico: era claro el signo *d'airain* de Trousseau. No se notaba sucusión hipocrática. Los tonos cardíacos estaban apagados; el pulso era regular y rápido.

En suma: reproducción del neumotórax por cicatrización de la pleurotomía y no curación de la fístula pleuropulmonar. La radioscopia revelaba una claridad, rodeando el hilio pulmonar izquierdo y ligera obscuridad en la base izquierda, en donde daba la impresión de haber un poco de líquido.

Se separaron los bordes de la pleurotomía con la sonda acanalada dando salida á una serosidad algo turbia y se puso un tubo de drenaje.

Diciembre 5.—El niño estaba mejor. No tenía disnea ni fiebre. Los signos de su pnoneumotórax izquierdo fueron desapareciendo, y cinco días después se sacaba el tubo de drenaje.

Varios días después, el niño comenzó de nuevo á hacer fiebre, disnea y los signos del neumotórax que reaparecía y bastó colocar el tubo de drenaje para que el cuadro desapareciera.

Enero 3.—El niño continuaba bien, pero con su tubo en la herida de la pleurotomía; salía siempre un poco de serosidad y fué entonces que se comenzó á inyectar en la cavidad pleural, 40 c. c. de aceite gomenolado al 10 por 100, esterilizado, cada dos días, durante seis días; luego se fué retirando el tubo y se dejó una mecha de gasa empapada en aceite gomenolado al 10 por 100. Unos días después, se suprimió del todo esa mecha de gasa, cicatrizando la herida.

Febrero 5.—El niño está bien; aumenta de peso; se alimenta; está sin fiebre; lengua húmeda; vientre libre. La percusión de sus pulmones es normal. A la auscultación se oye bien el murmullo vesicular; no hay soplos, notándose algunos roces en la extrema base pulmonar izquierda. Los tonos cardíacos, bien. Se levanta y sale afuera de la sala.

La cutirreacción á la tuberculina fué negativa.

La radioscopia reveló pulmones claros, ligera opalescencia en la base izquierda por adherencias pleurales.

Febrero 20.—El niño está completamente bien. No se queja de nada. Al examen, los pulmones aparecen perfectamente normales, y el murmullo vesicular se oía bien en ambos. Se dió de alta completamente curado.

Vino el niño en el mes de Marzo al servicio para ser examinado, encontrándolo muy bien. Siguió aumentando de peso; no se quejó de nada y su curación ha persistido.

Para resumir diríamos: niño que tuvo una fiebre tifoidea clínicamente confirmada; que hizo ya al final del segundo quincenario, bruscamente, un neumotórax completo en su sintomatología, transformándose en seguida en pnoneumotórax; se practicó la pleurotomía lo más pronto posible, dan-

do salida á una regular cantidad de pus á neumococos; después de unos días, en vista de que el niño estaba bien y de que su herida no drenaba absolutamente nada, se permitió la cicatrización, pero en seguida se reprodujo el neumotórax, siendo necesario drenar nuevamente. Esto se reprodujo varias veces, hasta que unas inyecciones de aceite gomenolado al 10 por 100 intrapleural, con supresión poco á poco de su drenaje, determinaron una rápida mejoría y la curación completa.

Las siguientes particularidades hacen interesante esta observación: 1.º, la complicación aparecida al final de la fiebre tifoidea, me refiero al neumotórax, tan completo en su sintomatología; 2.º, la rareza de esa complicación; 3.º, el origen no tuberculoso del dicho neumotórax, y 4.º, la curación completa de nuestro enfermo. En la literatura médica que hemos podido consultar, no hemos encontrado ningún caso igual al nuestro. (*Revista Médica del Uruguay*, Septiembre de 1923.)

CIRUGIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Seudoartrosis del cuello del fémur por fractura transcervical.—El Dr. Ceballos publica la siguiente historia clínica:

Simón B., treinta y cinco años, argentino, soltero, peón de campo. Ingresó el 4 de Enero de 1923 al servicio del Dr. Alejandro Ceballos, del Hospital Rawson.

Diagnóstico.—Seudoartrosis del cuello del fémur por fractura transcervical.

Antecedentes familiares.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Chancro hace dos años, con caracteres de específico. Operado hace dos años de litiasis biliar. Regular bebedor. Gran fumador.

Enfermedad actual.—Hace tres meses cayó de una altura de 2 metros, golpeando con la cadera izquierda; después del accidente intentó caminar, siéndole imposible. Se interna en un hospital de Tandil y se le hace una extensión continua un mes y medio.

La deambulación imposible por el dolor, siendo éstos también espontáneos, localizados preferentemente en la cara interna del muslo y cara interna de pierna hasta el dedo gordo.

Estado á su ingreso.—Sujeto de baja estatura. Bien constituido. Conformación ósea y muscular buena.

Aparato circulatorio.—Pulso regular, igual, buena tensión. Tonos cardíacos normales. Pulmones: ligero enfisema.

Aparato digestivo.—Sin perturbaciones funcionales. Miembro inferior izquierdo, en extensión, adducción y ligera rotación interna.

Distancia espina I. A. S. izquierda, 80 $\frac{1}{2}$ centímetros.

Distancia espina I. A. S. derecha, 83 centímetros.

Circunferencia del muslo del lado izquierdo: 33 centímetros.

Circunferencia del muslo del lado derecho: 37 centímetros.

Gran trocánter izquierdo: 2 centímetros por encima de Nélaton-Roser.

Distancia del cateto de triángulo Bryan, lado izquierdo, 2 $\frac{1}{2}$ centímetros.

Distancia del cateto de triángulo Bryan, lado derecho, 4 centímetros.

Movimientos activos: No levanta el talón del plano de la cama. Los movimientos de abducción y adducción activa, imposibles. No puede caminar, ni levantarse de la cama.

Movimientos pasivos: Flexión de muslo sobre pelvis, está limitado por dolor en la rodilla y en la parte interna de la

región inguinocrural. El movimiento de abducción de muslo está más limitado que el de adducción.

La flexión, á pesar de ser algo dolorosa, es posible y muy fácil hasta el ángulo recto.

Tratamiento mercurial. Biacianuro de mercurio.

Operación (Marzo 26 de 1923).—Intrarraquídea, 0,10 de novocaína. Incisión de 10 centímetros, que pasa por fuera de los vasos femorales, rechazando el sartorio hacia adentro y siguiendo el intersticio del sartorio y psoas se llega á la cara anterior del cuello femoral con el fin de explorar, coaptar y dirigir los fragmentos. Otra incisión de 12 centímetros sobre el trocánter, llegando hasta el hueso, se practica entonces un túnel con el taladro hasta el fragmento interno, previa corrección de la posición, se introduce el injerto osteoperiástico tomado en la tibia de la otra pierna, sutura sin drenajes. Enyesado en abducción forzada durante cuarenta y siete días.

Junio 5.—Se saca el yeso y gran mejoría; la potencia de su pierna es tal, que á los cuatro días puede pararse; la movilidad de la articulación coxofemoral es sensiblemente igual á la del lado sano; los movimientos de flexión, extensión, abducción y adducción son indolores. Resultado funcional bueno, acortamiento de 3 centímetros, no claudica; el trocánter es tangente a la línea Nélaton-Roser; hidrartrosis de la rodilla.

En las radiografías tomadas al mes y á los dos meses de operado se ve el injerto recio y firmemente colocado entre el troncánter y la cabeza, además se nota la desaparición del espacio del trayecto fractuario por exacta coaptación. (*La Prensa Médica Argentina*, 30 de Noviembre de 1923.)

2. Anquilosis de las dos caderas, ósea y en gran flexión. Anquilosis ósea total de la columna vertebral.
—El Dr. Ricardo Finochietto comunica el siguiente caso clínico:

En Febrero de 1922 ingresaba al servicio del profesor Enrique Finochietto, J. B., de treinta y cinco años, quien cuatro años antes comenzara á hacer artritis agudísimas, que atacaron sucesivamente casi todas sus articulaciones.

Las del miembro superior curaron sin dejar rastros; no así las de la columna y caderas.

A los dos años cesaron los pújos artríticos; y ocho meses antes de su ingreso al servicio, no persistía dolor espontáneo ni provocado alguno.

Al examen, la columna vertebral forma un sólo block desde un extremo al otro; sólo la articulación occipitoatlóidea conserva, en parte, sus movimientos.

Existe una cifosis total, á gran radio.

El tórax está, también, completamente rígido.

La cadera derecha, totalmente inmóvil, anquilosada en flexión de 112°.

