

194 bis

AÑO II

SEPTIEMBRE-OCTUBRE

3

NÚM. 11

ANALES

DE LA

Academia de Ciencias Médicas

DE

Córdoba (España)

REVISTA BIMESTRAL



COMITÉ DE REDACCIÓN

DIRECTOR

DR. R. JIMÉNEZ RUIZ
(Presidente de la Academia)

REDACTOR JEFE

DR. E. LUQUE RUIZ
(Vicepresidente de la Academia)

SECRETARIO DE REDACCIÓN

DR. J. NAVAS GONZÁLEZ
(Secretario de la Academia)

ADMINISTRADOR

DR. G. SALDAÑA SICILIA
(Tesorero de la Academia)

ANALES

DE LA

Academia de Ciencias Médicas

DE

Córdoba (España)

SUMARIO

	Página
El problema de la Osteomielitis, por el <i>Dr. Emilio Luque</i>	153
Relaciones entre el Adenoidismo y algunas afecciones oculares, por el <i>Doctor don José Navarro</i>	161
Consideraciones sobre casos de Litiasis renal, por el <i>Dr. Jacinto Navas</i>	173
Estudio crítico de la mortalidad infantil en el medio rural, por el <i>Doctor don Eduardo Tello Amador</i>	179



EL PROBLEMA DE LA OSTEOMIELITIS

POR EL

DR. EMILIO LUQUE

Decano Jefe del Hospital Provincial

La osteomielitis es una enfermedad vieja que reclama tratamiento nuevo. El enfermo de osteomielitis que ingresa en un servicio de Hospital, es una cama ocupada hasta que la familia, en un período de mejoría, quiere llevárselo.

La tardanza del práctico para asegurar el alivio rápido, debe desaparecer, como ha desaparecido para la apendicitis, la hernia estrangulada, la perforación de estómago, el embarazo extrauterino, el aborto, la retención de orina, la oclusión intestinal, etc., etc.

El reconocimiento del proceso es fácil, el tratamiento sencillo y mucho menos peligroso que dejar la enfermedad sin un dique que la detenga. No debe olvidarse el dicho conocido *que si el tiempo que pasa entre el comienzo de la enfermedad y la operación se mide por horas, la convalecencia se medirá por semanas, y si aquel tiempo se mide por días, la convalecencia se medirá por meses o años.*

La operación, como decíamos antes, es sencilla y al alcance del menos acostumbrado a tratar enfermos quirúrgicos; y nuestro propósito no es otro que indicar su facilidad al buen número de médicos prácticos y competentes, y si dificultades especiales lo impiden, recordarles el deber de enviar rápidamente el enfermo a un centro quirúrgico, teniendo en cuenta que la infección y destrucción del hueso hace rápidos progresos.

De modo esquemático, describiremos la anatomía patológica del proceso, medio seguro para orientarnos en el conocimiento y tratamiento de la osteomielitis.

El hueso, ante una infección, constituye un todo solidario. Las lesiones periósticas no son independientes del tejido óseo, y las me-

dulares evolucionan siempre interesando el periostio. La lesión de uno de ellos lleva como consecuencia la lesión de los otros dos, siendo un hecho probado, que esta comunidad de reacción es mucho más manifiesta en el estado de desarrollo.

La lesión primitiva se implanta por vía hemática en la trama *vásculo conjuntiva*, que ocupa los conductos de Havers, y que sirve para nutrir al hueso y en el *retículo* que sustenta la médula que, como sabemos, tiene la misión de sostener la hemotopopesis.

Según la intensidad de la infección, se observa:

A) La periostitis aguda, con su absceso subperióstico, secuela inmediata de la inflamación de los conductos de Havers (Haversitis). Si el proceso tiene poca magnitud sólo se produce la necrosis de las capas superficiales del hueso. En otras ocasiones el pus separa al periostio por completo del hueso, y la necrosis es total. Por último, si se realiza la perforación de toda la capa cortical, la lesión es francamente medular.

B) La medulitis empieza en el límite entre la diafisis y la epifisis, en la zona metafisaria, estando explicada esta iniciación desde los trabajos de Lexer, sobre la circulación de los huesos. La metafisis es el punto donde terminan las arborizaciones de la arteria nutricia y el lugar donde se detienen los embolos infectivos que van en la circulación sanguínea, propagándose desde este punto al tejido conjuntivo de los conductos de Havers, y deteniéndose en la parte periférica de ellos, que es la más estrecha.

La consecuencia de este flemón del interior de los conductos, que no se dilatan por su contractura ósea, es la muerte de hueso, la necrosis, término fatal de toda osteomielitis. Esta muerte del hueso es más o menos extensa, según hemos indicado antes, y tomando en ocasiones la forma de focos múltiples y perforantes de la epifisis, propagándose el proceso a la articulación, complicación no muy frecuente, pero sí grave.

Una reacción inflamatoria con supuración y granulación, separa al hueso muerto, formándose el sequestro que, actuando como un irritante sobre sus alrededores, provoca una inflamación osteoplás-

tica del periostio que encapsula al secuestro, *invalucro*, que unas veces es único y otras múltiple.

Este simple bosquejo anatómico patológico, determina lo que es y lo que debemos hacer ante una osteomielitis que se inicia, pues deseamos recordar a los prácticos la necesidad de tratar con toda solícitud y técnica las afecciones que sirven de punta de entrada a los gérmenes que, embolizándose, producen la osteomielitis. Toda forunculosis en un niño debe ser tratada con cuidado. Ella es seguramente la causa más frecuente del proceso que nos ocupa, y téngase en cuenta que a veces es su causa a plazo largo. El estafilococo queda en estado inactivo largas temporadas, y causas externas o internas hacen que recobre su virulencia. Las vacunas usadas con la tenacidad que requiere la infección estafilocócica, seguramente esteriliza al sujeto.

La amigdalitis aguda, punta de entrada de estreptococos múltiples, no es solamente el origen más frecuente del reumatismo paliarticular agudo, endocarditis y glomerulonefritis, es también la antesala de osteomielitis graves. En Alemania tiene tanta importancia una amigdalitis por ligera que sea, que se obliga al enfermo a permanecer en la cama, y es tratado con toda atención. Igualmente deben ser atendidas la otitis y rinitis. Las infecciones tíficas y neumocócicas requieren cuidados y vigilancia, por ser en ocasiones procesos productores de la enfermedad que nos ocupa, habiendo observado que la debida al neumococo es hiperaguda y gravísima.

Iniciada la enfermedad con más o menos virulencia, sin prodromos, con fiebre alta, en ocasiones con epistaxis, en una palabra, como una infección general indeterminada, pronto llama la atención el dolor mal localizado en un miembro. ¿Reumatismo? La articulación se moviliza sin dolor, pero el dedo, comprimiendo, lo provoca, y bien agudo. Sospechamos la osteomielitis. ¿Vacunas? En fase tan aguda, qué esperar de ellas. ¿Transfusiones de sangre de individuos inmunizados? Dónde se tiene esto fuera de un centro de capital de nación, y no en todas. ¿Es seguro su resultado? La ciencia y la experiencia dicen que no. ¿Septoyodo, metales coloides urotropina, carbón, etcétera, etc.? Kirschner, el cirujano actualmente de más fama mundial,

se declara laico en fe quimioterapia, ante una septicemia aguda de foco conocido. Su fe, está en los medios físicos; la mano armada que abre al exterior el foco séptico.

No quiere ésto decir que al enfermo de osteomielitis no se le haga otra cosa que la abertura del foco. Su estado reclama medicaciones especiales muy recomendables, pero que no se espere de ellas la curación de un proceso en que no tiene demora la intervención quirúrgica, con la cual mejorará rápidamente el estado general y se evitará la necrosis extensa, causa de la tardanza en la curación.

Hemos indicado antes que la operación es fácil y puede practicarla un iniciado en cirugía. El material quirúrgico necesario es lo mismo que el que lleva todo médico al establecerse:

Una mesa, bisturí, tijeras, pinzas de ligadura, pinzas de curación, unos separadores y un ebullidor. Guantes de goma.

De la farmacia: Cajas-botes con gasa y algodón esterilizados en el autoclave (no hay farmacia que no lo tenga a la vista).

Vendas de gasa. Eter anestésico o cloroformo de buenas marcas. Alcohol de 90°. Tintura de yodo. Catgut del 0 en tubos, para ligadura. Un tubo de goma para la compresión del miembro y una sábana y cuatro paños esterilizados.

Anestesiado el enfermo, elevado el miembro, se coloca el tubo lo más alto posible, incisión amplia en el punto más dolorido a la presión del dedo y previamente señalado. Esta amplia incisión es necesario ejecutarla con la mira puesta en el abordaje del hueso. Si con ella se logra dar salida al pus, se limpia con gasa aséptica (siempre cogida con la pinza de curación), se *inicia* en la abertura una gasa, se cubre todo con gasa y algodón y se sujeta el apósito con la venda. Las curas sucesivas se practican con la misma asepsia y suavidad que la operación.

