

Annales

de Medicina y Cirugía

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCION DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

Muy Iltr. Sr. Dr. D.

JUAN CAROL MONTFORT

Estomatólogo del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo y Miembro Numerario electo de la Real Academia de Medicina de Barcelona.



MAYO - JUNIO 1954

AÑO XXX
II ÉPOCA
VOL. XXXIV
NÚMERO 107-108

ADMINISTRACIÓN
Y
CORRESPONDENCIA

EDITORIAL DE PUBLICACIONES MÉDICAS
F. GALLARDO

SAN ELIAS, 10
Teléfono 28 23 26
BARCELONA



GAMMA GLOBULINA HUBBER

obtenida por procedimiento fisico-quimico del

PLASMA HUMANO

Anales de Medicina y Cirugía

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCIÓN DE LA
REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

REVISTA MENSUAL

Director:

Dr. F. Corominas Pedemonte

Presidente de la Real Academia

Secretario general:

Dr. L. Suñé Medán

Consejo de Redacción:

Sres. Académicos de Número

Comisión de Publicaciones:

DOCTORES: H. Arruga - A. Balcells - L. Barraquer Ferré - A. Carreras Verdaguer, Prof. V. Carulla - Prof. F. Casadesús - Prof. V. Cónill - J. Cornudella - Prof. J. Covaleta - F. Esquerdo - F. Gallard Monés - A. Gallard Esquerdo - Prof. F. García Valdecasas - L. García-Tornel - Prof. J. Gibert Queraltó - Prof. S. Gil Vernet - P. González Juan - Prof. J. Jiménez Vargas - J. Mercadal Peyrí - A. Morales - Prof. P. Nubiola - B. Oliver Rodés - Prof. A. Pedro Pons - J. Pi Figueras - Prof. P. Piulachs - J. Puig Sureda - Rdo. P. Pujiula - Prof. F. Raurich - A. Rocha - B. Rodríguez Arias - J. Roig Raventós - F. Salame-ro - M. Salvat Espasa - V. Salleras, R. San Ricart - Prof. - J. G. Sánchez-Lucas - Prof. M. Soria - Prof. M. Soriano - A. Subirana - L. Triás de Bés - Prof. X Vilanova Montiu.

Secretario de Redacción: Dr. F. de Dulanto

Administración y Correspondencia: EDITORIAL DE PUBLICACIONES MÉDICAS

San Elias, 10 — BARCELONA — Teléfono 28 23 26



PODEROSO BIOCATALIZADOR DE LOS PROCESOS DE
CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ASIMILACIÓN

VITAMINA **T** HUBBER

LABORATORIOS HUBBER, S. L. - BARCELONA

Anales de Medicina y Cirugía

PUBLICADO BAJO LA DIRECCIÓN DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

Año XXX - II Época

MAYO - JUNIO, 1954

Vol. XXXIV - Núm. 107-108

Suscripción para España 100 pesetas

Extranjero 175 pesetas

SUMARIO

Originales	Páginas
Albores de la psiquiatría infantil.- <i>Dr. J. Solé Sagarra</i>	151
La perforación intestinal tífica - <i>Dr. J. Salarich</i>	156
El prurito anal y su tratamiento. <i>Dr. A. Cardoner</i>	179
Vacunaciones preventivas realizadas durante un cuatrienio en el dispensario materno infantil del consejo del niño del Uruguay	184
Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina de Barcelona .	193

La Real Academia de Medicina de Barcelona, bajo cuya dirección se publican estos Anales, no se hace solidaria de las opiniones expresadas en sus artículos, cuya responsabilidad corre por entero a cargo de sus respectivos autores.

"Cerequimil"
Fernández

LABORATORIOS FERNANDEZ Y CANIVELL S.A.-MALAGA

A la vanguardia

en el tratamiento de la hipertensión

Nuevo!

SEDA - RAUPIN

Reserpina "Boehringer" cristalizada

Alcaloide sedante-hipotensor de la Rauwolfia serpentina
en tabletas de 0,2 mg. fraccionables para

DISTONIAS VEGETATIVAS - HIPERTENSION

Nuevo!

RAUPIN - líquido

Alcaloides cristalizados disueltos en medio acético
administrables en GOTAS para la terapéutica con

RAUPIN - RAUPINETAS

2 mg.-Alcaloides totales del polvo de la raíz por GRAGEA-1mg.
en todas las HIPERTENSIONES



BOEHRINGER S. A.

MADRID

Ap. 10025

BARCELONA

Ap. 5052

SEVILLA

Ap. 370

ALBORES DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL

Félix Voisin, adelantado de la Pedagogía Terapéutica

Dr. J. SOLÉ SAGARRA

ANTE el formidable desarrollo actual del tratamiento pedagógico aplicado a los deficientes mentales, niños ante todo, bueno es recordar a los médicos que hace un siglo inauguraron la asistencia operante de los niños oligofrénicos, liberándolos de la mera condición de vegetantes asilados. Entre tales médicos, destaca la figura de FÉLIX VOISIN, que en 1843 publicó en París el primer trabajo científico dedicado a tal tema, con el título "De l'idiotie chez les enfants". Reproducimos los principales párrafos de este importante escrito, que podrían suscribirlo todos los paidoterapeutas actuales. Francia fué a la cabeza hace un siglo del tratamiento pedagógico, así como de todas las actividades científicas psiquiátricas.

"El Consejero General de Hospitales siempre se está preocupando sobre la necesidad de mejorar la suerte de los mentalmente desarreglados y ha tomado en consideración la última, la solitaria clase de aquellos desgraciados que, en el presente, han quedado en una especie de olvido; me refiero a los niños idiotas. La Administración ha escuchado la voz de los que no han perdido por completo la esperanza en estos infortunados, y ha efectuado con ellos las distinciones que deben ser hechas y establecidas entre los individuos agrupados bajo esta desdichada denominación, así como de que es posible perfeccionar algunos de ellos en lo intelectual y moral, conforme a las relaciones humanas. Por consiguiente, ha indicado que los idiotas cuya conducta se pueda aparentemente modificar, reciban los beneficios de instrucción y especial educación; por fin, ha nombrado un instructor en Bicêtre, el cual, bajo la dirección y supervisión del médico jefe, se consagrará a estas funciones.

"Trece años después de la publicación de algunas Memorias sobre niños idiotas y niños que presentaban señales obvias de trastorno del carácter, incluyendo lo bueno y lo malo, el genio y el bobo, los de edad primaria y los más adelantados, creé un Establecimiento para ellos en 1834, donde me esforcé en buscar las necesidades de sus condiciones excepcionales. Creo que es hora ya de recoger todo el material científico que poseo sobre el asunto y explicar el plan que he seguido e intento continuar en interés de estos infortunados.

“Está siendo organizado un servicio en favor de estos desventurados y he elegido para su alojamiento un local que tiene la ventaja de estar un tanto aislado de los otros edificios del hospital. Por su especial instrucción y educación en una escala suficientemente grande, esperamos devolver estos desgraciados tan pronto como sea posible a una vida en común mejor.

“Hasta el presente, privados de todas las ventajas del mundo exterior, habían de sufrir las consecuencias de su contextura mental; incomprendidos, alterados, debilitados y sacudidos en todas sus actividades por las grandes deficiencias que les afligieron desde la infancia. Deseamos que el ejemplo dado por la ciudad de París, sea seguido en otras partes de Europa, por lo que no dejaremos de desempeñar una parte no pequeña en empezar nosotros al uso establecido. Los médicos que durante años han estado esperando por una tal institución y han sido llevados a trabajar sin la esperanza de su realización, son finalmente recompensados por sus esfuerzos ininterrumpidos. La mejor guía de estos chicos es la ayuda, por lo que les ha sido asignado un instructor. Este educador tiene bajo sus órdenes una plana mayor eficiente y un número considerable de asistentes para llenar todas las necesidades del Servicio. Como se puede apreciar de estos informes, nada se ha omitido por la Administración para asegurar el éxito de nuestra empresa.

“En tiempos antiguos, los idiotas han sido los más infelices de los perturbados. En Esparta compartían la suerte de los niños débiles y eran arrojados sin piedad al Eurotas. En los tiempos actuales, en lo que se refiere a los que están privados de razón, nada se ha hecho con creciente comprensión. Una vez marcado con el nombre terrible de idiota, tal individuo inspira solamente disgusto y horror; privado de toda ayuda y aislado enteramente de la sociedad, permanece para siempre sumergido en la obscuridad de su dolencia...”

“Se ha encontrado —dice Foderé— que, por una inexplicable singularidad, algunos de estos individuos, dotados con una inteligencia escasa, tienen un talento especial para copiar, dibujar y escribir poesía y música. He conocido algunos que han aprendido por sí mismos a tocar el órgano y el clavicordio pasablemente bien; otros, que se han instruido sin maestros en reparar relojes o construir inventos mecánicos. Es el talento innato más que la instrucción en sí misma lo que probablemente influencia a esa gente, que son capaces de leer libros sobre conocimientos generales, pero que se desconciertan y no son capaces de beneficiarse de ellos. Aun con todas sus facultades, continúan con sus naturales imperfecciones. Si la sociedad puede apreciar las producciones industriales y artísticas de estos infortunados autómatas y si puede reconocer algunas de sus buenas cualidades, ¿por qué no ha de tener en cuenta sus grandes perspectivas •

darles la misma consideración que se acuerda con otras rarezas de la Naturaleza? Por qué debemos ser tan austeros cuando el automatismo arranca enteramente de otras causas diferentes? Desde que sabemos que los hechos agradables e interesantes de estos desdichados no son para ser relatados en lo que se refiere a moralidad, ¿por qué no vamos más allá y reconocemos que sus actividades irrazonables y tendenciosas son también involuntarias, aceptándolas con humana simpatía?...”

“Presentaré el esbozo que he dibujado para el cuidado de mis pobres enfermos. Creo que contiene por completo los instintos psicológicos, morales, intelectuales y vida de percepción de cada uno de ellos:

1.º Examino el grado de relación entre el instinto de preservación y el de reproducción, así como también los factores constitucionales de cada chico.

2.º La Naturaleza no distribuye por igual las facultades intelectuales, de forma que los sentimientos morales faltan o son débiles, o en ocasiones son tan pronunciados que pueden inhibir el uso de otras facultades.

3.º Paso entonces al examen de las facultades intelectuales, que pueden estar ausentes parcial o completamente.

4.º Concluyo con un examen de las facultades de percepción, habilidad a las impresiones receptoras desde el mundo exterior y la reacción de éstas a sus atribuciones remanentes...”

Los primeros frutos educativos para los defectuosos mentales (idiotas) en Francia, fueron instituidos en Bicêtre en 1828, cuando FERRUS era médico jefe de aquel hospital. Aun cuando estaba profundamente atareado con el servicio médico de los otros 800 pacientes mentales, encontraba tiempo para estos desgraciados y, con la ayuda de un empleado inteligente, organizó una escuela, en la cual estos chicos con alguna capacidad intelectual eran enviados cada mañana y luego durante el día. Se les dió el hábito del ejercicio y del trabajo; se les enseñó a leer, escribir, calcular y el adiestramiento en ejercicios gimnásticos, siempre bajo la estrecha supervisión de prevenir la pereza, no utilizar sus tendencias malas y reforzar sus débiles constituciones por todos los medios posibles.

En 1830 publiqué un informe sobre los frutos de la educación especial para estos individuos desgraciados. En 1831, FALRET introdujo la educación terapéutica en la Salpêtrière y escribió un trabajo sobre la misma. Anoto la reacción que causó a DOUBLE: “Deberíamos todos apresurarnos a

leer el informe de nuestro estimado colega FALRET, el cual ha establecido una escuela elemental para pacientes mentales femeninas en 1831. Ha seleccionado 80 idiotas, imbeciles y pacientes mentales crónicos en una clase, separándolos de los otros 400 pacientes. Cada día ha estado coronado con los mejores resultados esperanzadores. Un poco más tarde, FALRET organizaba una escuela similar para los pacientes mentales más agudamente enfermos, de los que fueron separados 80 de un total de 200. En ambos grupos han sido obtenidos resultados dignos de anotar..."

Más tarde, algunos hospitales de París aceptaron estas excelentes ideas. En 1839, con el Dr. LEURET, aunque no igualáramos el servicio de Bicêtre, organizamos un sistema de instrucción y educación apropiado a nuestros desgraciados pacientes, en forma muy amplia.

Obvia decirnos los esfuerzos de LEURET en favor de los mentalmente enfermos; debemos convenir en el reconocimiento completo a su energía y a la extensión de su sabiduría. Es un notable discípulo de sus profesores y disfruta de una posición preeminente en el mundo médico actual. No soy yo el más indicado para hablar de mi amigo y asociado FALRET, pues mis palabras podrían ser sospechosas de parcialidad; no obstante, si en vez de trabajar en silencio en la Salpêtrière hubiese renunciado a la modestia y mantenido un registro de sus proezas en el Servicio, no habría argumento alguno acerca de su prioridad en este campo, que sería un crédito a su intelecto y capacidad. Discutiré sólo aquellos acontecimientos en que participé o de los que fui testigo. Debería añadir que en 1883 organicé el servicio para niños deficientes mentales (idiotas) en el hospital de la calle Sévres, y en 1834 empecé un programa especial para estos infortunados. Pero a pesar de los informes favorables de ORFILA, Consejero general de hospitales; de MARC, médico del Rey y del Jefe de Policía de París, no sólo no recibí ayuda alguna, sino que fui abiertamente rebatido por LEMERCIER, quien tergiversó completamente mis buenas intenciones.

No podemos concluir nuestro examen de los hombres que han tratado idiotas, sin mencionar a SEGUIN, un médico distinguido, que ha sido justamente llamado profesor de nuestros niños en Bicêtre. Dotado de un carácter enérgico, capaz y buen observador, encontróse con todas las cualidades de servir a la ciencia y a la humanidad. Ha publicado los resultados de sus trabajos hasta el año 1838 acerca de algunos niños a los que condujo a un cambio psíquico radical.

Nuestras investigaciones, atrasadas en su publicación, confío serán pronto provechosas, y estoy seguro que dentro de poco tomarán una posición eminente entre sus contemporáneos, por los conocimientos que entrañan de psicología. En general, puede decirse que los niños idiotas necesitan la ayuda de la medicina mental y de la psicología. El sistema edu-

cativo debe estar libre de charlatanismo y en él se deben emplear los métodos más simples. Cualquier cosa de valor para el vulgo ordinario puede ser usado con ventaja en la educación de un imbecil. Tenemos en cuenta el ser humano solamente; pero debemos recordar que estamos tratando con un ser humano incompetente, el cual no puede ser elevado a nuestro nivel cultural, por lo que debemos descender de nuestra altura intelectual a su debilidad mental, para obtener todo el contacto que sea posible, cuyo éxito no puede comprarse a ningún precio..."

"Algunos de nosotros podemos revocar lo equivocadas que fueron en el curso de este siglo las opiniones de LOCKE y CONDILLAC, que creían que la mentalidad en los idiotas sólo era utilizada a través de los sentidos, así como de cuantas tentativas les fallaron para animar estas estatuas vivientes. Bajo la influencia de estas ideas, el honorable Dr. ITARD falló completamente con la supuesta bestia de Aveyron, que, como sabemos, era sólo un desgraciado idiota. ITARD no estuvo lo suficientemente interesado en la gran formación terapéutica de amplio criterio. La naturaleza instintiva, intelectual y moral de tal desgraciado individuo desarrolló su creencia en la importancia de los meros estímulos externos, por lo que desdichadamente las impresiones sensoriales se detuvieron en los órganos sensitivos y fracasó al no darle a tal enfermo información acerca de la vida moral, que descuidó por completo.

Hoy la ciencia está más avanzada. Las fuerzas primitivas y fundamentales de la economía humana son de primera importancia; las impresiones sensoriales no son desdeñadas, pero estudiamos y consideramos también la dimensión de la inteligencia del individuo, observamos sus acciones y prestamos atención a sus inclinaciones morales. También estudiamos sus aptitudes industriales y artísticas, o hacemos, valga la frase, un viaje a su constitución, anotando los puntos vulnerables y buscando en el mundo exterior una barrera con que atisbar la seguridad y levantar algo la mente del idiota."

LA PERFORACIÓN INTESTINAL TÍFICA

NUESTRA EXPERIENCIA EN 71 ENFERMOS OPERADOS

Dr. JOAQUIN SALARICH

NUMEROSAS son las enfermedades infecciosas en que la cirugía presta una máxima colaboración para resolver accidentes que caen de lleno en el campo de la terapéutica quirúrgica, pero en ninguna ha sido tan amplio como en las complicaciones en el curso de la fiebre tifoidea.

El objeto, pues, de mi disertación es aportar y ofrecer a esta Real Academia de Medicina el fruto de una personal experiencia sobre el enunciado del tema, recogiendo una actuación de diez años consecutivos al frente del servicio de cirugía del Hospital Municipal de Infecciosos de esta ciudad.

Precisamente ahora, después de esta cotidiana observación, podemos sacar conclusiones y deslindar conceptos que, tanto desde un punto de vista clínico como terapéutico, coadyuven a sentar un certero diagnóstico y un eficaz tratamiento en las complicaciones de la fiebre tifoidea.

Pedro PONS, en su magna obra de Patología Clínica Médica, define la fiebre tifoidea diciendo que es una infectopatía específica producida por el bacilo de Eberth, germen transportado por las heces, agua y alimentos, el cual penetra en las formaciones linfáticas del intestino, que se infartan y ulceran, y a través de ellas penetra en la sangre, albergándose ulteriormente en el retículo endotelio; por consiguiente, la localización ulterior no se limita siempre al tubo digestivo, por evidente que sea su predilección por las placas de Peyer, sino que puede hacerlo en cualquier tejido o aparato de la economía. Tan cierto es esto, que un aparato cualquiera es capaz de reaccionar con preferencia a los demás y su sintomatología particular dar carácter especial a la enfermedad.

Así, pues, las lesiones tíficas en el aparato digestivo pueden dar lugar a perforaciones, hemorragias, invaginaciones, apendicitis, colecistitis, abscesos hepáticos, abscesos y roturas del bazo, pancreatitis y parotiditis.

En el aparato pleuropulmonar, a pleuresías, abscesos y gangrenas pulmonares.

En el aparato circulatorio, a trombosis, embolias, roturas de ganglios linfáticos mesentéricos supurados.

En el osteo-articular a periostitis, osteítis, osteomielitis, artritis, osteoartritis.

En el aparato nervioso central, abscesos, paquimeningitis hemorrágicas, etc.

En el aparato uro-genital, perinefritis, abscesos renales, orquiepididimitis, anexitis, úlceras vulvares y vaginales, además de mastitis y estrumitis.

En los embarazos son frecuentes el aborto o parto prematuro.

En el tejido celular subcutáneo son corrientes los abscesos, las escaras y las gangrenas cutáneas.

Nos ocuparemos única y exclusivamente de la complicación más grave y relativamente frecuente, la más temida por el médico y la que por sus numerosos fracasos operatorios pone a prueba el temple del cirujano; ésta es la perforación intestinal tífica.

Muchos enfermos afectos de perforación intestinal han sido abandonados a su suerte por facultativos que conocían los constantes fracasos operatorios. Prácticamente, el curso de la perforación abandonada a sí misma es letal.

LUKE, en 1885, es el primero que practica esta operación, seis años después VAN HOOR publica tres casos operados con una curación, y a partir de entonces los cirujanos de todos los países abordan esta complicación, ya publicando casos aislados o estadísticas más numerosas, desalentadoras unas con 100 por 100 de fracasos, esperanzadoras otras, pero que demuestran el tesón y la constancia que nos había de conducir a los resonantes éxitos que obtenemos hoy, especialmente con la ayuda de los antibióticos.

KEEN es el cirujano que con más extensión estudia estas complicaciones y publica en 1908 una monografía intitulada "*The surgical complication and sequels of typhoid Fever*"; en su tratado de Cirugía, en 1910, expone muchas de estas complicaciones en forma no igualada por otros autores.

Más modernamente, han sido publicadas, por JACKES DOR en 1939, GARCÍA BARON en 1945, DETLEPEN en 1949 y nosotros, interesantes monografías sobre las complicaciones quirúrgicas del tifus abdominal; pero todas estas monografías han sido publicadas antes de la era antibiótica específica y, si bien el curso clínico de las mismas ha variado muy poco,

no así el pronóstico y tratamiento pre-per y post-operatorio, dando como resultado un porcentaje verdaderamente extraordinario de curaciones, y aquella explicación requiere nuevas posiciones y queremos volver a puntualizarlas aquí con la esperanza de que estos conceptos se difundan entre los clínicos, ya que llevan aparejados importantes detalles terapéuticos.

Nosotros, que hemos vivido estas dos épocas, podemos dar fe, a pesar de las muchas restricciones a que nos hemos visto obligados en la prescripción de los antibióticos, que los mismos, si bien no excluyen tales complicaciones, éstas han disminuido, y en los casos en que hemos intervenido ulteriormente, la curación ha sido casi la regla.

Hemos observado esta complicación en 71 enfermos, entre los 2,518 tíficos ingresados en el Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona, desde enero de 1944 hasta diciembre de 1953, lo cual representa una frecuencia de 2'81 por 100, además de 10 casos de nuestra Clínica privada. En este trabajo nos referiremos solamente a los enfermos hospitalarios.

La mayoría de los autores publican porcentajes de perforaciones que oscilan entre 2 y 4 por 100.

Así HARTE y ASHHURST, en 1904, sobre 8,881 casos señalan el 2'54 por 100; ARMSTRONG, en 1913, sobre 1,405 casos, el 4'98 por 100; MATTEL, BRAICH, DUMONT y MONJES, en 1937, hallan un 4 por 100; DOR y GARCÍA FERUAUDO DOMÍNGUEZ, en 1,000 enfermos señalan un 2'2 por 100; BARON, un 3 por 100.

Cifras que se apartan ya de las anteriores son las de KRILOFF, que alcanza el 8 por 100, y en otro sentido, las de TORRES GOST, que llega tan sólo a un 0'65 por 100.

Las variaciones de la frecuencia son debidas en gran parte a las características epidemiológicas, pero como vemos, en general, la cifra media viene a ser la de un 3 por 100.

En nuestra estadística hay un predominio del sexo masculino. Sobre 71 casos hay 45 en hombres y 26 en mujeres. Este predominio del sexo masculino se señala en la mayoría de las estadísticas, si bien de forma menos acusada que en la nuestra.

Prácticamente hemos observado la perforación en cualquiera de las edades comprendidas entre los 5 y los 60 años. Como puede apreciarse en el siguiente cuadro, la máxima frecuencia corresponde a la juventud, entre los 15 y los 20 años, siendo ya bastante elevada en todo el espacio comprendido entre los 5 y los 30 años, edades en las que también la tifoidea se da con más frecuencia.



TEBESANIL

Tiosemicarbazona del paracetamino-
benzaldehido

INDICACIONES

Tuberculosis pulmonar, especialmente las formas exudativas
Tuberculosis cutánea
Tuberculosis de mucosas respiratorias (faringe, bronquios)
Tuberculosis intestinal
Tuberculosis vesical.

PRESENTACION:

Tabos de 25, 50 y 100 comprimidos de 0,025 grs.
: 25, 50 y 100 comprimidos de 0,08 grs.

FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS ABELLÓ

PAVERFILINA



derivado

LUMPAVERINA

**ACETILCOLINA
PAPAVERINA**



Caballa Verde

CUADRO DE FRECUENCIA EN RELACION CON LA EDAD

	<u>Casos</u>
De 5 a 10 años	9
De 10 a 15 años	10
De 15 a 20 años	18
De 20 a 25 años	10
De 25 a 30 años	8
De 30 a 35 años	6
De 35 a 40 años	4
De 40 a 45 años	1
De 45 a 50 años	3
De 50 a 55 años	2
<i>Total</i>	<u>71</u>

La perforación tífica suele sobrevenir al final de la tercera semana o comienzos de la cuarta. También se han señalado casos muy precoces, como los de LIECOMPTE, POTAIN, GARCÍA BARON, etc. Este último autor describe tres casos en que la perforación ocurrió el 6, 7 y 8 día, respectivamente, del comienzo de la enfermedad tífica.

