

En este último caso, a pesar de tratarse de un hematocele, dadas sus características de poca gravedad y estado precario de la enferma, hemos diferido la intervención hasta haber observado las modificaciones que al cuadro clínico aporten las próximas reglas.

En los tres primeros casos es donde se pone en

evidencia toda la utilidad del procedimiento, evitando un tratamiento quirúrgico a enfermas cuya afección requiere, en la mayoría de casos, la intervención inmediata.

*Segundo grupo:* Está integrado por los 4 siguientes casos:

| Diagnóstico mas probable antes de la punción | Resultado de la punción | Evolución                        |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| 1.—Anexitis puerperal . . . .                | Punción blanca. .       | Operación = anexitis tuberculosa |
| 2.—Anexitis tuberculosa . . .                | " " . . .               | " = " "                          |
| 3.—Pelvipерitonitis. . . . .                 | Pus. . . . .            | Colpotomía = resolución          |
| 4.— " " . . . . .                            | " . . . . .             | " = "                            |

*Tercer grupo:* Comprende 3 casos:

| Diagnóstico mas probable antes de la punción | Resultado de la punción | Evolución                         |
|--|-------------------------|-----------------------------------|
| 1.—Fibroma blando. . . . .                   | Quiste del ovario.      | Operación = quiste del ovario     |
| 2.—Salpingitis quística. . . . .             | Piosalpinx. . . . .     | Autovacuna = resolución           |
| 3.—Quiste del ovario . . . . .               | Quiste del ovario.      | Operación = quiste del paraovario |

### NOTAS Y RESEÑAS

#### EXTIRPACIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTOLINO

Para extirpar la glándula de Bartolino no debe recurrirse jamás a la anestesia general, como vemos aún tantas veces. La anestesia local es siempre suficiente y la operación completamente indolora, a condición de saber anestesiar bien el polo inferoposterior de la glándula, lo que conseguiremos cogiendo la glándula con el pulgar y el índice izquierdo, tirando hacia adelante y adentro. Con la aguja larga de anestesia local, llegaremos, penetrando por la parte externa o inferior del gran labio, hasta el espacio retroglándular, que infiltraremos bien y abundantemente con el líquido anestésico; previamente habremos infiltrado los tejidos que rodean la glándula en sus caras anterior y laterales, esto es muy sencillo y siempre se hace, pero se olvida esta infiltración abundante del espacio retroglándular y por ello el último tiempo de desprendimiento de la glándula de su alojamiento era muy doloroso y obligaba a recurrir a la anestesia general, a lo que no debe llegarse nunca si se practica la infiltración con la técnica que aconsejamos. Tenemos extirpadas así más de veinte glándulas en nuestro servicio de ginecología del Hospital de la Magdalena, sin que las enfermas hayan sentido el más mínimo dolor.

COMAS CAMPS

#### LA ETIOLOGÍA DE LA ESCARLATINA

El problema etiológico de la escarlatina parecía haber hallado solución con el descubrimiento por DI CRISTINA de un germen confirmado, luego, por los trabajos de CARONIA y de la doctora SINDONI. Así parecía haberse resuelto a favor de un germen específico, propio de la escarlatina, el dualismo entre los que opinaban que era el estreptococo el causante de la enfermedad y los que admitían como determinante uno de los múltiples gérmenes que sucesivamente fueron descritos y, sucesivamente también, fueron abandonados por no cumplir con los requisitos que en buena lógica bacteriológica se exigen para admitir como cierta la especificidad de un germen determinado. Los puntos en que se apoya la especificidad del germen descubierto por DI CRISTINA, son:

1) La siembra de sangre, secreción naso-faríngea, médula ósea y orina en los medios catalizadores especiales de DI CRISTINA y TAROZZI, da lugar a la proliferación en forma de cocos y diplococos, respectivamente. El medio de cul-

tivo experimenta transformaciones típicas en el transcurso de 8-15 días.

2) Facultad de resembrar los gérmenes así obtenidos en pases discrecionalmente repetidos.

3) El germen puede obtenerse a partir de filtrados (Chamberland) de líquido céfalo-raquídeo, secreción naso-faríngea y orina, y, por consiguiente, hay paso de una fase invisible a una visible.

4) La inyección de cultivos a niños y conejos jóvenes determina la aparición de la enfermedad.

5) Aglutinación positiva y desviación del complemento mediante el uso de cultivos y suero de enfermos escarlatinosos.

6) Profilaxia positiva mediante los mencionados cultivos.

Aceptado el germen de DI CRISTINA, en virtud de las pruebas que acabamos de reseñar, como específico de la escarlatina, el estreptococo pasaba a ocupar la plaza de germen asociado, pero los americanos, con DOCHEZ y DICK, han dado nuevo impulso a la doctrina de la especificidad del estreptococo, aportando argumentos y hechos nuevos que les llevan a afirmar que la escarlatina es una toxemia determinada por un estreptococo hemolítico que ellos han aislado de la faringe y heridas de los escarlatinosos y que, también, inculcado al hombre y a los animales determinaría la enfermedad.