La flexión de la cadera izquierda es de 128°, y en ella existen escasísimos movimientos pasivos, prácticamente nulos.

El enfermo yace en su lecho sin poder moverse; su estado general es deficiente.

No habiendo descubierto la puerta de entrada, no puede establecerse, con certidumbre, la etiología de las artritis que originaron las anquilosis.

La anquilosis doble de las caderas es una enfermedad grave; mucho más cuando ellas están en actitud viciosa; y cuando la columna y el tórax participan en la rigidez, hacen que la situación de esos enfermos sea de las más desgraciadas.

Por ello y previo tratamiento del estado general decidimos intervenir.

Esta clase de enfermos son muy malos casos; la grave

infección sufrida y la invalidez en que yacen, disminuye sus resistencias en forma notable.

Nuestro plan operatorio fué el siguiente: comenzar «artroplastiando» una de las caderas; si esta grave intervención era bien soportada y daba un resultado ortopédico aceptable, artoplastiar la otra cadera.

En caso contrario, por medio de la osteotomía, practicar el simple enderezamiento del otro fémur.

El 14 de Febrero de 1922, y siguiendo en sus líneas generales la técnica de Murphy, practicamos una artroplastia en la cadera izquierda.

Durante la intervención no hubo incidente digno de nota; salvo la disección y resección parosteal de abundantes tejidos periarticulares, osificados.

Durante las primeras cuarenta y ocho horas el postoperatorio fué poco tranquilizador.

Un profundo shock primero y una dilatación aguda de estómago después, pusieron en peligro la vida del enfermo.

Luego todo entra en orden, la herida cura bien y el miembro recibe el tratamiento habitual en esos casos.

Siete meses más tarde, la movilidad de la cadera, activa y pasiva, es de 45° para la flexión y 35° en la abducción.

Habiendo entonces conseguido un resultado ortopédico bastante bueno (dado el caso), nos hubiéramos decidido por practicar otra artroplastia en la cadera opuesta, pero la gravedad que la primera había revestido, nos inclinó hacia la simple osteotomía.

El 19 de Septiembre practicamos una osteotomía intertrocántica muy oblicua, acompañada por las tenomías y miotomías necesarias. El miembro pudo ser llevado á la buena posición; una parte de la extremidad distal del fragmento superior debió ser resecada, pues amenazaba perforar la piel del Scarpa.

Por unos días se coloca una extensión y después un gran yeso.

A pesar de las precauciones tomadas, la consolidación de la osteotomía se hizo esperar, pero al fin se obtuvo y bien sólida.

Estos casos son muy graves; soportan muy mal las intervenciones más simples y los resultados alejados de las que no los matan, están lejos de parecerse á los que obtenemos en los casos de anquilosis no múltiples.

Por eso es, que muchos autores aconsejan no operarlos.

Actualmente, nuestro enfermo puede mantenerse de pie, ayudado por un bastón, y con él y una muleta, caminar buen número de metros.

La movilidad obtenida en su cadera izquierda, no sólo facilita la marcha, sino que también le permite tomar asiento.

Con su anquilosis total de la columna, su anquilosis rectilínea de la cadera derecha y la rigidez relativa de la izquierda, es claro que el enfermo ni marcha ni se sienta correctamente, pero su situación actual es incomparablemente mejor que la que tenía antes de ser intervenido.

Y es también mejor que la que tendría, si, en lugar de haber corregido la actitud viciosa de ambas caderas, dando movilidad á una y dejando persistente la rigidez de la otra, nos hubiéramos contentado con la osteotomía doble, en transformar á la anquilosis doble, en flexión, en anquilosis rectilínea, pero también doble, con todos sus inconvenientes. (*La Prensa Médica Argentina*, 30 de Septiembre de 1923.)

3. Adherencias pericecóclicas.—El Dr. A. Echevarría refiere los siguientes casos clínicos:

Observación I.—Mujer de cuarenta años, del Hospital de Medellín y que había sido operada dos años antes para una apendicitis crónica. Tenía como síntomas dolores muy fuer-



tes en la cicatriz operatoria y en todo el trayecto del colon ascendente, constipación teraz, enflaquecimiento bastante acentuado, sensación de plenitud gástrica después de la más insignificante comida y una gran depresión del sistema nervioso.

El diagnóstico fué: adherencias a la herida operatoria; intervención bajo anestesia por el éter; incisión de Jalaguier amplia; no se encontró nada de lo que se había diagnosticado y la cicatriz de la apendicectomía era correcta; había una membrana de Jackson que iba de la banda longitudinal interna del colon ascendente en toda su longitud a la del peritoneo parietal derecho; esta membrana, surcada de vasos sanguíneos, fué cortada entre dos ligaduras, y el colon, una vez libre, recobró su posición normal, pues antes estaba como aplanado contra la pared abdominal.

No hubo complicación postoperatoria.

La enferma recobró rápidamente y de una manera sorprendente su antigua salud. Desaparecieron sus dolores, aumentó de peso y empezó a hacer defecaciones cotidianas.

Esta enferma fué operada hace dos años y actualmente conserva el mismo buen estado general.

Observación II.—Varón de treinta y seis años, casado, carpintero. Síntomas: el cuadro completo de una disenteria crónica de cuatro años de duración.

Este enfermo había sido tratado por muy expertos especialistas con todas las drogas aconsejadas para el caso, sin resultado ninguno. El examen coprológico dió un resultado negativo.

El examen radiográfico dió, según el Dr. E. Jaramillo, quien hizo la interpretación después de una lavativa de bario, adherencias que fijaban el colon ileosigmoide en posición anormal.

Intervención bajo anestesia por el éter. Laparotomía media infraumbilical. Se encontró una enorme adherencia en forma de vela de barco triangular cuya base estaba fija a la pared abdominal y el vértice al colon sigmoide en una región donde parecía verse la cicatriz de una úlcera vieja. Se cortó entre dos ligaduras.

No hubo accidente postoperatorio ninguno.

Veinte días después de operado el enfermo estaba completamente curado y repuesto.

Este enfermo tiene dos años de operado y conserva hoy un magnífico estado general.

Observación III.—Señora de un distinguido colega, de treinta y ocho años de edad.

Como era muy natural, esta enferma fué examinada y tratada por muchos médicos que hicieron varios diagnósticos: úlcera del estómago, del duodeno, apendicitis crónica, histeria, etc.

Como síntomas presentaba los siguientes: dolor continuo y fuerte en el reborde de las falsas costillas izquierdas, melenas abundantes y periódicas, vómitos frecuentes, enflaquecimiento.

Las radiografías tomadas mostraron una evacuación normal del estómago y nada patológico en todo el trayecto intestinal.

El examen del jugo gástrico dió como resultado la comprobación de una aclorhidria, y la investigación de sangre negativa.

En las heces la investigación de sangre fué positiva. Al hacer un examen cuidadoso de la enferma no se podía precisar bien el dolor, y con excepción de la aclorhidria y de la sangre en las heces, no había ningún otro dato objetivo claro. Es de notarse que la enferma vomitaba inmediatamente después de ingerir alimentos casi todos los días, y esto por espacio de quince años. Si a esto se agrega el insomnio de

que padecía la enferma se puede deducir el grado de agotamiento a que había llegado.

Se resolvió practicar una laparotomía exploradora supraumbilical, porque la mayor parte de la sintomatología era gástrica. Nada patológico se encontró en el estómago y duodeno. El apéndice se extirpó dudando de si estaba o no, enfermo; más tarde el examen anatomopatológico confirmó la apendicitis. Del ángulo hepático del colon se desprendían fuertes adherencias que aplastaban el duodeno y se adherían al píloro y la vesícula biliar (*Attic adhesions*). Esta membrana adherente se prolongaba un poco del lado del transversal y del ascendente.

Como accidente postoperatorio se presentó una ligera angiolitis que duró seis días.

Los dolores desaparecieron por completo y la digestión se hace bien, ayudada, naturalmente, con ácido clorhídrico y pepsina.

De estas tres observaciones se desprende que las adherencias pericocólicas pueden simular apendicitis crónicas, úlceras del estómago, disenterías y quién sabe cuántas otras entidades patológicas.

Otra buena indicación que dan estas observaciones es la de practicar amplias incisiones para poder explorar todo el trayecto cólico.

Y, por último, las adherencias no se rehacen como muy bien pudiera creerse, porque las muraciones se sostienen. (*Repertorio de Medicina y Cirugía*, Colombia, núm. 168.)