Casos tardíos han sido, asimismo, descritos; CURSCHMAN cita un perforado al centésimo día de la enfermedad, y GARCÍA BARON, otro en el que se presentó la perforación a los dos meses de haber sido dado de alta el enfermo de su tifoidea.

Nosotros, sobre 71 casos, hemos observado las siguientes fechas de aparición:

	<u>Casos</u>
A la primera semana... ..	11
A la segunda semana	8
A la tercera semana... ..	13
A la cuarta semana... ..	17
A la quinta semana	9
A la sexta semana	8
A la séptima semana... ..	1
A la octava semana	2
A la novena semana	1
A los cinco meses... ..	1
<i>Total</i>	<u>71</u>

El perforado más precoz ha sido a los 4 días de comenzar la sintomatología con anorexia, astenia, cefalea y fiebre. Era un muchacho de 16 años, al cual, en la intervención, se encontraron dos perforaciones en íleon, a 5 y 35 cm., respectivamente, de la válvula íleo cecal.

El perforado más tardío era un hombre de 26 años, perforado a los cinco meses del comienzo de su tifoidea; se le encontró a la intervención, y a 5 cm. de la válvula íleo cecal, una perforación del tamaño de una lenteja.

Cabe, pues, pensar, en vista de todo ello, que en cualquier momento de la evolución de una tifoidea puede presentarse la tan temida complicación y aun es posible que la perforación sea el primer síntoma de una tifoidea ambulatoria, como es el caso descrito entre nosotros por J. A. BORRÁS, en un niño de 9 años, habiendo otros casos análogos publicados.

La perforación intestinal tifódica es, en general, consecuencia de una úlcera que, iniciada en la vertiente mucosa del intestino, ha ido progresando hasta la serosa peritoneal, terminando por producir la necrosis de la misma, estableciendo una comunicación directa entre la cavidad del intestino y la cavidad peritoneal.

El punto de origen de las perforaciones radica en las placas de PEYER y folículos solitarios del intestino inflamadas por el proceso tifódico.

Para REILLY la ulceración se debería a una acción directa de la toxina tífica sobre el sistema nervioso vegetativo de la cavidad abdominal.

En cambio, para LAVERGNE se debería a una reacción alérgica al ponerse en contacto los gérmenes (en vías de expulsión, tras haber dado lugar a una fase bacteriémica) con los folículos linfáticos y placas de Peyer del intestino.

El progreso anatomopatológico de la lesión intestinal tífica es por sí solo suficiente para dar lugar a la perforación, aun en las mejores condiciones de quietud del intestino y sin ayuda de influencias extrañas.

No obstante, un número variable de circunstancias suelen acelerar, e incluso en un momento dado determinar, la perforación.

Figuran entre éstas; las transgresiones dietéticas, el uso inadecuado de purgantes, el meteorismo acentuado, etc., pero principalmente queremos señalar la intervención de los ascárides.

Nosotros hemos encontrado ascárides en el interior del íleon en 6 casos. En uno de ellos se trataba de un hombre de 30 años, que a la intervención se encontró en el íleon, y a 6 cm. de la válvula ileocecal, una perforación, y asomando por el orificio de la misma, un ascáride de 5 centímetros de largo.

Otro caso era una chica de 14 años, que se intervino, encontrándose en íleon, a 10 cm. de la válvula, una perforación del tamaño de un guisan-

te, que se suturó. La enferma falleció a los 3 días, y a la autopsia se encontraron dos ascárides en la cavidad libre abdominal y dos más en intestino delgado.

En otro caso lo primero que apareció en el campo operartorio, al incindir el peritoneo, fué un ascárides.

Estamos convencidos que la existencia de ascárides en el interior del intestino de un tifódico aumenta el peligro de perforación por la acción directa traumática del ascáride sobre la lesionada pared intestinal tifódica.

Las alteraciones anatomopatológicas características de la tifoidea, a nivel del intestino, tanto en los folículos linfáticos como de las placas de Peyer, asientan en las proximidades de la válvula íleocecal y en la porción distal del íleon.

Pueden hallarse también en el intestino grueso, si bien en proporción muy reducida.

Otras localizaciones a lo largo del conducto digestivo son posibles, pero su aparición constituye más bien una rareza.

Estos hallazgos anatomopatológicos nos explican perfectamente el por qué la mayor parte de las perforaciones tienen lugar a nivel de la válvula íleocecal y de la porción del íleon contigua a ésta.

HAGGARD señala un 95 por 100 de casos con esta localización. BUIZARD, estudiando 555 casos, halló en 519 la perforación en la porción de íleon.

En nuestros 71 casos la topografía de las perforaciones ha sido la siguiente, con la particularidad de que en varios enfermos hemos encontrado más de una perforación.

TOPOGRAFIA DE LA PERFORACION INTESTINAL TIFICA

	<u>Perforaciones</u>
En la misma válvula íleocecal... ..	1
En la base del apéndice	1
En íleon a 2 cm. de la válvula íleocecal	1
En íleon a 4 cm. de la válvula íleocecal	3
En íleon a 5 cm. de la válvula íleocecal	12
En íleon a 8 cm. de la válvula íleocecal	3
En íleon a 10 cm. de la válvula íleocecal	13
En íleon a 12 cm. de la válvula íleocecal	1
En íleon a 15 cm. de la válvula íleocecal	9
En íleon a 20 cm. de la válvula íleocecal	6

En íleon a 21 cm. de la válvula íleocecal	2
En íleon a 25 cm. de la válvula íleocecal	3
En íleon a 30 cm. de la válvula íleocecal	6
En íleon a 35 cm. de la válvula íleocecal	1
En íleon a 40 cm. de la válvula íleocecal	1
En íleon a 50 cm. de la válvula íleocecal	2
En la primera porción del colon ascendente... ..	1
En el ángulo hepático del colon	1
En sigma	2
En curvatura mayor del estómago	2
En esófago	1

Revisando la literatura es posible encontrar casos de varios autores, en los cuales la perforación asentaba en lugares distintos a los clásicos 50 cm. finales del íleon.

Así, por ejemplo, MITCHAN, KAIGER y MICRULICZ describen perforaciones en el ciego, apéndice, sigma y colon transversal. LEJARS, LERI y DESCHAMPS han descrito casos de perforación tífica en el divertículo de Meckel. MAUGUER expone dos casos de perforación en el duodeno, y BLET-SOE uno de perforación píloroduodenal. En el estómago también ha sido observada la perforación tífica por BASILLE; LAUDET y HUTINEL las hallaron en el recto.

Nuestro caso con perforación en curvatura mayor del estómago era un hombre de 38 años que llevaba 29 días de enfermedad, con hemocultivo positivo y seroaglutinación positiva al Eberth al 1/320. Diagnosticada la perforación en fase algo tardía, se interviene hallándose el enfermo con un cuadro de peritonitis generalizada. Se practica la anestesia local con solución de novocaína al 1 por 100 con adrenalina. Incisión de Mac Burney. Al abrir el peritoneo, aparece gran cantidad de líquido seropurulento, que se aspira. A 10 cm. de la válvula íleocecal, en el borde externo del íleon, perforación puntiforme, que se sutura. Cierre por planos.

El enfermo fallece a las 40 horas de operado, con un cuadro de colapso y coma.

Practicada la necro, nos encontramos en la curvatura mayor del estómago, un orificio en forma de ojal, del tamaño de una moneda de 10 céntimos, o más, y en la misma curvatura y contigua a la anterior, otra de tamaño algo menor.

El caso con perforación en esófago se trataba de un hombre de 34 años, que llevaba 22 días en su tifoidea. El hemocultivo y la seroaglutinación eran positivas al Eberth, ésta última al 1/120. Diez días antes

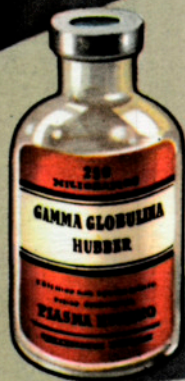


PROFILAXIS Y
TRATAMIENTO
EN

GERIATRIA

DE LOS PROCESOS VÍRICOS
PULMONARES AGUDOS
(NEUMONÍAS BRON-
CONEUMONÍAS, ETC.)

GAMMA GLOBULINA HUBBER



OBTENIDA POR PROCEDIMIENTO FÍSICO - QUÍMICO DEL

PLASMA HUMANO

**Profilaxis y terapéutica
de las enfermedades infecciosas bacterianas y víricas en**

G E R I A T R I A

con

GAMMA GLOBULINA HUBBER

Obtenida por procedimiento físico-químico de
PLASMA HUMANO

(Sangre humana obtenida de donadores rigurosamente controlados
por la Dirección General de Sanidad)

El bajo nivel de la resistencia frente a las enfermedades infecciosas bacterianas y víricas hacen que en la vejez los procesos catarrales banales y epidémicos estén sujetos muchas veces a graves complicaciones, de las cuales es difícil obtener un resultado satisfactorio aún con terapéutica apropiada.

Se ha demostrado que en las múltiples complicaciones pulmonares bacterianas y víricas (neumonía, bronconeumonía, etc.), está disminuida en el cuerpo humano la Globulina Gamma, la cual es vehículo de anticuerpos y antiviral (SELYE-STRESS) siendo por tanto de un nivel muy bajo la acción inmunitaria en esta clase de enfermedades.

En geriatría la acción inmunitaria defensiva (inmunoglobulinas) es mucho menor, llegando con rapidez al estado de agotamiento en cualquier enfermedad, donde se observa una pérdida acentuada de las proteínas orgánicas (SELYE-STRESS).

Ello es otro factor que contribuye a disminuir el nivel inmunitario, ya que los anticuerpos utilizan para su construcción los aminoácidos de las proteínas metabolizadas (CORONA).

Con mayor razón que en otras edades, es, pues, lógico que en geriatría se estimulen y aumenten las defensas orgánicas, con objeto de tener mayor inmunidad en los procesos agudos infecciosos y en particular en los respiratorios víricos.

En la profilaxis por medio de la Globulina Gamma para las enfermedades víricas, se debe administrar cada 21 día 250 mg. (1 ampolla), siempre a criterio del facultativo, aumentando así dichas defensas para evitar las citadas enfermedades u otras complicaciones de origen infeccioso a personas ancianas propensas a ello.

En la terapéutica de las enfermedades víricas e infecciosas y debido a que muchas veces no responden con efectividad los antibióticos y quimioterápicos, es aconsejable efectuar un tratamiento intenso con **Gamma Globulina Hubber**, administrando 250 mg. (1 ampolla) cada tres días en casos graves y cada cinco días en menos graves, hasta la total recuperación del paciente, siempre a criterio del facultativo, aunque la **Gamma Globulina Hubber** no tiene contra indicación alguna, debido a la absoluta inocuidad para el organismo aún a fuertes dosis, administrándola siempre por vía intramuscular.

PRESENTACIÓN. La **Gamma Globulina Hubber** se presenta en frascos con tapón perforable, conteniendo 250 miligramos de Globulina Gamma liofilizada, la cual es soluble en 3 ó 4 c. c. del suero garantizado que se adjunta, obteniéndose una emulsión coloidal que debe inyectarse por vía intramuscular.

DOSIFICACIÓN. Como preventivo son suficientes 250 miligramos (1 frasco), persistiendo su acción durante un mes.

Como terapéutico deben aplicarse 250 mgrs. a días alternos según criterio facultativo.

LABORATORIO HUBBER, S. L.

BERLIN, 38 - BARCELONA - TELEFONO 37 77 92

de la perforación tuvo una enterorragia, y en los precedentes últimos días a la perforación, nuevas enterorragias. Diagnosticada la perforación, se interviene a las 7,30 horas de sobrevenir los dolores localizados en fosa iliaca derecha. Se practica anestesia local e incisión de Mac Burney. En cavidad abdominal se encuentra contenido seropurulento, que se aspira. En el íleon, y a 5 cm. de la válvula, se encuentra una perforación del tamaño de una lenteja. A 10 cm. de la primera, otra perforación puntiforme. Ambas se suturan. A unos 20 cm. de la última, se observa una placa de Peyer en estado preperforativo, que se sutura. Cierre total por planos. El enfermo fallece a los 5 días de operado.

En la necropsia encontramos: Neumotórax bilateral, con contenido gástrico en ambas cavidades pleurales. En el tercio inferior del esófago se observa, en todo su largo y en situación anteroizquierda, una ulceración abierta a cavidad pleural izquierda de 1'5 cm. de anchura. En la cara derecha, y en la unión del tercio inferior y medio esofágicos, dos ulceraciones contiguas abiertas a cavidad pleural derecha, de una longitud y diámetro de unos centímetros.

La localización de la perforación, por lo que hace referencia a los distintos puntos de la circunferencia intestinal, hay que señalar que, asentando en su inmensa mayoría las placas de Peyes y folículos linfáticos en la parte intestinal opuesta a la inserción mesentérica, las perforaciones no tienen nada de particular que las hayamos encontrado siempre que han estado localizadas en el intestino, en la zona opuesta a la inserción mesentérica.

En la mayoría de los casos, la perforación es única, aunque es posible que dos o más úlceras intestinales se perforen simultáneamente, dando lugar a la perforación múltiple.

En estos casos, los orificios de las perforaciones suelen hallarse próximos. GARCÍA BARON, en 22 perforados, ha encontrado en 4, perforaciones múltiples. En un caso de HOFFMANN coincidían 25 perforaciones en el yeyuno. Nosotros, en 71 perforados, hemos encontrado perforaciones múltiples en 10 casos. La topografía era la siguiente:

1. Una perforación a 10 cm. de la válvula ileocecal y dos perforaciones en curvatura mayor de estómago.
- 2-3. Dos perforaciones a 5 cm. de la válvula ileocecal y otra a 8 y 10 cm. de la misma, respectivamente.
4. Una perforación en ángulo hepático del colon y otra en asa sigmoidea.

5. Una perforación a 10 cm. de la válvula ileocecal y otra a 25 cm. de la misma.
6. Una perforación a 10 cm. de la válvula ileocecal y otra a 30 cm. de la misma.
7. Seis perforaciones y una placa de esfacelo de 3 cm. de largo por 2 de ancho, todo ello en una porción de íleon, distante entre 25 y 30 cm. de la válvula ileocecal.
8. Una perforación a 15 cm. de la válvula ileocecal y otra a 21 cm. de la misma.
9. Una perforación a 5 cm. de la válvula y otra en la misma válvula ileocecal.
10. Una perforación a 5 cm. de la válvula ileocecal y otra a 35 cm. de la misma.

Aparte de estos casos en que las perforaciones aparecen simultáneamente, existen aquéllos en que las perforaciones son sucesivas, hecho sólo observado después del tratamiento operatorio de la primera. Reciben el nombre de Perforación Iterativa, y de éstas nos ocuparemos más adelante.

Tamaño del orificio de la perforación. — El aspecto macroscópico del orificio es generalmente puntiforme, radicando en el centro de una placa de Peyer. HUTCHINSON ha publicado un caso de 2 cm. de diámetro. BONNET y PLATCHU han observado otro con orificios amplios y múltiples. SANTY, un vasto orificio del colon, y HAETORN, una gangrena masiva a nivel del intestino. En nuestros casos hemos podido observar desde un amplio esfacelo hasta las clásicas perforaciones puntiformes.

Anatomía patológica macroscópica. — En el acto operatorio de nuestros casos hemos observado siempre la alteración de la porción intestinal vecina a la perforación en una extensión variable entre 40 y 60 cm. Las asas intestinales aparecían flogósicas y edematosas. En algunas zonas, debido a las intensas lesiones de las capas mucosa y muscular, la pared del intestino se presentaba adelgazada, permitiendo casi apreciar su contenido. En otras porciones podían apreciarse manchas blancuzcas y enrojecidas que correspondían a los folículos solitarios y placas de Peyer tumefactas. El resto de la serosa intestinal puede encontrarse normal o deslustrado con concreciones fibrinosas, según el grado de reacción peritoneal.

Sintomatología de la perforación intestinal tífica. — La sintomatología depende en gran parte del estado general del enfermo en el momento

de ocurrir la perforación y de la forma evolutiva de la enfermedad.

En las tifoideas hipertóxicas graves y ataxoadinámicas hay escasez de signos peritoneales por hallarse éstos velados, debido al estado de adinamia y postración de estos enfermos. En contraposición, en las formas leves, ambulatorias o semiambulatorias se suele mostrar un episodio llamativo intensamente doloroso.

En la perforación intestinal tífica hay tres síntomas capitales, que son:

Dolor espontáneo y a la palpación.

Resistencia de la pared.

Neumoperitoneo.

Basándonos en nuestra experiencia, haremos unas cuantas consideraciones sobre los mismos:

a) *Dolor espontáneo.* — El dolor, sea cual fuere su intensidad, es el primer síntoma que llama la atención del médico. Saber apreciarlo debidamente constituye un dato de mucho valor para llegar, por lo menos, a la presunción de una complicación de tipo perforativo.

De acuerdo con PABLOS ABRIL y SILVA ALCÁNTARA, en todo tifódico debe valorarse la aparición de cualquier manifestación dolorosa abdominal, y con mayor motivo, si aparece bruscamente y persiste un tiempo prudencial. Si a este dolor abdominal se le añade cierto grado de contractura, por discreto que sea, es suficiente, según SOUPAULT, LOISEUL y MERIGOT, para sentar una indicación operatoria, opinión que también es compartida por nosotros.

En la perforación intestinal tifódica no suele hallarse un cuadro agudo doloroso comparable al del perforado gástrico. Es más frecuente la sintomatología propia de la perforación solapada, quieta, engañosa, que puede pasar inadvertida por el médico.

Sin embargo, el dolor suele existir siempre en mayor o menor grado. Todos nuestros enfermos han acusado dolor espontáneo. En el 18 por 100 ha sido lo suficientemente intenso para llamar la atención y hacer pensar en el accidente perforativo; en el 82 por 100 restante se apreció dolor subjetivo de mediana o discreta intensidad.

La localización inicial del dolor espontáneo se repite clásicamente, que es en el cuadrante inferior derecho del abdomen; pero en nuestras observaciones hemos encontrado el mismo número de casos en los que el dolor se localizaba en el hemiabdomen inferior. En cambio, el dolor generali-

zado a todo el abdomen lo hemos encontrado sólo en el 21 por 100 de los casos.

La localización supraumbilical es rara y solamente se la observa en los momentos iniciales, pasando posteriormente al cuadrante inferior derecho.

Hay que hacer notar que por la localización del dolor no podemos excluir la perforación tífica, dadas las diferentes posibilidades topográficas de la misma.

El dolor espontáneo puede persistir, disminuir o desaparecer totalmente.

a) *Dolor a la palpación.* — Es siempre constante, nunca falta en los alrededores de la zona apendicular, en la forma clásica y en las proximidades del ombligo, fosa iliaca izquierda o hipocondrio izquierdo, en las perforaciones de topografía menos frecuente. Tiene, por lo tanto, en el enfermo tífico un valor esencial (CUSHING).

b) *Resistencia de la pared.* — La reacción peritoneal en estos enfermos no es casi nunca brutal y a veces puede estar ausente. La característica fundamental es la de ceder a la mano que oprime suavemente para reencontrarse a cada nueva palpación. BROWN ha observado que la contractura aun localizada en fosa iliaca derecha puede ser desplazada por los movimientos del enfermo al mismo tiempo y en igual sentido que el dolor que la motiva. Según GARCÍA BARON, en unos casos constituye un virtuosísimo poder distinguir tal contractura de la tensión intraabdominal provocada por el meteorismo. Asimismo afirma que en muchas ocasiones lo que se percibe con la exploración es una sensación mixta que él llama con mucho acierto "contractura tensión", en la que probablemente intervienen ambos factores.

c) *Neumoperitoneo y desaparición de la matidez hepática.* — El neumoperitoneo constituye un signo de mucho más valor que la desaparición de la matidez hepática, ya que ésta suele ser negativa en los casos en que la cantidad de gas es insuficiente. Por el contrario, en aquellos casos en que el hígado se haya basculado a causa del meteorismo intenso o por interposición de una asa meteorizada o del colon transversal, puede darnos una falsa interpretación, ya que en estas circunstancias habrá desaparecido la matidez hepática, sin existir perforación.

Dada la inseguridad semiológica de dicha desaparición, es preciso recurrir a la exploración radiográfica y radioscópica en busca del neumoperitoneo.

La visualización del neumoperitoneo tiene su máximo valor cuando se trata de un enfermo que sufre su primera perforación tífica; pero no así cuando la sintomatología hace sospechar una perforación iterativa y mucho menos cuando el presunto accidente ha tenido lugar a las pocas horas de la primera perforación, ya que la presencia de un remanente de gas en la cavidad puede darnos como falsamente positivo el segundo examen radiológico. Por el contrario, su ausencia no debe invalidar el diagnóstico de perforación si los demás síntomas clínicos lo apoyan.

En cuanto a las localizaciones del neumoperitoneo, la mayoría de las veces es exclusivo del lado derecho. La existencia de un neumoperitoneo localizado solamente en el lado izquierdo, si bien es una posibilidad citada por algunos autores, nosotros no la hemos visto ni una sola vez.

En cambio, en neumoperitoneo bilateral lo hemos observado en cuatro casos.

Indudablemente, su aparición depende del mayor contenido gaseoso libre en la cavidad peritoneal, y en favor de ello tenemos el hecho de haber sido diagnosticados algo tardíamente. Pero nos interesa particularmente y de una manera especial hacer constar un hecho observado por nosotros y es que en las perforaciones cuyo asiento radica en el intestino grueso el neumoperitoneo ha sido siempre bilateral y franco, lo cual puede constituir incluso un dato de cierto valor para el diagnóstico topográfico de la perforación y, además, nos sirve de orientación para escoger el procedimiento técnico quirúrgico más adecuado para abordar la perforación.

Actualmente, en nuestra estadística de 71 casos de perforaciones tíficas hemos encontrado 4 perforaciones cólicas, y en todos ellos el neumoperitoneo ha sido francamente bilateral y a los pocos momentos iniciales de la perforación.

La causa fundamental de estos hechos radica, a nuestro juicio, en el mayor contenido gaseoso del colon, lo que permite una mayor y más rápida irrupción de los gases hacia la cavidad peritoneal. Deben influir también las características de la úlcera y, quizá, algunas particularidades anatómicas de la misma.

El neumoperitoneo doble creemos que debe marcarnos la práctica de la laparotomía media, para que nos permita abordar esta clase de perforaciones que se apartan de las más corrientes; al propio tiempo, debemos considerarlo como patognomónico de las perforaciones cólicas.

Aparte de los tres síntomas capitales que hemos analizado, existen en la perforación tífica algunos signos accesorios que pueden clasificarse en funcionales, físicos y generales.

a) *Signos accesorios funcionales.* — Los más llamativos son la supresión brusca de la diarrea habitual y la falta de expulsión de gases y materias fecales. Como consecuencia de la reacción peritoneal, también es frecuente hallar disuria y tenesmo vesical.

Por lo que hace referencia a los vómitos iniciales, según nuestra experiencia son relativamente frecuentes, ya que los hemos hallado en un 83 por 100 de nuestros perforados. En cambio, KRILOFF afirma que el vómito es raro y aparece sólo en el último período de la peritonitis bajo la forma de vómitos fecaloideos. Según ARMSTRONG, no serían precoces, pero se hallan en el 75 por 100 de los casos, coincidiendo con CUSHING y LEROIX, que los señalan en un 75 a 80 por 100.

b) *Signos accesorios físicos.* — La respiración se hace superficial y taquipneica de tipo costal superior. El enfermo aqueja hiperestesia cutánea abdominal, a la que OLMER concede importancia como signo perforativo. La matidez de los flancos es debida al derrame de líquido en la cavidad peritoneal. El timpanismo abdominal suele ser precoz e intenso en su aparición. Sin embargo, este dato no tiene mucho valor diagnóstico, por cuanto el meteorismo abdominal precede con mucha frecuencia a la perforación o existe aisladamente en muchos tifódicos sin que la perforación sobrevenga ulteriormente.