Si no hay pus subperióstico, se despega esta membrana con la legra en poca extensión, y si aparece el hueso tumefacto, con puntos rojos, y el estado del enfermo es fuertemente infectado, el práctico no técnico en cirugía, coloca el apósito y envía al enfermo en el mismo día a un centro quirúrgico. Y si es técnico, rompe con la gubia y el martillo o con la fresa la capa cortical, para dar salida al pus,

sólo lo suficiente para su fácil salida. Aquellas canalizaciones amplias y legrados con la cucharilla, pasaron a la historia.

Como este trabajo no tiene otro fin que vulgarizar detalles técnicos a prácticos alejados de centros quirúrgicos, queremos indicar algo sobre el desagüe de focos supurantes. Jamás puede emplearse material no esterilizado. Jamás debe tomarse este material con las manos. Usar siempre pinzas largas de disección, sin dientes, utilísimas, y hervidas, no quemadas. Jamás taponar, porque la gasa apretada no llena el fin del desagüe.

En estas heridas de miembros amplios, no debe colocarse tubos. Si alguna vez una invasión de músculos y aponeurosis por el pus reclamara una contra abertura y el tubo fuera necesario, hervirlo veinte minutos, cogerlo con las pinzas, y los orificios laterales cortarlos previamente, siempre en dirección al tubo y no transversales, para evitar se doble y deje prestar su función evacuadora.

En los primeros días después de la abertura del foco subperióstico o medular, la cura cuidadosa que antes indicamos: cama, sol, aire y alimentos nutritivos que nos ayudarán a vigorizar al enfermo.

El levantamiento diario del apósito se hará indoloro, aplicando en la herida pomadas antisépticas o antipúógenas, o bien reblandeciéndolo antes con agua oxigenada o disolución de Rivanol o simplemente con suero caliente.

Cuando el proceso ha perdido su virulencia, y pasa al estado crónico, y la herida desagua bien, una o varias radiografías son necesarias, bien para servirnos como punto de mira para las sucesivas, que nos han de indicar el momento de practicar la extracción del secuestro y que las fístulas cicatricen. Este momento no es fácil de precisar. Se necesita que el invalucro o estuche del secuestro sea resistente, ya que el secuestro pueda movilizarse y sea la causa única de la supuración. Este es el momento de los grandes disgustos. ¿Los hospitales son asilos? Pues entonces el enfermo al asilo hospitalario a consumirse poco a poco en aire infestado y confinado. ¿El hospital es un centro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades que requieran *instalaciones especiales* y técnicos especializados? Entonces reconocimiento detenido del enfermo, radiografía o radio-

grafías y a esperar o bien a intervenir según determine la exploración. ¿Cuál es la operación adecuada? La simple extracción del secuestro ayudándose con la gubia y el martillo, relleno de la cavidad con gasa vaselinada y curas tardías de diez a doce días, hasta la completa curación. No siempre se llega a ésta con facilidad. Los focos múltiples son la desesperación de enfermos y cirujanos y justifica las técnicas numerosas de autoplastia de piel y de músculos y los procedimientos para rellenar las cavidades de pastas antisépticas y otros productos. Orr, cuando está completamente enfriada la infección, previa la abertura amplia del foco, tapona con gasa vaselinada y coloca un escayolado que se mantiene de uno a dos meses. En España ha empleado este método G. Aguilar en Valdecilla, estimando que una infección asociada de carácter pútrido alcaliniza el medio y cura en terreno impropio para los gérmenes de la supuración; como se ve, todas estas técnicas como la de resecar la tibia entera, son empleadas para acortar el desesperante proceso de la osteomielitis crónica, problema actual en cirugía, a cuya resolución deben ayudar los prácticos actuando rápidamente o dejando actuar.

DR. EMILIO LUQUE.



MEDICACIÓN CLASICA DE

linfatismo, escrófula, heredosifilis, convalecencias post-infecciosas, enfermedades de las serosas y de los huesos, etcétera : : :

IODARSOLO

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO 300 GRAMOS DE CONTENIDO

AGLICOLO

diabetes y glucosurias; gotas y comprimidos

MIOSAL

extracto de músculo; gotas, inyectables

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable

ZIMEMA

hemostático fisiológico; inyectable 1 1/2, 3 y 5 cc., y gotas

CASEAL CÁLCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

SURRETAL

extracto total suprarrenal; inyectables

CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; gotas e inyectables

ERGAL

extracto medular suprarrenal; gotas e inyectables

GONEAL

quimioproteínoterapia; inyectables

LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; inyectables;

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables

OVARIAL

jugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables

MASTAL

extracto de mama funcionante; gotas e inyectables.

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCI - PISA

Agente: M. VIALE - Provenza, 427. Barcelona - Delicias, 13. Madrid

DIURESINOL

INYECTABLES

UN DIURÉTICO TOTALMENTE OPOTERÁPICO de extraordinaria eficacia en las Uremias, Nefritis agudas y crónicas, Disfunción cardiorrenal, Cirrosis, Pleuresía, etc.

IODHEMOGLOBINA

JARABE, COMPRIMIDOS E INYECTABLES

Medicación diafláctica de las enfermedades de tipo gripal, eficaz depurativo de la sangre y regenerador del organismo que **LOGRA REDUCIR LA PRESIÓN ARTERIAL** a pesar de la Hemoglobina que contiene, por su perfecta asociación con el Yodo.

Indicada en las Arterioesclerosis, Afecciones del corazón y de los vasos, Bronconeumonias, Artritis, Gripe infecciosa, etc.

POLIFOSFORINA

POLVO, COMPRIMIDOS E INYECTABLES

Preparación integrada por tres fósforos orgánicos de efectos maravillosos en la Neurastenia, Surmenaje, Impotencia, Mielititis, Neuralgias, Tuberculosis, Agotamiento intelectual, Convalecencias, etc.

PRODUCTOS ORGÁNICOS PREPARADOS POR
LABORATORIOS FEBUS

DIRECTOR TÉCNICO: DOCTOR GARRETA

WAGNER, 51

BARCELONA

Muestras y Literatura al Representante para Córdoba y su provincia

JUAN DEL RÍO

MENÉNDEZ PELAYO, 7

CÓRDOBA

Conferencia pronunciada en la Academia de Ciencias Médicas
de Córdoba en su sesión inaugural.

Relaciones entre el Adenoidismo y algunas afecciones
oculares

POR EL DOCTOR D. JOSÉ NAVARRO

Jefe del servicio de Garganta-Nariz-Oídos, del Hospital Provincial

Las relaciones de las afecciones del ojo con las de la nasofaringe son tan amplias que a veces resulta difícil de delimitar el campo de una y otra especialidad. Existen íntimas relaciones de vecindad propicias para la propagación de procesos infecciosos, sobre todo de las fosas nasales; existen relaciones vasculares que dan un capítulo de patología común; existen relaciones nerviosas, tanto en el orden de la inervación de relación, como en el de la inervación vegetativa; existen, en una palabra, tal cantidad de puntos comunes, que por algunos se ha considerado que podrían incluirse en una sola las dos especialidades. Prueba de esta íntima relación la tenemos en la actual Sociedad de Oto-neuro-oculística.

Pero aparte de estas relaciones que pudiéramos llamar naturales, y que tienen un fundamento de clara comprensión, existen algunas afecciones cuya conexión no se vislumbra con tanta claridad, de las que hasta la fecha no se conocen mas que algunos hechos de observación práctica, sin que se haya llegado a un acuerdo en su interpretación. De éstas precisamente es de las que nos vamos a ocupar y se refieren a las existentes entre ciertas afecciones oculares y el adenoidismo.

Mas antes de entrar en el tema, creemos oportuno exponer algunas consideraciones como premisa indispensable a nuestro estudio.

En nuestra práctica hemos podido observar que existen dos tipos

bien diferentes de adenoideos. En unos, el estado general es bollante, buena nutrición, buen desarrollo, clara inteligencia, historial patológico mínimo; en cambio intensas manifestaciones locales, de orden mecánico; obstrucción nasal, respiración bucal, sordera, alguna vez supuración de oídos, etc. En éstos encontramos un grueso bloque adenoideo, duro, organizado, formando una tumoración bien delimitada que una vez estirpada aparece como un verdadero órgano formado por las clásicas digitaciones en abanico; es la verdadera amígdala faríngea de Luschka. En otros, los fenómenos mecánicos locales, respirotorios y auditivos son mínimos y en cambio los fenómenos generales son muy acentuados, (demacración, adenopatía cervical y traqueobronquial, rinitis frecuentes, etc.) y en éstos el tipo de las vegetaciones es muy distinto pues forman una gruesa capa blanda, granulosa, sin límite marcado, que tapiza toda la pared faríngea y que al estirparla no forma bloque, sino que aparece disgregada, blanda, como un conglomerado de folículos linfóides. En éstos, que es en los que verdaderamente encontramos el síndrome del adenoidismo, es precisamente en los que con más frecuencia encontramos complicaciones oculares que se puedan relacionar con él, son los conocidos como linfáticos y en los que existe, no una afección local, sino una alteración general de su organismo de la que la existencia de la hipertrofia folicular no es mas que una manifestación, la más importante, es verdad, pero no la única. Estos son los verdaderos casos de adenoidismo a los que se refieren las afecciones oculares de que nos vamos a ocupar.