EN LENGUA EXTRANJERA

1. *Un tratamiento atrevido de la gangrena de las extremidades, por el Dr. V. A. Oppel.*—Así califica el doctor Cheinisse el método preconizado por el autor, profesor de Clínica quirúrgica en la Academia de Medicina de Petrogrado, el cual consiste en la extirpación de la cápsula suprarrenal izquierda.

La juventud de varios de los enfermos con gangrena observados por Oppel, la carencia de arterias duras y flexuosas y la ausencia de hipertensión, son las causas en que éste se apoya para no compartir la opinión, tan generalmente admitida, de que la gangrena llamada espontánea de las extremidades es una consecuencia de la arterioesclerosis. Aun en los enfermos de alguna edad con signos clínicos manifiestos de arterioesclerosis, el autor se inclina a admitir que la gangrena es debida a un proceso sobreañadido a la arterioesclerosis.

La patogenia de estas gangrenas por arteritis, debe atribuirse, según el profesor ruso, a la presencia en el torrente circulatorio de una substancia vasoconstrictora que determinaría el espasmo arterial. Se trataría, pues, en definitiva, de una intoxicación crónica del organismo por un exceso de adrenalina debido al hiperfuncionamiento de las cápsulas suprarrenales, de donde la denominación de «gangrena arterítica suprarrenal», con que el autor propone designar a la gangrena llamada espontánea de las extremidades.

De conformidad con estas nociones, el cirujano ruso trató primeramente de reducir el funcionamiento de las suprarrenales, exponiendo estos órganos a la acción de los rayos Roentgen, pero habiendo encontrado esta idea cierto escepticismo entre los radiólogos, a quienes hubo de dirigirse, terminó por decidirse a practicar la extirpación de la glándula suprarrenal izquierda que es más accesible que la derecha.

Los resultados obtenidos con este procedimiento no parecen haber sido hasta la fecha del todo convincentes.

(Del *Mouvement Therapeutique de La Presse Medicale*, núm. 31, 10 de Octubre de 1923.)—T. R. Y.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. —Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. —Independencia y retribución de la función forense. —Dignificación profesional. —Unión y solidaridad de los médicos. —Fraternidad, mutuo auxilio. —Seguros, previsión y socorro.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por *Diego Orlán*. — Un peritaje y una sentencia, por *Alfonso Cortezo Collantes*. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por *Selval*. — Instituto de Medicina práctica. — Defensa de la moral, por *Bonifacio Ramírez Moreno*. — Sección oficial: Trabajo, Comercio e Industria. — Gobernación. — Instrucción Pública y Bellas Artes. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Indiscreciones de la prensa. — La Administración local.

Es indudable que en las actuales circunstancias, los periódicos diarios luchan con dificultades mayores de las que habitualmente se les ofrecen en su impropia tarea. Sin sesiones de Cortes que extractar, reproducir ó comentar; sin *interviews* con políticos más ó menos importantes cuyas frases, discreteos, sonrisas y enarcamientos silenciosos de cejas que á tantas interpretaciones se prestan; con el temor de incurrir en las nada agradables intervenciones de la censura, nadie puede negar que el ofrecer á los lectores bien repletas las anchas páginas que cada diario constituye, representan trabajo más que hercúleo, por lo que tiene de diario y perseverante.

Decimos todo esto, porque ello contribuye á que consideremos con indulgencia el que, en el deseo de ofrecer novedades, se pueda dar cabida, como noticia más ó menos verosímil á una información, cuyo espíritu vesánico ó por lo menos de perturbación anormal, se impone desde luego. Reproduciase por un colega la denuncia hecha ante el Juzgado por un enfermo, ó mejor dicho, un ex enfermo del Hospital General, y de la forma que á la noticia se daba, podría transparentarse la acusación de un verdadero crimen; pero de un crimen tan repugnante y estúpido, como no creemos que aún lo haya concebido la imaginación fantástica del más experto *folletín*ero ó del zurcidor de películas más acreditado por sus desatinos.

Al leer semejante infundio en un simpático periódico de la mañana y ver que se daba caracteres de verosimilitud á la acción mortífera de una inyección de pantopón (*pantopol* dice el colega), á otra del mismo medicamento que había sido *diagnostificada* (sic) por un ayudante de la sala, y á otra de un *centímetro cúbico de morfina*, caprichosamente añadido por una hermana de la Caridad á otras *mortíferas* inyecciones de aceite alcanforado, nos declamos entre enojados, sorprendidos y risueños: Pero ¿de qué sirven, en estos grandes rotativos, los *redactores médicos* que ellos anuncian como formando parte de su ilustrada redacción, si no acuden en

primer lugar á evitar la propagación de tan inverosímiles especiotas, ni siquiera al saludable consejo de no decir disparates, corrigiendo las pruebas en que los mismos se consignan? Porque nosotros nos permitimos creer que el tal título de redactores médicos, debe servir para algo más que para hacer competencia á los periódicos verdaderamente científicos y profesionales, para el auge de la propia personalidad, y para el pavoneo de representaciones externas.

Como el hecho es ya público no tenemos por qué detallarle, limitándonos á felicitar á nuestro buen amigo y redactor D. Gregorio Marañón por haber puesto término al infundioso asunto con una carta noble y caballerosa, digna de un médico *de los antiguos tiempos*. Digamos una vez más, por si no tenemos muchas ocasiones de repetirlo: «Aún hay clase... Veremundo».

Anticipan algunos periódicos políticos pronósticos y anuncios acerca de lo que va á ser la nueva ley de Administración local, próxima á publicarse, comprendiendo la parte de los organismos municipales. Inspirada, á lo que de tales anuncios se deduce, en el antiguo proyecto, cuya discusión duró en las Cortes de 1907 á 1909, dando lugar á determinados debates, no podemos aún anticipar á nuestros lectores de un modo firme y positivo, lo que se refiere al asunto que á ellos más hondamente puede interesarles; es decir, á la situación en que desde su nombramiento, su inamovilidad, la certeza en la percepción de sus emolumentos y su consideración como funcionarios del Estado, ha de caberles á los médicos titulares. Enemigos de anticipar noticias que pudieran ser rectificadas, sobre todo cuando ellas no respondan á las esperanzas repetidamente manifestadas por los que en ellas puedan estar interesados, nos limitamos á esperar, no solamente la aparición del anunciado proyecto, para poder comentarle, sino á confiar en que las inteligentes personas que en él han intervenido, no habrán dejado de tener en cuenta lo que hay de excepcional en el carácter, no solamente *benéfico*, sino también *sanitario* de tales funcionarios municipales. Este doble

carácter, sobre todo en su último concepto, autoriza á esperar que no pueda cada médico municipal ser considerado como un funcionario aislado dependiente de un municipio, pues si desde el punto de vista benéfico cupiera tal consideración, en cambio por el carácter impositivamente sanitario que desde la Instrucción general de 1903 y los proyectos de leyes sanitarias redactados por el Sr. Salazar y llevados á las Cortes, se le viene dando, nadie que comprenda lo que tiene de solidario, uniforme y general lo que á la Sanidad se refiere, podrá negar á tales funcionarios un carácter de dependencia orgánica, más ó menos extenso, que sólo á las funciones unitarias y sustantivas del Estado corresponde. Suponer que un municipio pueda tener un régimen sanitario, ó descuidar todo régimen, en contraposición con la conducta de los municipios inmediatos, es cosa que ni en las circunstancias más tranquilas y normales puede ser aceptada, no diremos nada en los casos extraordinarios y angustiosos de las epidemias. Pero... no anticipemos juicios, espere-mos y roguemos una vez más á Dios, que la Instrucción general de Sanidad de D. Antonio Maura no sea enterrada, ahora que su proyecto de Administración local parece que va á tener una realización siquiera parcial y adaptada á las circunstancias y exigencias más modernas.

DECIO CARLAN

UN PERITAJE Y UNA SENTENCIA

CÓDIGO PENAL

Art. 8. No delinquen, y por consiguiente, están exentos de responsabilidad criminal:

1.º El imbecil y el loco, á no ser que éste haya obrado en un intervalo de razón.

.....
Art. 9. Son circunstancias atenuantes:

1.º Las expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad, en sus respectivos casos.

No es lícito, según muchos, que *hombres de leyes* influyan fuera del foro en la determinación sagrada de los juzgadores. Por esta razón, en mil casos en que el espíritu abolicionista se ha rebelado contra las sentencias de muerte publicadas ó presuntas, ha sabido callar con mucha discreción, pero quién sabe si también con mucha cobardía.