El tacto rectal revela dolor localizado a nivel del fondo de saco de Douglas, que se percibe prominente cuando la cantidad de líquido peritoneal alcanza cierto volumen.

c) *Signos accesorios generales.* — La perforación tífica provoca una brusca depresión del estado general del paciente, tanto más acusado cuanto menos afectado se encuentra el enfermo por la intoxicación de la enfermedad tifódica. El pulso se hace más rápido y filiforme y los tonos cardíacos se debilitan.

Clásicamente se señala un brusco colapso térmico, que contrasta con la rápida aceleración de la frecuencia cardíaca. Dicha hipotermia se seguiría a las pocas horas de una brusca elevación febril.

En nuestros casos de perforación tífica hemos podido observar una gran disparidad por lo que concierne a este rápido descenso de la temperatura. El descenso rápido de la temperatura se aprecia evidentemente acompañando a la enterorragia, debiéndose interpretar como uno de los síntomas del colapso general determinado por la hemorragia.

En cambio, la perforación acaecida en una úlcera que lentamente se ha ido fraguando a través de la pared intestinal, provoca una reacción peritoneal, no siempre de aparición violenta, que se manifiesta por una ele-

vación térmica, sobre todo apreciable si el estado febril anterior del enfermo no era muy acusado.

Recuento y fórmula leucocitaria en la perforación intestinal tífica. — PABLOS ABRIL distingue, en cuanto a la alteración hematológica consecutiva a la perforación, lo siguiente: Si ésta sobreviene en una tifoidea larvada o ambulatoria, la alteración es brusca, con leucocitosis, neutrofilia y eosinofilia. Hay aumento de las formas inmaduras, especialmente con el núcleo en cayado. Este hemograma puede aparecer en cualquier perforación del tubo digestivo y, por tanto, obliga a realizar un diagnóstico diferencial.

Cuando la perforación ocurre en el período de estado o convalecencia de la fiebre tifoidea, en un 20 por 100 de los casos no se produce alteración hematológica, y en el 80 por 100 restante tiene lugar la aparición de formas inmaduras.

Según BEHREND, la falta de leucocitosis en el curso de la perforación intestinal tífica sería relativamente frecuente en las primeras horas que siguen al accidente, hecho también observado por nosotros, por cuyo motivo coincidimos con este autor en la necesidad de valorar más los hechos clínicos que los exámenes de laboratorio, por lo menos en la fase precoz de la perforación.

Signos preperforativos. — Habrá que extremar la vigilancia y pensar en la posible aparición de una perforación siempre que un tifódico tenga una severa infección tífica, una diarrea intensa, un dolorimiento intestinal que, aunque ligero, sea bastante persistente, un aumento del meteorismo y, sobre todo, un dato del mayor interés, como son las hemorragias intestinales copiosas y repetidas, que traducen evidentemente la gravedad de las ulceraciones intestinales. De 167 casos de hemorragia observados entre 2.518 que constituyen la estadística de nuestro hospital, 18 sufrieron la perforación consecutiva. Se comprende la necesidad de que los enfermos que presentan estos síntomas, que podemos llamar preperforativos, estén sometidos a una estricta vigilancia.

Por lo demás, creemos nosotros que los enfermos tíficos deben ser observados cuidadosamente a partir del décimo día de su enfermedad, y siempre que su estado lo requiera someterlos a exámenes repetidos, a fin de que sean intervenidos en los primeros momentos de la instauración del síndrome perforativo, y para este fin es necesaria la instauración de una eficaz colaboración médicoquirúrgica.

Perforación tífica ambulatoria. — Los síntomas preperforativos que

obligan al médico a una expectación armada frente al enfermo tifódico faltan por completo en las perforaciones sobrevenidas en el curso de tifoideas ambulatorias. Esta contingencia no es tan rara como a primera vista pudiera parecer, siendo ya numerosos los casos descritos en la literatura. Recientemente, entre nosotros, BORRÁS ha publicado un caso en un niño de 9 años.

El tifódico ambulatorio es un candidato a la perforación intestinal, y en estos casos el cuadro clínico puede confundirse con el de un abdomen agudo de cualquier etiología, particularmente con un síndrome apendicular.

La valoración exacta de los signos clínicos y de los proporcionados por el laboratorio nos ayudarán en el diagnóstico; pero es la intervención quirúrgica la que en último extremo desvanece las dudas.

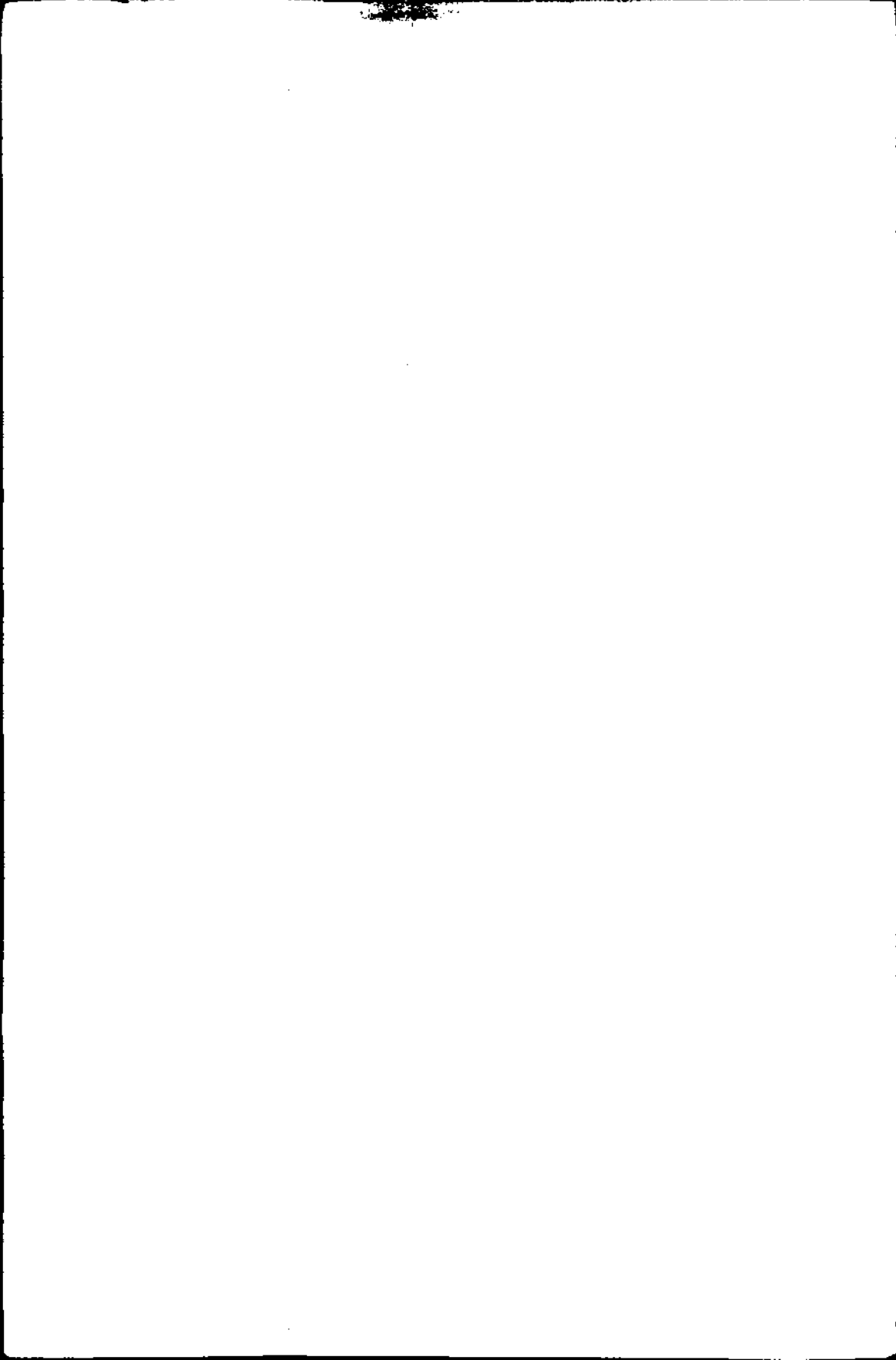
Perforación intestinal en las paratifoideas. — Su frecuencia es mucho menor que en el caso de las tifoideas. El cuadro clínico de ambas es comparable, aunque debe destacarse, según CORNIL, que en el curso de la paratifoidea la perforación sería más precoz, más frecuentemente única, el exudado menos virulento y el pronóstico menos grave que en la tifoidea. Nosotros hemos tenido un caso.

Perforación iterativa. — Al lado de la perforación única en el curso de las enfermedades tíficas y paratíficas, existen los casos de perforación iterativa; es decir, que tratada quirúrgicamente la primera perforación, sobreviene al cabo de mayor o menor número de días un nuevo accidente perforativo, con características clínicas semejantes al primero, o bien, lo que es más frecuente, con sintomatología mucho menos acusada.

Hemos tenido ocasión de observar un caso. Era un muchacho de dieciocho años, que en el curso de su tifoidea había sufrido 5 enterorragias, y en la tercera semana sufrió una perforación intestinal que fué intervenida a las 13 horas de producida, hallándose dos placas de Peyer ulceradas a nivel del íleon, una de las cuales presentaba una perforación puntiforme, siendo ambas cerradas en bolsa de tabaco.

A los 6 días de la intervención, y en medio de un curso postoperatorio normal, aparecieron de nuevo bruscamente dolores abdominales, vómitos, contractura generalizada de toda la pared abdominal, todo ello acompañado de un descenso térmico de 39'5 a 36 grados. En la intervención quirúrgica se encontró la cavidad peritoneal ocupada por líquido de olor fecaloideo, y el examen del intestino puso en evidencia dos nuevas perforaciones puntiformes a 3 y 5 cm. respectivamente de la válvula ileocecal. Este enfermo falleció al día siguiente de la segunda intervención.

SALMON, en un estudio basado en veinte casos de perforación intesti-





Felsol

Asma bronquial
Asma cardíaca
Angina de pecho

No contiene narcóticos.

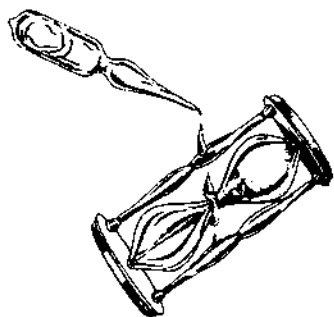
No produce hábito.

CAJAS DE 10 PAPELILLOS



LABORATORIOS GUSTAVO REDER, S. A. - Madrid, Zorrilla, 19
Por cesion de ROLAND, S. en C. - ESSEN (Alemania)

*Nuevas posibilidades en la lucha contra el dolor
y la perturbación funcional del simpático.*



OLEOCAINA

CRUZ SALAS

PRIMER ANESTESICO LOCAL
DE EFECTO SOSTENIDO PREPARADO EN ESPAÑA

LABORATORIO CRUZ SALAS
SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT (BARCELONA)-ESPAÑA

OLEOCAINA TÓPICA

CRUZ SALAS

CREMA ANTIPRURIGINOSA A BASE DE
HIDROLATOS DE FLORES Y OLEOCAINA

MADREZAL

EL MAS ENERGIICO GALACTOGENO (PILDORAS)

FORMULA Extracto galega officinalis, 0,07 gr. Extracto gossypium herbaceum, 0,06 gr. Nucleinato sodico, 0,03 gr. Acido fólico, 0,02 gr. Acido nicotnico, 0,0001 gr.

MADREZAL

Específico clásico de la HIPOGALACTIA.-Laboratorios O. F. E.-Madrid (4)

nal tífica en el niño, hace notar que muchos de los operados que mejoran en los primeros días del postoperatorio, mueren luego bruscamente al cabo de unos días, y en estos casos el *éxitus* sería atribuido a perforaciones iterativas, prácticamente asintomáticas.

Nosotros hemos tenido enfermos tíficos operados que, no obstante presentar un curso postoperatorio que hacía prever una terminación favorable, en un momento dado sufrieron una agravación repentina que les produjo la muerte sin ofrecer ninguna sintomatología abdominal atribuible a la perforación iterativa. Y esto no obstante, la necropsia reveló la presencia de nuevas perforaciones de localización a veces muy distante de las corrientes en esta infección.

Son 6 los casos que tenemos de perforación silenciosa, aparecida en el curso postoperatorio, causantes de la muerte del enfermo. En todos los casos necropsiados hemos observado la perfecta coaptación de las suturas practicadas, sin que podamos atribuir la muerte a fallo de éstas.

Diagnóstico diferencial de la perforación intestinal tífica. — Puesto que no toda perforación tiene lugar en el período clásico ni en el curso de las formas hipertóxicas de la fiebre tifoidea, sino que puede presentarse también en las formas ambulatorias latentes y, asimismo, dada la posibilidad de aparición de peritonitis por otras causas que simulen la perforación tífica, tendremos que hacer el diagnóstico diferencial con todos los procesos que aparezcan en el curso de la tifoidea y cuya sintomatología puede hacer pensar en la perforación intestinal.

Cuando por todos los medios a nuestro alcance no podamos determinar con exactitud la causa que provoca la aparición del cuadro agudo abdominal, deberemos recurrir a la laparotomía como único medio exploratorio eficaz, con tanto mayor motivo por cuanto es el tratamiento adecuado para la complicación causante del error.

Sólo el conocimiento exacto de la causa es el que nos faculta para que la intervención sea más económica y más breve.

Pronóstico. — El pronóstico de la perforación intestinal es extremadamente grave. Según ESCHER, cuanto más tarde se produce la perforación en el tifus tanto más favorable suele ser el pronóstico en cuanto a la curación operatoria. Con la intervención quirúrgica precoz, que evita la instauración de la peritonitis supurada y permite al mismo tiempo evitar la aparición de nuevas perforaciones al suturar las placas de Peyer en inminente estado de perforación, el funesto pronóstico que tenía hasta hace pocos años ha disminuído considerablemente. La introducción de las sulfamidas y, sobre todo, de la penicilina, como medios preventivos de la infec-

ción secundaria, y últimamente el empleo de la cloromicetina como tratamiento de fondo de la tifoidea, han contribuido también a mejorar el porvenir de estos enfermos.

Coincidiendo con PABLOS ABRIL y SILVA ALCÁNTARA, la mejoría del pronóstico está condicionada por los siguientes factores:

1. Diagnóstico precoz.
2. Operación precoz y con mínimo traumatismo.
3. Lucha contra la infección secundaria (penicilina y sulfamidas).
4. Empleo de la cloromicetina.
5. Evitar el colapso vascular periférico (tónicos cardiovasculares, sueros, transfusiones).

Curación espontánea. — ¿Es posible la curación espontánea de una perforación intestinal? En la literatura existen algunos casos descritos como perforaciones cubiertas que han evolucionado espontáneamente hacia la curación, si bien en alguno de estos casos el diagnóstico es susceptible de ser puesto en duda.

Si bien parece posible que tal contingencia se presente, sobre todo en perforaciones puntiformes, el hecho es extraordinariamente raro; la perforación aboca, en la inmensa mayoría de los casos, a un cuadro de peritonitis, y el médico no debe dejar jamás en suspenso la intervención quirúrgica ante la sospecha de una perforación intestinal.

Tratamiento. — No existe un tratamiento médico de la perforación, puesto que sería el de la expectación, esperando la evolución espontánea, prácticamente mortal. El tratamiento quirúrgico es el único que, practicado según las condiciones antes indicadas, tiene probabilidad de éxito.

Varios procedimientos técnicos se han aconsejado para el tratamiento quirúrgico de la perforación. Por ser el más rápido y, por consiguiente, economizador de la capacidad de resistencia del enfermo, citaremos en primer lugar la:

Simple sutura de la perforación. — Es el procedimiento más rápido. Intenta reparar la solución de continuidad del modo más parecido a la curación espontánea por el organismo.

No obstante, como el intestino del tifódico presenta una pared alterada y edematosa, la zona que rodea la perforación es friable y fácilmente puede ser desgarrada por los puntos oclusivos, fallando la sutura y sobre-

viniedo la peritonitis. La simple sutura puede ser practicada en dos planos o en uno solo.

Cuando el orificio es puntiforme, la sutura en bolsa de tabaco es la que cierra con más eficacia la perforación. Si por su tamaño no es factible este tipo de sutura, lo más aconsejable es efectuarla con puntos sueltos en sentido perpendicular al eje del intestino, para evitar la estenosis de la luz intestinal y, por lo tanto, la posibilidad de ulteriores oclusiones.

Se practica con lino, y los puntos, como recomienda DOR, no deben estar cercanos al borde de la perforación como para que lleguen a producir desgarros, ni tan afeñados como para llegar a estenotar la luz intestinal. La resección del borde de la perforación aconsejada por POUCEL, intentando buscar una zona de menor tumefacción, no es aconsejable, porque requiere mayor tiempo de ejecución y, además, aumenta la extensión de la superficie que ha de suturarse y, por consiguiente, los peligros del fallo de las suturas son mayores.

Al objeto de prevenir los fallos de sutura se han propuesto varias maniobras: LENORMAND y LAURENCE recomiendan adosar la sutura al peritoneo parietal. MONTY, LEGUEU, BERHENDY y BRANCO RIVEIRO, recubrir la sutura con epiplón, y ROUX y QUENU la recubren con una porción del mesenterio vecino.

Enterostomía en el punto perforado. — Consiste este procedimiento operatorio en establecer la comunicación hacia el exterior aprovechando para ello el propio orificio de la perforación, o el más alto si hay varios, a través del cual se pasa una sonda de Nélaton. El asa intestinal se sutura al peritoneo parietal, y la sonda, fijada en bolsa de tabaco, sale al exterior por la incisión en la fosa iliaca derecha.

Tiene sobre la simple sutura de la perforación la ventaja de prevenir el fallo de sutura en algún punto; pero, en cambio, tiene el inconveniente de que deja una fístula que exige para su cierre una segunda intervención. Nosotros somos partidarios del simple cierre.

Exteriorización. — Es útil cuando en un corto segmento intestinal coexisten una o varias soluciones de continuidad y otras ulceraciones que hagan temer la aparición de nuevas perforaciones. El asa intestinal se exterioriza y se fija con una corona de puntos a la periferia de la incisión operatoria.

Drenaje simple: Es un recurso de excepción que sólo se debe llevar a cabo cuando, por las condiciones del enfermo, no es posible hacer otra cosa. Los resultados son desalentadores.

Resección intestinal. — Alcanza en el tifódico un 100 por 100 de mortalidad y, por lo tanto, debe ser desechada.

La ileotransversostomía y la exclusión intestinal de ROCQUES son procedimientos de excepción, que ni por su laboriosidad ni por su gravedad convienen en absoluto al tipo de enfermos que nos ocupan.

Técnica empleada en nuestros casos. — Hemos realizado sistemáticamente el procedimiento que a nuestro juicio es más sencillo y rápido: la simple sutura. Siempre que la edad del enfermo lo permite, practicamos la intervención con anestesia local empleando solución de novocaína al 1 por 100, con poca cantidad de adrenalina o sin ella, ya que somos de la opinión de que la isquemia que produce por vasoconstricción, al actuar sobre los tejidos deficientemente irrigados como es la piel del tifódico colapsado, pueden favorecer la aparición de escaras cutáneas, como nos ha ocurrido al principio más de una vez.

Si el enfermo es un niño, practicamos anestesia general con éter. La incisión la practicamos corrientemente en la fosa iliaca derecha. En aquellos casos que hemos visto por radioscopia la existencia de un neumoperitoneo bilateral, practicamos una incisión laparotómica media, ya que en estos casos, como ya dijimos, la perforación asienta con la mayor probabilidad en el colon, y exploramos luego en sentido ascendente el intestino hasta hallar la perforación. Abierto el peritoneo, procedemos a la aspiración del líquido que ocupa la cavidad abdominal mediante el aspirador eléctrico. El hecho de que no sean raras las perforaciones dobles o múltiples y de que su asiento pueda hallarse más allá de las últimas asas ileales, obliga a explorar un segmento intestinal más o menos extenso, de acuerdo con el criterio formado por la localización objetiva del dolor. Una vez localizada la perforación procedemos a la sutura con puntos sueltos de lino y, si es posible, en bolsa de tabaco.

Siempre que vemos placas de Peyer en estado tal que nos hace temer que lleguen a perforarse, las invaginamos mediante simple sutura. Siempre procedemos al cierre de la pared por planos sin dejar drenaje.

La experiencia de los 71 tifódicos perforados que llevamos operados nos enseña que la operación practicada según el método expuesto y con anestesia local, no agrava el estado del enfermo, y en ninguno de nuestros casos fallecidos puede inculparse el *exitus* al trauma operatorio. Incluso podemos añadir que en los enfermos llevados a la sala de operaciones después de muchas horas de haberse fraguado la perforación, una vez suturada ésta y aspirado el líquido peritoneal, han mejorado notablemente en su estado general. Por estos motivos sugerimos la necesidad de

un criterio más intervencionista ante el tifódico que aqueja un síndrome doloroso abdominal.

Tratamiento quirúrgico preventivo de la perforación. — Los procedimientos quirúrgicos que han intentado prevenir la perforación desde el primer momento, tales como la exteriorización del asa, la cecostomía, la colecistostomía, etc., no han logrado generalizarse. Las úlceras tíficas sólo requieren tratamiento quirúrgico en caso de perforación de las mismas (KLEINSCHNIDT y HOHLBAUM).

En cambio, cuando actuamos sobre un intestino ya perforado si podemos, mediante la sutura de las placas de Peyer o formaciones linfoides sospechosas de perforación, hacer un verdadero trabajo quirúrgico preventivo de la perforación.

En caso de extensas lesiones podría estar indicada la exteriorización del asa, que si bien no evitaría la aparición de nuevas perforaciones, previene por lo menos que sobrevengan peritonitis a consecuencia de la perforación iterativa, ya que las perforaciones suelen radicar en la porción terminal del íleon en su mayor parte, y ésta es la zona que elegimos para la exteriorización.

Tratamiento y cuidados especiales postoperatorios. — Hay que evitar por todos los medios disponibles el que se presente un colapso vascular periférico, o bien ayudar al enfermo a salir de él, caso de que su estado general así lo demande.

Contra la infección secundaria tenemos buenas armas hoy día con las sulfamidas y antibióticos, especialmente la penicilina y la cloromicetina.

No dejaremos de emplear la cloromicetina en ningún caso de perforación, dados los buenos resultados que en la evolución de las lesiones tíficas tiene este antibiótico. En cuanto al tratamiento local de la región operatoria, se seguirá el corriente de cualquier herida operatoria.

En algunos casos, especialmente en aquellos en que el contenido intestinal aspirado era seropurulento, se produce una infección de la herida que obliga a retirar algunos puntos; incluso a veces se origina un fallo total de la sutura, que conduce a una cicatrización por segunda intención en los casos favorables, y en otros casos desgraciados, a través de la herida abierta, asoma un asa intestinal que no tarda en fistulizarse, dando lugar a una fístula estercorácea que generalmente suele acabar con el enfermo. Esta última contingencia no la hemos visto desde que hacemos empleo sistemático de penicilina y sulfamidas.

Aspecto de la antigua perforación suturada con motivo de nuestra la-

parotomía. — Hemos tenido ocasión de reintervenir por causas diversas 4 enfermos que anteriormente tratamos su perforación intestinal, y nos ha sido posible observar el estado del intestino en el punto de la sutura.

Macroscópicamente, ofrece el mismo aspecto que ofrece cualquier úlcera del tubo digestivo que hubiera cicatrizado sin ayuda quirúrgica. Hay un ligero engrosamiento al tacto, pero la permeabilidad es completa. En todos los casos había ligeras adherencias, que cedían sin esfuerzo alguno.

Consideraciones. — Hemos de distinguir dos épocas: antes y después del empleo de los antibióticos. Con algunas excepciones los resultados antes del empleo de los antibióticos han sido malos; las revistas profesionales de vez en cuando publican algún caso de curación como un hecho verdaderamente extraordinario. Algún cirujano como, por ejemplo, JACQUES DOR publica una estadística referente a la actuación de los médicos de Marsella en el año 1939, con un 13 por 100 de curaciones. GARCÍA BARON, en su trabajo publicado en el año 1945, dice que las estadísticas que se han publicado antes de 1934, de recopilación mundial, eran demasiado favorables, pues alcanzaban el 27 por 100 de curaciones. Este autor recuerda que MADRELUNG, desconfiando de estas estadísticas demasiado brillantes, y pensando en la suya y en otras poco afortunadas, recogió con todo el rigor científico una estadística mundial, que dió el resultado del 8 por 100 de curaciones.