* * *

La falta de la necesaria colaboración de los señores oculistas de una parte y la circunstancia de que rara vez volvemos a ver a los enfermos operados, motivan que no podamos aportar nada personal, ya que por estas razones no hemos podido formar concepto, por lo que, para el desarrollo del tema, hemos hecho un estudio bibliográfico exponiendo de una parte los hechos observados como prueba de la relación, o al menos la concomitancia, de algunas afecciones oculares con el adenoidismo y de otra la interpretación dada por los investigadores.

Esperamos que con la valiosa aportación de los señores Académicos y particularmente de los oculistas, podamos aclarar un problema cuya solución está aún lejos de ser una realidad.

Adenoidismo y Conjuntivitis folicular

En un Congreso de Londres en 1881, Guye, rinólogo y Snellen, oculista, llaman la atención sobre la frecuencia de las vegetaciones adenoideas en sujetos con hiperplaxia de tipo folicular de la conjuntiva.

Guye cita el caso de 3 niños de una familia que fueron tratados durante dos años de una conjuntivitis folicular sin resultado. La extirpación de gruesas vegetaciones adenoideas, condujo a la curación en dos meses.

En 1897 Thilliez se ocupa del problema en la Sociedad francesa de Oftalmología a propósito de un enfermo de foliculitis conjuntival afecto de vegetaciones.

Deibés examinó en 1899, 2540 alumnos: 1726 varones y 814 hembras, y encontró que 922 de éstos (613 varones y 309 hembras) eran afectos de conjuntivitis folicular, o sea, 35 por 100 para el sexo masculino y 38 por 100 para el femenino. Examinada la garganta de estos 922 alumnos, encontró que la foliculitis se asociaba a la hipertrofia tonsilar y a las vegetaciones adenoideas en la proporción del 49 por 100 para los varones y 43 por 100 para las hembras.

Arslan, de Padova, en un trabajo publicado en 1900, «Relaciones entre vegetaciones adenoideas y afecciones oculares», recoge 16 casos de lesiones oculares diferentes, entre ellos 11 querato conjuntivitis con ulceraciones corneales que databan de dos años a un mes. Fueron operados de vegetaciones adenoideas sin otro tratamiento, y en 12 casos la afección ocular curó rápidamente, y en algunos de modo sorprendente.

En 1908, Basso, en una inspección de una escuela de Génova encuentra concomitancia de afecciones faríngeas y conjuntivitis en el 75 por 100.

Muchas más citas bibliográficas podríamos consignar; pero consideramos suficientes con las apuntadas, puesto que en todas se consignan los mismos hechos de observación.

¿Cómo explicar esta relación?

Guye y Snellen admiten que el estado patológico de la mucosa nasofaríngea repercute sobre la conjuntiva, ora por vía refleja produciendo irritación y lagrimeo, bien por la conexión directa entre los sistemas linfáticos de las mucosas.

Thilliez, al ocuparse de la cuestión, escribe: «puesto que existe en el estado normal tejido linfático, en las conjuntivas precisa referir este género de alteraciones a las de la naso-faringe, bien conocidas bajo el nombre de vegetaciones adenoideas».

Coppez, explica estos hechos comprobados por él en múltiples observaciones de la siguiente forma: las vegetaciones adenoideas determinan un estado general deplorable; el desarrollo del niño es dificultado, el crecimiento lento, la pubertad lánguida, la sensibilidad al frío y a la fatiga a veces intensa. El sujeto es mezquino, pálido, propenso a los infartos ganglionares. Este relajamiento general, unido a la constitución linfática del sujeto, a la mísera condición higiénica de su existencia, determinan en él el desarrollo del folículo conjuntival, el cual tendería a desaparecer apenas el estado general mejora.

Podríamos multiplicar las citas indefinidamente sin llegar a una conclusión definitiva. El problema está por resolver y aún podemos preguntar ¿existe verdaderamente una identidad anatómica y etiológica entre la enfermedad conjuntival y la faríngea?

En los trabajos de Angeiucci y de su escuela, encaminados a demostrar la identidad entre el tejido adenoideo conjuntival y el tejido linfático del anillo de Waldeyer, tanto en su fisiología como en su patología, encontramos las siguientes palabras: «Considerando el sustrato anátomo-clínico de la hiperplasia e hipertrofia del tejido

adenoideo, comun a la conjuntiva, al rino-faringe, al intestino, el adenooidismo conjuntival queda como un estado particular en el cual las proliferaciones multiformes de variada naturaleza constituyen síndromes múltiples entre los cuales se incluye el tracoma» y en otro lugar, «el adenoideo es un mesenquimopático sobre el cual muchas causas son capaces de provocar reacciones de la conjuntiva con toda una gama que va del casi normal linfocitismo de Hart al granulotracomatoso.

Termina su trabajo diciendo: «Sobre relaciones entre adenooidismo conjuntival y vegetaciones adenoideas, no se puede pasar, hasta ahora, de las dudas.»

Nosotros, por nuestra parte, no podemos tener formado concepto, pues aunque hemos observado con frecuencia las afecciones oculares en los adenoideos, ni hemos hecho el estudio con la necesaria colaboración de oculista, ni hemos podido observar su evolución en los operados, pues éstos no son vueltos a ver. Disponiendo actualmente de material apropiado y en las debidas condiciones, nos proponemos hacer un estudio de esta interesante cuestión, más aún, que en la afección estudiada en lo referente al tracoma, del que nos vamos a ocupar inmediatamente.

Adenoidismo y tracoma

Kuhnt, en 1891, expuso la hipótesis de que la mucosa nasal podía enfermar de tracoma por un proceso de propagación de la enfermedad a lo largo de las vías lagrimales.

Observaciones posteriores de varios autores, comprobaron la coincidencia del tracoma con afecciones nasales suponiendo algunos (Laures) que precedía la afección nasal a la ocular por ser cosa conocida que la infección de la pituitaria se propaga a la conjuntiva y no en sentido inverso, puesto que la mucosa nasal es un terreno poco apto para el desarrollo de los gérmenes, por el alto poder bactericida del moco nasal.

Posteriormente, Basso, en una comunicación al Congreso oculístico de Génova, consigna que en los tracomatosos y afectos de

conjuntivitis folicular, existen lesiones de la garganta en un ochenta por ciento observando la forma de faringitis folicular simple (faringitis adenoídea de Iwanoff) en los enfermos de conjuntivitis folicular y la forma de faringitis granulosa en los tracomatosos.

En este mismo trabajo estudia la semejanza de la evolución clínica y del aspecto microscópico de las lesiones de la conjuntivitis tracomatosa y de la faringitis granulo-hiperplásica, viniendo a la conclusión de que desde el punto de vista anatómico se trata realmente para la conjuntiva y para la faringe, de enfermedades de la misma naturaleza, tanto en el caso de la forma adenoídea cuanto en el de la granulosa o tracoma.

Y ahora se ocurre preguntar: ¿Existe parentesco entre la forma adenoídea y la granulosa de la faringe? En la misma cuestión planteada por los oculistas para las dos formas morbosas de la conjuntiva y que los divide en dos grupos, los unicistas considerando el folículo como el elemento primordial patogénico de una misma enfermedad, mientras que los dualistas lo consideran como una reacción indiferente por diversas causas morbosas. La cuestión no está aún resuelta aunque el paralelismo que se observa en la difusión de las dos enfermedades, su coexistencia en la misma familia, la observación diaria de formas clínicas de transición, sean argumentos en favor de la teoría unitaria y del valor específico del folículo. Para la faringe es aún menos fácil la solución, puesto que el folículo existe como parte integrante del tejido normal de la amígdala, lo que no sucede en la conjuntiva.

Dejando aparte esta cuestión, que aunque le reconozcamos la importancia práctica que tiene desde el punto de vista de la profilaxis, no entra en el motivo de nuestra disertación la relación existente entre la forma folicular y tracomatosa de la conjuntiva y de la faringe, parece demostrada por Basso en ciertas observaciones, por ej.: padre afecto de tracoma, en parte florido y en parte cicatricial y de faringitis granulosa con vegetaciones, folículos y cicatrices; hijo de 19 años afecto de conjuntivitis folicular y de faringitis adenoídea; hija de 16 años afecta de conjuntivitis folicular y faringitis folicular; hija

de 9 años afecta de tracoma bilateral y de faringitis granulosa con hipertrofia tonsilar y oena; varios casos de matrimonio en los que marido y mujer son afectos de tracoma y faringitis granulosa.

Otros hechos de observación se conocen, que parecen confirmar la relación entre estas dos afecciones, siendo uno de los más interesantes el referido por Plange, de un especialista otorrinolaringólogo que se había infectado de tracoma después de una intervención de adenoides por haberle tocado un fragmento expulsado violentamente por el enfermito en un acceso de tos.

A pesar de todos los hechos consignados, no parece que haya unanimidad en los criterios, y Brana, en reciente trabajo (1930), después de amplios estudios sobre 250 soldados y 100 sujetos de la población civil, todos tracomatosos, expone su criterio en la siguiente forma: «Un síntoma frecuente en los tracomatosos, son las vegetaciones adenoideas. En la valoración de esto, sin embargo, la prudencia es igualmente indicada, puesto que precisa distinguir la amígdala y glándulas de la garganta hiperplásica por las afecciones secundarias del sistema ganglionar, pobre de sangre, de fondo puramente constitucional comprendiendo todo el organismo decrepito en degeneración fibrosa después del estado hiperplásico.»

