



BOLETIN MENSUAL

LA SOCIALIZACION DE LA MEDICINA (*)

Un gran movimiento de ideas se dibuja en los momentos actuales en pró de la socialización de la medicina. Nacida de la gran revolución médica llevada á cabo por Bismarck, el día en que este hombre de Estado hubo decretado el seguro obligatorio contra la enfermedad y la invalidez, se propaga este movimiento y encuentra adhesiones en muchos países.

¿Cuál es en el fondo esta tendencia hácia la socialización de la medicina? Ella puede caracterizarse por la intervención cada vez mayor de las colectividades en los asuntos médicos, y después por un deseo siempre creciente de poner á la vanguardia de la acción médica las preocupaciones de la profilaxia de las enfermedades, y, sobre todo, por una compresión más racional de nuestros deberes hácia la salud humana.

(*) Tomándolo de la *Revista de Sanidad Civil* empezamos la publicación de el *Ensayo de Higiene social* del Dr. Ensck, Jefe del servicio de higiene en Schaerbeek, lugar próximo á Bruselas y lo reproducimos con el solo objeto de divulgar entre los médicos españoles un estudio que señala nuevas orientaciones en el ejercicio profesional ya que los hechos y enseñanzas, que se desprenden del estudio del Dr. Ensck han de resultar de difícil aplicación en nuestro país dado el grado de incultura general de los habitantes de España por una parte y por otra el que, si científicamente un número de médicos españoles puede sumarse á la masa general de los que en países cultos ejercen la medicina, la gran mayoría nos encontramos profesionalmente un siglo atrasados y tanto es así que hoy día son de actualidad los artículos que en 1819 publicaba el Dr. Seoane combatiendo una organización que es el desideratum de muchos médicos actuales.

Para darse una perfecta cuenta del significado de la doctrina de la socialización médica, es necesario desde luego hacer tabla rasa del pasado y suprimir por el pensamiento, la organización arcaica de la medicina actual, los hospitales, tal como funcionan hoy día, los asilos, en una palabra, todas las organizaciones médicas conservadoras, y preguntarse lo que podría hacer una colectividad disponiendo de todas las adquisiciones de la ciencia contemporánea para suprimir las enfermedades y cuidarlas racionalmente cuando se producen.

Se podría responder á este problema con toda una organización colectivista de la medicina. Por diferentes lados ha sido propuesta esta solución. En 1893, el partido socialista suizo preconizaba la fórmula: *todos los médicos funcionarios*. Cada médico recibiría, según el proyecto, una remuneración de 4.000 á 8.000 francos. La suma necesaria para realizar este proyecto debería provenir de las entradas que habría producido un impuesto sobre el tabaco (ver: el proyecto Greulich, *Revue socialiste* 1894.)

Recientemente el canton de Zurich se ha ocupado de un proyecto análogo: se trataba de establecer un impuesto cuyo producto debía servir para asegurar la gratuidad de los servicios médicos y farmacéuticos (ver: *Sociale Praxis*, 1893).

Por otra parte, un gran número de médicos holandeses se han dirigido al Parlamento para obtener una ley, haciendo del ejercicio de la medicina una función pública. Los gastos que ocasionaría semejante reforma estarían asegurados gracias á un impuesto especial: *el impuesto de la salud pública*.

Recordemos, por último, que antes de su incorporación al Imperio Alemán, el Ducado de Nasau, poseía una organización colectivista de la medicina (ver: *Deutsche medicinische Wochenschrift*: Hoffmann, Die Krankenversicherung Novelle, 1903, p. 397).

Sería desconocer la grandeza, la utilidad, la lógica del conocimiento de la socialización médica para encerrarla en una fórmula tan estrecha, tan radical, tan criticable como esta: Todos los médicos funcionarios! *Difficile est non satiram scribere!* Y un Richter podría lanzarle los mismos sarcasmos que los que ha lanzado contra el colectivismo en general. Estos sarcasmos no se han hecho esperar. Nada dará una mejor idea del modo como las ideas del colectivismo médico integral son acogidas, como el extracto siguiente tomado al periódico *Marseille Medical*. Este periódico cuenta que un candidato en las elecciones había inscrito en su programa, entre otras reformas á realizar *la medicina y farmacia gratuitas*.

« Es sobre la plaga del funcionarismo á toda costa, querido ciudadano, declara, que es necesario aplicar vuestro hierro candente. Es para estos parásitos del presupuesto que es necesario dar gratuitamente vuestro unguento gris.

« Vuestro ideal socialista es entonces aumentar el número de estos vampiros que chupan el dinero del pueblo? Creemos comprender mejor los intereses de los desgraciados que encuentran ciertamente preferible pagar la quina más cara, y el pan más barato.