Autores, sobre todo españoles, no han ocultado su mala estadística y, a pesar de todo, no han dejado de reconocer que el único tratamiento de la perforación intestinal tífica no podía ser otro que la intervención quirúrgica.

En 1928, MANUEL TAPIA decía que los perforados de su Hospital de Infecciosos de Madrid morían todos. GARCÍA MORÁN, en 1943, en un importante artículo publicado en *Medicina Española*, dice que de todos los operados de su estadística, que eran unos 17 casos, no se salvó ninguno. Solamente 3 de ellos salieron del "shock" operatorio y crearon, en días subsiguientes, alentadoras esperanzas, pero no tardaron en surgir terribles esfacelos en sus heridas, supuraciones y fístulas estercoráceas, que acrecentaron la muerte en plazos que oscilaron entre los 12 y 20 días, y esta fatal estadística no puede achacarse a la falta de asistencia, pues todos ellos fueron operados antes de las tres horas de surgir el episodio perforativo, creando en el ánimo de dicho cirujano una actitud que, si no es de abstención terminante ante las perforaciones tíficas, es francamente escéptica. Estas palabras de GARCÍA MORÁN, criticadas amistosamente por GARCÍA BARON, marcan, por su pesimismo, el criterio de una época, al mismo tiempo que retratan al cirujano estudioso y obstinado que, en vez de

¿Reumatismo articular?



ORTOMIL-B

Granulado efervescente

Salicilato sódico, benzoato sódico, ácido p-amino-benzoico, vitamina B₁ y vitamina C.

RAPIDA OBTENCION Y MANTENIMIENTO
DE UN DETERMINADO NIVEL DE SALICEMIA
BUENA TOLERANCIA - RAPIDO EFECTO - BUEN SABOR

Cada 10 grs. de granulado (una cucharada colmada), contienen 2 grs. de salicilato. Tómese en medio de las comidas.



LINEA

No suprima manjares

HUEVOS
MARISCOS
CARTILAGOS
PESCADOS



Corrija
la alergia
alimenticia
y digestiva con

HIPOSULFIN

PEPTOMAGNESIADO

Colagogo - Drenaje biliar - Jaquecas
Anafilaxia - Hipersensibilidad digestiva

ENVASE ORIGINAL: Frasco de 150 grs. granulado.

Uno cucharada en agua, por la mañana y noche.



TOS FERINA

Tratamiento cómodo y muy eficaz por el

Aletor rectal

Solución éter-oleosa de alcanfor, en ampollas de 5 cc. Caja de 5 ampollas. Cada ampolla contiene 2 cc. de éter sulfúrico, 0,10 grs. de alcanfor y 3 cc. de aceite de olivas.

Se pone un enema por la noche con una perita de goma, mezclando el contenido de cada ampolla con una o dos cucharadas de aceite común. En casos rebeldes, otro por la mañana.



Bromoferina

GOTAS

Asociación de los fármacos tintura de valeriana, drosera, grindelia, lobelia, efedra, belladona y extracto fluido de tomillo con bromuro de calcio, debidamente valoradas las tinturas.

SEDANTE DE LA TOS FERINA
TOS QUINTOSA Y TOSES
ESPASMÓDICAS EN GENERAL

FRASCOS GOTEROS DE 25 cc.

Niños: de 5 a 20 gotas varias veces al día. Adultos: de 50 o más, también varias veces al día, tomado en un poco de agua azucarada.



perder la confianza en el tratamiento quirúrgico de esta complicación como hicieron otros, todavía aconseja la intervención en determinados casos.

En 1945 continúa el pesimismo en algunas regiones de España. TORRES GOST, del Hospital del Rey, de Madrid, en un interesante trabajo publicado en aquella fecha, acaba con este comentario: "Conocemos estadísticas en las que se afirma que se han curado hasta el 20 por 100 de los operados; en un buen ambiente de trabajo, y con una organización perfecta, creemos en la posibilidad de obtener estos resultados". Hasta ahora nosotros hemos perdido todos nuestros enfermos de perforación intestinal; y contra esta atmósfera de pesimismo se levantó, en 1945, el eminente cirujano de la Casa de Salud de Valdecilla, doctor GARCÍA BARON, diciendo que es preferible partir de la idea de que lo hasta hoy logrado no es tal poco para desanimarse, ni tanto como para cejar en el empeño, y con esta convicción resolver y atenuar todas las dificultades que se oponen al diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz. Sólo así podremos estar seguros de lo que hoy se consigue poco o mucho, y que podrá ser superado con rapidez y amplitud. Y la prueba de este espíritu alentador y consciente de que la intervención es la única solución para el tratamiento de esta contingencia es que publica una estadística de 22 casos, consiguiendo resultados con un 22 por 100 de curaciones.

Nosotros, en el año 1948, publicamos nuestra estadística de 22 casos, obteniendo un 50 por 100 de curaciones, y este éxito lo atribuimos al empleo de las sulfamidas y la penicilina, que evitaron las infecciones secundarias, que era una de las complicaciones más terribles postoperatorias.

Resultado de la intervención quirúrgica en las perforaciones intestinales después del empleo de los antibióticos, especialmente la "cloromicetina". — El doctor J. A. BORRÁS, de Valencia, ponente del tema "De las indicaciones quirúrgicas en la fiebre tifoidea", desarrollado magníficamente en las Jornadas Médicas de Valencia en noviembre de 1951, hizo una encuesta entre los médicos de otras regiones para sacar conclusiones afirmativas del empleo de los antibióticos, y especialmente de la cloromicetina, por lo que respecta al tratamiento operatorio en los perforados tratados con este citado antibiótico.

En su ponencia dice que la cloromicetina, de una forma particular, señala una nueva era luminosa en el tratamiento quirúrgico de estas perforaciones. SOLDEVILLA señala la importancia de este fármaco, diciendo que ha resuelto el difícil problema del diagnóstico en las perforaciones tíficas, al hacer desaparecer el estado semisoporoso de los enfermos, y presenta dos operados con resultado favorable. El pesimismo de GARCÍA MORÁN se ha trocado en franco optimismo al experimentar el resultado terapéutico

de la cloromicetina, y en un interesante escrito del 8 de agosto de 1951 contesta al doctor J. A. BORRÁS con el siguiente párrafo: "Prueba de que no propugnaba la inhibición es que seguí interviniendo a tíficos con perforaciones inestinales y mi experiencia seguía siendo mala. Ahora bien, con gran sorpresa mía y satisfacción, tengo dos casos consecutivos operados y tratados con cloromicetina que han tenido excelente curso."

TORRES GOST atribuye a la cloromicetina la notable reducción de perforaciones en el curso de la fiebre tifoidea.

Con la cloromicetina ha mejorado también notablemente nuestra estadística. De 13 enfermos operados de perforación tífica y tratados en el curso de la misma con cloromicetina, hemos salvado 9, lo que representa un 69'23 por 100.

Indudablemente el tratamiento de la fiebre tifoidea con la cloromicetina ha reducido el número de perforaciones, la prueba es que en el año que terminamos solamente hemos visto 3 casos de perforación, habiendo ingresado en el Hospital 152 enfermos tíficos, lo que corresponde al 1'97 por 100, habiendo, por lo tanto, disminuido del 10'3 por 100 el porcentaje de perforaciones.

En los casos tratados con cloromicetina hemos podido observar que las perforaciones se presentan incluso de una forma más tardía, y en estos casos el estado del intestino era marcadamente distinto, bajo su aspecto macroscópico, de los no tratados con la misma. El color de la serosa intestinal no es tan rojizo, ni presenta aquel color vinoso de alguno de ellos, sino que tiene un color rosado pálido, y en el que las placas de Peyer se presentan más aisladas y mucho menos confluentes.

La cloromicetina ha resuelto en la fiebre tifoidea, salvo en rarísimas ocasiones, el tratamiento de las perforaciones tíficas. Esto tiene una importancia suma, demostrando que la medicina y la cirugía forman un solo cuerpo y se compenetran en el tratamiento de las infecciones.

EL PRURITO ANAL Y SU TRATAMIENTO

Dr. ANTONIO CARDONER

Miembro Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Definición

SE designa con este nombre a la sensación de picor localizada en el orificio y márgenes del ano, que se presenta reiteradamente por accesos (con mayor frecuencia por la noche, en los primeros momentos de estar en la cama), y que cede momentáneamente por el rascado o —mejor aún— con el frío.

Seguramente éste es uno de los problemas que tiene planteados la Medicina, que ha dado lugar a una literatura más copiosa, porque puede enfocarse su estudio desde diversos puntos de vista y porque interesa por igual a internistas y cirujanos, a digestólogos, proctólogos, ginecólogos, dermatólogos y fisioterapeutas.

Sintomatología

El prurito anal puede presentarse en todas las edades (en los adultos, con más frecuencia en los del sexo masculino), especialmente en individuos con inestabilidad vegetativa, de un modo discontinuo, por crisis de cosquilleo, hormigueo o verdadera picazón, instigadores del rascado que los calma por breve espacio de tiempo, puesto que la fase de tranquilidad va seguida de nuevo prurito. Habitualmente las crisis sobrevienen en número de 3 a 4 al día; si se hacen muy frecuentes pueden producir insomnio y llegar a repercutir sobre el estado general. Las alternativas de prurito y alivio dan lugar (al cabo de unas cuantas veces de producirse) a que los momentos de calma se acompañen de una especial e intensa sensación de paz, que reemplaza a la desazón y frenesí que experimentaba el enfermo. Llama la atención que por muy intenso que sea el prurito anal, cesa cuando el paciente con su rascado llega a la emisión de sangre o bien cuando se aplica frío a esta región.

A la exploración local a veces no se puede encontrar (a pesar de la observación más cuidadosa) ninguna alteración del revestimiento cutáneo anal ni de las regiones próximas; a esta modalidad del prurito anal se le

ha apellidado *esencial*, denominación a nuestro entender errónea, puesto que creemos que todo prurito es sintomático, que todo prurito tiene una causa, aunque a veces sea difícil ponerla en evidencia. En la mayor parte de los casos la piel modificada anal está *eczematizada*, húmeda y tumefacta, o *liquenificada*, brillante y con zonas nacaradas, o con pequeñas pérdidas de substancia (cuyo contacto produce escozor), o *agrietada* (en particular en el fondo de los pliegues radiados); raramente se ven *impetiginizaciones*, porque el natural pudor del enfermo (cualquiera que sea la clase social a que pertenezca), le induce a cuidar de la limpieza de esta región que va a ser explorada.

Etiología

La exploración de un enfermo con prurito anal no debe limitarse a la región en que subjetivamente lo aqueja, sino que debe insistir en la averiguación de la causa que lo provoca, con el objeto de poder establecer un tratamiento etiológico verdaderamente eficaz.

El *interrogatorio* que habrá precedido a la exploración, ya habrá revelado en muchos casos la existencia de oxiuros, de diarreas, de flujos anormales procedentes de trayectos fistulosos, o la de determinadas condiciones de humedad y temperatura inherentes a la profesión del enfermo (verbi gracia: conductores de camiones), o a la obesidad. En todos estos casos la irritación mecánica y la maceración de la piel anal facilitan su destrucción por substancias de las heces fecales o del propio sudor.

La *inspección* del ano pone de manifiesto con suma frecuencia (aun en adultos), al separar sus márgenes, algún oxiuro moviéndose, lo cual basta para sentar un diagnóstico etiológico. También por inspección se reconocerá la existencia de hemorroides externas, que azulean bajo la piel, las cuales pueden ser asimismo el factor determinante de la aparición de esta dolencia. Con menos frecuencia la inspección ofrece a la vista del médico el orificio de una fístula cuyo trayecto deberá ser explorado por la palpación mediata con un estilete.

El *tacto rectal* puede dar a conocer la presencia de una inflamación localizada de alguna válvula semilunar (criptitis) o la de neoformaciones benignas (papilitis, pólipos o adenomas, fibromas) o malignas en el conducto anal y recto inferior, diagnóstico que será completado por la siguiente etapa de la exploración.

Esta es la *anuscopia* que, además de confirmar los datos obtenidos por el tacto rectal, es la única fuente de información (aparte del interrogatorio) acerca de la existencia de hemorroides internas, posibles causas determinantes de un prurito.

Cuando este metódico reconocimiento no haga evidente una causa local y próxima del prurito anal, debe pensarse en un trastorno metabólico (enfermedad hepática, artritis, diabetes), ciertas intoxicaciones como el alcoholismo, o (quizás con mayor frecuencia) una avitaminosis B. Finalmente —y en último término—, no es posible desconocer que en ciertas ocasiones, el prurito anal es la consecuencia de enfermedades del aparato genito-urinario, como la hipertrofia prostática, el fimosis o la desviación uterina. En cambio, concedemos escasa importancia a la alergia y a la infección en estos casos (opinión confirmada por los resultados del tratamiento); las especiales condiciones de esta región constantemente contaminada, crean en ella una especial resistencia, superior a la del resto del revestimiento cutáneo.

Patogenia

La paciencia de algunos enfermos y la comparación de los resultados proporcionados por diversas clases de tratamientos nos han conducido a plantear esta cuestión en los siguientes términos:

Cualesquiera que sean las causas remotas o próximas del prurito anal, obran por uno de estos dos mecanismos: *éxtasis sanguíneo y linfático* en el territorio irrigado por las anastomosis entre los vasos hemorroidales medios e inferiores, y *avitaminosis del complejo B*, que en último término pueden reducirse a una sola: disminución de la respiración tisular local.

El *éxtasis sanguíneo y linfático*, a nivel de las anastomosis entre los vasos hemorroidales medios e inferiores, puede ser activo y pasivo. El primero es debido al contacto del revestimiento cutáneo mucoso del conducto anal con materiales toscos (vestidos apretados, papeles higiénicos groseros) o sustancias irritantes químicamente (del sudor o de una dispepsia intestinal). El *éxtasis pasivo* (mucho más frecuente), es inherente a la existencia de varices anales o de hemorroides internas; sin embargo, con igual frecuencia dicho *éxtasis pasivo* resulta de alteraciones locales de la sensibilidad como las que provocan los oxiuros (que salen a poner sus huevos) o las que se deben a la existencia de lesiones que actúan como cuerpos extraños (papilitis, pólipos, fibromas). Tanto la irritación mecánica como la química del ano (por reflejo), determinan a su vez un aumento de tono de la porción profunda del aparato esfinteriano anal, y una constricción de los vasos que discurren por dentro del mismo y —aún— entre sus mismas fibras, con el correspondiente remanso circulatorio, que a su vez da lugar a una amortiguación del metabolismo intermediario de los tejidos irrigados y drenados por dichos vasos. Por esto la agitación mecánica que supone

el rascado, así como la emisión de sangre y la aplicación de frío resuelven instantáneamente el prurito.

La *avitaminosis del complejo B* ordinariamente es la consecuencia de un tránsito intestinal acelerado o del empleo de sulfamidas o antibióticos que impiden a la flora bacteriana intestinal realizar la síntesis de las vitaminas que lo integran. Para el caso que nos ocupa, la más importante es el factor PP, que forma parte integrante de la codehidrasa; pero además de este papel como aceptor de hidrógeno tiene otro no menos notable como vasodilatador capilar y activador de la circulación periférica. Su déficit tiene —por lo tanto—, además de efectos químicos, el de favorecer el éxtasis sanguíneo. Para los resultados del tratamiento, todo enfermo con prurito anal debe ser considerado afecto de una avitaminosis B, y especialmente del factor PP.

Tratamiento

La terapéutica del prurito anal debe abarcar: a) la causa remota de su aparición; b) el éxtasis venoso, que es consecuencia de la anterior, y la avitaminosis B, y c) las lesiones cutáneas, que son a la vez consecuencia y causa del prurito. Los tres tratamientos deben hacerse simultáneamente puesto que cada uno combate una parte del círculo vicioso que en último término constituye esta enfermedad.

Debe tenerse en cuenta que sin tratar la causa no es posible asegurar la curación definitiva. Todos los tratamientos sintomáticos son de efectos temporales; por lo que se refiere a los que prometen soluciones radicales y definitivas, tales como las intervenciones quirúrgicas, el sueño prolongado, las inyecciones de alcohol y la radioterapia, no las aconsejamos, pues los inconvenientes que les son inherentes no son compensados por los resultados que proporcionan.

a) *Tratamiento etiológico.* — Basta releer el apartado correspondiente para perseguir debidamente las causas remotas del prurito. Las más frecuentes son: las diarreas, los oxiurus, las varices anales y las hemorroides internas que se combatirán con los medios adecuados.

b) *Tratamiento del éxtasis sanguíneo.* — Lo que hace el enfermo al rascarse es combatir instintivamente el éxtasis sanguíneo, pero éste es un mal procedimiento, ya que da lugar a pequeñas pérdidas de substancia de la piel que son punto de partida de sensaciones de escozor y origen de nueva congestión local y nuevo prurito; por consiguiente: un círculo vicioso. Es preferible conseguir la colaboración del enfermo dándole a entender que para calmar su molestia debe efectuar pequeñas presiones sobre la región anal como si quisiera vaciar una esponja empapada de agua. Otro

medio excelente, pero de efectos temporales como todos, es la aplicación de frío, que provoca una vasoconstricción local.

Otra medicación del prurito anal (que combate el éxtasis sanguíneo), introducida en la práctica por CHARPY, GRAPIN y BARY es el Cardiazol, tónico vascular central; carece de toxicidad, no se acumula ni provoca efectos secundarios; puede ser empleado en hipertensos porque únicamente hace subir la presión baja. Se inyectan por vía intramuscular 10-20 ctgr. y al mismo tiempo se administra igual cantidad por vía bucal. Su inconveniente es que únicamente hace cesar la crisis requiriendo ser administrado cada tres horas para conseguir efectos permanentes.

El mejor medio que existe en la actualidad para combatir la causa próxima del prurito anal (esto es, el éxtasis sanguíneo) es el complejo vitamínico B y —dentro del mismo— las vitaminas B₂ (riboflavina) y factor PP (ácido nicotínico); 1 miligr. de B₂ por vía parenteral y 10-40 ctgr. de factor PP dos veces al día en forma de amida por vía bucal. Como hemos expuesto al tratar de la patogenia, ambas vitaminas contrarrestan el déficit de la respiración tisular, y el ácido nicotínico (por su parte) activa la circulación.

Se asemejan a esta medicación —en cuanto corrigen trastornos del metabolismo— los tratamientos de las auto o heterointoxicaciones que se hayan encontrado por el interrogatorio del enfermo o su exploración complementaria (artritis, diabetes, alcoholismo, etc.).

c) *Tratamiento de las lesiones cutáneas.* — Como preventivo, deben prohibirse al enfermo los jabonamientos frecuentes que maceran la piel de transición anal. Por el contrario, a menudo basta para resolver el círculo vicioso prurito-lesión, la aplicación (antes de defecar) de una pasta protectora a base de linimento oleocalcáreo que evita el contacto de la región con las heces fecales.

Según la literatura médica mundial puede ser muy útil para sustraer agua del tegumento anal, la aplicación de pomadas del 1 al 2,5 por 100 de acetato de hidrocortisona o de hidrocortisona, de cuyo empleo carecemos de experiencia, pero cuyos resultados son también temporales, según los autores.

Para las lesiones de intertrigo (grietas localizadas en el fondo de los pliegues radiados del ano) es conveniente (además de la protección antes de la defecación con pastas al linimento oleocalcáreo), la aplicación, después de la expulsión de las heces y lavado de la región con agua, de una pomada ictiolada al 3 por 100.

VACUNACIONES PREVENTIVAS REALIZADAS DURANTE UN CUATRIENIO EN EL DISPENSARIO MATERNO INFANTIL DEL CONSEJO DEL NIÑO DEL URUGUAY

RESULTADOS. Morbilidad en los niños vacunados

Dr. WALTER PIAGGIO GARZÓN

*Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de Montevideo
Médico Jefe del Centro Maternal e Infantil del Consejo del niño
Miembro Corresponsal de la Real Academia de Medicina de Barcelona (España)*

HACE un tiempo —cabalmente en el año 1947— presentábamos con otro colega —colaborador sanitario— a nuestra Sociedad de Pediatría una información sobre el resultado obtenido con nuestra práctica de vacunaciones preventivas en nuestro Dispensario Infantil durante un período de dieciocho meses. El resultado era alentador y nos decidimos a perseverar en nuestro empeño de inmunización.

Ahora podemos abordar nuestra información sobre la actividad profiláctica en vasta escala, obtenida durante un cuatrienio, esto es, desde 1949 hasta 1953, y sobre todo dar a conocer los medios de que nos valemos para llegar a aquella esencial finalidad.

Consideramos imprescindible procurar la inmunización de los niños del Dispensario Materno-Infantil (de menos de 3 años) contra las enfermedades transmisibles (viruela, difteria, tos convulsiva, tétanos, etc.).

Al hacer, pues, este relato —que será sólo una breve reseña— nos proponemos mostrar nuestra práctica de inoculaciones y dar a conocer —como decimos— nuestros medios de propaganda sanitaria.

Le damos tanta importancia a la práctica de las vacunaciones, que desde hace años dedicamos un día por semana a practicar éstas, sin perjuicio de hacerlas, en los casos de indicaciones urgentes, en cualquier día semanal en que concurren los niños.

Decíamos en nuestra primera comunicación a la "Sociedad Uruguaya de Pediatría" (9-V-1947), que ya no se discute la acción de las vacunas en la prevención de las enfermedades infantiles en nuestro medio y en todos los países. La medicina de niños es cada vez más medicina preventiva y ha beneficiado enormemente con las diversas vacunaciones profilácticas y sus técnicas perfeccionadas.

La difteria, que llegó a señalar altos índices de mortalidad, ha desapa-

PROGRESOS DE LA MEDICINA EXTERNA



Estabilidad

La estabilidad de los productos antibióticos es un factor esencial para su perdurable eficacia terapéutica.

La tirotricina, antibiótico inalterable, es un notable avance en el campo de la terapéutica.

TIROCITRÁN CUSÍ, a base de 0'025 % de tirotricina, yugula un sinnúmero de afecciones externas y de las

cavidades naturales, hasta el presente de costosa curación; actúa por contacto con eficacia y rapidez sobre las bacterias grampositivas. Su acción letal sobre los microbios es directa y definitiva.

TIROCITRÁN CUSÍ no es tóxico, no sensibiliza al paciente.
No requiere refrigeración.



POMADA ANTIBIÓTICA

TIROCITRÁN CUSÍ

PROVENTAS

EL CHOQUE VITAMINICO

DOSIS MASIVAS DE

VITACAROTENE PURO FORTISIMO

Con 500.000 u. i. de Vitamina A

VITACAROTENE COMPLEJO FORTISIMO

500.000 u. i. de Vitamina D - 300.000 u. i. de Vitamina A

100 miligramos de Vitamina E

Estos dos nuevos preparados de los Laboratorios Pelletier van envasados en ampollas. Ampolla única para tomar de una vez. Se caracterizan por no producir ninguna reacción gastrointestinal. TOLERANCIA PERFECTA GARANTIZADA.

PIDAN MUESTRAS A LOS
LABORATORIOS PELLETIER

Apartado 200

M A D R I D

Instituto Central de Análisis Clínicos

del Dr. GRIFOLS Y ROIG

Rambla Cataluña, 102 - BARCELONA - Teléfono 27 10 53

Análisis Autovacunas Transfusiones

de aplicación
diagnóstica.

Plasma humano

con sangre fresca y
sangre conservada

Desecado, fácilmente soluble, de conservación indefinida.