Por otra parte, Calogero, como consecuencia de sus observaciones, formula estas conclusiones:

1.^a Al tracoma acompañan casi constantemente alteraciones de la mucosa nasal y faríngea, microscópicas las primeras, macroscópicas las segundas, de carácter preferentemente hiperplásico como se encuentran en el linfatismo.

2.^a El tracoma debe considerarse como una manifestación de debilidad.

Estos hechos, unidos a las detenidas observaciones de Scheff, en las que no se ha podido comprobar correlación de la intensidad de la afección ocular con la nasofaríngea, nos inducen a admitir que la relación entre estas afecciones está sólo establecida por la alteración del estado general, como causa de una y otra sin que haya una

dependencia de una a otra, lo que resulta corroborado por los recientes estudios de Cattaneo (Tracoma y constitución, 1931) de los que concluye con la afirmación de que el adenoidismo como el linfatismo y en general, todo cuanto influye en la patología constitucional de la infancia, tiene importancia para la etiología del tracoma, sólo en tanto, que hacen al organismo más susceptible de contraer la infección.

No queremos terminar este capítulo sin mencionar, siquiera sea sólo de pasada la concepción de Angelucci, muy original, de fundamento embriológico y en cuyo estudio no entramos por no dar a este trabajo más extensión de la conveniente.

Estrabismo y adenoidismo

Aunque no son muy numerosos, se conocen algunos casos de estrabismo curados después de una extirpación de vegetaciones. En un caso de Jaureau, tratábase de estrabismo externo del ojo izquierdo de un niño de nueve años. La desviación ocular coincidía con una sordera atribuída sólo a vegetaciones adenoideas. La extirpación de éstas, no sólo hizo desaparecer la sordera sino el estrabismo del que no quedaba residuo 4 meses después.

Thomas cita una observación análoga, de un niño de 10 años que desde los cuatro padecía otorrea doble como consecuencia de una presunta meningitis y estrabismo divergente con semiidocia. Al examinar las vías respiratorias se encontraron enormes vegetaciones adenoideas. Después de extirpadas se observó la rápida desaparición del estrabismo, además de la completa curación de la otorrea.

Se conoce una observación personal de Poppi, de mejoría del estrabismo después de adenoidectomía; y otro de Violet, (citado por Poppi) de un niño de 6 años en el que aparece estrabismo convergente del lado en que se había cauterizado la mucosa nasal; y otro de Guinlau, en un niño de 5 años que después de una caída tuvo una desviación del tabique nasal e inmediatamente después, estrabismo convergente. Corregida 10 años más tarde la desviación del tabique, desapareció el estrabismo.

Maggiore cita un caso de una niña de 5 años en la que el estrabismo, de permanente que era, después de la adenoidectomía se hace intermitente.

Estos son los datos encontrados en la literatura revisada, que aunque escasos, no dejan de ser demostrativos.

Aún Angelucci considera posible un estrabismo de origen adenóideo y habla del *ojo estrábico del adenoidismo*.

Veamos ahora cómo se trata de explicar este hecho

Según Poppi, dadas las relaciones de la primera rama con la segunda del trigémino, de los núcleos del nervio vestibular con los de los nervios motores del ojo, más íntima con los núcleos del VI par, se comprende como en muchos casos—por irritación del laberinto o por irritación de los ramos de la segunda rama del V—se tienen por vía refleja disturbios del aparato visual y especialmente de los músculos óculo-motores.

Por otra parte recuerda el hecho de que entre los ramillos orbitarios del ganglio esfero-palatino pueda encontrarse uno que vaya a unirse con el óculo-motor externo, y otro que va al ganglio ciliar.

Según Maggiori, no parece fácilmente sostenible admitir relaciones directas o indirectas entre los nervios de la mucosa naso-faríngea y los de la motilidad ocular. Es verdad que el trigémino, a través de su primera rama y precisamente, a través del nervio recurrente de Arnold, emite ramillos respectivamente al III, al IV y al VI par; pero cualquiera que sea el valor fisiológico de estas anastomosis, no se puede pensar en considerar el estrabismo concomitante como un disturbio de la motilidad ocular periférica.

No podemos dar una interpretación satisfactoria a los hechos observados. El problema del estrabismo es muy complejo; pero se debe considerar fundamentalmente aceptada la idea de Perinaud que lo considera como defecto de sinergismo ocular ligado a un defecto congénito del centro de coordinación del movimiento binocular cuyo defecto, en algunos casos, puede mantenerse latente toda la vida,

mientras que en otros se manifiesta al sobrevenir disturbios de carácter periférico: (descenso visual de un ojo, defecto de refracción, etcétera), o bien por disturbios de carácter general cuyo mecanismo de acción es todavía poco conocido: (enfermedad, intoxicación).

En relación con el adenoidismo se estudian otras afecciones oculares como la miopía, el glaucoma, el oxoftalmos tipo Fiajani-Basedow. Pero en nuestra rebusca bibliográfica sobre el asunto que estudiamos, sólo hemos encontrado algunas notas sueltas, hechos aislados de dudosa comprobación y los que más que el factor adenóideo, se puede invocar afecciones nasales dependientes o no de aquél.



h e p a l

A N E M I A S

PRINCIPIO
AISLADO
CON HIERRO

ANTIANEMICO
DEL HIGADO
Y COBRE

JARABE
CADA FRASCO DE 100 CC. CONTIENE
EL PRINCIPIO ANTIANEMICO DE
1000 GRs. DE HIGADO FRESCO

INYECTABLE
LA EFICACIA DE 2000 GRs. DE
HIGADO POR AMPOLLA DE 2 C.C.
CAJAS DE 10 AMPOLLAS DE 2 C.C.

PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL



LABORATORIOS JUSTE-MADRID.

FRANCISCO NAVACERRADA, S. A.
APARTADO DE CORREOS 4030

B I S M Y L

es el ANTIASMÁTICO IDEAL

de efectos rápidos. Los magníficos efectos del medicamento son debidos a la acción de dos preparados orgánicos, los principios activos químicamente puros, de las cápsulas suprarrenales y de la hipófisis.

Aplicación: Ampollas 1 cm.² para inyecciones

P O S T E R I S A N

Medicamento de acción específica contra las

HEMORROIDES (Almorranas)

y todas las enfermedades debidas a coli-infecciones, como eczemas, prurito, fisura anal.

Aplicación: en forma de pomada o en supositorios. Muestras y literatura gratis

DR. KADE, Chemische Fabrick, BERLIN, SO 36

Unico Representante en España: SOCIEDAD ANÓNIMA DE ABONOS MEDEM
O'Donell, 7 - Teléfono 56155 - Apartado 995 - MADRID - Secc.: Productos Farmacéuticos

E S P I R O G I L

MEDICACION ANTILUÉTICA INYECTABLE INDOLORA

COMPOSICIÓN { Yoduro doble de bismuto y quinina.. 10 grs.
Aceite de olivas purificado, hasta... 100 c. c.
(En ampollas de tres c. c. esterilizados)

Los trabajos de los doctores Chazerac y Levaditi (Academia de Ciencias, Paris) sobre las sales de bismuto y derivados han probado que su acción es superior a la del mercurio y arsénico en la avariosis. Desaparición rápida de treponema en lesiones abiertas, cicatrización pronta, influencia favorable sobre la adenopatía y accidentes terciarios. Muy bien tolerado. Se aplica en todos los periodos, con preferencia en los individuos intolerantes al mercurio y arsénico.
Admirable en la forma nerviosa

Preparado por **F. GIL FERNANDEZ**
Albareda, núm. 66.—SEVILLA

Muestras y Literatura: FRANCISCO VILLAR CABELLO.—Practicante
Pérez Galdós, núm. 6.—CÓRDOBA

O R O S A N I L

(Nombre Registrado)

Aurotiosulfato de quinina

para auroterapia intravenosa en dosificación progresiva. Cada dosis va acompañada de una ampolla de agua bidestilada para su disolución.

O R O S A N I L - B

(Nombre registrado)

Hiposulfito doble de oro y sodio
en suspensión oleosa para auroterapia intramuscular inocua e indolora.

NIÑOS: { Caja de 10 ampollas de 1 C. C.
" 2 " 1 C. C.
Adultos: { Cajas de 10 ampollas de 2 C. C.
" 2 " 2 C. C.

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos **ABELLO**

AGENTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

Hijos de Honorio Riesgo, S. A. - Mayor, 7. - Madrid

VACUNAS I.O.D.