Cuantas veces se lanza á la opinión la noticia macabra de que á un hombre se le impone por un Tribunal de Justicia la pena capital; el espíritu ciudadano, aunque conserva todavía lo que de venganza predicaba la ley penal antigua, siente una presión de ahogo, y al mismo tiempo un impulso de protesta, que sólo á los que gozan de bienestar y de otras satisfacciones, les consienten el sueño.

Se hizo por fin pública la sentencia de muerte... está

próxima la ejecución... la Sociedad se verá pronto libre de una fiera, de un enemigo. Así pensará el honrado partidario de la última pena. Esto no es lo que se le ocurre pensar á los que tienen instinto de criminales ó meditan un delito. ¡Quién sabe si la publicidad de las declaraciones, actitudes y sarcasmos del reo, no impulsarán á muchos, por notoriedad, á realizar lo que aún les repugnaba!

Quiere decir esto que la pena de muerte no es ejemplar.

De otra parte, la Sociedad que la impone, sin otra posible reparación para su error que la lamentación, siempre obrará de ligero cuando toda la prueba no sea unánime... y ¡aun así!...

El caso que mueve nuestra pluma no es de los irrefutables. La existencia del médico forense es una necesidad; en opinión, la más ponderable de las pruebas periciales; la garantizan una continuidad de opiniones y peritajes que le hacen respetable ó le anulan, la austeridad que se le exige, una cultura de trece años de estudios académicos y una reputación que es base de su vida.

Cuando tres peritos de esta garantía declaran sin reservas en un mismo sentido, su dictamen no debe de ser desechado, aunque no convenza el ánimo de los jueces. De aquí nuestro argumento.

Los juzgadores de Pablo Arcos—dejemos á un lado los enfemismos—no dan el carácter de veraz y científico al dictamen de los peritos; en absoluto, rotundamente. Si sólo un viso de verosimilitud les infundiere duda, no hubieren impuesto al delincuente una pena irreparable.

Elasticidad suficiente tiene nuestro Código Penal, con todos sus defectos, para convertir en atenuante la circunstancia que el criterio de una Sala no considera eximente. Pero no; el informe pericial, con todas sus garantías, no ha llegado á infundir una duda tan sólo en contra del solo hecho y de las declaraciones de ciudadanos menos cultos que no lo presenciaron y sólo hablaron de las relaciones anteriores con el culpable. Este es un fracaso, el mayor, de la medicina forense.

Yo pregunto: ¿El hombre capaz de matar á un hijo suyo por conseguir un amor de la impureza del que provocó el crimen de Maudes, es un ser normal? Esto se lo preguntarán muchos que conmigo piensan que se puede llevar al patíbulo á un degenerado, á un enfermo.

La ciencia penal tiene recursos para todo los casos; es, á modo de un gusano, algo elástico y articulado que se amolda á las diferentes características del hecho punible. Como en los casos patológicos que puede presentar la naturaleza física del hombre, las distintas influencias psíquicas obligan á tratamientos diversos del anormal mentalmente considerado. Esto es vulgarísimo, repetidísimo; nos lo dijeron en las aulas todos los profesores y todos los textos; pero sin duda se llega á olvidar este principio de equidad y de buen juicio cuando la madurez de la razón nos hace más enérgicos.

¡Energía! ¿Es que se quiere garantizar con energía lo que ya es irremediable? ¿Es que se supone que un reo de la índole de Arcos va á constituir un peligro para la paz social? ¿Es que considerar como atenuante lo que según los peritos es eximente, supone poner en condiciones de cometer nuevos desafueros al reo? ¿Es que, aunque se le eximiere de responsabilidad criminal, no habría de sufrir una pena mayor que la de la muerte, viviendo toda una vida rodeado de imbeciles ó de locos en un establecimiento judicial en el caso de que el error fuera de los médicos forenses?

Yo he visitado penitenciarías y manicomios judiciales y en estos establecimientos he visto más felices á los locos que por error fueron á las primeras, que á los cuerdos que por la misma causa ingresaron en los manicomios donde

habían de purgar más encarcelamiento que el prescrito por la ley penal á su delito.

Pero ésto, con ser tan cruel, no subleva el ánimo como el fantasma de la muerte que rompe la traba que pone al juicio de los legos en psiquiatría la unanimidad de tres peritos.

En defensa del imbécil, en defensa del prestigio de los resultados de la prueba en materia criminal y en defensa de lo que significa un peritaje garantizado, creemos en buena teoría jurídica que la libertad del juzgador no debe identificarse con una parte de la prueba, ya sea la testifical, la documental ó la pericial, para redactar su sentencia; y que apreciando el resultado del conjunto de la misma no debe olvidar los axiomas históricos: *in dubis, libertas; in omnibus, caritas*, que presidieron la justicia romana.

Si la prueba de los médicos forenses sirvió en otros casos para reconocer ó aumentar la responsabilidad del reo, sirva en éste al menos de lenitivo.

Si á la prueba testifical se la reviste de la condición de infalibilidad, acéptese al menos como consejo la opinión de los peritos. De este modo, en la reforma de las normas adjetivas de nuestro derecho, no se verá obligado el legislador á suprimir de un plumazo la prueba más científica.

ALFONSO CORTEZO COLLANTES.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Actuó el 21 la ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA bajo la presidencia del Dr. Cifuentes.

El Dr. Alvarez Salazar continúa la lectura de su interesante comunicación «Los fenómenos espiritistas y sus fundamentos psicológicos», que llena en gran parte la sesión, y no extractamos, por exigir su importancia mayores amplitudes y acatamientos.

El Sr. Basterra hizo desfilar unos cuantos casos de «Estrabismo convergente», en cuya presentación y comentarios, así como en la descripción y aplicaciones del instrumento que emplea, no pudo entretenerse por apremios del tiempo; y lo mismo ocurrió al Sr. Marín Amat, cuyo deseo hubiera sido tratar más á fondo y con mayor extensión el complicado síndrome y variadas modulaciones con que se presentan las «Sinergias» de que, como muestra, presenta un notable y bien delineado caso.

* *

El 22 la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE, presidida por el Dr. Fernández Caro.

Continuando la discusión de la Memoria del Sr. Soriano «Higiene de Madrid», el Sr. Peña Villarejo se muestra en pugna con la creación del Ministerio de Sanidad, que nada nuevo resolvería y sería un Centro oficial más en que preponderaría el favoritismo, y cree bastaría que los servicios se unificaran en manos de un técnico director de Sanidad á quien, como al Sr. Inspector Provincial tanto interesa el tema que se debate, debería invitarse á que le presenciara y emitiera en él su opinión. (El Sr. Presidente hace saber que ya lo ha hecho y que espera será atendida por entrambos su indicación.) El Sr. Olea se engolfa en la lectura de unas cuantas cuartillas, cuyo pensamiento sintetizado puede resumirse: en oposición á la creación del Ministerio; modificaciones en el régimen de mercados, vaquerías y tahonas, no ser posible el sistema de cremación en la forma enunciada; considerar irrealizables la instalación de ascensores y montacargas por faltar en la generalidad de viviendas sitio adecuado en qué instalarlos; estima de necesidad la

desaparición de los mingitorios; y recomienda por último, como de gran conveniencia, la constante vigilancia é inspección de todos los establecimientos. El Sr. Yagüe apunta la idea de que en cada casa se destinara una habitación en que los cadáveres quedaran expuestos hasta el momento de su conducción; y respecto á las basuras, cree debiera recomendarse al Municipio la costumbre establecida en Berlín, donde se aprovechan todos los residuos alimenticios en la ceba de 2.000 cerdos, antes de proceder á la cremación de aquéllas. El Sr. Decref juzga como de primordial interés el establecimiento de baños- duchas públicos al alcance de todas las fortunas; y la creación de Escuelas de orientación profesional en que las aptitudes queden bien depuradas y muy especialmente las de los conductores de automóviles y demás vehículos, que tantos estragos producen y tantas desagradables incidencias suscitan y provocan. La señorita doctora Soriano, que por indisposición de su señor padre recoge y contesta á lo más substancial, dejando de hacerlo á las cosas secundarias por ignorar hasta qué punto el autor de sus días estará conforme con ellas, se muestra conforme en que las funciones sanitarias estén al cargo de un técnico especializado, llámese como se quiera, pero á condición de hallarse completamente desligado de la política; considera utópico esperar que los caseros consientan, ni amorticen, habitación alguna para depósito de cadáveres, y da á conocer la existencia, por la generalidad ignorada, de la casa de los niños por la señora de Tolosa Latour (D. Rafael), establecida, para que en ella se bañen, tomen duchas, enjabonen y corten el pelo, todos aquellos que lo necesiten, á cambio del estipendio de diez céntimos. El Sr. Mariscal se muestra fuertemente indignado ante las tropelías y desafueros cometidos por los conductores de automóviles, á quienes califica de impulsivos, y de altamente inmoral é inhumano el que se hayan constituido y autorizado legalmente contra estos riesgos, Compañías de Seguros, que á todo trance debieran desaparecer, por ser una befa y un escarnio. De perfecto acuerdo con el Sr. Mariscal, socios y público, se levanta la sesión.