Contra el Shock Traumático y post-operatorio quemaduras, hemorragias tóxico infantil

CORSETERIA ORTOPEDICA CIENTIFICA

TRABAJOS MEDICOS

“LA ESCOCESA”

CENTRAL:

Hospital, 133 - Teléf. 22 04 33 - BARCELONA - Hospital, 17 - Teléf. 22 34 74

SUCURSAL

recido casi por completo de nuestra capital gracias a la vacuna, y la tos ferina toma un carácter benigno y aislado.

Disponemos en el momento actual de una serie de vacunas preventivas que podemos clasificarlas así:

- 1) Vacunas preparadas con gérmenes vivos de virulencia atenuada; por ejemplo: la antivariólica y el B. C. G.
- 2) Vacunas preparadas con gérmenes muertos; ejemplo: contra la tos convulsiva y la antitífica.
- 3) Vacunas elaboradas con toxinas microbianas o sus derivados (anatoxinas o toxoides); ejemplo: la antidiftérica y la antitetánica.

Vacuna antivariólica

Cabe señalar el alto grado de inmunización específica alcanzada por nuestro país (más de un 50 por 100). El promedio anual es de 200.000 (doscientas mil) personas vacunadas. Cuando existe alguna posibilidad de epidemia —como ocurrió en 1947— el ritmo de vacunaciones asciende verticalmente, llegándose por ejemplo ese año a 1.480.000 personas vacunadas. (Informe del Departamento de Educación Sanitaria del Uruguay.)

Un amplio sector de la población uruguaya se halla perfectamente controlado y aguarda que el Parlamento apruebe el Proyecto de Ley sobre Vacunaciones y Revacunaciones antivariólicas, en que se podría llegar a cubrir la casi totalidad de los habitantes del país.

En el cuatrienio 1949-1952 hemos practicado 539 vacunaciones antivariólicas, habiendo disminuído considerablemente al final nuestra intervención profiláctica por haberse difundido más los Centros o Servicios de Sanidad del Ministerio de Salud Pública.

Empleamos la vacuna elaborada por el "Laboratorio Municipal de Bacteriología y Vacuna" (materia proveniente de las costras que se forman en las terneras infectadas artificialmente con el cow pox). No hacemos la descripción clínica de las pústulas del cow pox que le sirvió a JENNER para su genial descubrimiento de prevención sanitaria. No discutiremos la técnica de preparación, por ser bien conocida. Utilizamos la pulpa vacunal conservada en heladera distribuída en tubos. (En la clientela privada empleamos la linfa contenida en tubos capilares individuales.)

Utilizamos la técnica de las presiones múltiples (10) sin escarificador ni rasguño. No hacemos sangrar; damos sobre la piel ligeras presiones con una aguja o alfiler, después de pasar por la superficie acetona o éter.

No colocamos apósito. Hacemos la vacunación en la pared externa del brazo (región deltoidea).

Vacunamos al niño durante el primer año, para revacunarlos antes de ingresar a la Escuela.

La revacunación cada 5 años mantiene la inmunidad sin causar ningún trastorno.

Cuando se revacuna después de 5 años de la primera inoculación, se admite que la inmunidad así conferida dura toda la vida en un gran número de casos. Sin embargo, conviene revacunar indefinidamente cada cinco años (Ver "El Día Médico Uruguayo". — agosto de 1946. — Vacunaciones preventivas. — Artículo de Salveraglio, Rossi y Bacigalupi.)

La ley nacional de vacunación y revacunación obligatoria fué reglamentada en nuestro país en 1911 y determina que la vacunación se verificará en los primeros seis meses — la primera revacunación a los 10 años y la segunda revacunación en el vigésimo año de vida.

Posteriormente, en 1923, se modificó la Ley estableciéndose que la revacunación deberá practicarse cada 10 años, pero por falta de recursos "se hará siempre que se considere necesario para la defensa de la salud pública". De manera que las autoridades sanitarias aplicando esta Ley pueden obligar a la vacunación y revacunación de la población cuando la salud pública esté amenazada.

Daremos una relación de las vacunas antivariólicas practicadas en nuestro Dispensario de junio a diciembre de 1949 (segundo semestre solamente), según la edad y el sexo.

Varones:	48				
Niñas:	33				
De 0 a 1 año	I ¹	42	R	44	
De 1 a 2 años	I	28	R 2	30	
De 2 a 3 años	I		R		
De más de 3 años	I	5	R 2	7	
Total				81	

¹ Inoculaciones y Reinoculaciones.

AÑO 1950

Varones:	69				
Niñas:	73				
De 0 a 1 año	I	78	R 3	81	
De 1 a 2 años	I	21	R 5	26	
De 2 a 3 años	I	4	R 2	6	
De más de 3 años	I	14	R 15	29	
Total				142	

AÑO 1951

Varones:	94			
Niñas:	97			
De 0 a 1 año	I	112	R	2 114
De 1 a 2 años	I	45	R	45
De 2 a 3 años	I	13	R	3 16
De más de 3 años	I	11	R	5 16
Total				<u>191</u>

AÑO 1952

(Primer semestre)

Varones:	39			
Niñas:	66			
De 0 a 1 año	I	60	R	1 61
De 1 a 2 años	I	20	R	1 21
De 2 a 3 años	I	3	R	9
De más de 3 años	I	5	R	9 14
Total				<u>105</u>

AÑO 1952

(Segundo semestre)

Varones:	11			
Niñas:	9			
De 0 a 1 año				9
De 1 a 2 años				4
De 2 a 3 años				2
De más de 3 años				5
Total				<u>20</u>

AÑO 1953

(Primer semestre)

Varones:	52			
Niñas:	54			
De 0 a 1 año				60
De 1 a 2 años				16
De 2 a 3 años				8
De más de 3 años				22
Totales vacunados ...				<u>106</u>
Revacunados				21
Total				<u>127</u>

Total de inoculaciones en el cuatrienio: 666.

En total hemos vacunado contra la viruela, durante este período, a 666 niños, otorgándoles a sus familiares el certificado oficial respectivo en donde se indica, además del resultado de la inoculación, la fecha en que debe ser revacunado.

El afiche que reproducimos nos ha servido para la propaganda de la vacunación antivariólica, y por lo gráfico vale la pena de retenerlo.

Vacunación antidiftérica

Hemos practicado durante el cuatrienio de 1949 (segundo semestre) a 1953 (primer semestre) 706 vacunaciones antidiftéricas. Durante el año 1949 se practicaron 102 vacunaciones antidiftéricas correctamente aplicadas; en 1950, 201; en 1951, 148; en 1952, 163, y en 1953 (primer semestres), 92.

Vacunamos de los 8 a los 12 meses de edad. A esta edad la vacuna es perfectamente tolerada y la respuesta antitóxica es eficaz.

Hemos empleado los distintos tipos de vacuna antidiftérica (1).

Antes utilizábamos la vacuna de Ramón o *toxoides crudos* (20 unidades floculantes por centímetro cúbico); luego la anatoxina diftérica precipitada y lavada, también de nuestro Instituto de Higiene. Hemos empleado, además, el toxoide precipitado con alumbre y refinado de Parke Davis. Pero de un tiempo a esta parte nos valemos de los *antígenos combinados* (difteria, tos convulsa). Los damos en tres dosis subcutáneas de medio centímetro cúbico cada una, con tres semanas de intervalo. Así simplificamos los procedimientos de inmunización.

Las reacciones secundarias son poco frecuentes en el niño; a menudo un discreto proceso inflamatorio local transitorio con fiebre ligera.

Realizamos la inmunización preventiva del niño cuando ha cumplido los 9 meses de edad; eso parece ser el período más adecuado.

Prácticamente la vacunación ha hecho desaparecer la difteria en nuestro país.

He aquí la relación de vacunaciones antidiftéricas practicadas en el cuatrienio:

AÑO 1949

(Segundo semestre)

Varones: 61
Niñas: 41

(1) Empleamos el toxoide precipitado y lavado del Instituto de Higiene que se daba en 2 dosis de 1 c. c. cada una con un intervalo de 30 días. Hemos dado el toxoide crudo o anatoxina de Ramón (3 dosis de 1, 1,5 y 2 c. c. con 21 días de intervalo. Dosis adicional de refuerzo o de "rappel" al año para mantener la inmunidad. Toxoide diftérico (precipitado con alumbre) Cutter, Tri-Inmunol, Lederle, Difteria Toxoide Parke Davis, la de Lilly, Sharp y Dohme, etc.

De 1 a 2 años	84
De 2 a 3 años	4
De más de 3 años	14
Total	<u>102</u>

AÑO 1950

Varones: 112	
Niñas: 89	
De 1 a 2 años	179
De 2 a 3 años	9
De más de 3 años	13
Total	<u>201</u>

AÑO 1951

Varones: 77	
Niñas: 71	
De 1 a 2 años	135
De 2 a 3 años	9
De más de 3 años	4
Total	<u>148</u>

AÑO 1952

(Primer semestre)

Varones: 78	
Niñas: 14	
De 1 a 2 años	66
De 2 a 3 años	18
De más de 3 años	8
Total	<u>92</u>

AÑO 1952

(Segundo semestre)

Varones: 24	
Niñas: 47	
De 1 a 2 años	56
De 2 a 3 años	13
De más de 3 años	2
Total	<u>71</u>

AÑO 1953

(Primer semestre)

Varones: 39
Niñas: 53

De 1 a 2 años	73
De 2 a 3 años	10
De más de 3 años	9

En total: 706 vacunaciones.

En las colectividades de niños dependientes del Ministerio de Salud Pública —donde se vacuna la totalidad de los niños— la difteria, hasta entonces endémica, *desapareció totalmente*.

Regido por una ley por la que se destinaron \$ 50.000 para intensificar la lucha antidiftérica a cargo del Centro Antidiftérico de nuestra capital, se realizaron 35.500 nuevas vacunaciones en Montevideo y 28.400 en campaña, lo que eleva el porcentaje de inmunizados en Montevideo al 47 por 100 de la población receptiva y en campaña el 20 por 100.

Este resultado es alentador.

Vacunación anti-tosferina

Tendríamos que repetir todo lo dicho a propósito de la difteria en cuanto a gráficas del número de niños vacunados, pues habiendo empleado antígenos combinados (Difteria, Pertussys, Tétanos, de Sharp y Dohme), todo cuanto dijimos sobre la difteria se aplica a la tos ferina.

Cada centímetro cúbico de vacuna contiene 10.000 millones de *Hemófilus pertussis* muertos químicamente, cantidad aconsejada como límite máximo sin reacciones. Estos gérmenes proceden de cultivos en agar de Bordet-Gengou con 25 por 100 de sangre humana y pertenecen a la variedad denominada Fase 1 por LESLIE y GARDNER. El poder antigénico de la vacuna se conserva inalterado y uniforme por haber sido sometida a la liofilización.

Hemos practicado durante el cuatrienio 706 vacunaciones bien controladas, esto es, en dosis correctas.

La edad más apropiada es en el comienzo del segundo semestre (séptimo mes de vida), con una dosis de refuerzo en la edad escolar.

La inmunidad dura varios años.

Se puede comparar el índice de morbosidad por tos ferina en niños vacunados con el mismo índice en niños no vacunados. Es apreciable la diferencia entre los dos grupos: hay reducción marcada de la morbosidad en los niños vacunados. Lo hemos apreciado netamente.

La vacuna específica tiene una acción profiláctica cierta, hemos visto una o dos veces solamente la tos ferina suave en niños vacunados.

La influencia de las vacunas específicas sobre la epidemiología de la tos ferina es evidente. La impresión es favorable en cuanto a la disminu-

ción de las defunciones —tan frecuentes antes en el niño pequeño—, y a la preservación de la enfermedad por la vacuna.

Vacunación antitetánica

Tendríamos que repetir nuevamente lo que dijimos sobre las vacunas antidiftérica y antipertussis.

El mismo número de vacunados e idéntica proporción por año.

El tétanos —enfermedad muy grave (1)—, causada por el bacilo de Nicolaier, anaerobio (resistencia considerable por sus esporos; incubación corta). Sobreviene en las heridas sucias de tierra, estiércol, etc.

Estas nociones son necesarias para apreciar el valor de la vacunación. Si se vacunara a todos los niños sistemáticamente, el tétanos desaparecería totalmente.

Una forma simple de generalizarla consistiría en practicar sistemáticamente la vacunación antitetánica a todos los traumatizados (niños y adultos) que ingresan en los hospitales y también a los enfermos generales; sería ésta una fórmula práctica para la inmunización hospitalaria (Profesor Dr. PRAT) y no es resistida y que dará mucho mejor resultado que la persuasión y los otros medios de propaganda profiláctica.

Hemos empleado la vacuna triple D. P. T. "Cutter", el toxoide difteriotetánico combinado con vacuna Pertussis de Lilly (3 dosis de 0,5 cm.³ a intervalos de 3 a 4 semanas) y los antígenos difteria Pertussis, Tétanos Sharp y Dohme, vacunación combinada y simultánea. También el Tri-Imunol Lederle en igual dosis, etc.

En nuestro Dispensario no aplicamos sistemáticamente la valiosa vacuna B. C. G., pues le ha sido dada a la mayoría de los niños en las maternidades de los hospitales (2). Por excepción vacunamos contra la fiebre tifoidea, ya que los niños chicos que concurren a nuestro Dispensario no salen habitualmente de la ciudad y cuando han podido estar expuestos a contaminaciones recurrimos a aquella medida profiláctica.

En resumen final, para llegar a imponer las vacunaciones preventivas se requiere un personal subalterno diestro y especialmente preparado que haga la propaganda oral diaria en favor de las vacunas.

(1) Mortalidad de 60 por 100 entre 1 y 5 años, según Wallace. En el recién nacido es consecutivo a la infección de la herida umbilical.

(2) Recuérdese que se utiliza una nueva técnica de vacunación con "B. C. G." para recién nacidos en nuestro medio. El Dispensario Calmette prepara vacuna para recién nacidos en una sola dosis de 100 mg. para ser utilizada por vía oral. Con la nueva técnica más simple se obtiene una acción vacunante más eficaz.

Para la educación sanitaria nos valemos de "affiches" o carteles anunciadores, de volantes y del carnet de vacunación.

El *cartel* es un sencillo pero demostrativo medio de educación sanitaria. Representa a un niño que recibe una inyección preventiva, que fué concebido, a nuestro requerimiento, por nuestro amigo el pintor César Pesce Castro. Frases alusivas a la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas completan el detalle gráfico. Todas las madres lo leen. Lo fijamos en la Sala de Espera y en la Oficina de Admisión y podría divulgarse fijándolo en las Escuelas y hasta en las Farmacias del barrio.

Los *volantes* son del mismo estilo de los carteles, pero en tamaño reducido. Se reparten a las madres.

En el *carnet* se exponen nociones elementales de prevención. Hay una página dedicada a la vacuna antituberculosa o Calmettización; otra a la antivariólica (indicación de técnica y resultados); otra a vacuna antidif-térica (vacuna empleada y dosis); otra a vacuna antitos convulsiva (vacuna empleada y dosis); otra a la vacuna contra la fiebre tifoidea y otra a la vacuna contra el tétanos. Después, una página destinada a anotar las inyecciones de suero animal (equino, bovino) que recibe el niño; otra a cutirreacciones.

El carnet es individual y tiene un sitio para la fotografía del niño, como el carnet de identidad, con indicación de nombre, fecha y lugar de nacimiento.

En dicho carnet hemos indicado nuestro nombre para darle así más responsabilidad, quedando descartada toda intención de atribuirnos efectos de carácter personal.

A nadie escapará la importancia práctica de este carnet como medio de control para el médico y para los padres, que olvidan a menudo las fechas de las vacunaciones y que a veces llegan a perder hasta los certificados expedidos. Con estos carnets no pretendemos sustituir o reemplazar el carnet correspondiente que se expide con carácter oficial en los centros destinados a ese fin.

Hemos considerado útil dar a conocer nuestras actividades en materia de vacunaciones profilácticas para que nuestros colegas puedan sacar provecho de nuestra experiencia en la profilaxis de las enfermedades infantiles transmisibles.

Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina de Barcelona

(Mes de Mayo de 1954)

Día 11. — El académico numerario electo Dr. D. Benito OLIVER SUÑÉ dió una brillante conferencia titulada *Potabilización de aguas superficiales. Caso particular de Barcelona.*

El Presidente, Dr. COROMINAS, al hacer la presentación del conferenciante se refiere a la expectación que ha producido el anuncio de esta conferencia, de la cual da muestra el numeroso público que llena a rebosar el salón de conferencias, demostrando el interés que siente Barcelona por el acuciante problema de su actual escasez de agua, del cual tanto se ha hablado y escrito, unas veces con razón y otras sin ella. Refiere que, invitado por el Dr. OLIVER SUÑÉ, visitó hace poco las obras que la empresa concesionaria de las aguas de Barcelona está llevando a cabo en las márgenes del río Llobregat en el término de S. Juan Despí, para la captación de sus aguas superficiales y su potabilización para hacerlas aptas para el consumo. Dice que hace muchos años que Barcelona se nutre de la extensa capa subálvea del mismo río que, prácticamente, puede considerarse bacteriológicamente limpia, y que hoy es insuficiente para las necesidades de la cada día más extensa ciudad. Con la captación del agua superficial que lleva el mismo río podrá doblarse la cantidad de agua para el consumo, pero es preciso potabilizarla, pues este río recoge las aguas residuales de núcleos de población importantes como Manresa, Esparraguera, Martorell, etc., y de grupos fabriles y minerales que aumentan la polución de las mismas. Las obras que actualmente está ejecutando la empresa concesionaria de las aguas de ese río son de suma importancia, tanto por su extensión como por su modernidad, y son llevadas a cabo por ingenieros expertísimos y bacteriólogos e higienistas, que han de poner todos sus mayores desvelos para procurar a Barcelona un caudal de agua suficiente en cantidad e inmejorable en cuanto a sus condiciones de potabilidad y de higiene.

Refiere que el hecho de utilizar para el consumo las aguas superficiales del río Llobregat no debe alarmar a la población, pues ya es sabido que Londres se surte del agua del Támesis, París de las del Sena, Berlín de las del Spree, etc., y todos estos ríos tienen sus aguas tanto o más polucionadas que las de nuestro modesto Llobregat. Agradece al Dr. OLIVER

SUNÉ la aportación a esta Real Academia de tan importante tema, con la que cree que contribuirá a disipar las dudas de aquellos espíritus pusilánimes que consideran un peligro para la población de Barcelona el uso de las aguas superficiales de nuestro río para su consumo.

El Dr. OLIVER SUNÉ empieza su conferencia diciendo que ha de tener sólo el carácter informativo, al cual se cree obligado por el cargo que desempeña en la Sociedad General de Aguas. Dice que Barcelona es una de las pocas ciudades que hasta el momento actual ha podido mantener su abastecimiento con aguas subterráneas, pero que dentro de muy pocos meses las superficiales entrarán también en la red de distribución general.

En el laboratorio de la Sociedad de Aguas de Barcelona se recopilan desde hace ya bastantes años, textos, revistas, datos estadísticos, etc., que hacen referencia a las cantidades de agua necesarias para el abastecimiento y al concepto de potabilidad. Durante los últimos cinco años, se han practicado, además, numerosos experimentos y estudios con las aguas de los ríos colindantes con Barcelona: Llobregat y Besós.

Esta conferencia se referirá únicamente a la potabilización de las aguas superficiales por medios fisicoquímicos, pero antes es conveniente exponer la necesidad de procurar esta nueva fuente de alimentación, que puede demostrarse mediante los datos expuestos por el ingeniero señor Tió, de los cuales los principales son:

1.º El promedio de aguas del río Llobregat durante el año 1941 fué de 122.000 m.³, y a los nueve años se observa un 60 por 100 de incremento.

2.º La cuenca del Llobregat es mayor que la de Besós, hasta el punto de que este último río no permite hacer las grandes instalaciones que serían necesarias para su aprovechamiento.

3.º El caudal del río Llobregat es aproximadamente igual a la suma de los tres ríos de la provincia de Gerona: Muga, Fluviá y Ter.

4.º En el Llobregat es aprovechable un 2 por 100 de las aguas llovidas en su cuenca.

5.º Un excedente de más de 2 m.³ por segundo se vierte directamente al mar.

El día 15 del pasado mes de abril quedó terminada la presa de San Pons en el Llobregat, con la cual se llevará a cabo la regularización del río, que hará aumentar el número de días en que el Llobregat llevará más de 10 m.³ por segundo.

Estos datos son los determinados por la Confederación Hidrográfica del Pirineo Oriental recogidos por espacio de más de 14 años, y está demostrado que el error máximo que se puede sufrir en estos cálculos es del orden de + 10 por 100.

En el año 1947 se inició un descenso del nivel de la capa subálvea en el Llobregat, en el lugar donde está instalada la central elevadora de aguas subterráneas. Dicho descenso se hizo permanente por el doble efecto de la sequía y el aumento de consumo.

La experiencia ha demostrado que cuando la central elevadora de Cornellá disminuye su actividad aumenta el nivel de la capa subálvea. La necesidad actual de consumo es de unos 280.000 m.³ para Barcelona y pueblos agregados que se surten de la misma agua.

En 1948, la Sociedad General de Aguas de Barcelona decidió efectuar estudios para aprovechar las aguas superficiales del Llobregat y solicitó la concesión de 2.200 litros por segundo, que le fué concedida en 1953. Cuando esté en funcionamiento el nuevo sistema, que en conjunto alcanzará los 5.000 litros por segundo, se tendrá un suministro completo para una ciudad de 4.000.000 de habitantes, o sea posiblemente hasta el año 2.000.

Otra de las ventajas del nuevo servicio será la de que mientras sea suficiente el suministro de las aguas superficiales podrá evitarse el consumo de la capa subálvea, en parte o en todo, por lo cual esta fórmula de compensación proporcionará una reserva que repercutirá en la mejor alimentación de los pozos particulares, que tanto abundan en el llano del Llobregat.

El suministro de aguas para la alimentación de poblaciones ha de resolver dos problemas: los de cantidad y calidad, de los cuales siempre es más fácil resolver el primero. En los grandes ríos centroeuropeos, como el Sena, Ródano, Danubio, Rin, etc., no hay problema en cuanto a cantidad, pero, en cambio, las técnicas científicas, sanitarias, químicas, etc., así como las leyes del estado, erario público, etc., coinciden en una preocupación para resolver los múltiples problemas relativos a la calidad del agua.

Los técnicos están de acuerdo en que para resolver estos problemas deben tenerse en cuenta las cinco realidades siguientes:

1.º El descenso de los niveles de las capas subterráneas se ha hecho permanente desde el año 1947.

2.º Por lo tanto, la posibilidad de extraer aguas subterráneas se hace cada vez menor.

3.º El consumo individual de aguas en las grandes ciudades ha aumentado; ha aumentado también en las industrias.

4.º Es necesaria la utilización de aguas superficiales de río.

5.º El aumento de las industrias que vierten sus aguas residuales a los ríos ha provocado una disminución de la potabilidad de sus aguas.

De todo lo dicho se desprende que es lógico que Barcelona se encuentre actualmente en un estado de deficiencia en cuanto a su caudal de aguas y sienta la necesidad de aumentarlo y mejorarlo.

Desde tiempo inmemorial los problemas referentes a la calidad del agua fueron resueltos empíricamente. Así, por ejemplo, en Aden (Arabia) bastantes siglos antes de la Era Cristiana, se construyeron verdaderos tanques de sedimentación, con tanta maestría, que actualmente están todavía en servicio. Pero, a partir de los estudios de Von Liebig y de la introducción del término "agua contaminada", el concepto de potabilidad del agua se ha hecho además tributario de otras ciencias muy distanciadas de la Ingeniería, en especial la Medicina. En efecto, la experiencia demuestra que el agua puede estar contaminada por elementos tales como plomo, cinc, cromo, cianuro, cianamidas, compuestos orgánicos, etc., que han sido estudiados y sus límites fijados por los farmacólogos.

Aparte de esta contaminación química deben tenerse en cuenta los fenómenos referentes a las infecciones de origen hídrico, siendo los microbiólogos los que precisan las normas para la potabilidad del agua, y procurar conferir valores numéricos a las diferentes pruebas para que estos conceptos pudieran ser interpretados fácilmente por los técnicos. Asimismo se estudian, desde hace poco tiempo, los efectos que sobre el organismo humano puedan ejercer los elementos radioactivos contenidos en las aguas de consumo público y se investigan los medios aplicables a su posible neutralización.