ANASMIL

NEUMO ESTREPTO	POLIVALENTE / TIPO DELBET	ENTERO-FILAXINA BUCAL
COQUELUCHOIDEA	POLIVALENTE // ANEOROBIO	ENTERO-COLIBACILAR
MELITOCOCICA	POLIVALENTE /// ANTICATARRAL	COLIBACILAR
ESTAFILOCOCCICA	POLIVALENTE // URINARIA	GONOCOCCICA
TIFICA T.A.B.	POLIVALENTE	LOCALES PYO-FILAXINAS

PR. DE MADINHAC
AVENIDA 14 ABRIL, 327 - BARCELONA

JOSÉ CANO ORTEGA - Apartado 65 - CÓRDOBA

Sanatorio Quirúrgico de Ansorena

GRAN CAPITAN, 17 - TELEFONO 2-4-8-5

C O R D O B A

◆ Pensiones desde 15 Pesetas diarias ◆

En este Centro se dispone de un servicio completo para la práctica de la transfusión de sangre

Habitaciones independientes para parturientas

Equipo transportable de Rayos X para Radio-diagnóstico en el domicilio del enfermo :

No se admiten enfermos de pecho ni mentales

A. G.^A-PANTALEÓN CANIS

MÉDICO

Del Instituto Provincial de Higiene

Jefe del Laboratorio del HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

(sangre, orina, esputos, líquido céfalo-raquídeo, jugo gástrico, heces, pus, etc.)

Mariana Pineda, 1
(esquina a Plaza de la República)

CORDOBA Teléfono núm. 1543

Consideraciones sobre casos de Litiasis renal

POR

JACINTO NAVAS

Urólogo del Hospital Provincial y de la Policlínica Municipal

Siempre es asunto de actualidad todo lo referente a Litiasis renal, sobre todo en lo referente a la conducta a seguir en cada caso, pues siendo con seguridad la afección del Aparato-Urinario que mayor variedad de formas clínicas ofrece, es de suponer que el tratamiento ha de ser adecuado y distinto en cada caso. Siempre hemos de tener en cuenta en los cálculos renales su localización, número, tamaño y forma; también el estado aséptico o infectado del órgano; la uni o bilateralidad de la lesión; el estado de integridad de la función renal, y por último, la posibilidad de coexistencia de complicaciones.

Todas estas circunstancias combinándose y asociándose de formas diversas, hacen que no haya dos litiasis iguales, no solamente en lo referente a sintomatología, sino también en el tratamiento que hemos de emplear.

¿Qué valor podemos dar a los síntomas clínicos?

No hay duda que el cólico nefrítico es el síntoma más típico de la litiasis renal, pero falta en muchos casos de litiasis, y es producido en otras circunstancias por distinto mecanismo que el del cálculo: acodaduras ureterales en riñones ectópicos, implantación alta de este conducto en una pelvis dilatada; expulsión de coágulos sanguíneos, hidátides, detritus muco-purulentos o de tumor; compresión ureteral por tumores vecinos o por arterias renales anormales, etc.; en una palabra, el cólico nefrítico, por muy típico que sea, acompañado de los fenómenos reflejos de todos conocidos, no tiene más valor diagnóstico que el de revelar la existencia probable de un cálculo pequeño que se ha introducido en el ureter, o el de un cálculo pélvico que ha obturado la entrada de dicho conducto.

El dolor lumbar es más constante en los litiásicos renales, sobre todo después de marchas prolongadas, ejercicios violentos, carreras, etcétera; sin embargo, no es absolutamente seguro este carácter, pues tenemos enfermos historiados y operados en los cuales ha faltado este síntoma y han tenido un enorme cálculo coraliforme, con destrucción completa del riñón, que ha necesitado la Nefrectomía.

La hematuria, en mi concepto tiene un valor relativo, pues son muchas las afecciones renales que la presentan, y en su lugar hay litiásicos que carecen de ella; sólo cuando después de un cólico nefrítico típico, que no ha expulsado un calculito, se presenta ésta de forma total, acompañada de coágulos alargados como moldeados por el ureter, entonces podemos pensar que la hematuria depende de un cálculo renal o pélvico; más valor tiene la hematuria microscópica sobre todo después de una marcha forzada, etc. (prueba de Guyón).

Cuando se infecta el riñón y la pelvis aparece *la piuria*, que es total con turbidez homogénea; pero si la supuración es muy abundante, puede quedar un depósito mucopurulento, que se expulsa al final de la micción. En la litiasis supurada, los dolores se hacen más violentos y los cólicos generalmente más repetidos, siempre por la expulsión de grumos de pus. En los casos de *pionefrosis calculosa* hay adelgazamiento, anorexia, trastornos digestivos, fiebre vespertina o continua, cefalalgias; generalmente el riñón está más sensible, aunque no se toque, falta de peloteo y siempre acompañado de empastamiento perirrenal, por la existencia de perinefritis. En casos más avanzados se percibe una tumoración renal, con dolores más intensos y fiebre alta, pudiendo ocurrir en estos casos que aumente la supuración en la orina, por vaciamiento de grandes cantidades de pus, con disminución de los dolores y del tumor. Se constituye así un ciclo repetido, que ha descrito muy bien Neuman. En casos más extremos de grandes retenciones renales, puede sobrevenir una perinefritis supurada.

En algunos de mis enfermos operados de Nefrectomía por pionefrosis calculosa, sólo se habían presentado la piuria abundante y dolor lumbar, como síntomas únicos.

La radiografía, es el procedimiento exploratorio indispensable

para diagnosticar una litiasis renal. Mediante su empleo pueden descubrirse muchos cálculos insospechados, porque no daban sintomatología o no era suficientemente clara. Igualmente en los casos que se ha hecho clínicamente un diagnóstico cierto de litiasis, la radiografía es necesaria antes de proceder a la intervención, para conocer la localización exacta del cálculo, su tamaño y forma, la existencia posible de otros en el mismo lado y en el opuesto y otras circunstancias referentes a anomalías, desplazamientos y dilataciones de riñón, pelvis y uréteres, datos observados mediante *la pielografía*, bien sea ascendente o descendente.

En todos mis enfermos intervenidos he seguido el procedimiento siguiente: una vez hecha la radiografía y diagnosticado el caso, no solamente de la presencia del cálculo, sino de su tamaño, forma y situación, he procedido de diferente manera en la exploración complementaria, según el estado aséptico o infectado, para lo cual he hecho un análisis de la orina global, obtenida asépticamente, investigando en el sedimento de ella la presencia de *piocitos*. En los casos asépticos o ligeramente infectados, y en los que la radiografía da una sombra única, de situación pélvica, de tamaño y forma próximamente de la pelvis, es decir, con indicación de pielotomía, observándose también en la placa radiográfica la sombra del otro riñón, me he limitado a terminar la exploración haciendo un análisis de urea en sangre, y una prueba de fenoltaleina. Con estos datos he practicado la operación correspondiente, pielotomía posterior (excepto en un caso que la hice anterior por tener el enfermo un riñón *fusionado en herradura*, caso presentado al Congreso Hispano-Portugués celebrado en Coimbra en Julio de 1932), obteniendo en todos ellos un resultado favorable y con función normal.

En los casos infectados, es decir, en aquellos que clínica y radiográficamente eran catalogados como pionefrosis calculosas, por tener una orina muy purulenta y cálculos grandes y coraliformes, en ellos, además de la urea en sangre y de la prueba de fenoltaleina, hacía una cromocistoscopia con indigo carmín en la forma aconsejada, mediante la cual no solamente sabía la existencia del otro riñón, sino también su capacidad funcional, para después hacer la nefrectomía

del enfermo. En todos los casos intervenidos, que fueron 19, la operación se hizo normalmente, en algunos con las dificultades propias de las adherencias por las perinefritis esclero-lipomatosas.

En algunos casos muy infectados, con mal estado general, fiebre alta, fenómenos tóxicos por la septicemia propia de la forma pionefrósica, e insuficiencia renal (urea en sangre alta, prueba de fenoltaleína mediana, y cromocistoscopia retardada en el lado supuesto sano o menos enfermo), me limité a hacer una nefrostomía del lado enfermo, sin preocuparme de los cálculos, y sólo con el fin de darle salida a la retención de pus, para después, una vez que mejoró el estado general y funcional del riñón no calculoso, hacer la nefrectomía secundaria, subcapsular.

Mi estadística de casos operados de litiasis renal, desde el año de 1928, es la siguiente:

Pielotomías, 26 (una anterior, las demás posteriores).

Nefrotomías, 7 (tres de polo superior, dos del inferior y dos de la parte media, una muy amplia).

Nefrostomías, 3.

Nefrectomías, 19.

Comentario de mi estadística

Todos los casos operados de Pielotomía eran enfermos con cálculo único, de tamaño mediano, de situación pélvica y con nula o escasa infección. En casi todos ellos el síntoma más predominante era el dolor lumbar, con irradiaciones ureterales en forma de cólico nefrítico, y acompañados en muchas ocasiones de hematurias.

Las radiografías todas positivas de cálculos con la sombra dentro del cuadrilátero de Bazy-Moyrand, excepto en la del riñón fusionado que la situación del cálculo era más bajo.

En todos ellos la operación (Pielotomía) se hizo con relativa facilidad, y los enfermos siguieron el curso post-operatorio propio de estos casos.

En los operados de Nefrotomía no ocurrió nada digno de mencionar, pues las incisiones sobre el riñón fueron pequeñas, localizadas sobre la situación de los cálculos, excepto en una que fué amplia,

sobre todo el borde externo; los enfermos tuvieron hematuria total unos cuantos días, pero después fué cediendo poco a poco. Algunos de estos enfermos los he visto a los cinco años de operados con perfecta función renal, sin tener reproducción del cálculo.