* *

El 23, en LA FEDERACIÓN LOCAL DE OBREROS DE LA EDIFICACIÓN, sita en la Casa del Pueblo, pronunció una conferencia el Dr. D. Calixto Milla acerca de «Cómo debe ser la casa higiénica y económica».

Empezó el Sr. Milla su discurso dando á conocer las estadísticas de mortalidad registradas en los últimos años en las principales poblaciones de Europa, entre las cuales aparece como más beneficiada Londres, con un 12 por 1.000, y otras intermedias en progresiva relación ascendente que, sin embargo, quedan muy por debajo de Madrid, que arroja el aterrador contingente del 60! Enumeró las causas á que esto obedece, señalando como la principal la deficiencia de viviendas, sus pésimas condiciones higiénicas, y el hacinamiento de que dió cabal idea, poniendo de resalto la existencia de más de 25.000 viviendas con tres habitaciones en que sin luz ni aire suficientes se apiñan familias numerosas; 47.000 más de cuatro compartimientos de muy parecido aspecto y condiciones en que toda infección tiene asiento, y el aislamiento es imposible.

Para poner en parangón éstas con las ciudades jardín y satélites que hasta unos 50 kilómetros circundan á Londres, proyectó unos cuantos aspectos de las casas en que ya por familias, en colectividades, nunca muy numerosas, ó alrededor de las fábricas, pero con orientaciones convenientes, aquéllas se hallan instaladas; é hizo resaltar la higiénica amplitud, escaso coste con que, gracias al sistema de cons-

trucción, pueden adquirirlas ó disfrutarlas, y la fácil, rápida y económica comunicación con la gran urbe. El Sr. Milla llenó cumplidamente su cometido.

En la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, por el Dr. Cortezo presidida, fué imposible acoplar el jueves 24 á la numerosa y selecta concurrencia, que, ávida de escuchar el sugestivo tema «Psicopatología del donjuanismo», había de desarrollar el prestigioso y conocido Dr. Marañón.

Con el ameno estilo que le es peculiar, en este caso, felizmente adaptado al objeto que en primer término se propuso demostrar, empezó el conferenciante la lectura de su discurso detallando en minuciosa disección la psicología del donjuanismo y la perturbación que en los ánimos produjo, y aún perdura.

Se ocupa del problema sexual en su doble aspecto científico y social, ahondando en las variadas causas que le extravían y desvirtúan.

Analizó prolijamente al legendario personaje cuyo origen hace datar de los tiempos bíblicos, y al que considera como ruñán de baja estofa moral, carente de inteligencia é irresponsable por la influencia del medio en que convive.

Juzga, á cuanto de Don Juan emana, como un mito impropia é inadecuadamente tomado por modelo por las juventudes pasadas y presentes.

Hace entilfseimas comparaciones entre el amor de Don Juan y el de Oíelo, Fausto y D. Quijote, deduciendo la consecuencia de que el de éstos es un amor pleno de idealismos y el de aquél es un amor profesionalmente materializado é industrializado.

Bosqueja admirablemente al Don Juan que literariamente inmortalizara Zorrilla por resultar adornado de cualidades que enaltecen las condiciones biológicas del eterno amador.

Pasa revista á las mujeres de Don Juan, como complemento que estima necesario á la relevante figura del que dedicó su vida á amar y ser amado; califica de anormales á las mujeres que se dejan captar en la tupida red de sus conquistas; y concluye su notable y bien documentada disertación encareciendo la necesidad de restablecer la normalidad declarando la guerra al Donjuanismo, que arrollado y maltrato irá á concluir sus días en el país en que nació.

Repetidas salvas de aplausos demostraron al Sr. Marañón el deleite con que fué escuchada su genial conferencia.

En la SOCIEDAD DE PEDIATRÍA, presidida por el Dr. Arquellada, pronunció en el mismo día la que tenía anunciada el Dr. Tapia ante distinguida concurrencia.

Con el aplomo y claridad que al conferenciante distinguen, comenzó su discurso enumerando las distintas vías por que tienen acceso los «cuerpos extraños del aparato respiratorio del niño»: estómago, por regurgitación ó vómito; pulmón, por hemoptisis; boca, por deglución; exterior, por heridas, y órganos inmediatos, por fragmentos de tumoración esfacelada.

Clasifica aquéllos en lisos, duros, esféricos, aplanados, huecos, abiertos por un lado, puntiagudos, hidroscópicos, etcétera, de todos los cuales presenta variadísima é interesante colección: piedrecitas, monedas, caracoles, huesos de frutas de todas clases y tamaños, contera de lápiz, pipas de sandía, clavos, alfileres, espinas de pescados, granos de café, judías, garbanzos, cacahuets, etc., etc., y cuerpos vivos, como sanguijuelas y otros.

Describe á maravilla las defensas que la laringe opone á

la intromisión de los cuerpos extraños y el contingente que la tos presta para su expulsión.

Relata la sintomatología y accidentes que acompañan á su implantación en las vías respiratorias, y los medios de exploración de que al efecto se vale (percusión, auscultación, radioscopia, broncoscopia, traqueoscopia) para precisar el diagnóstico y puntualizar bien la situación.

Demuestra, con un gráfico á la vista, la mayor amplitud y favorable dirección del bronquio derecho, para justificar la mayor frecuencia con que en él se implantan los cuerpos extraños, como prueban las estadísticas.

Aconseja la intervención inmediata cuando los antecedentes son conocidos; y aun sin ellos, cuando la tos pertinaz y accesos de sofocación alarmantes envuelven inmediato peligro, pero no sin antes precisar bien su situación con una radiografía perfecta.

Y termina su discurso manifestando la contrariedad que le produce el no poder ocuparse de otros muchos detalles que en relación á la técnica, procedimientos é instrumental operatorio no trata por no hacer la conferencia, ya larga, interminable.

El Sr. Tapia fué calurosamente aplaudido por la concurrencia.

En la Cátedra primera del Hospital de San Carlos, ante selecta concurrencia, que llenaba por completo el amplio anfiteatro, y en la que predominaba el personal docente de aquella casa y gran número de especialistas, dió el viernes 25 su segunda conferencia el Dr. Navarro Fernández, disertando sobre el lema «Valor comparativo de los medios terapéuticos empleados en el tratamiento de la blenorragia. Su importancia social».

Empezó señalando la importancia que tienen actualmente los diferentes medios físicos, químicos y biológicos, con el tratamiento de esta dolencia, haciendo ver con sencillez y claridad, propia del que domina la materia, los graves perjuicios que irrogan, no solamente la enfermedad, sino sus complicaciones. Analizó los diferentes tratamientos, haciendo un bosquejo de lo observado por él, en diversas clínicas extranjeras que ha visitado en diversas ocasiones, unas veces como delegado representando á España en Congresos de la especialidad, y otras, guiado por su amor al estudio.

Indicó que las conclusiones que ha expuesto acerca de los complejos tratamientos de esta dolencia, con resultado de los trabajos propios obtenidos en su larga práctica de Hospital. Después de esta disertación técnica, analizó los peligros que supone su propagación para la conservación de la raza y causa de la depauperación; señaló, como consecuencia, la esterilidad en el matrimonio y el 80 por 100 de la ceguera de nacimiento, y terminó diciendo que el día que se pueda conseguir una acción social de profilaxis, habrán terminado casi todos los sufrimientos del sexo femenino y la mayoría de los achaques del hombre, pidiendo clemencia para el niño, víctima inocente de las caricias impuras de sus padres.

Después de la conferencia, se proyectó interesantes películas y dispositivas para dejar más grabado en el auditorio las consecuencias de esta plaga social. Al terminar fué muy felicitado y solicitado para continuar este serie de conferencias.

La REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA celebra su segunda sesión ordinaria el 26, bajo la presidencia del doctor Cortezo.

El secretario, Dr. Pulido, lee el acta de la anterior y da cuenta de las obras recibidas.