« Puesto que queréis socavar el edificio social contemporáneo ¿por qué comenzar por el médico y el farmacéutico? Pedid más bien la panadería gratuita, la carnicería gratuita, el almacén gratuito, y una vez en tan buen camino — no se detiene, — las casas de tolerancia gratuitas.

» Bajo la Roma de los Césares, estos tiranos acordaban á la plebe *panem y circenses*. ¿Qué progresos hemos hecho? Veinte siglos después, y no pudiendo dar al pueblo « pan » y « placeres gratuitos », ¿qué le ofrecéis? El aceite de racino gratuito y las lavativas purgantes... á la vista.

» Es Adolfo Thiers, creo quien ha dicho: ¿Queréis hacer decir tonterías á un hombre de talento? Hacedle hablar de medicina durante cinco minutos. »

» No puedo terminar mejor esta carta, invitándoos, querido ciudadano, á meditar, en los momentos que os dejan los electores, este pensamiento profundamente verdadero del fundador de la República Francesa. »

Comprendemos por otra parte, la legítima desconfianza del médico frente á los movimientos sociales. Raramente ha habido que felicitarse, quizás á causas de la diferencia con que los ha seguido.

Mientras que los oficios manuales se han organizado en sindicatos para seguir lo mejor posible los diferentes factores que vienen constantemente á modificar lo marcha del trabajo, los médicos no hacen ningún esfuerzo para dirigir lo que se podría llamar hasta cierto punto, el régimen de su profesión.

Que esté en su apostolado de hospital, ó en su misión de médico de los pobres, que obre como propagandista de la higiene, el médico es, por decirlo así, el eterno sacrificado. El adagio: « Todo trabajo merece salario » sólo es aplicado raramente cuando el médico hace obra social. Por otra parte cada vez que el médico recomienda tomar precauciones de higiene, obra contra su propio interés. El movimiento de socialización médica debe tender á armonizar el interés del médico con el interés social. Importa suprimir esta situación paradójica que obliga al médico á desear el desarrollo de epidemias, el nacimiento de perturbaciones mórbidas en sus clientes, la prolongación de una enfermedad...

Para mostrar el desarrollo de esta tendencia de socialización de la medicina tal como la comprobamos y comprendemos, no es necesario demostrar el interés económico de la sociedad en establecer el registro de la salud, de donde nace la necesidad de un presupuesto de la higiene pública.

La concepción del seguro obligatorio, los descubrimientos científicos que tan profundamente han modificado el tratamiento y la profilaxia de las enfermedades, justifican y precisan este presupuesto. Habría lugar por último para demostrar cómo el médico debe encauzar este movimiento de la socialización de la medicina con el fin de armonizar su interés particular con el interés social.

CONCEPTO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD

Se suele decir que el hombre que trabaja enriquece á la comunidad. ¿No es lógico, desde luego, de asimilarlo á un motor cuya integridad debemos vigilar? Su capacidad de rendimiento ¿no estará bajo la dependencia directa de su estado de salud? ¿No estará disminuida por la enfermedad, la invalidez, el accidente ó aumentada por el acrecentamiento de la salud? Parece lógico entonces, que la salud del trabajador intelectual, así como la del trabajador manual esté vigilada con los mismos celosos cuidados que conducen al industrial á cuidar por la integridad de un motor metálico. Nada parece más natural que el admitir que la salud tiene una significación económica.

Cuando el hombre sufre, cuando es acechado por la muerte, ¿no daría voluntariamente su fortuna para recobrar la salud, alejar el dolor y la proximidad de la muerte? Pero cuando el hombre está bien, excepcionalmente considera el lado económico de la salud.

El punto de vista económico aparece con una dolorosa evidencia en la familia, cuando su jefe enferma: entonces la existencia material de la familia se ve amenazada. ¿Con qué desvelos y cuidados no se rodea al padre en estas dolorosas circunstancias? ¿Con qué ansiedad no se sigue la marcha del mal? ¿Con qué legítima impaciencia no se espera su curación? Aquí la enfermedad tiene una serie limitación. Ella se encuentra en el salario del padre. Sin embargo, esta medida no se emplea para juzgar la salud, sino á partir del momento en que la enfermedad ha franqueado los umbrales de la casa. El médico no interviene en el cuidado de la salud más que cuando el mal ya ha aparecido y, generalmente, cuando ya es irreparable, ¡tan extendida se halla en la opinión pública la idea de que el médico está para curar las enfermedades y no para prevenirlas!

Pero sucede á menudo que el médico no intervenga absolutamente, y que detrás de los muros de la choza de aldea, un ser humano se retuerza en el sufrimiento sin que el eco llegue afuera. Se está acostumbrado á decir que el campesino se interesa mucho más en la salud de su vaca que en la de su mujer.