Estudia a continuación el Dr. OLIVER SUÑÉ los diversos procesos para llegar a la depuración del agua, y dice que los ríos de alta montaña, de corriente rápida y no industrializados, tienen una mineralogía baja y una contaminación nula. En los lagos, sea cual fuere su grado de contaminación, la sedimentación mejora la calidad de sus aguas. En los ríos industrializados, la contaminación es enorme, pero la saprobiosis está sujeta a los fenómenos de sinergia y antagonismo, que la impiden o retrasan. En las corrientes fluviales de los países tropicales, las materias húmicas turbígenas comunican al agua coloraciones pardas o amarillas, siendo además turbidas y su pH puede disminuir hasta 3. Aun cuando estas materias de

Los más recientes descubrimientos en el campo de la Sulfamidoterapia son puestos al día por los
LABORATORIOS ARTIACH, S. A.
con su nueva especialidad

TETRANILAMIDA

con fórmula:

Sulfanilmerazina. Sulfanildiazina. Sulfanilurea Sulfaniltiazol.
--

Características originales:

La SULFANILMERAZINA, última adquisición de la quimioterapia sulfamídica, se caracteriza por la rápida obtención de ALTOS NIVELES EN SANGRE Y LENTA ELIMINACION GLOMERULAR.

La polivalencia sobre multitud de gérmenes propios de cada grupo.

La protección de la SULFANILUREA sobre la acción antisulfamida del a. para amino benzoico.

La absorción rápida y eliminación lenta, y a la inversa, de sus diversos constituyentes.

Indicaciones:

Neumonías; Meningitis de origen vario; Escarlatina y complicaciones; Otitis; Sinusitis; Actiniomycosis; Infecciones bacterianas mixtas; Gonococias y Estreptococias hemolíticas; Anginas diversas; Laringitis y Faringitis, etc.

Solicite literatura y muestra

LABORATORIOS ARTIACH, S. A.

Moncayo, 9 y 11

ZARAGOZA

Lactéol

del D: BOUCARD



**BACILO LACTICO VIVO
Y SUS PRODUCTOS METABOLICOS**

*Afecciones
Intestinales
y Cutaneas*

Laboratorio RAMÓN SALA, Paris, 174 - BARCELONA

TRATAMIENTOS DE LOS ESTADOS PARKINSONIANOS, SÍNDROMES POSTENCEFÁLICOS, TEMBLORES POR CAUSAS DIVERSAS, INCONTINENCIA NOCTURNA DE LA ORINA, MAREOS, HIPO, ETC.

OXICOPOLAMINA SECI

LA OXICOPOLAMINA SECI, ES UN PREPARADO A BASE DE OXIESCOPOLAMINA PRODUCTO CUYA TOXICIDAD ES APROXIMADAMENTE 200 VECES MENOR QUE LA ESCOPOLAMINA, CON UNA ACCIÓN FARMACODINÁMICA IDÉNTICA

Laboratorios SECI - IRÚN (Guipúzcoa)

origen vegetal sean las únicas que contienen, son difíciles de purificar, por cuanto son muy rebeldes a la sedimentación.

En relación con estos tipos de polución de aguas, los sistemas para su potabilización pueden ser tres o cuatro característicos, pero en realidad son muchos los que se emplean combinados.

Han de tenerse en cuenta las impurezas y sustancias nocivas que se encuentran en el "agua cruda", que son:

1.º Substancias inorgánicas disueltas.

2.º Substancias orgánicas vegetales en estado coloidal, que no suelen ser perjudiciales, pero que hacen a las aguas impropias para el consumo.

3.º Substancias coloides orgánicas de origen animal y vegetal procedentes de las industrias y de los locales habitados.

Los principales grupos que impurifican las aguas del río Llobregat, vertidos por la industria y que contaminan el agua limpia y cristalina que procede de Castellà de Nuc, El Cardoner y El Noya, son:

a) Explotaciones carboníferas.

b) Explotaciones de potasa.

c) Industria textil.

d) Tintorería.

e) Curtidos... etc.

A todo ello deben añadirse las aguas residuales de las poblaciones más o menos importantes que se encuentran en sus márgenes, como Manresa, etcétera.

En los otros grupos cabe citar: Fibras vegetales, lejía, ácidos diversos, fenoles, cresoles, grasas animales, aminas, nítritos, proteínas animales en diferentes grados de descomposición, toxinas y otras materias orgánicas.

4.º También se encuentran partículas en suspensión de substancias inorgánicas.

5.º Organismos vivos en suspensión (algunas bacterias y probablemente virus).

Los procedimientos para hacer potables las aguas deberán tener por objeto eliminar totalmente las substancias de los grupos primero y ter-

cero y también las del segundo. Las sustancias mencionadas en el primer apartado no se purifican más que en casos especiales.

Las estaciones depuradoras de aguas superficiales deben reunir los siguientes requisitos:

1.º Toda estación depuradora ha de separar por filtración las materias que lleve el agua en suspensión.

2.º Ha de provocar la destrucción de las micelas coloidales.

3.º Debe oxidar todas las materias orgánicas hasta que no queden vestigios de las mismas.

Estas son las condiciones para que el agua sea teóricamente pura, prescindiendo de las acciones fisiológicas que puedan derivarse de su composición química, que no se modifica. La mayor parte de estaciones depuradoras, sobre todo las más modernas, resuelven casi hasta el límite teórico los puntos 1 y 3. No le ocurre lo mismo con el 2 (coloración y turbidez), que algunas aguas mantienen.

El proceso completo para lograr una perfecta potabilidad consta de seis fases: sedimentación, coagulación, decantación, filtración, oxidación y neutralización. Su aplicación técnica no ha de ser completa ni correlativa, ya que según sea la calidad pueden combinarse, alternarse o simultanearse.

Por lo que respecta a la sedimentación, debemos decir que durante esta fase una parte importante de las materias en suspensión se depositan en el fondo por acción de la gravedad. La velocidad de la misma está en razón directa a su composición y a la de las aguas. Esta operación provoca una disminución en el número de los microorganismos, sobre todo de los aerobios. El Dr. HOUSTON, jefe del abastecimiento de aguas del Támesis, llegó a la conclusión de que en los países fríos o templados llega a eliminarse el 90 por 100 de sus bacterias con sólo seis u ocho días de sedimentación. En cambio, en épocas calurosas o en países tropicales, el número de bacterias aumenta por efecto de la temperatura, cuando aquéllas encuentran condiciones eugenésicas favorables.

Las bacterias pueden ser destruidas por esterilización, no tan sencilla como pudiera aparecer, ya que la abundancia de aquéllas da lugar a que se desarrollen algas, que originan sabores y colores muy difíciles de eliminar.

La velocidad de sedimentación de la arcilla coloidal es tan pequeña que no puede lograrse en los tanques ordinarios, por lo cual es preciso acelerarla, cosa que se consigue añadiendo al agua sustancias que formen precipitados de consistencia gelatinosa que los arrastren al fondo. Para ello se usan sustancias de naturaleza electrolítica, partiendo del principio

de que los iones positivos atraen a los negativos del coloide y forman flóculos que se depositan en poco tiempo. Los productos químicos empleados para ello suelen ser las sales de aluminio y de hierro. Ultimamente se han ensayado en Marsella, con buen éxito, coloides, como el engrudo de almidón, y en Bruselas se experimenta la carbonetil-celulosa.

La decantación del agua se realiza en tanques en consonancia con los métodos conocidos. El agua decantada, libre de la mayor parte de impurezas en suspensión y de microorganismos, no siempre es potable, por lo cual debe completarse a menudo su purificación por medio de filtros, constituyendo la operación que se llama de filtración.

Esta consiste en pasar el agua a velocidad determinada por capas de arena de diferente grosor, en las cuales quedan detenidos los microorganismos, no sólo por la relación de los poros con las partículas, sino por la formación de una película que, por atracción física, provoca la retención de las partículas en suspensión. El proceso de filtración puede hacerse por métodos lentos o rápidos. La diferencia fundamental consiste en la relación del volumen del agua con la superficie filtrante. De los dos sistemas, ha prevalecido el segundo.

La acción retentiva de la materia filtrante se satura y, en estas condiciones, no se clarifica el agua como debiera, por lo cual es preciso proceder a una limpieza sistemática, cosa que se logra inyectando a presión mezclas de aire y agua.

Todas estas operaciones deben ser estudiadas desde el punto de vista sanitario, cosa que tiene una importancia decisiva. La esterilización persigue dos finalidades distintas: 1.º, la destrucción de la totalidad de los gérmenes patógenos y reducción de los saprofitos no patógenos; y 2.º, la oxidación de todas las substancias orgánicas e inorgánicas que sean oxidables.

El público se lamenta a veces de que el sabor del agua sea un tanto desagradable, pero el vaciado de tuberías durante el régimen de restricción por el que atraviesa en ocasiones nuestra ciudad, obliga a ser un poco exigente en la esterilización del agua durante aquellos períodos.

En París, Amsterdam, Bruselas, etc., han sido necesarias las mismas medidas preventivas, y en Munich, Colonia y Düsseldorf, el Dr. OLIVER SUNÉ ha encontrado en sus aguas cantidades de cloro iguales o ligeramente superiores a las de Barcelona, de lo cual se deduce que este pequeño inconveniente es prácticamente inevitable.

Además de los germicidas químicos se ha empleado el ozono, procedimientos físicos como los rayos ultravioleta, uso de filtros impregnados de capas de plata, etc. Asimismo se han usado el aluminio y el bióxido de

cloro, estando en estudio la posibilidad de esterilizar las aguas mediante ondas ultrasonoras.

La efectividad del método debe estar de acuerdo con una serie de circunstancias, entre ellas el caudal y cantidad de agua en el momento de ser sometida a tratamiento, independientemente de la cantidad de bacterias. En efecto, sería inútil, en un caudal de 300 metros cúbicos por segundo, intentar la depuración mediante los rayos ultravioleta.

Hasta el momento actual puede decirse que el procedimiento más práctico es la esterilización mediante cloro gaseoso, pues obtenida la esterilización por este método el agua puede calificarse ya de potable.

Pero la acción del cloro no se puede conseguir sin un previo conocimiento de algunos factores variables; entre otros el límite máximo de tolerancia del organismo humano, la temperatura, cantidad de materia orgánica, ph, etc. Cualquier variación de estos datos puede conducir a un fracaso técnico. Pero aquellas variaciones pueden determinarse fácilmente y obrar en consecuencia. La cantidad de cloro necesaria para obtener la depuración de las aguas será la que se necesite para destruir y eliminar todas las substancias oxidables, incluyendo los microorganismos.

A causa de la salinización de las aguas del río Llobregat, provocada por las explotaciones potásicas en su cuenca, la experiencia y las observaciones realizadas por todos los organismos adecuados ha permitido ponderar debidamente el anteproyecto, con un conocimiento de causa que, junto con lo dicho anteriormente, lo han hecho realizable.

Constantes mediciones de la salinidad de estas aguas han demostrado que, cuando se llegue a la regularización del caudal del río por el embalse del pantano de San Pons y por el proyectado embalse de la Baells, sus aguas tendrán muchísima menos salinidad de la que tienen ahora. Si se logra llevar los residuos de las minas de potasa directamente al mar, se evitarán muchos de los inconvenientes actuales.

Expone luego el Dr. OLIVER SUÑÉ la serie de estudios practicados a partir de 1951 en la llamada estación "piloto" de Cornellá estudiando la cantidad de materias en suspensión, de substancias amoniacales, de bacterias patógenas, de plancton, de nitritos, etc., como, asimismo, la cantidad y calidad de sus gérmenes más frecuentes y los resultados obtenidos mediante el tratamiento de esas aguas por los métodos expuestos que han llevado la evidencia de que el agua superficial del río Llobregat ha de tener una correcta potabilidad.

Describe luego el estado actual de las obras, que permite esperar su pronta explotación, para lo cual se cuenta con los mejores y más modernos aparatos y dispositivos que permitirán obtener una cantidad de cloro que dará una reserva tres veces mayor a la necesaria.

Hace alguna observación el académico numerario electo Dr. MIRAVITLLES para hablar de la posibilidad de las infecciones por virus y de las precauciones que deban tomarse para evitar posibles complicaciones.

El académico numerario P. PUJTLA, para referir que, por dos veces han muerto los animales de experimentación de su laboratorio biológico por haber ingerido agua excesivamente cloradas.

El académico numerario, Dr. SOLER DOPFF, después de felicitar calurosamente al Dr. OLIVER SUÑÉ por su brillante comunicación, dice que el problema del aprovechamiento de las aguas superficiales es un hecho que, aunque nunca deseable, va resultando cada vez más necesario en todos los países a medida que la demanda de agua va en aumento. Refiere los trabajos publicados por el Dr. PORTERFIELD, Director del Departamento de Sanidad de Ohio y Presidente del Comité de Control de la Polución de las Aguas del Río Ohio, que advierte la necesidad de una vigilancia continua de las aguas para evitar el peligro de que éstas puedan llegar al consumo sin haber recibido el necesario tratamiento por el cloro que, en principio, da una seguridad muy tranquilizadora, a condición de que se emplee a tiempo. Cree que en el caso particular de Barcelona no ocurrirá este peligro y recuerda que, si bien es fácil conseguir el éxito total desde el punto de vista bacteriológico, sería de desear que pudiera conseguirse lo mismo en el aspecto organoléptico, para alejar el peligro de que los usuarios se lancen a consumir aguas de mejor sabor aunque más peligrosas que las depuradas bacteriológicamente.

Insistiendo en el aspecto universal de las circunstancias que obligan al consumo de aguas superficiales tratadas, refiere el hecho de que los caudalosos ríos centro europeos, como el Rin, merma la altura de cauce cada año y paralelamente desciende el nivel del agua subterránea, y otro tanto ocurre con el Danubio, todo ello debido a una disminución del agua de deshielo de los glaciares que alimentan dichos ríos, menos ricos que antes en reservas heladas como consecuencia de la elevación en 1,5° C. de la temperatura media anual de Europa Central.

Si todo ello ocurre en ríos de gran volumen, no ha de extrañar que fenómenos semejantes se dejen sentir en ríos como nuestro Llobregat, aprovechado hasta un límite máximo y al que se le pide todo y aun más de lo que puede dar, por lo que es de interés general arbitrar los recursos a nuestro alcance para solucionar el problema del escaso caudal de aguas y su creciente demanda.

Termina diciendo que reitera su confianza en la pericia personal y elevada solvencia técnica y científica del Dr. OLIVER SUÑÉ, que han de ser la mejor garantía de que el éxito acompañará a los esfuerzos que realiza

para llevar a cabo la tarea que tiene encomendada en la Sociedad General de Aguas de Barcelona.

Al contestar el Dr. OLIVER SUÑÉ dice que, por lo que se refiere a los virus, es difícilísimo su descubrimiento en las aguas, pero que las dosis esterilizantes de cloro, hipocloritos y bióxido de cloro logran también la destrucción de los virus en las mismas condiciones que en la de las bacterias.

Día 16. — En este día tuvo lugar la solemne recepción del académico numerario electo Muy ilustre señor Dr. D. Joaquín SALARICH Y TORRENS, quien leyó su estatutario discurso de ingreso con el título de *La perforación intestinal tífica. Nuestra experiencia en 71 enfermos operados*, y fué contestado, en nombre de la Real Academia, por el académico numerario Excelentísimo señor Dr. D. Lorenzo GARCÍA TORNEL Y CARRÓS.

Día 18 — El académico numerario Muy ilustre señor Dr. D. LUIS BARRAQUER FERRE desarrolla el tema *Síndromes seudomigrañosos por malformación vascular cerebral*. Dice que los estudios de las cefalalgias son inagotables y acerca de ellas se han publicado obras de gran extensión. La cefalalgia no es una enfermedad, sino sólo un síndrome que puede desarrollarse en virtud de cuadros tóxicos exo y endotóxicos, como la diabetes, coma, nefritis, etc.; así como en las meningitis, sinusitis, etc.; pero la más frecuente es la vulgarmente llamada jaqueca.

Esta, llamada también migraña, tiene tanta importancia que su estudio constituye un capítulo interesante. Sus características son de presentarse por síntomas premonitores, tales como pesadez de cabeza, cansancio, bostezos, trastornos visuales, vómitos, etc.

Los oftalmólogos ven a menudo enfermos recomendados por su médico de cabecera por creer que puedan padecer algún trastorno de nervio óptico y, en realidad, lo que tienen son escotomas u otras pequeñas afecciones sin ninguna importancia orgánica.

También los neurólogos son consultados por síndromes jaquecosos, de los cuales debe saberse que sólo suelen ser vasculares o alérgicos.

Una vez establecido el acceso de jaqueca, el rostro del enfermo refleja malestar. Por regla general, apoya las manos en su cabeza y se recluye en un lugar obscuro.

Hay diversos grados de jaqueca: el ataque sencillo, que permite al que lo padece seguir su vida ordinaria, y otros, en cambio, que obligan al enfermo a acostarse en cama y a sufrir, además, repetidos vómitos. Algunos de estos ataques son tan aparatosos que los familiares piensan en una cefalalgia de consecuencias fatales. Su severidad y su topografía son muy

variadas. Generalmente el dolor empieza por sólo una mitad de la frente, pero luego ocupa la totalidad de la misma.

Siempre ha preocupado saber de dónde parte el dolor de cabeza, ya que el hueso es indoloro y lo es también la masa encefálica; por lo tanto, el dolor ha de partir de la capa adventicia de las meninges que recubren el cerebro.

Algunas cefalalgias sintomáticas pueden ser confundidas con la jaqueca; así las cefalalgias de deficiente construcción congénita. Por lo que respecta a los nevus, ya se habló de ellos en 1870, y en 1894 se comprobó su coexistencia con las jaquecas y se encontraron calcificaciones. Más tarde se supuso que las tales calcificaciones eran las productoras de las neuralgias y actualmente hay quien sigue creyendo lo mismo. Sus síntomas son: névus en la cara, epilepsia hemiparcial, hemiparesia y, además, en algunos casos, trastornos mentales.

El conferenciante proyecta unas radiografías que demuestran la existencia de las expresadas calcificaciones.

Pero el principal objeto de esta comunicación es el de estudiar las malformaciones cerebrales.

Dentro de ellas, las más frecuentes son las relativas a la existencia de aneurismas endovasculares craneales. Hace años que el conferenciante sostiene la idea de que los procesos vasculares cerebrales suelen ser hemorragias por arterioesclerosis, embolias por cardiopatías o trombosis, etc.

La edad propicia para la hemorragia cerebral endógena empieza a partir de los cincuenta años. En edad más temprana suelen ser de origen sifilítico o de otra infección cualquiera.

Los aneurismas se observan en cualquier arteria cerebral, pero los más frecuentes se hallan en el polígono de Willis. Su existencia puede ser asintomática y hacerse sólo patente mediante una radiografía. Sin embargo, en un tanto por ciento bastante elevado puede hacerse su diagnóstico por el síndrome que el conferenciante llama bisintomático ángico parético.

Se inicia por el dolor referido al globo ocular (jaqueca oftálmica), que no es paroxístico y que luego puede producir la parálisis de la motilidad ocular dando lugar al síndrome bisintomático, muy peculiar.

La rotura del saco aneurismático da lugar a un ictus apoplético. Del primer ataque es posible salvarse, pero si repite, el enfermo fallece en coma profundo. Aunque puede darse en todas las edades, es más frecuente en la edad media, por lo cual se ha llamado apoplejía de los adultos jóvenes.

Refiere el conferenciante la historia de una enferma de cuarenta y pico de años, que se presenta al consultorio médico acompañada de su marido y otro familiar, aquejando un dolor de cabeza paroxístico, que repite

varias veces durante el día. En presencia del Dr. BARRAQUER sufre dos o tres ataques: fuerte dolor en el polo frontal derecho, la enferma hace un gesto de dolor y pierde el conocimiento; la inconsciencia dura pocos momentos, como si se tratase de un ataque epiléptico, pero pasa luego y la enferma queda sonriente y tranquila. Vista más tarde se le practica un arteriograma cerebral y se comprueba la existencia de un tumor de lóbulo frontal. Operada, se extirpa un meningioma y la enferma queda curada.

A continuación presenta el Dr. BARRAQUER varias fotografías que demuestran lo que acaba de decir y hace detenidas observaciones sobre la historia de los enfermos a que se referían las radiografías proyectadas.

Día 21. — *Histerodesviación* fué el título de la conferencia desarrollada en este día por el académico numerario Dr. NUBIOLA Y ESPINÓS.

Dice que este asunto, que siempre se ha tenido y se tiene por muy sencillo, ofrece sus particularidades, de las cuales quizá la más interesante es la de que los especialistas en esta materia no están de acuerdo en algunas de ellas. Cree el conferenciante que, en Medicina, sería conveniente elegir cada diez años uno de los puntos de esa materia y revisarlo a fondo. Si esto se hiciera, veríamos que cada diez años ha variado mucho el concepto del tema de esta conferencia. En general, se habla de ella en los términos que expresan su enunciado; pero hay que tener presente que la desviación puede ser anterior, posterior, etc. La más importante de ellas es la posterior.

El útero es importante en patología, tanto por sí mismo como por su posición, en relación con los ligamentos anteriores, posteriores, anchos, etc. ¿Y qué es lo que mantiene al útero en la posición que se suele aceptar como fisiológica, si bien tampoco hay acuerdo sobre este particular? En efecto, hay quien dice que tampoco puede afirmarse que la anterverso-flexión sea la única posición fisiológica, ya que hay muchas mujeres que hacen su vida genital normal teniendo el útero desviado.

Las estadísticas dan una proporción de úteros desviados aproximada al 20 por 100; o sea, que sin llegar a la tercera parte, se acerca bastante a ella el número de mujeres que tienen la matriz desviada. No se sabe el por qué de esta desviación; son diversas las opiniones sobre este particular, pero no existe una patogenia definida. Deben influir en ella circunstancias orgánicas: el vicio de las colegialas de abstenerse de ir al retrete, abortos repetidos, astricción de vientre, esfuerzos violentos, el gran capítulo de las afecciones pelvianas. Todo ello y algo más influye en la retroversión.

Otra dificultad es la de que se quieren establecer diferencias respecto de si realmente se trata de flexión o simplemente de versión; aunque ello

Nueva
presentación!



5000 u x c.c.

5000 u x c.c.

VITAMINA

T

HUBBER

FUERTE

VITAMINA T HUBBER

FUERTE

Poderoso biocatalizador de los procesos del crecimiento, desarrollo y asimilación.

Por tener dicha vitamina T en su forma **FUERTE**, un mínimo volumen en mucha mayor concentración, ya que por c. c. tiene 5.000 unidades, ofrece los ventajas y grandes facilidades para su administración y mezcla con los alimentos, especialmente en los biberones. En los pacientes con intolerancias y trastornos alimenticios, en especial en los vómitos, la reducción del volumen a ingerir es muy importante, habiéndose obtenido brillantes resultados sin trastorno alguno.

En los recientes estudios que se han efectuado, se ha podido comprobar que la acción activadora de la **VITAMINA T HUBBER FUERTE**, constituye el factor más potente para la asimilación de los demás vitaminas, reforzando al máximo la valoración de éstas que son utilizadas en la economía humana, siendo su acción parecida a la de la hipófisis sobre las hormonas.

La **VITAMINA T HUBBER FUERTE** se obtiene mediante procesos especiales. Esta obtención se efectúa conjuntamente con núcleo-proteínas, los cuales refuerzan intensamente la acción de dicha vitamina y acrecientan terapéuticamente el valor general de este complejo.

La **VITAMINA T HUBBER FUERTE**, es un potente biocatalizador capaz de estimular al máximo los procesos de desarrollo, crecimiento y metabolismo celular interviniendo en condiciones óptimas en la regulación de los lípidos y en la síntesis de los proteínas del organismo humano.