El Dr. Gimeno (D. Vicente), con modestia que le honra, recaba para el Dr. Azúa toda la gloria que pueda recogerse en los «Resultados obtenidos con la Finsenterapia en el lupus tuberculoso», que va á exponer; porque á las gestiones de aquél fué debida la instalación fototerápica que hoy bajo su dirección funciona con provecho evidente en nuestra Facultad. Describe el aparato por Finsen ideado y puesto en uso como productor de los Rayos ultravioleta, cuyos beneficios alcanzan al propio tiempo á cuatro personas, gracias á la ingeniosa combinación de cristales á tal fin colocados. Demuestra cumplidamente sus aseveraciones haciendo comparecer una copiosa serie de variados casos de ambos sexos, que con sus comprobantes en la mano hace desfilar por delante de los señores académicos. Puntualiza el número de sesiones que cada cual necesitó, según la intensidad y diseminación con que estuvieron afectados. Llama muy particularmente la atención hacia la inconveniencia de someter á los enfermos á este tratamiento existiendo ulceraciones ó escamas que por medios auxiliares adecuados deben hacerse desaparecer previamente. Asegura curarse con este procedimiento el 85 por 100 de los que á él se someten. Reco mienda encarecidamente el diagnóstico precoz, y que se recomiende á los afectos de epiteloma, recurran á él por serles también beneficioso este procedimiento. Hace saber el exiguo estipendio que á cambio del servicio se exige; y termina pidiendo á los señores académicos, y á todos los presentes, su concurso para que propaguen y extiendan la noticia de que á este Centro del Estado pueden afluir de todas partes en busca de remedio. El Sr. Gimeno fué muy felicitado por la concurrencia.

Disertó á continuación el Sr. Pittaluga acerca de la «Significación diagnóstica y pronóstica de los pleocariocitos en los esputos bronconeumónicos y en los procesos pulmonares en general», empezando por manifestar la modalidad y proporción, 5 por 100, en que los leucocitos polinucleares se hallan en la sangre normal. Con repetidas proyecciones á la vista fué detallando y demostrando las alteraciones y modalidades con que evolucionan y multiplican los núcleos leucocitarios hasta llegar á la máxima proporción del 12 por 100, y su transformación en pleocariocitos. Habla del estancamiento que en las cavidades naturales producen los exudados, cuyo aspecto, situación y variedades pone de relieve. Encomió la necesidad de repetir con frecuencia los análisis de la sangre y esputos como el medio más eficaz de ilustrar y delimitar el diagnóstico y pronóstico de la tuberculosis y demás procesos pulmonares, que también es de conveniente aplicación en los carcinomas, anemias perniciosas é infecciones, y termina tan interesante conferencia mostrándose muy esperanzado en los beneficios que habrán de acarrear los derroteros enunciados. El Sr. Pittaluga fué calurosamente aplaudido y felicitado.

En la misma noche, siguiendo el turno de conferencias que el ATENEO MEDICO MUNICIPAL tiene planeadas, desarrolló el Dr. D. Adolfo Hinojar en el Colegio Médico la que le estaba encomendada, con el tema «Las intervenciones urgentes en los accidentes de las vías respiratorias».

El Sr. Hinojar expone detenidamente la sintomatología con que se revelan hemorragias, obstrucción y estenosis; que por su cantidad, intensidad é inminente peligro, pueden exigir imperiosamente una intervención inmediata. Habla del taponamiento, traqueotomía y punción de la membrana cricotiroides, como procedimientos adecuados é in-

sustituibles en estos casos, y concluye detallando la técnica con que deben practicarse.

El conferenciante fué escuchado con interés, y aplaudido al finalizar su discurso.

Es materialmente imposible, á no poseer el dón de la ubicuidad, hallarse presente, como sería nuestro deseo, á todas las sesiones que en el mismo, ó distintos Centros, tienen lugar á las mismas horas, con gran contrariedad del público y de algunas personalidades que formando parte integrante de las Sociedades, pertenecen á más de una de ellas.

Ejemplos: La Sociedad Oftalmológica actuó el jueves al propio tiempo que las de Pediatría en el Colegio Médico, y la Real de Medicina en el local que la es propio; y el sábado volvió á repetirse el fenómeno entre la Urológica y el Ateneo Médico Municipal y la Real de Medicina.

Parecía natural, tratándose de la misma familia é idénticos intereses, que procurara obviarse la resta de público, exhibiéndose en distintos días y horas, cesando así la actual incompatibilidad.

¿No les parece á los señores presidentes de nuestras Academias y Sociedades que merece este asunto ser meditado y resuelto, para que todas queden á salvo de estos inconvenientes?

SEDISAL

INSTITUTO DE MEDICINA PRACTICA

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 11 DE OCTUBRE DE 1923

Comunicación del Dr. Durán Arrón, al curso de ampliación de Estudios de Cardiología.

Lesiones histopatológicas en las endocarditis agudas.

En consonancia con nuestra clasificación de las endocarditis, vamos á establecer un minimum de lesiones valvulares, consistiendo en una simple tumefacción edematosa en la vecindad del borde libre de las valvas. Aparecen bien pronto en el borde libre, vegetaciones apenas visibles que oscilan entre las dimensiones de un grano de mijo, llegando á veces á algunos milímetros de altura. Son de un blanco grisáceo y á menudo existen coágulos fibrinocónicos, pudiendo desprenderse fácilmente, originando embolias. Ahora bien, estas lesiones por fenómenos de continuidad, se extienden á una ancha zona de endocardio, siendo rara su localización exclusivamente parietal.

La vegetación examinada microscópicamente, hállase constituida de un modo elemental por una formación fibrinosa, recubierta por glóbulos rojos, coágulos recientes y sembrada de leucocitos. Una masa fibrinosa, muy densa, envuelve la excrecencia que llamaremos la lesión fundamental. Los núcleos y el protoplasma de las células del endotelio, no tardan en sufrir la necrosis fibrinoidea.

Al examen histobacteriológico forman acá y allá islotes más ó menos gruesos separados por una capa de fibrina que les impide llegar á la circulación. Ahora bien, si el proceso lesional ahonda más, bien por una endocarditis banal que ha preparado al endocardioma á sufrir un trastorno más serio, como queda dicho en el capítulo de Etiología, entonces las lesiones valvulares se constituyen en forma mucho más intensa.

Las embolias pueden obrar mecánicamente ó por traslado de microbios. Las primeras lesiones producirán gangrenas; las segundas abscesos, y qué de particular tendrá que lesiones

viscerales ligadas á esta septicemia, formen parte del cortejo de la endocarditis maligna. Histológicamente, las masas fibrinosas, base de las vegetaciones, encierran polinucleares necrosados ó islotes microbianos. El eje de las vegetaciones contiene residuos de tejido valvular necrosado y desorganizado por un proceso de inflamación y necrobiosis. En una palabra, inflamación y necrosis constituyen el punto fundamental de la anatomía patológica. En otro aspecto, en estas formas, ya de evolución lenta, subaguda, que duran un año, presentan todas ellas lesiones concomitantes de miocarditis, produciendo alteraciones en el sustratum anatómico del miocardio y así también en el riñón.

DEFENSA DE LA MORAL

Muy lejos de mí verme precisado á la controversia; pero es tan punzante el acicate de la verdad, que, no resistiendo su estímulo, empuño la pluma para su legítima defensa. Seré muy conciso en mi réplica.

Según el filósofo alemán Nietzsche (1), «aún no hay orador que deje de recurrir á la moral en demanda de ayuda», y refuerza su afirmativa poniendo por ejemplo «cómo hablan moralmente hasta los anarquistas para convencer mejor, y acaban por llamarse á sí mismos los buenos y los justos». Sigue diciendo que «la moral en todos los tiempos, desde que se habla y se convence al mundo, ha sido la mejor maestra de seducción» (!!! !!!), y «la que impulsa á ellos los filósofos».

Con tan extraordinario modo de pensar, ocurre á mi mente el siguiente dilema: ó el argumento de que se vale el orador para dejar firmemente sentada su doctrina es verdadero, ó es sofístico. Si lo primero, no precisa recurrir al apoyo de la moral, por ser ésta consubstancial con la verdad misma; si lo segundo, infiere á la moral tamaña ofensa al convertirla en broquel de su sofisma, y nada más antilógico, ni más irrespetuoso, ni que implique tan notoria y absurda contradicción.

La moral, según los tratadistas, se basa: 1.º, en la noción del bien y del mal; 2.º, en el conocimiento de la obligación de hacer el bien y evitar el mal; 3.º, en la noción del mérito ó del demérito.