Hay en estas palabras una gran parte de verdad. Para el tema que nos ocupa hay motivo para detenerse. Cuando la vaca muere, el aldeano se apercibe de que acaba de tener una grave pérdida; sabe apreciar toda su importancia, y esto porque conoce el precio de su animal, mientras que su mujer (pues la mujer del campesino trabaja) representa un valor económico mucho más considerable! Pero como en nuestras sociedades ya no se venden las mujeres como esclavas, no puede darse cuenta del capital económico que ella representa.

Hemos insistido sobre alguna de estas verdades, evidentes en sí mismas porque, en general, las colectividades tienen, respecto á la salud humana, las mismas ideas que el campesino.

A priori, podría parecer de una incontestable lógica que el industrial,

habitado á preocuparse del rendimiento de sus máquinas, profese el culto más idólatra respecto de la salud de sus obreros. Sin embargo, mientras que el motor metálico es engrasado, aceitado, limpiado con celoso cuidado, el motor humano es generalmente abandonado á sí mismo. ¡Qué se oxide! ¡qué se requiebre! Lo mismo que el caballo de coche, fuerza motriz muy apreciada, después de haber gastado sus fuerzas en la tracción de carruajes es entregado al matadero, cuando su capacidad de rendimiento ha disminuído, y porque de otros caballos vienen á sufrir á su vez el calvario; de modo que en un país donde el trabajo no es protegido, el motor humano es menos apreciado que el motor metálico. El primero puede ser reemplazado por otro sin desembolsos, el segundo tiene un valor bien determinado. La salud del obrero no está sometida á ningún *control* permanente, sea que, como sucede en la generalidad de los casos, no tenga ningún interés en hacerlo.

Pero basta que una epidemia se anuncie para que todo el mundo se agite. Que la viruela amenaze, pues enseguida se ordenará la vacunación general, porque la epidemia amenaza detener bruscamente el trabajo. Pero el desgaste lento, gradual, fatal, del motor humano no es un fenómeno que haga tanto ruido que despierte á los directores de la conciencia de sus deberes frente á la salud humana.

De este modo se afirma la gran significación económica de las epidemias. Tronchando bruscamente y sin piedad un gran número de vidas humanas, ellas solicitan imperiosamente la atención de la opinión pública y aquéllos que han pagado su tributo á las plagas epidémicas son como la reivindicación de las reformas sanitarias.

No es más que á consecuencia de las epidemias de cólera que las islas Británicas han sido dotadas de esta admirable organización sanitaria, que todo el mundo envidia y que ha permitido á este país luchar victoriosamente contra la enfermedad y la muerte. El sentimiento en materia de higiene parece ser un factor de progreso mucho más importante que la conciencia razonada de un deber. Se puede aún preguntar hasta cierto punto, si el Instituto Pasteur, que tanto ha hecho por el progreso de la Medicina en el mundo, habría sido creado si no hubiese tenido que ocuparse de la rabia, esa afección dolorosa tan atroz y capaz de conmover la opinión pública? Los hombres son solidarios frente las epidemias y el dolor. Esta solidaridad ha permitido un cierto progreso en materia de higiene pública.

La indiferencia general que se manifiesta frente á la salud en tiempo ordinario, se vuelve encontrar en la actitud de los gobiernos.

« Mientras se combate con todo rigor los peligros que amenazan al ganado, importa poco que estas enfermedades sean peligrosas para el hombre. La legislación es hecha por los agrarios, y sus intereses políticos exigen ante todo la protección del ganado. » De este modo se expresa Lindemann en su importante obra sobre la *Organisation de l'hygiene communale en Allemagne* (p. 447).

DR. ENSCH.

(Continuará)

ESTUDIO DEL DESARROLLO DE LA MIOPIA ESCOLAR (*)

(Continuación)

Pero en donde se pone más en evidencia la influencia de la raza, es al comparar el número de **M** de unas naciones con otras, al mismo tiempo que su grado de cultura. Así, en Rusia, cuya cultura no se puede comparar á la de América é Inglaterra, y cuyo número de escuelas es muy pequeño, se encuentra un número de **M** mucho menor al que se halla en áquellas naciones.

Cuignet no ha encontrado casi nunca la **M** en los niños árabes de las escuelas de Argelia á pesar de las malas condiciones de estas y el exceso de trabajo á que están sometidos.

La herencia y la raza son, pues, dos factores á los cuales hay que conceder una grandísima importancia, pero su influencia se hace más patente hermanándolos, puesto que es casi imposible hablar del uno sin dejar de mencionar al otro; pero tanto en uno como en el otro caso, es decir, que se admita la influencia de la herencia para individuos y familias, ó la de raza, en el desarrollo de la **M**, es muy difícil explicarnos el modo como esta influencia se pone de manifiesto y cuales son las causas anatómicas que explicarían la frecuencia y la constancia del fenómeno tanto entre los individuos y las familias como en los diferentes pueblos.