INDICACIONES

INFANCIA.—Avitaminosis o hipovitaminosis, osteoporosis del lactante (en combinación con Vitamina D), distrofias de fase reversible.—Anorexias rebeldes.—Prematuridad.—Alergia.—Enfermedad hemorrágica del recién nacido.—Caquexia hipofisaria de Simons.—Dermatitis por rayos X. Eritema solar, eczemas de naturaleza no infecciosa, heridas tóxicas, convalecencias.

ADULTOS.—Embarazo.—Lactancia.—Anorexias de los tuberculosos.—Trastornos primarios del ciclo menstrual.—Insuficiencia pluriglandular.—Edemas extrarrenales.—Neurosis y psicosis.—Gastritis en general incluyendo trastornos de secreción gástrica de origen nervioso.—Úlcus cruris y decubitus.—Eczemas no infecciosos.—Quemaduras en todos sus grados.—Congelaciones.—Arteriosclerosis.—Envejecimiento prematuro.—Convalecencias y anemia.

DOSIFICACIÓN

NIÑOS: Lactantes hasta seis meses . . . 2 a 3 gotas mezcladas o después de dos biberones al día.
Niños de 6 meses a 2 años . . . 4 gotas dos veces al día después de cada comida.
Niños de 2 a 5 años . . . 6 gotas dos veces al día.
Niños de 5 a 12 años . . . 10 gotas dos veces al día.

ADULTOS: 12 gotas tres veces al día o según criterio facultativo.

PRESENTACIÓN: Frascos de 10 c. c. conteniendo 50.000 unidades

LABORATORIOS HUBBER, S. L.

BERLÍN, 38

BARCELONA

TEL. 37 77 92

I. G. MADRY, S. I. - BARCELONA

no tiene demasiada importancia, ya que la conducta a seguir viene a ser la misma.

La importancia de este asunto varía según los autores; desde quien dice que lo mejor es no hablar de ello, hasta los que creen que toda la patología de la mujer procede de las desviaciones de su matriz.

Esto hizo que se iniciaran dos corrientes, una a favor y otra en contra de la intervención. ¿Es que el hecho patológico puede considerarse como importante? Depende de muchas cosas. Su sintomatología es extensa y variada, sobre todo en cuanto al grado. Son muchos los casos en que la paciente tiene una desviación y no se ha enterado de ella. Otras veces, las molestias son muchas: cefaleas, insomnios, trastornos digestivos y nerviosos, desarreglos menstruales y complicaciones urinarias. Cita, como ejemplo de lo dicho, un caso personal en el cual, poco tiempo después de intervenida la paciente, el marido visita al Dr. NUBIOLA y le dice: "Voy a decirle una cosa muy curiosa: hasta que usted no le hizo la operación mi mujer era un demonio, pero después se convirtió en un ángel". Y es que la influencia del sistema nervioso es extraordinaria, lo cual da lugar, a veces, a disensiones familiares, pues las tales desviaciones suelen ir acompañadas de dispareunia y frigidez. Estos conflictos ponen a veces en un aprieto al médico por la dificultad de explicarlo. Debería estudiarse con más detenimiento lo referente a la cópula en muchas de estas pacientes.

¿Es fácil hacerse cargo de una desviación posterior? Sí y no. Muchas veces se puede observar fácilmente y otras puede pasar inadvertida. La razón es muy sencilla, ya que la exploración va casi siempre dirigida a las partes bajas del abdomen, fosas ilíacas, cuello del útero, etc., y, naturalmente, si no se practica un tacto vaginal profundo y un tacto rectal no se puede tener idea de la verdadera situación del útero.

Otras veces ocurre que se diagnostica una tumoración retrouterina, cosa que no es rara. A primera vista parece que deba combatirse la desviación para que pueda tener lugar la gestación y, sin embargo, es frecuente que ocurra ésta a pesar de la desviación, y se produzcan abortos.

Cita el caso de una mujer que entra en el consultorio sostenida por dos personas porque no podía ni andar, y llevaba un diagnóstico médico que indicaba la necesidad de una operación urgente por tumoración pelviana. Una vez sondada, porque la vejiga estaba llena, se encontró que el fondo de saco estaba ocupado por el fondo del útero. Al colocar a éste en su lugar, la mujer se encontró estupendamente bien, ligera y sonriente. Salió por su propio pie y todos creyeron que se había practicado un milagro. Era un caso de útero grávido encarcerado, que demostraba que un útero en retroversión puede tolerar la gestación. Y refiere el siguiente caso clínico: una señora cubana había tenido un hijo y, posteriormente,

varios embarazos que no seguían adelante. Fué a Francia, Alemania, etc., y vino a Barcelona. Imbuído por esas ideas, el Dr. NUBIOLA, después de corregir la desviación uterina, le recomienda el uso de un pesario y se lo aplica. Queda encinta y, cuando se encontraba en el tercer mes de gestación, se quita el pesario y luego sufre un aborto.

Pasa el tiempo y vuelve a consultar al conferenciante, diciéndole: "Vengo a que me ponga el pesario; no es que esté encinta, pero deseo ponerme antes de quedar nuevamente embarazada". En efecto, el Dr. NUBIOLA aplicó el pesario y al cabo de algunos meses recibe la visita de aquella señora, en época adelantada de embarazo, pidiéndole que le quite el pesario, porque espera el parto para muy pronto. De esta manera salvó el segundo hijo. Esto obliga a estudiar bien este asunto: ¿Qué debe hacerse en caso de existir una desviación uterina? Ahora han quedado en desuso las prácticas manuales y toda la terapéutica se reduce a alguna medicación sintomática o a la intervención. En el tratamiento de estas desviaciones ha ocurrido que todos los clínicos están conformes, y entre ellos lo estaba FARGAS, en que corrigiéndola y colocando un pesario se puede curar. El conferenciante cree lo mismo. FARGAS hizo construir un pesario, que el doctor NUBIOLA cree que es el mejor de todos. Sin embargo, la casi totalidad de la generación actual de médicos ignora lo que es un pesario.

Por lo tanto, ¿qué hay que hacer? ¿No hacer caso de la desviación uterina? No; hay que favorecer a la paciente, y no es difícil conseguirlo. Los autores hablan de retroversiones fijas y libres. En realidad, no existen las retrodesviaciones fijas; lo que ocurre es que existe un proceso inflamatorio, aunque sea crónico y con adherencias, pero también en estos casos se consigue la corrección, a condición de que el médico tenga tesón y prudencia. La técnica de la corrección no es fácil, pero el médico se ha de capacitar; que debe elevarse el cuerpo del útero hasta que la mano izquierda colocada en el abdomen pueda alcanzarlo e inclinarlo hacia la parte anterior. ¿Qué debe hacerse una vez corregida la desviación? Algunos especialistas se valían de enfermeras especializadas, que educaban a la paciente en posición genupectoral para que se hiciera un masaje por vía rectal, pero es necesario conservar lo conseguido, ya que es fácil que el útero vuelva a su posición anterior, facilitándolo el vicio que tienen muchas mujeres de retener demasiado la orina, o porque el estreñimiento pertinaz les obliga a esfuerzos de defecación.

El pesario de Fargas es un gran elemento: tiene forma de O abarquilada sobre su plano con una mitad ancha y otra estrecha. Este pesario, de metal niquelado, puede permanecer colocado muchos días, incluso semanas, sin que ocasione molestias, si bien es aconsejable que se cambie cada dos o tres semanas.

Suponiendo que no se aplique el pesario, puede hacerse otra cosa, que es: después de la corrección, enseñar a la paciente a que se administre cada día un enema de un litro de agua templada en posición genupectoral. Así, la introducción por el recto impulsa el útero hacia delante. Luego se expulsa el líquido y la enferma queda tranquila.

Si todo esto falla, queda el recurso de la intervención, que puede ser de diversos tipos: desde el acortamiento a la fijación de los ligamentos redondos para que éstos mantengan el útero erecto, a otra multitud de procedimientos que se emplean desde hace 50 años; unos autores intervienen por la ingle, otros por la vagina, etc.

Todo ello tiene suma importancia, ya que de corregir estos estados dependen el humor y, a veces, la felicidad de la paciente y el bienestar conyugal. E insiste el Dr. NUBIOLA en que conviene que los médicos traten este asunto y entiendan que ello puede solucionarse muchas veces por los métodos antiguos sin necesidad de recurrir a actuaciones cruentas. El tratamiento paliativo con pesario o maniobras manuales da cierto número de curaciones definitivas. El tratamiento quirúrgico podrá estar indicado cuando fracasen los otros medios o no se toleren bien.

Por lo que respecta a las desviaciones laterales, interviene en ellas un proceso bacilar que da lugar a retracciones del ligamento ancho y a la formación de adherencias. En este caso, conviene saber si los anexos se hallan en estado normal y, de no ser así, combatir la afección de los mismos.

El académico corresponsal Dr. GARRIGA ROCA, después de felicitar al Dr. NUBIOLA por su brillante exposición, que califica de lección magistral, dice que, después de muchos años de práctica, tiene el convencimiento de que la desviación lateral, que apenas se cita en muchas obras de la especialidad, es la que tiene más importancia, porque la presencia de una laterodesviación uterina, que no sea debida a una tumoración del ligamento ancho, es debida a una retracción y que esta retracción revela la existencia de un proceso anexial. Convencido de la frecuencia con que se presenta esta desviación, vuelve la oración por pasiva y afirma que cuando se encuentra una laterodesviación, puede decirse que hay lesión de los anexos y, consiguientemente, que la mujer podrá ser estéril.

El académico corresponsal Dr. NUBIOLA SOSTRES dice que cuando se halla un útero en retroversión puede corregirse ésta mediante la introducción de un histerómetro, que se hace penetrar hasta el fondo del útero; sujetando el órgano con unas pinzas de garfios y ayudándose por el tacto, se procura corregir fácilmente la desviación. Para practicar esta maniobra debe escogerse siempre los primeros días después de la regla, para evitar que con ella pudiera practicarse una maniobra abortiva.

El académico corresponsal Dr. AGUSTÍ dice que abunda en las ideas

del conferenciante y que, en cuanto al tratamiento de las desviaciones no se han mejorado las técnicas, sino que cada cual va por su camino porque, de verdad, no es fácil aconsejar la intervención operatoria. Si se puede lograr la corrección por procedimientos médicos y por el tacto es mucho mejor. Cita el caso reciente de una señora que se operó por una de las técnicas más modernas, a pesar de lo cual se produjo la estrangulación de un asa intestinal que provocó una peritonitis. Esta intervención se hizo sin que la paciente hubiese aquejado ninguna molestia y únicamente por el deseo de tener hijos. Al cabo de unos meses quedó embarazada.

El Dr. SALAMERO, académico numerario, dice que los que, como él, practican cirugía general, ven con relativa frecuencia trastornos digestivos provocados por retrodesviaciones uterinas. Todo cirujano que se dedique a gastroenterología, ve casos de éstos y, cuando uno de ellos no está claro, piensa siempre en un trastorno genital.

Es muy frecuente hacer diagnósticos de apendicitis a la ligera, pero cuando el cuadro es vago, si se practica un tacto vaginal se descubre con frecuencia una retrodesviación. Su larga experiencia le ha llevado a la conclusión de que si una enferma presenta trastornos digestivos sin un cuadro neto, hay que pensar siempre en una afección prostática si se trata de un hombre, y en una afección genital si se trata de una mujer. El Dr. SALAMERO practica siempre la intervención por la línea media, para de esta manera poder comprobar el diagnóstico.

El Presidente, Dr. COROMINAS, al hacer el resumen de la discusión, dice que las aportaciones del Dr. NUBIOLA son siempre lecciones de maestro. Que sus conferencias le recuerdan las de los antiguos clínicos franceses, como TILLAUX, DIEULAFOY, nuestro ROBERT, etc., que, sin el agobio de citas, hoy tan frecuentes, se limitaban a exponer su experiencia personal y decían, como dice hoy el Dr. NUBIOLA: "Yo he visto, yo hago, yo he hecho", etc., o sea, que hacían patología personal. El clínico verdaderamente clínico, no debe su saber a lo que haya aprendido en los libros, sino que, ayudado por éstos, sabe hacer su propia experiencia y enseñarla a los demás.

Es indiscutible que para hacer un buen diagnóstico hace falta un detenido interrogatorio, pues si éste se lleva a cabo con mucha minuciosidad, pero sin intervenir en el ánimo del paciente, una vez logrado, se tiene las más de las veces el camino directo para un buen diagnóstico, que es la base de un buen tratamiento. El Dr. NUBIOLA ha sabido siempre ser buen clínico, sacar enseñanza de lo que ve y comunicar éstas con provecho a sus alumnos.

Día 25. — El académico corresponsal Dr. D. Ramón ROQUER, presbíte-

ro, es presentado por el Presidente, no por ocupar por primera vez la tribuna, pues ya anteriormente había dado otra conferencia, sino como nuevo miembro corresponsal por sus brillantes publicaciones de carácter filosófico, muchas de ellas con indiscutible relación con la patología médica; la brillante historia del Dr. ROQUER como publicista y como filósofo de altos vuelos le han captado unánimemente los sufragios de la Real Academia, por creer ésta que su consejo habrá de ser siempre de gran valor, tanto mayor hoy que tanta importancia tiene la llamada medicina psicosomática, en la cual es preciso que el médico penetre en el psiquismo del enfermo para poder, algunas veces, desentrañar el origen de su afección orgánica.

La anamnesis, diálogo, coloquio y psicología profunda, titula su conferencia el Dr. ROQUER, que dirige unas sentidas palabras de salutación a la Real Academia por haberle concedido el honor de figurar entre sus miembros, y refiriéndose a unos estudios del Dr. Tomás CARRERAS ARTAU, en los que habla de diagnosis de almas, dice que quisiera introducir ese diagnóstico en los coloquios entre médico y paciente.

Ha motivado el título de esta conferencia un escrito del profesor Laín Entralgo, del cual dice el conferenciante que su primer párrafo no tiene, filosóficamente, desperdicio, pero del cual aprueba en unos trozos y respeta otros.

La primera contradicción que encuentra es el descubrimiento de la absoluta necesidad del diálogo con el enfermo, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Antes, el contacto entre uno y otro era visual y de tacto, hasta los datos auditivos eran referidos a imágenes visuales y tangibles. A partir de FREUD el contacto es también auditivo, o sea que, por parte del médico, ha de haber comprensión e interpretación, pero no intuición.

Un complejo puede ser oído, pero no visto. De aquí las diferencias entre FREUD y CHARCOT: *ex-auditu* y *ex-visu*.

El diálogo anamnésico anterior a FREUD era sólo testifical; luego se extendió a zonas de la intimidad del enfermo, que hasta entonces no habían sido exploradas.

El Dr. ROQUER intentará hacerlo desde su punto de vista. Dice que primero intentará un resumen de la palabra anamnesis. Su origen es bien sabido: es palabra platónica que se encuentra en varios diálogos: Zenón, Menón, etc., cuando expone el mito de la preexistencia de las almas. Por eso a la palabra anamnesis o recuerdos, cuando hablamos lo traducimos por reminiscencia. Se le deja el "ana" para indicar que es un recuerdo hacia arriba. Es una pretensión magnífica y perfecta. ¿Qué más podemos desear que llegar a una zona desde la cual apareciera nuestra vida saliendo de

an hontanar; que sólo estando atento descubriésemos la ley que regula las constelaciones psíquicas?

Platón creía que podría ser así; por eso su mito de la preexistencia de las almas era precisamente esto, un mito, opinando que existía cierto parecido entre las "plagmatas" o cosas sensibles y las cosas del espíritu.

Pero opinar así es grave. No debe confundirse la "mímesis" con la "memexis". Nuestra capacidad poyética hace que podamos efectuar el proceso de la "mímesis". Pero la "memexis" necesaria para la anamnesis no queda suficientemente explicada. De todas maneras, Platón dió el gran estímulo y, más tarde, Nemesio, influido por aquél y por GALENO, continúa con esta idea basada en los "topus y perolarios".

Platón creía que el origen de las enfermedades tenía que estar en algo puramente psíquico; pero luego, cuando se vió que el soporte físico también pesaba, el "micton" se convirtió en algo misterioso.

En una revista de Sarres aparecieron dos artículos sobre la situación de la Medicina en la época contemporánea, y escribía que durante veinticinco siglos el médico y el enfermo han hablado la misma lengua y se han entendido a las mil maravillas. Y dice que el médico podía ser ciego, pero no sordo.

Escuchar, comprender e interpretar es el triduo sagrado del freudismo. También en la antigüedad, según Apuleyo, se llamaba a retóricos y filósofos para que curasen a los enfermos.

Apuleyo no era un científico; él no explica como salía de su empeño, si los enfermos curaban o no, pero el hecho en sí es significativo.

Anamnesis tiene varios sentidos: puede emplearse refiriéndose a lo ético, que aquí no nos interesa; en nuestro sentido, lo que importa es que existe una corriente que conjuga lo consciente con la base orgánica del sujeto. Y esto es importantísimo para llegar al conocimiento de que la anamnesis es ciencia colectiva.

Pero, para investigar eso, ¿desde dónde hemos de partir? Hay unas formas primitivas, unos arquetipos que pueden ser tratados en forma plástica, que son los símbolos universales, o sea lo óntico de nuestra estructura. Pero esto es un presupuesto que la ciencia aun no ha justificado; ni tan siquiera con el psicoanálisis.

Ahora bien, aplicada al orden médico, la anamnesis no es un mero recuerdo provocado, sino un dispositivo articulado para acercarse a las causas originales, o, cuando menos, para configurar un proceso a base de hipótesis para luego confirmarlo. O sea, que es un proceso de memoria constructiva.

Construyen el que recuerda o el que escucha. Esto lo ha reconocido el mismo FREUD. En efecto, no aparece nada sensual, pero basta introducir

algunos síntomas para que todos sus recuerdos los centre en torno a aquella sugestión.

Por lo tanto, en las anamnesis se ha de tener en cuenta que no se juega con el tiempo. Parece que podemos llegar desde arriba al origen. Esto es cierto. La inversión del tiempo implica rescatarlo y se rescata por medio del sentido; pero, ¿quién tiene su usufructo? Las capas psíquicas serán las que nos den las constelaciones, atendiendo el psiquiatra a la estructura mental.

Siempre que dialogamos con los demás hay algo que no aparece claro, y entonces es cuando se presentan dos caminos: arriba está el cielo, por el camino del misticismo, y abajo el subconsciente, por el camino del psicoanálisis. O sea, subir al cielo horadando la capa superior, o ir a parar a los instintos subconscientes.

Esta es la manía del romanticismo: perforar la vía mística, que nos hace ir hacia arriba. El psicoanálisis nos hace ir hacia abajo. La mística irá por la elevación; mientras que en el psicoanálisis del subconsciente iríamos hacia abajo buscando el soporte de los fenómenos de nuestra conciencia.

Veamos ahora el significado de la palabra "dialoguein". Tiene gran importancia y atiende a lo expresivo, o sea, es el arte de expresar. "Logos" quiere decir expresión, arte de acomodarnos a los demás para entendernos, o sea la dialéctica, de donde sale el diálogo. "Leguein" es un hablar que aspira a ser una "gnosia" y queda en "diagnosia". Pero en este asunto hay que tener en cuenta ciertas cosas que FREUD olvidó.

Proponemos un lenguaje común a todos los hombres. Desde el punto de vista óptico parece que ha de existir, desde el momento que hay una estructura troncal común. Esto, antiguamente, no se tenía en cuenta. Pero el hecho de ser todos descendientes de un mismo tronco hace que sea lógico que las reacciones sean semejantes, si no idénticas. Pero no es así, ya que hay las formas objetivas del conocimiento. El mero hecho de ser hombres hace que nos entendamos; pero hay un sentimiento de mayor intensidad en el que salimos del plano esencial y pasamos al de entre personas; el más importante es el "amor". Pero el matrimonio no nos interesa ahora, sino sólo la amistad.

El sentimiento personal de intimidad explica la "patencia", casi casi hasta el grado sumo. Pero sabemos por experiencia y por ley de Dios que nuestra intimidad y nuestros secretos no son tan nuestros que no puedan o podamos hacer con ellos lo que queramos. Sólo cuando el rebote trascendente se da hacia Dios la "patencia" es absoluta. Y es porque entonces es sincera y sin cortapisas. Y el que no cree en Dios ha de buscar un ideal en

la Tierra; pero es raro que si no es algo inanimado pueda provocar este algo cálido que inicia la "patencia".

Ya en tiempos antiguos muchos decían que los médicos son los que llevan a Dios de una manera más patente. Pero GALENO ya previó la censura y su inteligencia le permitió ver que había cosas que se le negaban, y por ello su intuición le hacía ir más allá de lo que le decían.

No hablo en este asunto, dice el Dr. ROQUER, del sacerdote, ya que en él el creyente no ve al hombre, sino a Dios. Pero tened presente que si los médicos no han sido divinizados en la tierra, no lo puede ser nadie.

El efecto catártico del diálogo lo conocemos todos. Pero catártesis de diálogo puede significar que yo convengo, en cuyo caso lo eficaz son las ideas, el diálogo es lo de menos; podría convencer igualmente por escrito. Podría hablarse de la eufonía, o sea la oratoria, y de la sugestión; esta última es importantísima; o sea, decir algo, formular algún juicio y hacer que la otra persona lo acepte por motivos que desconozca o de los cuales no se dé cuenta.

Lain cita un ejemplo impresionante: una asamblea patronal en la que un orador intenta convencer a los hombres que le escuchan echándoles un jarro de agua fría. Al salir, uno de aquellos hombres dice: "¡Uf!, qué peso me he quitado de encima". Lain atribuye este contrasentido diciendo que quizás lo que ha de causar angustia produce una liberación. Dice el Dr. ROQUER que una persona que está escuchando un sermón y dice que se ha quitado un peso de encima, es que respira aliviada, pero... de haberse quitado el predicador de encima. Lo que se ha quitado es la diatriba.

Un segundo ejemplo es el de los multitudinarios trabajos del P. Laburu, que hay que atribuir a su gestión de signo religioso. En efecto, en este caso puede haber sugestión religiosa, pero no en el primero.

Lo más trágico del psicoanálisis es la especie de solidaridad entre analista y analizado, que ha hecho decir al P. Meseguer un disparate fenomenal al traducir una obra psicoanalista, afirmando que analista y neurótico están en una mutua relación: o los dos se salvan o los dos se hunden. Pero el P. ROQUER cree que esto es una equivocación, que debe corregirse. No es posible llegar a esa especie de simbiosis en la que no sabemos quién de los dos es el parásito. De ese modo no se podría seguir, pero, afortunadamente, no es así. Sin embargo, la cizaña del psicoanálisis existe; FREUD dijo: "Se acordarán de mí".

Nadie sabe la importancia que tiene el deseo de absorber una personalidad. Este deseo de acaparar personalidades, en el pueblo de Israel tiene mucha importancia. En ese deseo de transferencia de personalidad, que preconiza FREUD, está latente la voz de la raza, que a través de una ma-

nifestación más o menos científica querría arrastrar a la parte más sana del espiritualismo del siglo XX.

Un complejo no puede ser oído ni visto. Exige la complejidad de los medios primitivos. En la "facies" hay indicios y los hay también en la percepción. Si un psicoanalista fuese ciego, no podría ejercer. Para aclarar este concepto, el Dr. ROQUER se sirve de algunas citas: Sócrates le pregunta a un alfarero: "Me gustaría que me dijese lo que haces en una sola palabra". Y el alfarero contesta: "Mi lengua son mis manos; míralas y ellas te dirán mejor que yo lo que hago". Esto es el tipo del ideísmo. Traduciéndolo a nuestro lenguaje diríamos que el diálogo es una débil parte del lenguaje, de la dialéctica. Para saber en qué consiste, se necesita un "dialoguei" completo. Ha de haber el "poyei", que es el hacer. El mirar permite captar la esencia del ser, pero no el sentido del hacer.

El existencialismo va por otros derroteros distintos de los que tienen normas morales o filosóficas.

Por todo lo dicho, un ciego no puede ejercer.

Se puede ser y "ser". En efecto, nosotros podemos decir "Dios es" y "el hombre es". Pero "es" no tiene el mismo significado cuando lo aplicamos a Dios que cuando lo aplicamos al hombre, ya que, de lo contrario, caeríamos en el panteísmo.