En los operados de Pielotomía sólo he tenido reproducción en uno, que se presentó en la consulta a los cuatro años de operado. El cálculo era mayor que el anterior, pero el riñón estaba destruído por tener una Pionefrosis, necesitando nefrectomía.

Los operados de Nefrostomía han sido tres; en todos ellos existía una perinefritis esclerosa que imposibilitaba la separación del riñón; además que el estado general y funcional eran malos y sólo esta operación era la aconsejada. Después hice nefrectomía subcapsular en uno de ellos, cuando mejoró el estado general y funcional; los otros aún continúan con su Nefrostomía.

En los intervenidos de Nefrectomía todos eran casos indicados para esta operación, por el estado de infección del riñón calculoso de forma pionefrósica, excepto en uno que era una Hidronefrosis enorme, producida por dos calculitos pequeños, que lenta y gradualmente habían producido la dilatación de pelvis y calices, llegando a la destrucción total del riñón. En este caso la orina no era piúrica, sólo ligeramente turbia, pero la Pielografía ascendente y la Cromocistoscopia demostraron: una la enorme dilatación de pelvis y calices, y la otra la anulación funcional de ese riñón, pues en más de veinte minutos que duró la exploración, no apareció la orina teñida ni azul, y la orina que se recogió tenía muy escasa urea (sólo unos cuatro gramos por mil).

En todos los enfermos operados de Nefrectomía, el síntoma más constante era la piuria y dolor lumbar, no en forma de cólico nefrítico, sino como sensación de peso, exacerbado por los movimientos, marchas, etc.

Algunos enfermos sólo consultaban por tener sus orinas muy purulentas, y de vez en cuando, reacciones febriles.

El decidir hacer Nefrectomía en estos casos fué debido a la forma pionefrósica de la litiasis, con escasa o nula función del lado enfermo y normal en el sano.

En todos ellos el curso post-operatorio fué normal, y sólo uno perdí a las cuarenta y ocho horas de operado, de una embolia pulmonar.

Como conclusión diré: siempre que el tamaño del cálculo, situación e infección del riñón, estén dentro de las indicaciones de Pielotomía, se debe practicar ésta; en su lugar una Nefrotomía cuando la posición del cálculo sea en un caliz, o muy grande de pelvis sin gran infección; en los restantes casos Nefrostomía o Nefrectomía, según el estado general del enfermo y funcional del riñón calculoso, como igualmente de las dificultades que se encuentren en la operación por la perinefritis esclerosa.



Bismuto Pons A base de PROTÓXIDO de BISMUTO alcanforado

Riqueza de Bi-meral 0'20 gr. por ampolla de 2 c. c.

En todos los períodos de la lúes y particularmente en las latencias clínicas como cura esterilizante

Lipobismuto Pons A base de Canfo-Carbonato de Bismuto

Riqueza en Bi-metal 0'06 gr. por amp. 1'50 c. c.

BISMUTO LIPOSOLUBLE indicado en tratamientos de ataque, embarazo y niños.

Iodobismuto Pons A base de Iodobismutato de Quinina

Riqueza en Bi-metal, 0'071 gr. por amp. de 3 c.c.

Sífilis nerviosa, ganglionar, formas vasculares y óseas y estados anémicos.

Argol Pons Solución de ARGIROL BARNES al 5 %.

Bienorragia aguda y crónica, complicaciones y profiláctico. Inyecciones uretrales.

VELERIANATO AMONICO PONS (Desodorizado)

LABORATORIO PONS - MAYOR, 31 - LÉRIDA

DOCTOR: Como alimento dietético vegetariano, prescriba siempre

GRA - MIL

quedará satisfecho de sus resultados

LABORATORIO F. VILLARROYA. — VALENCIA

Representante en Córdoba: **EDUARDO MARFIL LEIVA.** - P. de la República, 2

*Para impresos de Lujo y Comerciales, sólo en la Tipografía Artística.
San Alvaro, 17 - Teléfono 10-40*

Bismuto Pons A base de BISMUTO...
 Riqueza de Bi-metal 0.20 gr. por ampolla de 2.5 c.c.
 En todos los periodos de la vida y particularmente en las fases clinicas...
Lipobismuto Pons A base de Ganto-Carbonato de Bismuto...
 Riqueza en Bi-metal 0.00 gr. por amp. 1.50 c.c.
iodobismuto Pons A base de Iodopropionato de Quina...
 Riqueza en Bi-metal 0.01 gr. por amp. de 3 c.c.
Argol Pons Solución de ARGOL BARNES al 5%
 Bronquitis aguda y crónica, complicaciones y profiláctico. Inyecciones intravenosas.
VELERIANATO AMONICO PONS (Desodorizado)
 LABORATORIO PONS - MAYOR, 31 - LÉRIDA

GRA-MIL
 DOCTOR: Como alimento dietético...
 co vegetariano, prescrito siempre...
 quedará satisfecho de sus resultados
 LABORATORIO F. VILLARROYA - VALBNCIA
 Representante en Córdoba: EDUARDO MARFIL LEIVA - R. de la República, 3

Para impresos de lujo y Comercio.
 los, sólo en la Tipografía Artística.
 San Alvaro, 17 - Teléfono 10-40

Estudio crítico de la mortalidad infantil en el medio rural

POR EL

DR. D. EDUARDO TELLO AMADOR

Médico de Pedro Abad (provincia de Córdoba)

Trabajo premiado en el Concurso celebrado el año 1934 por la Sociedad Española de Higiene.—Premio del Ministerio del Trabajo, Sanidad y Previsión social

LEMA: «*Por el princio de ella (la sabiduría) es un deseo muy verdadero de la instrucción*». «Libro de la Sabiduría», cap. VL, pág. 18.

Para estudiar la mortalidad infantil en el medio rural, he elegido un partido judicial andaluz, sito en la feraz campiña cordobesa, el de Bujalance, reflejo muy aproximado del *hábitat* de toda Andalucía Occidental, una de las regiones más típicamente españolas, de la que se habla y escribe mucho, pero imperfectamente conocida por el gran público.

El medio rural español varía fundamentalmente en las diversas regiones. El campo castellano no es igual al catalán; el valenciano no se parece nada al vasco, ni el extremeño al navarro. Sus diferencias saltan a la vista. Por ello me ha parecido imposible enfocar la mortalidad a que se contrae el tema en toda la nación, a menos de reducirme a mero copista o comentador de las cifras que baraja el Instituto Geográfico y Estadístico.

Me he limitado, pues, a un sector agrario determinado, con la esperanza de contribuir al esclarecimiento de las causas de la mortalidad infantil en él, y dejar consignado algo que pueda ser útil al estudio de conjunto que organismos bien preparados puedan y deban hacer de la materia en España entera.

Aún así limitado el campo, he tenido que tomar una enormidad de datos en los registros civiles de los pueblos del partido, para lo cual me han dado toda clase de facilidades, que agradezco a los funcionarios respectivos; han menudeado también mis consultas a los médicos, quienes me han dado hecho el estudio higiénico demográfico de sus pueblos, labor no tan fácil como parece.

Un estudio de mortalidad infantil y de sus causas, no puede resultar completo si no va precedido del de las características de la morbilidad correspondiente. Pero con sinceridad he de confesar que respecto a ésta no hay más datos que los que *grosso modo* me han podido facilitar los médicos. La estadística sanitaria oficial, a pesar de cursar partes semanales a la superioridad, se lleva de tal modo, que no puede servir en absoluto para un estudio de esta clase, porque con ella a la vista jamás podremos saber el número de enfermos que cada una de las dolencias en los partes citados, tiene en cada pueblo, mucho menos de las no citadas. Véase algunos de los modelos oficiales de partes, y se comprobará la monotonía de repetir semanas y semanas que en el pueblo tal no hay ningún enfermo de cólera, de peste o de fiebre amarilla; en cambio no pide datos de la fiebre de Malta ni del paludismo, y en cuanto a las demás infecciones no podemos deducir el número de tuberculosos o tifódicos que hay, porque aparecen una semana diez de los primeros y cuatro de los segundos; a la semana siguiente los mismos, a la tercera una ligera variación, y no se especifica si se enumeran los mismos enfermos, o unos han curado y han aparecido otros, o se han dejado de visitar por sus médicos por cualquier cuasa que fuere.

Así resulta dificultado en extremo el objetivo que estos estudios debían tener, a saber: conocer exactamente el número de enfermos habidos de una determinada dolencia, en el tiempo y pueblo que se busque, y el de muertes ocasionadas por ella, para las deducciones profilácticas consiguientes.

Pero como no somos los llamados a poner remedio, nos conformamos con los datos que podemos adquirir y llevamos adelante nuestra empresa.

Se nos ocurre otra duda. Puesto que el tema trata de mortalidad infantil, ¿qué límites hemos de fijar a lo infantil? ¿cuándo termina esta edad? Si nos atenemos estrictamente a la fisiología, el paso de la niñez a la adolescencia no es una fecha fija igual para todos los individuos, varía en cada uno, como varían todos sus caracteres somáticos. Pero la necesidad de la recopilación de datos hace que nos fijemos en la que generalmente tiene lugar la presencia de la pubertad, y en la que todavía la patología tiene más rasgos de infantil que de adulta: esta edad es la de doce años, y mis investigaciones por los registros abarcan desde el día del nacimiento hasta esa edad de doce años.