Para dar una explicación lo más exacta posible mencionaremos algunas de las principales teorías que han emitido diversos autores para explicarse estos puntos, dejando para páginas posteriores, en donde será desarrollado ampliamente, cual es el factor principal de la **M** escolar; de esta manera trataremos de ver si es posible el desarrollo de la **M** en el medio escolar sin que intervengan las causas ya anatómicas, ya de otra naturaleza que ponen en evidencia las teorías que vamos enseguida á reseñar.

Oculistas de tiempos muy lejanos consideraron la **M** como un esta-

(*) Abreviaturas.—**E.** emétrope ó emetropía. — **H.** hipermetrope ó hipermetropía. — **M.** miope ó miopía. — **A.** astigmatismo.

do congénito del ojo, sin precisar en que consistía el mismo; fué después explicado este estado por una especie de *aplasia* ó efecto de una alteración que interesaba el polo posterior del ojo durante su período formativo; este sitio sería el «locus minoris resistentiæ» el cual se iría dilatando poco á poco bajo la presión intra-ocular. Más tarde se creyó debido este estado congénito á un estado linfático de la coroides, á una distrofia de esta membrana, con aumento de volúmen de las vías linfáticas de salida situadas alrededor del nervio óptico, de lo cual resultaría una debilitación del polo posterior el cual sin perder la forma primitiva se iría distendiendo progresivamente merced á la presión ocular y al aumento de volumen del vitreo. Estas alteraciones de la circulación endo-ocular serían consecutivas á tanstornos de nutrición del mismo, dependientes á su vez de la nutrición general perturbada.

Dichas anomalías del ojo congénito ó poco posteriores al nacimiento que se acompañan de alteraciones de las membranas oculares, sobre todo de una inflamación crónica de la coroides, darían la explicación de los casos de **M** elevada en niños de pocos años y también en aquellos casos en que no puede atribuirse á un uso exagerado de la acomodación, á los cuales se les ha dado el nombre de *miopía progresiva ó maligna*.

Tscherning después de encontrar mayor número de **M** entre personas pertenecientes á la clase de marineros, aldeanos, pescadores, etc., que entre las de mayor instrucción, afirmaba que grados tan fuertes de **M** no debían relacionarse con el trabajo de cerca sino que podían aplicarse por estar afectos los individuos **M** de una coroiditis difusa crónica. En estos casos, pues, hay que admitir un estado congenito del ojo que predispone al desarrollo de la **M** y que explica el porqué dicho defecto de refracción se presenta de preferencia en niños débiles y enfermizos, aunque en ellos no intervenga para nada el medio escolar.

Otros autores invocan como causa más ó menos general de la **M**, una especial conformación del cráneo. Los cráneos dolicocefalos cuya cavidad orbitaria es más profunda están relacionados muchas veces con la existencia de **M**. En estos cráneos el ángulo que forman los ejes orbitarios entre sí es muy grande por lo cual la convergencia de los ojos estaría dificultada, de aquí una presión muscular exagerada y el alargamiento consecutivo del globo ocular.

Bono en unos estudios importantes sobre la relación entre la forma del cráneo y la refracción ocular, estableció que mientras la **M** era muy frecuente entre los sujetos dolicocefalos; la **H**, al contrario, co-

rrespondía á los braquicéfalos: se pueden encontrar, dice *Bono*, braquicéfalos con **M**, pero es casi imposible hallar en un mismo individuo, ligadas la **H** y la dolicocefalia.

De 111 individuos de 18 á 25 años de edad sometidos á sus investigaciones encontró 59 **M**; 32 **H** y 40 **E**. Del estudio detenido de estos casos y de las medidas de las cavidades orbitarias de 370 cráneos, dedujo: que los ojos **M** cuyo eje antero-posterior predomina sobre el transversal corresponden á los cráneos dolicocefalos en los cuales las cavidades orbitarias son muy profundas pero menos anchas; en cambio en los braquicéfalos que presentan las órbitas más anchas y menos profundas, los ojos en ellas contenidos presentan la refracción **H**; y aún más, en los casos de anisometropía que observó dicho autor, notó que correspondían todos ellos á una asimetría craneana, perteneciendo el ojo cuyo diámetro antero-posterior era más pronunciado á la parte del cráneo más desarrollada. Esta teoría en apariencia cierta, no puede esplicarnos todos los casos de **M**. En primer lugar, y es cosa que se observa en todas las cavidades que están en relación con órganos en vías de desarrollo, estas se modelan según la forma de tales órganos, sin que por el contrario estos sean modificados por aquellas. De esta manera sigue la órbita al ojo en su alargamiento progresivo, del mismo modo que el conducto raquídeo amolda sus curvaturas á las del tallo medular que le precede en evolución. Por otra parte, no existe relación entre la órbita y el ojo, que no ocupa toda la cavidad orbitaria, pues hay que tener en cuenta el espesor de las cubiertas, de los músculos y del tejido adiposo retrobulbar que varía mucho en cantidad según los individuos. Por último no existe tampoco relación alguna entre la dolicocefalia y la **M** de manera que dichos factores no son constantes; tanto es así que muchos autores ni siquiera la han tenido en cuenta en sus observaciones.