Realmente, cuando uno llega a esta intimidad de diálogo con otra persona, se da cuenta de que estamos ante el misterio del ser.

Ahora bien; cabe preguntarnos: ¿el diálogo puede llegar a captar el trastorno? En la medicina antigua, después de mucho hablar, se conocía algo. Actualmente, con la necropsia puede comprobarse lo que se ha dicho antes. La ambición actual es buscar el soporte en que están incrustados estos complejos. Los seguidores de la psicopatología contemporánea querrían que apareciese la personalidad en una pantalla y que apareciese lo que ellos habían predicho antes. Pero esto no se ha conseguido ni con psicoanálisis ni con narcoanálisis.

Hay algunos espiritualistas exagerados que dicen que existe una zona funcional que está inmune de lo orgánico. Se equivocan. El subconsciente está sujeto al soporte orgánico. Los que defienden aquella posición creen que de esta manera salvan la libertad; pero no es así, ya que la tal zona no existe, es irreal.

Hasta ahora entendemos por funcional un determinado número de procesos y síntomas, con la plena convicción de que en el sustrato orgánico hay modificaciones o alteraciones. ¿Cuáles? No lo sabemos; pero sí sabemos que los subconscientes dependen de su unión al cuerpo. Puede hacerse una comparación perfecta: en Dios se encuentran identificadas la existencia

y la esencia; va descendiendo la escala y ambos factores se deslindan, predominando ya uno ya otro, hasta llegar a quedar implicados en la indigencia radical, en la especie inferior de la escala.

Por lo tanto, es una falta metafísica el desatender lo funcional por lo existencial. Hay posibilidad de un oído íntimo, de un saber hablar a los demás por saber oírse a sí mismo. Nadie podría hablar bien si no se atendiera a sí mismo. Vaya una anécdota referente a este asunto: el músico sordo, que va componiendo y uno le pregunta: "¿Qué oye usted?" Yo empiezo a oírme. Cuando empiezo, es la copia; luego viene el arquetipo al final, que no es lo último, sino lo primero, lo que pasa es que descubrimos siempre lo primero al final.

La amistad no sería posible si no fuéramos a ella más que con la idea de ser queridos; es preciso ir con la prodigalidad de darnos. Un ejemplo de esto es el de la viuda que hablaba alegremente de su esposo, y el del monje que hablaba tristemente de su alegría. Tanto en un caso como en otro la facies decía lo contrario de sus palabras. O sea, que viendo sus aspectos tenían sentido sus palabras, pero sin verlos se comprendía. O sea, que, por separado, ambas cosas tenían sentido, pero no juntas. Así lo explica Zaratustra. Si las palabras no concuerdan con la realidad, es uno de los indicios de la neurosis.

La palabra es el sistema más fácil para la ficción; pero ésta es muy difícil en cuanto a lo corporal.

Hace treinta años que un pensador, Ralf, publicó un volumen titulado: "Conócete a ti mismo por el psicoanálisis". Este autor decía que no hay por qué hablar con los demás, ya que la simulación iría en ascenso. Si se consiguiese hablar con uno mismo sin que nadie le oyera, gritando nuestros temores y nuestros deseos, hablando con todas sus letras de nuestras concupiscencias, estableceríamos con nosotros mismos un "coloquio". Esta es una acepción de hace treinta años, pero ahora ya está sumada en el diálogo.

En la meditación sabemos que al final hay un coloquio con Dios. Ralf decía que hay que hablar así, no con uno que pueda contestar, sino con quien no pueda hacerlo. O sea, con uno mismo o con Dios; entonces es cuando la palabra producirá una catarsis, o sea un cambio completo. En esto consistía el poder mágico de la palabra en la antigüedad.

En rigor, esto lo que hace es sublimar nuestra confesión; ya que al decirle a Dios en la soledad, sin que nadie nos oiga, nuestras miserias, es reafirmar el sentimiento de culpabilidad, que tiene virtud catártica y que, más que un coloquio, es un soliloquio.

Cita luego el Dr. ROQUER algunos de los principios que Su Santidad el Papa expuso en 1953 a los psiquiatras que le visitaron.

Los profundos estratos del psiquismo humano es lícito tratar de en-

tenderlos e interpretarlos y enseñarlos a los demás. Pero no como lo hacen los sabios, que la gente no los entiende, sino de manera que todo lo comprendan; pero han de tener en cuenta que, aun existiendo la libertad de la ciencia para adentrarse en el interior de una persona, siempre existe unos límites que la ciencia no pueda transgredir.

O sea, que es necesaria una razón que no se deje vencer por un irracionalismo; la fe, que salva la región del misterio, para que no sintamos la tentación de eliminarlos; y, finalmente, la moral, de la cual no puede prescindir alegremente el analista.

Hay muchos que han intentado realizar psicología profunda dejando en libertad el instinto. Su Santidad quería indicar que hay un sinfín de casos en que dejar el instinto en libertad hubiera consistido en variar la personalidad de hombres tan ilustres como San Agustín, Pascal, etc.

Por eso, se ha de tener en cuenta que el hombre es unidad y totalidad, estructura esencial que ha de irse incorporando a lo largo del tiempo, pero siempre respetando el problema de la libertad.

Con estas limitaciones, el psicoanálisis ha recibido un golpe tremendo.

Cada día el cristianismo procurará una sublimación de ciertos elementos por la vía de la gracia, sublimación que sería imposible conseguir por vía de la Naturaleza.

Termina el Dr. ROQUER su interesantísima conferencia ofreciéndose a los miembros de la Real Academia de Medicina y dice que, si en alguna ocasión sus pobres estudios de indole teológica o moral pueden servir para orientación o para eliminar alguna duda sobre algún tema relacionado con esta maravilla que es la ciencia médica actual sepan, que pueden contar con un amigo y, más aún, con un servidor.

(Mes de Junio de 1954)

Día 8. — El académico corresponsal Dr. Gabriel CAPELLA cumple la prescripción estatutaria de dar su primera conferencia en nuestro local, cosa que hace bajo el título de *En el primer centenario del descubrimiento del laringoscopio por Manuel García*. Empieza agradeciendo a la Real Academia su nombramiento de miembro corresponsal que ha obtenido en premio a una Memoria presentada al concurso anual de nuestra corporación.

En el desarrollo del tema empieza diciendo que lo ha elegido por dos razones: la primera por la gran importancia que ha tenido el descubrimiento del laringoscopio para el desarrollo de la especialidad, y la segunda por ser español su descubridor.

Al objeto de poder seguir bien la exposición de la conferencia la divide en tres partes; en la primera se ocupará de las notas bibliográficas

más importantes; en la segunda expondrá las fases del descubrimiento como hecho empírico; y en la tercera expondrá la importancia del descubrimiento para el desarrollo de la laringoscopia.

En primer lugar, ¿quién era Manuel García? Como ha dicho el señor Presidente, era un maestro de canto. No era, pues, un médico, sino un cantante excepcional, cuyas dotes podía haber recibido por herencia, pues pertenecía a una familia de cantantes. Su padre, Vicente Papolo García, empezó como seise de la Catedral de Sevilla, luego pasó a Cádiz, donde debutó en el teatro y, por último, pasó una larga temporada en Madrid junto con el gran Máiquez. A su lado, nuestro García aprendió las finas maneras de actor, muy alejadas de las que poseía cuando debutó en Cádiz. Cosechó grandes aplausos en los escenarios de España y de América. Además de cantante, era compositor de tonadillas, operetas francesas, españolas e italianas hasta un conjunto de más de cuarenta. Dedicóse a la enseñanza del canto, escribió un tratado sobre el mismo y fundó una escuela.

Casó con María Morales, de la que tuvo dos hijas, una de las cuales la presentó en París como sobrina suya. En segundas nupcias casó con Josefina Briones, de la que tuvo un varón y dos hembras, una de ellas Felicia García, fué la célebre Malibrán. Esta cantante, mundialmente famosa, poseía unas dotes excepcionales. A los cinco años representaba en Padua una ópera en la que hacía el papel de niña acompañando a la que figuraba su madre en el aria; ésta enmudeció adrede y la pequeña siguió cantando siendo la admiración de todos. Trasladada a América, entabló relaciones con un comerciante apellidado Malibrán, el cual se arruinó poco después de casarse y su mujer se separó de él, dedicándose por entero a las tablas, en las cuales cosechó más gloria que antes de casarse.

Su otra hermana, Paulina, vivió muchos más años que ella, que murió joven a los veintiocho años, por efecto de una caída de caballo. Esta Paulina vivía todavía, con sus 82 años, cuando Antonio García Tapia regresó a España después de celebrado el centenario del nacimiento de Manuel García; estaba casada en París y todavía se defendía tocando el piano y componiendo. Paulina conoció a los más importantes personajes de su época. Fué discípula de Litz, conoció a Wagner, del cual interpretó Tristán e Isolda y comunicó su gran afición a la música y al canto a sus hijos, que fueron compositores y cantantes geniales.

Pues bien, en esta familia de cantantes se formó Manuel García, que nació en 1805 en Madrid. Como hemos dicho, era cantante, pero pronto dejó las tablas ya que, según él decía, la férrea disciplina a que le sometió su padre le hizo aborrecer el canto. Refiere en sus memorias que quizá estropeará su voz por cantar demasiado en la época de la pubertad. Sea lo que fuere, no fué excesivamente famoso, quizá porque no podía compe-

tir con la fama de sus otros familiares. Y, por ello, se dedicó a dar lecciones de canto. Pero su afán de saber y su férrea voluntad le indujeron a estudiar el mecanismo de la voz y el del canto, y su descubrimiento nace del afán de saber todo lo referente al sitio donde se produce la voz y de sus estudios sobre la laringe. Publica sus impresiones sobre la voz y las comunica a la Real Sociedad de Cirujanos en 1885; escribe, por último, un tratado completo del canto, del cual se hacen varias ediciones en francés, inglés e italiano. Por todo ello recibe título de Dr. Honoris Causa de diferentes Universidades.

Es nombrado por el Rey de Inglaterra Comendador de la Orden de la Victoria; el Rey Alfonso XII le nombra Gran Cordon de la Orden de Alfonso XII; el Kaiser Guillermo II le entrega la Medalla a la Ciencia, que sólo poseían escasas personas. A este homenaje se unieron las sociedades belga, francesa, danesa, etc., de laringología.

Un día de septiembre de 1854, paseando por el Palais Royal de París, preocupado por su constante idea, concibió de repente la posición de los dos espejos para construir su laringoscopio. Pide dos espejos, uno de odontólogo y el otro de mano y con ellos empieza sus experimentos. Lavó el espejo, lo introdujo a nivel de la campanilla y, con un haz de rayos luminosos convenientemente dirigido pudo ver la glotis y la tráquea. Pasada la alegría de su primera impresión pudo contemplar con calma lo que se veía y observó la forma con que se abría y cerraba la glotis. Así fué como se descubrió el laringoscopio.

Antes que el de Manuel García, Botzini, en 1807, ideó un laringoscopio consistente en un tubo dividido en dos por un tabique; por uno de ellos entraban los rayos luminosos y por el otro podía, aunque mal, verse el interior de la garganta. En 1829 Ravinton intentó una modificación, que tampoco tuvo éxito. También en 1844 Wuartten ideó otro aparato, que tampoco obtuvo mayor éxito.

Manuel García publicó su invento en el año 1854, en pleno siglo XIX, cuando la medicina empezaba a querer explicar las enfermedades por observación directa, olvidando las teorías de Hipócrates y Galeno. Quizá el descubrimiento de nuestro compatriota no hubiera obtenido la resonancia que tuvo sin la intervención de Turc, de Viena, de Ferman y de Pest, que vulgarizaron el descubrimiento de Manuel García.

Entrando en la tercera parte de su conferencia dice el Dr. CAPELLÁ que la exploración es la base de todo diagnóstico: sin una buena exploración no hay diagnóstico posible; y es indiscutible que la exploración visual, cuando se puede hacer, es la que da una idea más exacta de las cosas. Con el laringoscopio se podía ver la laringe y sus enfermedades y, por lo tanto, el diagnóstico se basaba en hechos ciertos.

Así, todo lo que se escribió sobre enfermedades de la laringe a partir de 1854 pudo tener ya una clasificación correcta distinguiendo las enfermedades laríngeas unas de otras. Con el laringoscopio se facilitó el descubrimiento de los pólipos y del edema, que fueron bien estudiados. Y, a partir del laringoscopio, nació la tráqueobroncoscopia y con ella todos los perfeccionamientos actuales que permiten llegar hasta zonas más profundas del aparato respiratorio.

Termina su exposición el Dr CAPELLÁ diciendo que han sido legión los españoles que se han dedicado al cultivo de la laringología en sus aspectos clínicos y quirúrgicos. Y cita los nombres de Botell, Castañeda, Murena, etc. y, sobre todo el de Antonio García Tapias a cuyas enseñanzas se debe la propulsión de actuales laringólogos, que honran la medicina española.

Día 22. — El académico corresponsal Dr. Raimundo FROUCHTMAN expone el tema anunciado con el título *El síndrome bronquial asmático. Bases anatomofisiopatológica y tratamiento.*

Dice el Dr. FROUCHTMAN que cuando mentalmente revisamos la evolución experimentada por la patología asmática, impresiona comprobar como durante un largo período queda totalmente estancado el tratamiento de esta enfermedad.

La aspiración de averiguar cuales puedan ser los agentes causales representa un avance. Pero buscando esto, se ha dejado aparte una serie de factores, lo cual ha hecho que se entrara en una vía muerta. Ha sido necesario el desengaño de creerlo todo dependiente del antígeno para comprender que solo podía conocerse bien este problema teniendo en cuenta el organismo en su totalidad.

Solo es posible comprender bien cada caso volviendo al tradicional sistema clínico: interrogatorio, exploración clínica total y minuciosa, tanto material como moralmente, con endoscopias, tomografía, etc.

La crisis asmática no es más que un fenómeno disneico, pero más paroxístico. Entendida así el asma se comprende que el cuadro asmático puede producirse por múltiples causas. Unas veces, es humoral, con antígenos y formación de anticuerpo. Otras veces no interviene la fenomenología humoral.

Entre los diversos cuadros destaca por su importancia la forma infecciosa descrita ya por todos los países de Europa; pero conviene destacar que fué en España donde más importancia se dió a este origen infeccioso del asma. La infección se produce de diversas formas. A veces esta infección es la causa principal de asmas bacterianas o infecciosas. Otras veces, la infección aparece sobre un asma alérgico, en cuyo caso es secundario.

Otras veces, el asma infecciosa se produce como consecuencia de lesiones previas. Sin embargo, a pesar de esta realidad clínica de la participación de la infección en el origen del asma bronquial, hay que decir que su papel ha sido y sigue siendo discutido por muchos autores, a pesar de que ellos mismos practican el tratamiento recomendado y logran los éxitos de todos conocidos. En estos casos basta el empleo de los antibióticos para que el asma desaparezca. Sin embargo, no hay duda de que los que siguen de forma ortodoxa el antiguo concepto de asma alérgica se resisten a aceptar el asma infecciosa cuando es alérgica; ya que, al no poder determinar cuales sean los anticuerpos productores, no aceptan el factor infeccioso como principal, diciendo que en realidad se trataría de bronquitis crónicas.

Con el empleo de la broncoscopia se han podido estudiar bien estos problemas, cuyas consecuencias expone el disertante.

El asma infecciosa primitiva se manifiesta porque el enfermo, después de un catarro, de un resfriado, de una congestión pulmonar sufre un ataque de asma, en este caso infeccioso, y siempre el asma seguirá al catarro.

Otras veces, el enfermo tiene una historia de catarros sin otro signo, hasta que, paulatinamente, aparecen pequeños síntomas de asma que producen el asma completa.

El método broncoscópico ha sido el que ha servido para saber si estos enfermos tienen una base orgánica o no. En general, se examina al enfermo en plena crisis; y a veces el estado de la mucosa es perfecto, lo cual quiere indicar que el fenómeno ocurre en bronquios de menor calibre que escapan a nuestra investigación. Pero otras veces se ve un edema de color rosa muy pálido. En estos casos, el examen histológico de la biopsia revela la existencia de pequeñas alteraciones y, además, un gran edema.

Totalmente distinto es el estado en las asmas infecciosas en que después de pasada la crisis su aspecto es normal; en cambio, cuando se practica la exploración durante el ataque se encuentran alteraciones e inflamaciones bronquiales. Las imágenes son idénticas a las de las bronquitis, más o menos visible, etc. Pero lo que más llama la atención es su localización, que no es difusa, sino que se localiza y circunscribe a un lóbulo, habiendo zonas de hiperemia, congestiones de color rojo vivo, secreción a segmentos simétricos y segmentos secundarios. Esta forma circunscrita ha sido repetidamente comprobada en estas asmas infecciosas bronquiales.

Todas estas imágenes de inflamación, de secreción purulenta suelen ir acompañadas de una estenosis, o sea de una reducción de la luz del bronquio inflamado. Otras veces, en las asmas secundarias no son tan acentuados estos síntomas, siendo el diámetro normal, pero la luz del bronquio está obstruida por el moco purulento.

Es sorprendente ver que, en enfermos en los cuales fracasan todos los

medicamentos, es suficiente aplicar unos toques de adrenalina para que al cabo de poco rato el enfermo respire con perfecta libertad. Estas imágenes son idénticas tanto si el asma es primitiva como si es secundaria, solo hay diferencias de grado.

Por lo tanto, es evidente que estos hechos positivos han sido el argumento que ha servido al Dr. FROUCHTMAN para afirmar que los llamados asmas bacterianos se han producido por un proceso anafiláctico, ya que en diferentes siembras han resultado negativas a pesar de ser purulentas.

Basta ver la historia de los enfermos en los cuales hay catarros repetidos sin asma.

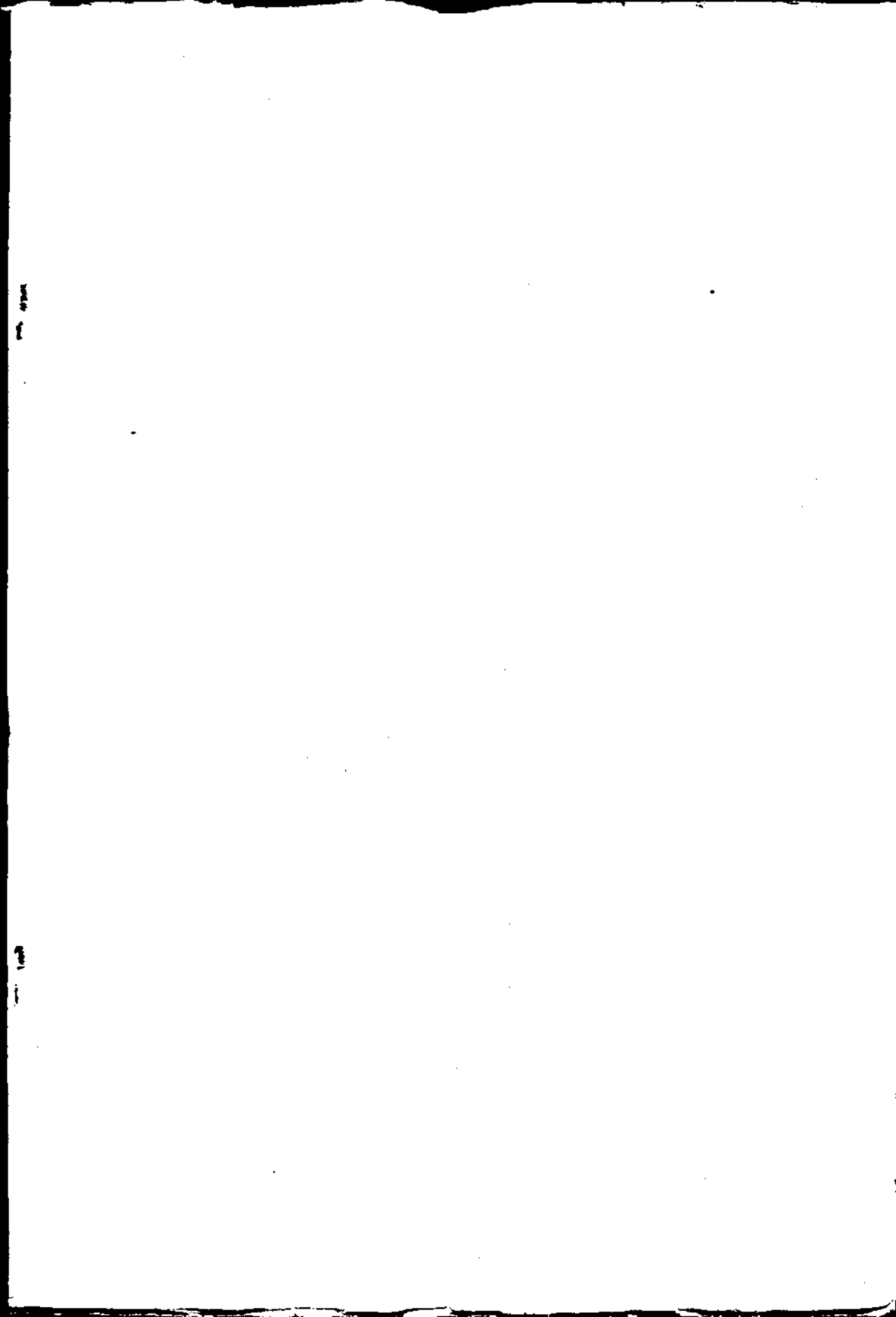
Así explicados los aspectos de esta enfermedad ¿cuáles son las maneras de tratarla?

1.º Al interrogar al enfermo, generalmente explica que después de algunos años de sufrir continuos catarros ha notado ruidos y sibilancias, pero bastaban unos golpes de tos para que todo desapareciese. Mas dichos ruidos y sibilaciones se han ido repitiendo, la tos ha sido inoperante y, por fin, ha aparecido el asma.

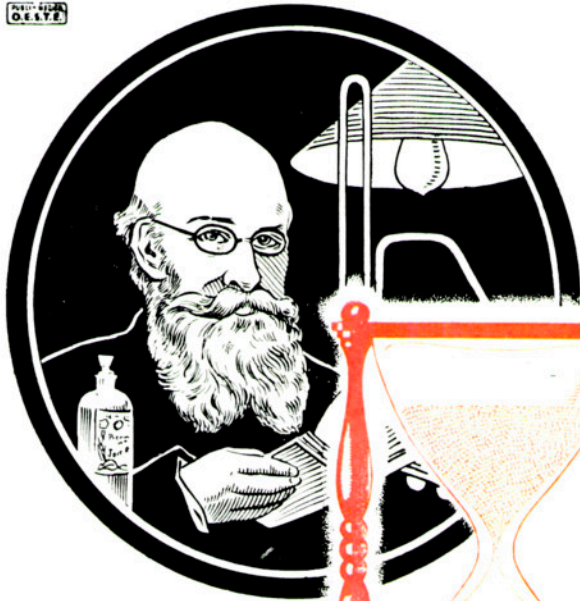
Siempre que un enfermo presente una historia típica de asma infecciosa, o aun sin ella, pero bastando que el estado anterior la haga suponer, debe pensarse enseguida en el asma infecciosa.

Una característica de este cuadro clínico, que el Dr. FROUCHTMAN denomina síndrome de infección bronquial asmógena, es la resistencia a la medicación corriente. Todos los sedantes de la tos son inútiles. Por lo tanto, si todo falla, constituye un dato a favor de un fenómeno de obstrucción localizado, que determina el cuadro asmático.

El tratamiento adecuado cree el conferenciante que es practicar un drenaje, ya que sus resultados son sorprendentes, a pesar de la molestia que ello pueda representar, pues los enfermos se acostumbran pronto a esta práctica por lo bien que se encuentran con ella.



PHARMACIA
OESTE



Una
fórmula
invariable
a través
del tiempo



Phosphorrenal

Robert

RECONSTITUYENTE

GRANULADOS: Simple ● Con hierro

ELIXIRES: Simple ● Con hierro

INYECTABLES: Simple ● Con hierro ● Sin estrocnina

LABORATORIOS ROBERT

ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS • MADRID BARCELONA