Aunque en los datos generales, mejor dicho, en las cifras, hago constar la condición de varón o hembra de los difuntos o nacidos, no así en la cita de las enfermedades, por que es de observación vulgar la poca o ninguna relación que el sexo puede tener en la evolución de las enfermedades infantiles; no sucede lo mismo con la edad, la importancia de cuyo factor tendremos muchas veces que notar.

Al hacer los resúmenes de las diferentes enfermedades causas de las defunciones, he adoptado el criterio de citar cada una de ellas, omitiendo sus complicaciones; así por ejemplo, en los numerosos casos que hay de bronco-pneumonías, miocarditis, septicemias, etc., *grippales*, hablo de *grippe* a secas y en ella los incluyo; como en las nefritis, gangrenas, etc., *escarlatinosas*, digo *escarlatina* y nada más. Me parece éste un criterio más científico y menos dado a confusiones.

He tenido que prescindir de algunas defunciones y modificar la calificación de otras. Entre las primeras figuran dos que aparecen en el registro civil de El Carpio con el nombre de *muerte natural*; no he podido explicarme qué quiere decir eso aplicado a niños, uno de siete meses y otro de diez años, tampoco sé lo que es una *cirrosis* en un niño de dos días, como consta en el registro de Cañete. Entre las segundas hay una multitud de *fiebres infecciosas* en los cuatro registros, que según la afinidades que tenían con las defunciones más próximas, me he permitido calificar de paratíficas, tíficas o colibacilares, por ser estas tres dolencias relativamente frecuentes en el país.

En cambio, dejo como están otras, que por referirse a enfermedades de muy próximo parentesco taxonómico, no me he atrevido a modificar aunque me extrañe mucho su relativa frecuencia: tal sucede con la congestión y hemorragia cerebrales, que con rara asiduidad han atacado a los niños de Cañete, y con la meningitis simple y tuberculosas, de los fundamentos clínicos y técnicos de cuya diferenciación me atrevo a dudar.

* * *

El partido judicial de Bujalance, en la provincia de Córdoba, consta de cuatro pueblos y una aldea pedánea de Bujalance, llamada Morente, con un total de 30.097 habitantes de derecho y 29.609 de hecho, según el último censo, hecho en 1930.

He aquí los pueblos con sus nombres y censos respectivos:

Bujalance (con la aldea Morente)	15.123	derecho y	15.369	hecho
Cañete de las Torres	5.192	»	»	5.155 »
El Carpio	5.299	»	»	5.380 »
Pedro Abad	4.483	»	»	3.705 »

(La diferencia tan grande entre los habitantes de derecho y de hecho en Pedro Abad, se explica porque el censo se hace en 31 de Diciembre, y en ese tiempo emigran muchos vecinos de Adamuz, Montoro, y Bujalance, que son muy olivareros).

Excepto una parte del término de Pedro Abad y otra más pequeña de

El Carpio, que bordean el río Guadalquivir, los términos del partido judicial de Bujalance pertenecen a lo que las gentes del país llaman *campiña*, terrenos magníficos de pan llevar y de olivos, con ondulaciones de poca elevación, en una de las que está Bujalance y en otra El Carpio. Vaguadas de poca importancia cruzan estos terrenos, que se caracterizan por bancos limosos acostados sobre margas azuladas terciarias que emergen en algunos sitios a flor de tierra. Estas margas hacen que, en general, las aguas sean escasas y malas, como sucede en casi toda la campiña cordobesa y que el subsuelo resulte muy impermeable.

La parte del territorio social que nos ocupa, correspondiente a Pedro Abad y El Carpio atravesada por el Guadalquivir, está en los bordes mismos de la gran falla geológica del famoso río, por el espolón llamado del Alcurrucen, a cuyo pie está la presa del salto de agua de la Compañía Mengemor, pasa el límite entre los terrenos antiguos paleozoicos y los modernos, terciarios y cuaternarios. Por los alrededores afloran a menudo rocas paleozoicas que pronto desaparecen. La nombrada presa asienta sobre terrenos carboníferos y sobre diques de una roca endógena que el ilustre ingeniero de minas Don Antonio Carbonell y Trillo Figueroa clasifica como *dolerita*.

Los terrenos comprendidos entre el río y la carretera de Madrid a Sevilla, que pasa por Pedro Abad y junto a El Carpio, salvo las eflorescencias rocosas, están formados por tierras rojizas pertenecientes al triásico y al miocénico, derivadas por descomposición de las areniscas del primero y por meteorización de las calizas del segundo. En las márgenes del río se encuentra mantos de cascajo actuales, fuera de los cuales yacen muchas especies fósiles sobre un lecho de areniscas de cemento calizo.

Por esta brevísima noticia geológica que acabo de dar, se comprende que los pueblos todos del partido estén mal surtidos de agua, y que ésta, siendo por regla general de naturaleza freática, sea muy poco potable. Basta hacer constar que en aquel en que goza de ser mejor, Pedro Abad, única también del que he podido obtener datos hidrotrímétricos, sus pozos o manantiales dan grados franceses que oscilan entre 36° y 26° de dureza total y 5° y 7° de dureza permanente. Esto indica la enorme cantidad de sales cálcicas y magnésicas, expresada en sus carbonatos térreos, que llevan en disolución estas aguas, sales que abandonan por ebullición, lo que las hace doblemente perniciosas, por su poca potabilidad y por la cal y magnesia que depositan sobre los manjares en las maniobras culinarias.

Si se añade que las aguas se contaminan fácilmente de toda clase de bacterias, en especial de las grupo colitífus, pues solamente hay dispositivo para

aseptizarlas al cloro en Bujalance, y no funciona bien la instalación, se comprenderá que el agua es uno de los factores primordiales en la etiología infecciosa y constitucional del país.

Las costumbres de los habitantes son las mismas en los cuatro pueblos. Las familias acomodadas, que son las menos, viven con esplendidez; sus casas son amplias, alegres, higiénicas; su alimentación rica. Pero la mayor parte son obreros agrícolas, cuyos ingresos se reducen al jornal, no siempre seguro, y cuyo precio gira alrededor de las cinco pesetas.

No he de esforzarme para demostrar que esas masas obreras, con tan escasos medios económicos, viven mal. Se desayunan con café y algunos pedazos de pan frito; comen a medio día un cocido a base de garbanzos y tocino, y cenan un gazpacho, ensalada o trozo de pan empapado en aceite; todo ello, claro está, por regla general. Su casa es modestísima; en casas con dos o tres habitaciones y un patio, suelen cobijarse tantas familias como habitaciones, en completa promiscuidad; el patio a los ejidos del pueblo hacen las funciones de retrete, y la pila de lavar es comun a todas ellas.

Se dan tipos intermedios que viven en casas solas para ellos y gozan de alimentación sana, forman la llamada clase media, clase que se ve aherrojada por las imposiciones de los altos y bajos, lo que les obliga a verdaderos milagros de economía y de paciencia, siendo así, que constituyen el nervio de la sociedad porque a ellos van a converjer todas las actividades sociales.

Resulta paradójico, pero es verdad, que en el trozo de la tierra española llamado Andalucía Occidental, el más feraz de todos, es donde vive la masa obrera, o sea la inmensa mayoría de la población, en condiciones más onerosas. Si a esto añadimos el consumo enorme de toda clase de bebidas alcohólicas, y la difusión que en estos últimos tiempos, hoy algo contenida por la brillante labor de la sanidad pública, han tenido las enfermedades de origen venéreo, tendremos un esquema total de las características etiológicas del país, agravadas por el clima desigual reinante, tan desigual que su nota dominante son las grandes oscilaciones de la temperatura, tanto en los diversos días del año, como en las horas de un mismo día. Los fríos de Diciembre y Enero llegan a veces a 2°, y los calores de Agosto a 49°, lo que da una oscilación anual de 51°; y en cuanto a los días, hay muchos en el año que amanecen fríos, achicharran en su mitad y vuelven a ser fríos por la noche.

Con estos ligeros apuntes podemos formarnos una idea muy aproximada a la realidad del *habitat* de los habitantes del distrito judicial de Bujalance, para tenerlo en cuenta en lo que iremos diciendo.

Y con decir que he recopilado los datos de quince años seguidos, o sea

desde 1919 a 1933, ambos inclusive, para poder sentar conclusiones con más seguridad, daremos por terminados estos preliminares, a mi entender obligados en un estudio de esta naturaleza.

NATALIDAD

Para que tengan su verdadero valor las cifras de mortalidad, me ha parecido lo mejor compararlas con las de natalidad, por lo que las ponemos a continuación:

BUJALANCE

(15.123 HABITANTES DE DERECHO Y 15.369 DE HECHO)

En 1919	nacieron	187	varones	y	193	hembras.	Total:	380
» 1920	»	205	»	y	161	»	»	366
» 1921	»	248	»	y	222	»	»	470
» 1922	»	248	»	y	200	»	»	448
» 1923	»	223	»	y	211	»	»	434
» 1924	»	231	»	y	222	»	»	453
» 1925	»	217	»	y	186	»	»	403
» 1926	»	224	»	y	220	»	»	444
» 1927	»	224	»	y	197	»	»	421
» 1928	»	228	»	y	213	»	»	441
» 1929	»	221	»	y	216	»	»	437
» 1930	»	207	»	y	221	»	»	428
» 1931	»	244	»	y	214	»	»	458
» 1932	»	216	»	y	205	»	»	421
» 1933	»	227	»	y	219	»	»	446

Totales: 3.350 varones y 3.100 hembras. Total: 6.450.