Otra teoría iniciada primero por *Giraud-Teulon*, explicada y sostenida más tarde por *Stilling*, es la que se refiere á la acción del músculo oblicuo superior sobre el ojo en vías de desarrollo. Dicho autor observó que el trayecto y las inserciones de este músculo, sobre el globo ocular, varían según la colocación de la polea de reflexión del mismo; ahora bien, la contracción de este músculo, acompañada ó no de la del oblicuo inferior, produce, según dicho autor, la *rotación y adducción* del bulbo, á la par que su compresión, según un plano que pasa por el ecuador; compresión que ejecutada repetidas veces, acabaría por producir el alargamiento del ojo. Si se tiene en cuenta que la acción de

este músculo há lugar de preferencia en los trabajos de cerca, se comprende que la lectura y la escritura pueden ocasionar estas compresiones, que á la larga acaban por producir el alargamiento y su consecuencia es la **M**. Este resultado es tanto más constante, cuando la órbita es más baja, pues entonces las inserciones de los dos oblicuos tienden á aproximarse, abrazando el ojo en casi su totalidad.

Esta teoría, que según su autor es la única capaz de explicar la producción de la **M** sin tener en cuenta la acomodación y la convergencia, ha tenido decisivos adversarios, tanto entre autores alemanes como entre los franceses é italianos. Además, nosotros que hemos estudiado en algunos cadáveres, las inserciones de los músculos oblicuos así como la fisiología de los mismos, creemos (como casi todos los autores) que la acción del músculo oblicuo superior, no es la de aproximar todo el bulbo á la pared interna de la órbita, sino más bien la de *alejárla, no es adductor sino abductor*, porque insertándose en la parte superior del globo ocular en el extremo de un plano vertical que pasa por detrás del ecuador, al entrar en acción producirá la rotación, el abajamiento y la abducción del globo ocular.

Mas natural parece, la que explica esta compresión, no solo por la acción de los músculos oblicuos, si que también por la de los rectos internos y externos; además, dichos músculos están dispuestos de manera tal que comprimen muchas veces algunas venas, ocasionando una extasis venosa; y como en la convergencia, el polo posterior se dirige hácia fuera y el nervio óptico permanece fijo, se producirán estiramientos que tenderán á producir la ectasia del mencionado polo. Tanto es así que algunas veces se observan alteraciones en la papila, que no pueden ser atribuidas mas que á estas acciones que acabamos de apuntar.

Después de la exposición de las que se llaman causas generales de la **M**, es facil deducir que todos estos factores pueden muy bien existir, sin que se tenga que atribuir á la escuela la parte preponderante que en realidad tiene. Solo en algunos casos, por cierto bastante raros, se ha de dar toda la importancia ya al factor herencia, ya á condiciones anatómicas especiales; pero nos quedan aún un gran número, en los que á pesar de entrar en juego el elemento hereditario, la escuela obra como causa determinante, en la cual la **M** no se hubiera producido. En estos casos, como en otros tantos de disposición hereditaria morbosa, esta queda en estado latente, permaneciendo así, hasta que una circunstancia desfavorable la pone en evidencia y coadyuva á su desarrollo.

Si los niños que están predispuestos á la **M**, en vez de someterles á las condiciones antihigiénicas que reúnen las escuelas, se les acostumbrara á espaciar su mirada por el campo ó por los dilatados horizontes de los mares, la **M** no se desarrollaría á buen seguro y si lo hacía sería en un grado muy pequeño. Al revés, aquellos niños que están libres de toda tara hereditaria, en los cuales la **M** no tiene ninguna tendencia á desarrollarse, ésta se hace patente, á causa de las modificaciones funcionales que el trabajo de cerca malamente ejecutado, imprime en sus ojos. De esta manera podemos conciliar y reunir todas las teorías más ó menos ciertas que se han formulado, para explicar la génesis de la **M**, juntando los hechos que á primera vista parecen dispersos y del todo contradictorios.