El sofisma tiene por base la falacia, la argucia, con que se pretende defender como cierto lo que es completamente falso. Dedúcese de aquí que si el orador sofista se vale de la moral para atraer adeptos á sus erróneas doctrinas, lleva á cabo el más abominable atropello á la dignidad humana.

¡La moral en labios de los anarquistas, «para convencer mejor», según Nietzsche, cuando aquellos constituyen la más absoluta negación del orden social...!

La moral ¡«maestra de seducción»...!

¡Convertir la moral en detestable motivo de engaño, en agente corruptor; en arte maléfico...!

No contento con ésto, considera Nietzsche á la moral como entidad muy necesaria á los pensadores de su laya, mostrándola como verdadera Circe de la Filosofía. ¡La mitológica Circe, la maga Circe, que en lenguaje figurado significa «mujer intrigante»!

Sacamos, pues, en conclusión que el filósofo alemán y sus sectarios, para cohonestar sus doctrinas, se valen de la seducción y de la intriga, rebajando así la sublime moral al más abyecto destino.

Someto al ilustrado criterio de los lectores de esta veterana revista las breves reflexiones que anteceden, por ei

(1) Véase EL SIGLO MÉDICO, núm. 3.656, pág. 28.

place á alguno de ellos ampliar los comentarios sobre disertaciones de tal índole.

Bonifacio Ramírez Moreno.

Santander, Enero de 1921.

Sección oficial.

TRABAJO, COMERCIO E INDUSTRIA

REAL ORDEN

Vista la instancia suscrita por D. Luis Amargós Bertrán y otros, farmacéuticos de Barcelona, en la que exponen que, con fecha 6 de Agosto de 1921, se dictó por este Ministerio una Real orden sobre el régimen de las farmacias, Real orden que fué recurrida en vía contenciosa y, previas incidencias de tramitación, que no son del caso referir, revocada por sentencia del Tribunal Supremo en sus apartados séptimo y noveno, por los cuales se fijaron: en el primero, las horas de apertura y cierre normales, y en domingo, de las farmacias, y en el segundo, se prohibía el despacho de las mismas durante las horas de cierre; que acordado el cumplimiento de dicha sentencia, como quiera que la revocación sólo afectaba á los farmacéuticos que entablaron el recurso contencioso contra aquella Real orden, el mantener en vigor las limitaciones que los números revocados se contenían, respecto á los demás, supondría una desigualdad de trato totalmente injusta, en evitación de lo cual se interesa la total revocación de dicha Real orden, ó cuando menos, la aclaración de lo dispuesto en el número 2.º, que concede carácter colectivo y obligatorio para todo el gremio de cada localidad á los acuerdos que se adopten respecto á las horas de apertura y cierre de las farmacias:

Considerando que la disposición segunda de la mencionada Real orden de 6 de Agosto de 1921, atribuye al gremio de farmacéuticos una facultad que no le da la ley: la de determinar el régimen de apertura y cierre de sus oficinas, ya que lo único que pueden hacer es acordar la distribución de la jornada á tenor de lo preceptuado en el art. 6.º de la ley de 4 de Julio de 1918:

Considerando que el cierre de los establecimientos mercantiles no es consubstancial que el régimen legal de la jornada mercantil, pues si bien es evidente con la determinación de horas de apertura y cierre acaso sea el medio más eficaz para que la limitación legal de aquélla resulte observada, no es en realidad la única, como lo demuestra que la ley de 4 de Julio de 1918 no declaróse casos de excepción del más fundamental de sus mandatos, que es el del descanso, que estatuye en su art. 1.º, sino que de lo que excepciona á varios establecimientos en su art. 3.º es de que las Juntas locales de Reformas Sociales determinen las horas de su apertura y cierre, y que para lo único que faculta en su art. 6.º á los gremios de ramos de comercio exceptuados, es para fijar la distribución de la jornada; objeto perfectamente compatible con la apertura de los establecimientos durante un número de horas muy superior al de la jornada legal de la dependencia:

Considerando que la excepción establecida en favor de las farmacias, no en favor del farmacéutico, sino en beneficio del interés público, según lo declara expresamente el art. 16 del Reglamento para la ejecución de la ley de Jornada de la Dependencia mercantil, y si ello es así, no corresponde á la iniciativa de los farmacéuticos la renuncia de una excepción que no se reconoció á su favor, que es lo que supone dar carácter obligatorio á los acuerdos del Colegio Oficial de Farmacéuticos en cuanto á fijar unas horas límite de apertura y cierre de las farmacias para los días de lunes

á sábado y otras distintas para los domingos, aparte de que, por lo que se refiere á las horas de cierre en ese día, supone, además, una manifiesta infracción de la legislación sobre descanso dominical, porque el art. 7.º del Reglamento de 19 de Abril de 1905 exceptúa de la prohibición de trabajo en domingo que establece el art. 1.º de la ley, á las farmacias, y lo hace en consideración á la índole de las necesidades que satisfacen ó por razones que determinen graves perjuicios al interés público; y ni en la Ley ni en el Reglamento hay disposición alguna que autorice á la renuncia á las excepciones, ni tolera pactos entre patronos y obreros en la materia, pues tan sólo en el art. 15 del Reglamento se faculta á las Asociaciones obreras gremiales para pactar con los patronos las condiciones del descanso, pero ha de ser precisamente cuando se trate de industrias no exceptuadas:

Considerando que, según el dictamen del Real Consejo de Sanidad, el interés público requiere que el servicio farmacéutico sea permanente, y ante este dictamen no deben prevalecer otros criterios que aquellos que concilien los intereses de los farmacéuticos, de los dependientes y los del público, á base siempre del servicio permanente de las farmacias:

Considerando que el art. 7.º de la ley expresamente reconoce que para el régimen de los establecimientos exceptuados pueden seguirse dos procedimientos: ó el acuerdo sobre sus horas de apertura y cierre, ó la fijación de aquellas en que han de trabajar los distintos turnos ó clases de dependientes, si la distribución se hace siguiendo este criterio, declaración que confirma la tesis de que la regulación de las horas de apertura y cierre no es consubstancial con la jornada mercantil:

Considerando que es perfectamente conciliable el cumplimiento de las leyes de Jornada mercantil y del Descanso dominical, así con los intereses de la salud pública como con los de la libertad profesional de los farmacéuticos:

Vistos los informes de la Asesoría técnica y de la Asesoría jurídica de este Ministerio, y de acuerdo con el de esta última,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien derogar, con carácter general, las disposiciones segunda, séptima, octava y décima de la Real orden de 6 de Agosto de 1921, y en su lugar, declarar que las farmacias, aunque incluídas en la ley de 4 de Julio de 1918, están por la misma exceptuadas de que, en relación con ellas, fijen las Juntas locales de Reformas Sociales las horas de apertura y cierre, y, por consecuencia, quedan sometidas al precepto del art. 6.º de la misma ley, según el que, corresponde al gremio y los comerciantes particulares, si no existiera gremio oyendo á las Asociaciones de Dependientes, «acordar la distribución de la jornada uniforme para cada gremio», pero sin que tal facultad pueda llegar á la imposición con carácter obligatorio y general de horas ó días de cierre, con prohibición absoluta de despachar durante ellos, sin que sea potestativo del gremio ó del Colegio de Farmacéuticos renunciar á tal régimen de excepción, ni establecer, aun cuando sea por unanimidad, un régimen distinto de la jornada que pueda ser lesivo á los intereses de la salud pública.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 11 de Enero de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Flórez Posada*.—Señor subdirector de Trabajo. (*Gaceta* del 9 de Enero de 1924.)

GOBERNACIÓN

Vista la comunicación de la Presidencia del Directorio militar, dando traslado de Real orden del Ministerio de la Guerra, interesando se haga la oportuna aclaración del artículo 4.º del Real decreto de 15 de Mayo de 1917, en el sentido de considerar exceptuados los certificados médicos de los soldados excedidos de licencia del impuesto de los sellos de los Colegios médicos que el citado precepto legal determina, toda vez que si el art. 51 de la vigente ley del Timbre exime de todo reintegro á los documentos de interés personal que se refieran á individuos de tropa mientras dure el servicio, parece lógico que dicha exención alcance también al impuesto creado por la Soberana disposición, antes citada, en beneficio exclusivo de determinada clase, y considerando muy atendibles las razones expuestas.