En resumen: En Bujalance nacieron en los quince años, 6.450 niños, lo que da un promedio de 430 por año, y teniendo en cuenta el número de habitantes de derecho que tiene, da un porcentaje de 28 por 1.000 aproximado, que es una cifra ni baja ni alta.

Veamos ahora como se desarrolla esta natalidad por meses, es decir, agrupemos en cada uno de los meses del año todos los nacidos en él durante los quince años (los quince Eneiros, los quince Febreros, etc.), con objeto de ver que meses son los que dan más natalidad y cuales los que menos:

En Enero. . . .	nacieron 297 varones y 287 hembras.	Total: 584
» Febrero. . .	» 320 » y 329 »	» 649
» Marzo . . .	» 307 » y 284 »	» 591
» Abril . . .	» 258 » y 241 »	» 499
» Mayo. . . .	» 278 » y 278 »	» 556
» Junio. . . .	» 282 » y 245 »	» 527
» Julio	» 268 » y 258 »	» 526
» Agosto . . .	» 303 » y 219 »	» 512
» Septiembre.	» 223 » y 230 »	» 453
» Octubre . .	» 247 » y 239 »	» 486
» Noviembre.	» 252 » y 248 »	» 510
» Diciembre .	» 315 » y 242 »	» 557
TOTALES .	» 3.350 » 3.100 »	» 6.450

Como se ve, los meses más prolíficos han sido Febrero y Marzo, y los menos, Septiembre y Octubre, sin que de ésto saquemos ninguna deducción, por que la diferencia entre las cifras no es tan grande como para poder hacerla.

CAÑETE DE LAS TORRES

(5.192 HABITANTES DE DERECHO Y 5.155 DE HECHO)

En 1919 nacieron	69 varones y 80 hembras.	Total: 149
» 1920 »	» 90 » y 93 »	» 183
» 1921 »	» 94 » y 76 »	» 170
» 1922 »	» 91 » y 76 »	» 167
» 1923 »	» 93 » y 96 »	» 189
» 1924 »	» 81 » y 77 »	» 158
» 1925 »	» 98 » y 72 »	» 170
» 1926 »	» 99 » y 86 »	» 185
» 1927 »	» 96 » y 85 »	» 181
» 1928 »	» 91 » y 87 »	» 178
» 1929 »	» 87 » y 96 »	» 183
» 1930 »	» 94 » y 83 »	» 177
» 1931 »	» 94 » y 83 »	» 177
» 1932 »	» 111 » y 75 »	» 186
» 1933 »	» 106 » y 91 »	» 197
TOTALES .	» 1.394 » 1.256 »	» 2.650

Como en Cañete nacieron 2.650 niños en los quince años, el promedio resultante es el de 176.66 por año. El tanto por mil es de 34.02, bastante mejor que el de Bujalance.

Hagamos ahora como en este último, agrupar los natalicios por meses:

En Enero . . .	nacieron 139	varones y 134	hembras. Total: 273
» Febrero. . .	» 121	» y 106	» » 227
» Marzo . . .	» 122	« y 103	» » 225
» Abril . . .	» 118	» y 108	» » 226
» Mayo . . .	» 130	» y 109	» » 239
» Junio . . .	» 137	» y 117	» » 254
» Julio . . .	» 114	» y 126	» » 240
» Agosto . . .	» 82	» y 99	» » 181
» Septiembre.	» 101	» y 79	» » 180
» Octubre. . .	» 109	» y 95	» » 104
» Noviembre.	» 122	» y 85	» » 207
» Diciembre . .	» 99	» y 95	» » 194
TOTALES . . .	» 1.394	» 1.256	» TOTAL. 2.650

En Cañete resultan los meses más prolíficos Enero y Junio, y los menos Agosto y Septiembre.

EL CARPIO

(5.299 HABITANTES DE DERECHO Y 5.380 DE HECHO)

En 1919	nacieron 91	varones y 64	hembras. Total 155
» 1920	» 72	» y 74	» » 146
» 1921	» 61	» y 88	» » 149
» 1922	» 67	» y 63	» » 130
» 1923	» 53	» y 59	» » 112
» 1924	» 62	» y 66	» » 128
» 1925	» 67	» y 65	» » 132
» 1926	» 69	» y 57	» » 126
» 1927	» 72	» y 67	» » 139
» 1928	» 65	» y 78	» » 143
» 1929	» 76	» y 83	» » 159
» 1930	» 58	» y 72	» » 130
» 1931	» 72	» y 63	» » 135

En 1932	nacieron	61	varones	y	64	hembras.	Total	125
» 1933	»	81	»	y	68	»	»	149
<hr/>								
TOTALES.	»	1.027	»	y	1.031	»	TOTAL.	2.058

Dos mil cincuenta y ocho niños nacidos en El Carpio en quince años, dan un promedio de 137.20 por año. El tanto por mil (siempre me refiero a los habitantes de derecho) es 25'85, más desfavorable todavía que el de Bujalance.

Agrupados los natalicios por meses, dan este resultado:

En Enero. . . .	nacieron	92	varones	y	86	hembras.	Total:	178
» Febrero. . .	»	102	»	y	107	»	»	209
» Marzo . . .	»	93	»	y	103	»	»	196
» Abril	»	92	»	y	72	»	»	174
» Mayo.	»	102	»	y	92	»	»	194
» Junio.	»	99	»	y	90	»	»	189
» Julio	»	72	»	y	93	»	»	165
» Agosto	»	80	»	y	56	»	»	136
» Septiembre.	»	80	»	y	76	»	»	156
» Octubre . . .	»	66	»	y	82	»	»	148
» Noviembre.	»	70	»	y	78	»	»	148
» Diciembre . .	»	79	»	y	96	»	»	175
<hr/>								
TOTALES . . .	»	1.027	»	1.031	»	»	»	2.058

En Febrero y Marzo, la mayor mortalidad. En Agosto, Octubre y Noviembre, la menor.

PEDRO ABAD

(4.483 HABITANTES DE DERECHO Y 3.705 DE HECHO)

En 1919	nacieron	70	varones	y	67	hembras.	Total:	137
» 1920	»	73	»	y	80	»	»	153
» 1921	»	78	»	y	75	»	»	153
» 1922	»	76	»	y	85	»	»	161
» 1923	»	68	»	y	74	»	»	142
» 1924	»	78	»	y	71	»	»	149
» 1925	»	59	»	y	59	»	»	118
» 1926	»	60	»	y	48	»	»	108
» 1927	»	73	»	y	75	»	»	148
» 1928	»	80	»	y	59	»	»	139
» 1929	»	69	»	y	78	»	»	147
» 1930	»	72	»	y	61	»	»	133

» 1931 nacieron	71 varones	y	81 hembras.	Total: 152
» 1932	» 60	» y	46	» 106
» 1933	» 62	» y	70	» 132

TOTALES. » 1.049 » 1.029 » 2.078

El promedio de los 2.078 nacimientos en los quince años, es 138. El tanto por mil es 66'41, que indica una superioridad grande sobre los otros pueblos del partido.

Por meses, los natalicios se agrupan así:

En Enero . . .	nacieron	93 varones	y	90 hembras.	Total: 183
» Febrero. . .	»	94	» y	85	» 179
» Marzo . . .	»	96	» y	81	» 177
» Abril . . .	»	102	» y	80	» 182
» Mayo . . .	»	105	» y	110	» 215
» Junio . . .	»	78	» y	84	» 162
» Julio . . .	»	74	» y	89	» 163
» Agosto . . .	»	84	» y	79	» 163
» Septiembre.	»	72	» y	78	» 150
» Octubre. . .	»	78	» y	69	» 147
» Noviembre.	»	78	» y	86	» 164
» Diciembre . .	»	95	» y	98	» 193

TOTALES . . . » 1.049 » 1.029 » TOTAL. 2.078

Esta agrupación de los natalicios tiene cierta importancia, como veremos más adelante al tratar de la mortalidad infantil.

Meses con más nacimientos en Pedro Abad, Mayo y Febrero; con menos, Octubre y Septiembre.

Resumiendo los datos de la natalidad en el partido, tenemos:

BUJALANCE.	con	3.350 varones	y	3.100 hembras	Total	6.450
CAÑETE.	»	1.394	» y	1.256	»	2.650
EL CARPIO.	»	1.027	» y	1.031	»	2.056
PEDRO ABAD.	»	1.049	» y	1.029	»	2.078
TOTAL	»	6.820	» y	6.416	»	13.236

13.236 nacimientos en quince años dan un promedio anual de 882'44, y como el número de habitantes de derecho del partido es de 30.097, resulta un tanto por mil de 34'02, que es una cifra mediana mantenida por el índice un tanto elevado de Pedro Abad, al que debieran parecerse los demás pueblos, pues no hay razón para que esto suceda. Tal vez al maltusianismo reinante, tenga la principal culpa de ello.

(Continuara)