Vamos á tratar ahora de un modo tan detallado como posible sea, las condiciones por las cuales el medio escolar, obra desfavorablemente sobre el órgano de la vista, el mecanismo por el cual el ojo se vuelve **M** y el papel que dicho medio escolar toma en el desarrollo de la **M**; vamos pues á ocuparnos de las causas de la **M** que son las siguientes: *insuficiencia de iluminación y poca amplitud del local, mala construcción del mobiliario escolar, mala impresión de los libros escolares y método de escritura defectuoso.*

F. BORDÁS

(Contiunará)

UN CASO DE PSEUDO-APENDICITIS HISTÉRICA

Son conocidas desde algunos años, las relaciones existentes entre la apendicitis y el histerismo, pudiendo esta neurosis por la intensidad de los reflejos partidos de una pequeña lesión apendicular, dificultar el diagnóstico, agravar el pronóstico y hacer sinó nociva, por lo menos inútil, la intervención terapéutica empleada. Sirva de ejemplo entre otros muchos, el hecho que cita nuestro reputado maestro el Dr. Morales Pérez (1), referente á una recién casada, acusando fuertes dolores en la región del apéndice, que debía ser operada en concepto facultativo (por cuyo motivo fué llamado en consulta dicho profesor), pudiéndose apreciar un histerismo muy marcado, que como se comprende, hizo innecesaria toda intervención quirúrgica.

Talamon, uno de los que estudió primero en Francia la apendicitis,

(1) El histerismo en cirugía. — Revista de Ciencias Médicas de Barcelona, Junio de 1892, página 327.

ha insistido sobre estos hechos de pseudo-apendicitis histérica. Recuerda haber observado tres casos de tal naturaleza que aun en sus diferentes aspectos, ponen de manifiesto el papel engañoso que el histerismo desempeña en el diagnóstico de la apendicitis. En un caso la histeria dió lugar á un simple cólico apendicular. En el segundo hizo creer en una apendicitis crónica con recaídas ó de repetición y el engaño llegó hasta la intervención operatoria. En el tercero la misma marcha se había iniciado hasta que fué interrumpida bruscamente por una poderosa y eficaz sugestión.

Por su parte Talamon cree que en el problema de las relaciones de la apendicitis con la histeria, precisa distinguir dos categorías de hechos: 1.º Los casos en que la histeria existe sola sin lesiones en el apéndice, pseudo-apendicitis histérica; y 2.º los en que la neurosis exaspera y exagera los síntomas de una apendicitis ligera, como ocurre tambien respecto á otras muchas enfermedades agudas, hasta el extremo de hacer creer en una apendicitis perforante y en una peritonitis difusa; esta es la apendicitis con peritonismo histérico.

La pseudo-peritonitis histérica afecta comunmente una marcha sobrea-guda, pero puede tomar la forma sub-aguda y crónica. Se la llama en este caso timpanitis ó meteorismo histérico. En estos casos es á la peritonitis tuberculosa á la que simula de ordinario y se vé asociada á síntomas de cólico mucoso ó muco-membranoso; estas son las crisis dolorosas, las alternativas de diarrea y constipación, los vómitos y alguna vez la fiebre, conjunto sintomático que hace extremadamente difícil el diagnóstico.

Tales son los datos aportados por Talamon á la discusión que se suscitó en la Sociedad médica de los Hospitales de París en Marzo de 1898, en que intervinieron entre otros, Brissaud, Hayem, Merklen, Debove, Moirad, aportando datos interesantes en apoyo de lo expuesto por Talamon. Rendú tomó tambien parte en la discusión manifestando, « que existen circunstancias en que los síntomas reflejos son tan intensos que enmascararon completamente la lesión inicial, haciendo el diagnóstico sumamente difícil. Donde ocurre esto con mas frecuencia es en las histéricas, en las cuales las manifestaciones neuropáticas conexas con la apendicitis involucran de tal modo el problema diagnóstico, que apesar del exámen más detenido y minucioso, siempre queda una duda de la realidad de la lesión intestinal ».

A lo dicho hay que añadir además que, refiriéndonos al sexo femenino, no solo debemos pensar en la histeria, polifórmica afección del sistema nervioso que es capaz de simularlo todo, sinó que tambien es

muy posible una confusión entre la apendicitis y la inflamación de los órganos sexuales, de la que llegamos á participar en el caso que va á ocuparnos, pensando que los síntomas que ofrecía la enferma podían atribuirse á una anexitis derecha, tanto mas de temer, tratándose de una recién parida con fuertes dolores en la fosa ilíaca derecha.

De lo expuesto se deduce, que no debe el clínico precipitarse en sus juicios, sinó que deberá siempre atender á la formación de un buen diagnóstico, base de todo tratamiento, para no exponerse á operar sin conocer con toda la exactitud posible la enfermedad, especialmente cuando se trata de procesos que radican en el abdómen, cuyos diagnósticos por lo general, suelen ser menos precisos que los de los efectos que tienen asiento en las cavidades del pecho y de la cabeza.