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer, como aclaración al art. 4.º del Real decreto de 15 de Mayo de 1917, que los certificados médicos de los soldados excedidos de licencia están exentos del impuesto de los sellos de los Colegios médicos creados al amparo del citado Real decreto.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento, el de los presidentes de los Colegios médicos y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 24 de Enero de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor gobernador civil de la provincia de... (*Gaceta* del 25 de Enero de 1924.)

INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Vista la propuesta formulada por el Ilmo. Sr. Rector de la Universidad Central,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que la Real orden de 10 del actual se haga extensiva á los títulos de bachiller; en su consecuencia, las órdenes equivalentes á los referidos títulos que se expidan por los Rectorados en casos de urgencia deberán ser reintegradas con una póliza de dos pesetas.

De Real orden lo digo V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 28 de Enero de 1924.—El subsecretario encargado del Ministerio, *Leaniz*.—Señor rector de la Universidad de... (*Gaceta* del 30 de Enero de 1924.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,8; ídem mínima, 702,3; temperatura máxima, 10º,3; ídem mínima, 0º,8; vientos dominantes, NE. N.

El estado meteorológico, por sus oscilaciones termométricas y barométricas, ha determinado un acrecentamiento de las congestiones é inflamaciones de los órganos respiratorios, así como trastornos considerables en los enfermos crónicos de los órganos de la circulación. A las bronquitis que venían presentándose se han añadido congestiones pulmonares, neumonías y pleuresías en mayor proporción que en las semanas anteriores. Los casos de hiposistolia, colapsos cardíacos y desequilibrios circulatorios han aumentado en número, determinando en algunas ocasiones agravaciones y aun fallecimientos repentinos.

Crónicas.

Distribución de premios.—El Centro Instructivo y Protector de Ciegos de esta Corte, ha verificado el acto de la distribución de premios á sus alumnos. Un conjunto de pro-

tesores y varios discípulos, ejecutaron escogidos números de música, se leyeron dos trabajos literarios de los Sres. Villalobos y Torralvo y á continuación se procedió al reparto de los diplomas y de los premios en metálico, adjudicándose dos de 25 pesetas, cada uno, donados por el Excmo. Sr. Conde de Orraiería, al alumno más aventajado de cada sexo. También se repartieron 300 pesetas, que entregó la nunca bien alabada é infatigable protectora de esta Asociación señorita Carolina Mahou y otras 25 de su enfiada doña E. Adia Ormedo, correspondiendo 10 pesetas á cada alumno premiado é igual cantidad á cada uno de los músicos que tomaron parte en la fiesta.

El Sr. García Molinas, que hizo constar, lo mismo que el Sr. Cortezo, su adhesión al acto y la contrariedad que sentían por no poder asistir al mismo, ofreció un donativo de 300 pesetas, para que se distribuyera entre los profesores de esta entidad, que por falta de la protección oficial y particular necesarias se ven obligados á implorar la caridad pública, sacrificando parte del tiempo que podrían dedicar á los suyos, en dar sus clases, por amor al prójimo y verdadero altruismo, pues no pasan de 50 pesetas los emolumentos que perciben al cabo del año por su trabajo.

Después habló el Sr. Bodega Aparicio, señalando las causas que han impulsado á los ciegos españoles para iniciar el movimiento social reivindicador de los mismos. Apuntó el alcance que habría de tener la proyectada Asamblea, esbozando á grandes rasgos, pero de un modo claro y terminante, la cuestión social, docente y profiláctica de la ceguera.

D. Cipriano Santamaría cerró el acto con elocuentes frases, encareciendo á los asistentes la necesidad de proteger á esta clase desvalida y desamparada y prometiendo no descansar en la tarea que se había impuesto, con mucho gusto, como presidente del Consejo Patronal y miembro de la Comisión Organizadora de la Asamblea, hasta ver realizados los fines que la misma persigue.

Errata.—En el núm. 3.658 de EL SIGLO MEDICO, en la pág. 57, línea 24, dice «ácido pírico» y debe decir «ácido fénico».

Por muchos caminos se aleja uno de la verdad.—Con el título de «Jubilación y Sustitución» publica nuestro siempre bien intencionado colega *La Farmacia Moderna*, la siguiente crónica:

«La Junta directiva de la Real Academia Nacional de Medicina ha tenido á bien prescindir de los servicios que durante muchos años prestó el veterano médico Sr. Salcedo como auxiliar facultativo de la Secretaría de dicha Corporación, decretando su jubilación y sustituyéndole con don Javier Cortezo, hijo del presidente de la expresada Real Academia.

Está visto que por todas partes se va á Roma».

Si el colega hubiera querido enterarse de las cosas, como honradamente debe hacer quien de ellas da noticia al público, hubiera sabido:

1.º Que quien ha decretado la jubilación del aludido empleado, no ha sido la Junta directiva, ni ninguna otra Junta de la Academia, sino el Directorio militar por encontrar que, desde hacía cinco años, había dicho funcionario traspasado la edad legal de jubilación y exigiendo, como en los demás centros, la fe de bautismo de todos los empleados de la Secretaría, juzgaron que debían cumplir con lo prescrito por la Ley.

2.º Que en sustitución de dicho señor no ha podido nombrarse á nadie, dado que la plaza fué suprimida, á pesar de la evidente necesidad de ella, manifestada al Ministerio por la Academia.

3.º Que los servicios inteligentes que el Sr. Cortezo viene prestando no son oficiales ni retribuidos hasta ahora, esperándose que para suvenir á ellos, se tome una resolución de concurso ó de provisión en otra forma. Es decir, que lo hecho por el Sr. Cortezo, es un favor gratuito y nada más.

Como dudamos que nadie pueda dar otros informes al periódico del Sr. Siboni, le aconsejamos que se informe del mismo funcionario jubilado, quien no podrá darle otros, sin faltar, á sabiendas, á la verdad.

Leucoplasia y radio.—Con este mismo título apareció en nuestro número anterior una crónica en la que por error se decía: «...en el tratamiento de leucoplasias bucales evidentemente sífilíticas...» y debía decir evidentemente *no* sífilíticas.

Para lenguaje médico.—¿Por qué se llama *comadronas* á las parteras? Y ya que por evitar equívocos no se les dá

el nombre de *comadres* con que antiguamente se las designaba, ¿por qué se llama *comadrones* á los parteros especialistas en Obstetricia, etc.?

Un proyecto español.—En Lima se está estudiando la organización de Misiones especiales de médicos y profesores, que serían encargadas de llevar á cabo estudios de saneamiento en las regiones más pobladas de indios.

El proyecto ha sido presentado por dos profesores españoles.

Un descubrimiento.—Tras largos estudios, el veterinario argentino Ruy Ferrer ha descubierto la vacuna contra la estomatitis aftosa del ganado, enfermedad que causaba á los ganaderos grandes pérdidas, pues producía una mortalidad del 12 por 100 en los ganados.

La Cruz Roja en Bilbao.—El sábado 26 de Enero y en el palacio de los condes de Zubiría, tuvo lugar la ceremonia de imponer á las nuevas damas de la Cruz Roja el brazalete de la benéfica institución.

En representación de la Reina doña Victoria presidió el acto é impuso los brazaletes, la condesa de Zubiría.

También se entregó á los Dros. Espalza y García Alonso las medallas de la Cruz Roja que les han sido concedidas como recompensa á su infatigable labor en pro de los desvalidos necesitados.

Pensiones en el extranjero.—Por Reales órdenes de 19 de Enero publicadas en las *Gacetas* del 21 y del 28 se conceden las siguientes pensiones de 5.000 pesetas:

Una á D. Leandro M. Silván López, de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Zaragoza, para ampliar estudios de electroquímica en Grenoble (Francia).

Otra á D. Ricardo Rivo Villanova y Morales, de la Facultad de Medicina de Zaragoza, para visitar los Laboratorios de Lacasagne y Martín, en Lión; de Icard, en Marsella; de Carrara, en Turín, y de policía judicial científica, en Roma;

Otra á D. Cándido Torres González, de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central, para ampliar estudios de Farmacología en París y Oxford; y otra á D. Ramón Portillo y Moya, de la misma Facultad, para ampliar estudios de Físico-Química en Berna y Viena.

Excipiente inerte.—El ocio es la sentina que recibe todas las tentaciones, malos pensamientos y las cosas inútiles. (S. Bernardo.)

Veramon.—Al presente número acompañamos un prospecto-tarjeta de la Casa Schering, de Alemania, cuya lectura y pedido de muestras recomendamos.

Kelatox.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio Ibero, de Tolosa, 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.

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, erries, 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