OBSERVACION.—Refiérese á una primípara de temperamento nervioso que empezó á quejarse en los últimos días de su embarazo de un dolor en la fosa ilíaca derecha, cuya intensidad acrecentóse con los dolores del parto y cuyo trabajo fué del todo normal. Los tres primeros días del puerperio nada de particular ofrecieron. Llegados al 4.º día, la púerpera siente escalofríos, sensación de lluvia en la cabeza y ligera cefalalgia; la lengua se presenta saburral, húmeda, con sed, estreñimiento de vientre, fetidez loquial y desgarró en uno de los labios mayores; temperatura 40º y pulso 100.

Diagnosticamos el caso en cuestión de infección puerperal, sin poder precisar la clase ni el origen, á falta del exámen bacteriológico de los loquios y teniendo en cuenta que lo mismo podía originar la infección el desgarró vulvar, que una flegmasia del útero o sus anexos. De momento se prescribió una poción antipirética y antiséptica á la vez, las inyecciones vaginales de agua boricada y la aplicación de polvos de yodoformo finamente pulverizados á la herida vulvar. Leche y caldo como alimento.

Por la tarde, la temperatura había descendido á 38'5º y el pulso era solo de 95 pulsaciones por minuto. Al quinto día la temperatura y el pulso eran de 38'5º y 95 mañana y 39º y 100 por la tarde; se prescribe un grado de sulfato de quinina en las 24 horas, continuando lo demás y añadiendo el uso de una pomada de ictiol para fricciónar la región de la fosa ilíaca derecha. Al sexto día la temperatura de la mañana era solo de 36'7º y el pulso 80 y por lo tarde 37'6º y 85. El séptimo día, las cifras fueron de 36'5º y 70 y de 36'8º por 75, por cuyo motivo además de los 2 litros de leche que tomaba la púerpera, se le permitió tomar una sémola y un poco de vino; continua el uso de la sal de Pelletier, en cantidad de medio gramo al día. En los días sucesivos siguien-

do las temperaturas normales, se dió de alta á la paciente á los 15 días después del parto.

Transcurrieron tres semanas sin notar molestia alguna, al cabo de los cuales, vuelve la púerpera á experimentar vivos dolores en el fondo de la región de la fosa ilíaca derecha. Dicho dolor espontáneamente notado y á la presión aumentado, se irradiaba á la región hipogástrica (lijeramente meteorizada), al pliegue de la ingle y al muslo derecho; existía, además, lengua subarral y húmeda, náuseas, estreñimiento, con fiebre de 38° y 80 pulsaciones.

Como faltaban en el cuadro sintomático que acaba de exponerse, los vómitos, el tinte sub-ictérico, la localización de mayor intensidad del dolor en el clásico punto del Mac-Burney y la fiebre era poco elevada, reservamos el diagnóstico de verdadera crisis apendicular, sospechada de momento en vista de los síntomas observados, que no se presentaban suficientemente claros, para admitir dicho juicio.

Teniendo en cuenta los antecedentes de infección puerperal que ofreció la enferma, podía presumirse si su estado patológico pudiera referirse á la salpingitis ó anexítis derecha; empero la falta de tumefacción de la región ovárica y de la trompa de Falopio, la no existencia de antecedentes de infección blenorragica y de bilateralidad de los síntomas y el haberse presentado con toda regularidad el flujo menstrual un mes después del parto, nos hicieron excluir dicho supuesto diagnóstico.

Habiéndose anteriormente comprobado que los dolores se localizaban á la región céco-apendicular en forma de intensas crisis de algunas horas de duración, que se calmaban y acentuaban mas tarde con gran fuerza, de modo que la paciente prorrumpía en fuertes gritos; que la fiebre faltaba durante 12, 15 y hasta 24 horas; que no existía la verdadera facies peritoneal, ni gran depauperación del estado general, apesar de la duración de los sufrimientos; que no existían vómitos y que solamente los dolores apendiculares se acompañaban de timpanitis infraumbilical, dedujimos al fin que, la pseudo-apendicitis podía ser la responsable de semejantes manifestaciones, en apariencia tan graves.

Los resultados del tratamiento confirmaron nuestras suposiciones, ya que bastaron algunas inyecciones hipodermicas de morfina *loco dolenti* y la ingestinn de pociones antiespasmódicas, para que calmaran los accidentes, quedando la enferma curada en pocos días.

BONFILIO GARRIGA

¡CON PIEDRA BLANCA!

Al cerrar este número (15 diciembre) hemos de hacer constar que durante el presente año, no ha fallecido ninguno de los médicos inscritos á este Colegio, que como es sabido, alcanzan al número de 234, (206 que ejercen en la provincia, 8 están retirados y 20 que residen en otras regiones). Hecho que consignamos con sumo gusto y que deseáramos se repitiera, guardándonos de añadir por muchos años para no solevantar á los jóvenes que aspiran ocupar los huecos que la muerte produce y aun mas á aquellos que al acompañar un colega al Campo Santo, ya han revuelto Roma con Santiago para hacerse con la lista de los igualados que tenía el difunto.

De la necesidad que tenemos los médicos ya machuchos, de morirnos, aunque no sea mas que para evitar el ridículo en que cayó un compañero, lo prueba cuando menos el caso rigurosamente histórico que vamos á relatar.

Corría el año 1879; enfermó un médico que cobraba sueldo de una Corporación provincial, se agravó en su dolencia y fué viaticado en uno de los días que la Corporación celebraba sus reuniones trimestrales; y un compañero temiendo perder la ocasión, solicitó, en el mismo día que viaticaron al otro, la plaza, encabezando su petición en los siguientes términos: "— Exmo. Sr.: Próximo á fallecer D. B. E...., que desempeña la plaza etc., Y efectivamente, D. B. E...., que contaba 76 años, no se murió en aquel entonces, aun vivió un año mas y el compañero que se pasó de listo, no pudo obtener la prebenda.

De otros casos, sino de tanta crudeza, muy semejantes al relatado podríamos dar cuenta, para probar que no conviene á los *vivos* el que se repita el caso insólito de aquel año, pues los clamores de los *compañeros* llegarían al Cielo.

J. P.

FIN DEL TOMO XI

ÍNDICE

PÁGINAS

Deontología

Una tasación de honorarios	17
El Montepío del Cuerpo de Médicos Titulares.— <i>M. Martínez y Bori.</i>	23
El Colegio de Médicos de Gerona y los Titulares.— <i>F. Suarez.</i>	49
El problema de los Médicos.— <i>A. Marinoni.</i>	122
Socialización de la medicina.— <i>Dr. Ensch.</i>	169
Auri sacra fames.— <i>J. Pascual.</i>	103
Por mal camino.— <i>J. Pascual.</i>	105

Científica

Un prólogo á un libro del Dr. Maestre.— <i>S. Ramón y Cajal.</i>	5
La fiebre tifoidea en las poblaciones rurales y en el campo.— <i>J. Sau.</i>	33
Un caso de gangrena en una criatura de quince días.— <i>J. Sau.</i>	94
Tétanos del recién nacido.— <i>E. Arderius</i>	40
Herencia de la lepra.— <i>M. Balvey.</i>	87
Una horquilla en la vejiga de la orina.— <i>E. Vilar.</i>	97
Las papeletas de defunción.— <i>J. M. Mascaró.</i>	57
Un caso de tumor isquio rectal.— <i>B. Garriga.</i>	118
Un caso de pseudo-apendicitis histérica.— <i>B. Garriga.</i>	178
Estudio del desarrollo de la miopía escolar.— <i>F. Bordàs y Salellas.</i>	142-163-174
El cultivo del arroz en el Bajo Ter, (informe de la Junta de Sanidad).— <i>J. Pascual.</i>	157
Análisis de productos patológicos (paratifus).— <i>F. Murillo.</i>	133
Como deben administrarse los bromuros.— <i>P. Hartenberg.</i>	115
Flora bacteriana de la carne de pescado.— <i>R. Romme.</i>	130
Los métodos de Bier.— <i>J. P.</i>	145

	<u>PÁGINAS</u>
Una visita á Ronn.— <i>Kestelot</i>	146
El método de Bier.— <i>J. L. Faure</i>	149
El método de Bier en las hidrartrosis.— <i>Rene de Gaulejac</i>	151
Congr. Inter. de Med. de accidentes del trabajo	11

Bibliografía

Análisis bibliográfico de la Ginecología del Dr. Fargas.— <i>M. Balvey</i>	29-42-59
	71-85-99

Sección Oficial

La clasificación de las plazas de Médicos Titulares.	1
Cuenta general de 1905.	38
Convocatoria para la IX Asamblea	121
Acuerdos de la IX Asamblea.	137

Necrología

¡Con piedra blanca!	182
-------------------------------	-----

Variedades

La inamovilidad de los Titulares.	67
Estadística médica de la provincia de Gerona.	79
Primer Congreso de Higiene de Cataluña.— <i>J. M. Mascaró</i>	83
Rosas.—Sanatorio para niños raquíuticos.— <i>J. Sau</i>	138
Una novedad.	133
Se salvó la clase.— <i>J. Pascual</i>	65
¡Mendigos! — <i>J. Pascual</i>	81
Cajal.— <i>J. Pascual</i>	153

Grabados

<i>Grabados</i>	91-95
---------------------------	-------