Por otra parte, la doctrina sentada por los autores italianos, que ya fué combatida, aunque sin éxito, por AMATO, acaba de recibir un fuerte golpe al publicar BÜRGERS, de Düsseldorf, el resultado de sus investigaciones dirigidas a comprobar los trabajos DI CRISTINA y sus colaboradores. BÜRGERS cultivó 61 veces sangre, 3 veces secreción naso-faríngea, 8 líquido céfalo-raquídeo y 2 orina de escarlatinosos, añadiendo una numerosa serie de hemocultivos de personas sanas y enfermas y una colección de cultivos originales de DI CRISTINA, encerrando, en conjunto, más de 600 siembras, con lo que no se puede sostener objeción alguna referente al número de investigaciones. Las transformaciones macroscópicas del medio de cultivo descritas por los italianos—enturbiamiento del medio de cultivo y precipitado en la pared del tubo—fueron observadas en numerosos cultivos procedentes de escarlatinosos, aunque no en todos. Idénticas transformaciones se observaron en gran cantidad de tubos de cultivo sembrados con sangre de diferentes enfermos (nefritis, angina, eritema infeccioso, neumonía, disentería, gonorrea), así como en otros, sembrados con sangre de personas sanas e incluso en numerosos tubos de control.

En cuanto a los cocos que se ha supuesto puedan ser los

gérmenes de la escarlatina, si bien los encontró BÜRGERS en numerosos cultivos procedentes de casos recientes de la enfermedad, los encontró, asimismo, en hemocultivos procedentes de otros enfermos y también en tubos controles.

Convengamos en que las aseveraciones del autor alemán son un golpe a la especificidad del germen de DI CRISTINA, pues ni los cocos ni las modificaciones del medio de cultivo tienen nada de específicas desde el momento en que se observan también en los tubos controles, en que no existía el germen de la escarlatina, en absoluto. BÜRGERS supone que el fenómeno del enturbiamiento y consiguiente precipitado puede ser debido a la antolisis de los trocitos de órganos empleados en la preparación de los medios catalizadores de DI CRISTINA y TARROZZI; los cocos podrían ser restos nucleares o bien legítimos cocos que preexistirían en la intimidad de los tejidos empleados en la preparación de los medios de cultivo y que serían liberados por la autolisis. Y si es así, ¿qué le queda de específico al germen de DI CRISTINA?

De los hechos expuestos, deduciríamos la conclusión de que acaso sea la mejor posición la de no admitir como específico de la escarlatina ni el germen italiano ni el germen americano, ya que no podemos admitir, a la vez, la especificidad de los dos gérmenes, de una parte porque hay sobre el tapete objeciones serias contra cada uno de ellos y además, porque si hasta la fecha vemos que un mismo germen es capaz de determinar diferentes síndromes, no habíamos visto todavía, dos gérmenes distintos para una misma enfermedad. Creemos que el tiempo y con él posteriores trabajos de investigación, llegarán a resolver esta paradoja etiológica.

N. BATESTINI

## CRÓNICA

### EL PROBLEMA HOSPITALARIO EN BARCELONA

La catástrofe ferroviaria recientemente acaecida en pleno perímetro urbano, de tan dolorosas e impresionantes consecuencias, si no ha servido, dada su magnitud, para contrastar la eficacia de la organización benéfico-sanitaria de la Ciudad—siempre ha sido impotente la iniciativa pública ante hechos extraordinarios que escapan a las diarias contingencias para atender a las cuales fué creada precisamente la función adecuada—ha tenido cuando menos la virtud de convertir en tema de actualidad el problema de los servicios sanitarios urbanos. Se han hecho declaraciones, esbozado proyectos, insinuado reformas, pero mucho sospechamos que tan excelentes propósitos no han de cristalizar, a fin de cuentas, en nada concreto y positivo.

Ello no nos extrañaría en modo alguno, conocida la especial psicología mediterránea de nuestro pueblo, tan dado al momentáneo apasionamiento como propenso al fácil olvido.

Va a dar pié, sin embargo, para que puntualicemos una vez más lo que debiera de estar en la conciencia de todos: que es cada día más apremiante en Barcelona el problema de la hospitalización. (1).

Es un hecho reconocido formalmente por cuantos se preocupan de los asuntos ciudadanos, que hace falta ampliar debidamente nuestro servicio hospitalario para colocarlo a la altura que merece toda ciudad culta y progresiva.

Pero tan sólo conocen la urgencia ineludible del problema quienes conviviendo constantemente en el ambiente de Hospital se ven obligados a menudo, por exigencias de su cargo, a rehusar sistemáticamente la entrada en nuestros nosocomios,

(1) Nos complacemos en señalar que voces autorizadas se han levantado con antelación para denunciar tan lamentables deficiencias. Citemos muy especialmente al profesor del H. de la Sta. Cruz, Dr. PUJOL Y BRULL que dedicó recientemente su hermoso discurso inaugural de la *Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya* al estudio de tan interesante problema y al Dr. MER Y GÜELL, Director de Beneficencia y autor de un bien concebido proyecto de Hospital General Municipal.

alegando como único argumento la falta momentánea de camas, a numerosos enfermos que a ellos acuden con sus familiares solicitando asilo. Nada tan verídico y conmovedor como aquel cartelito repartido hace años con profusión en demanda de socorros, por el benemérito hospital de la Sta. Cruz en el que el lápiz de uno de nuestros más reputados dibujantes acertó a interpretar fielmente la escena de referencia en sus más patéticos e impresionantes detalles.

A diario, numerosos enfermos tras de una larga cuanto infeliz peregrinación por nuestros hospitales han de ser atendidos, de modo harto precario, en sus propios domicilios—zahurdas infectas o barracas misérrimas—por los médicos adscritos a la Beneficencia de la Ciudad, por no haber encontrado en lugares idóneos espacio donde poder ser convenientemente acomodados y tratados con los medios abundosos de que dispone la Medicina en los centros especializados.

Otros, más infelices todavía, son cobardemente abandonados, en las mismas puertas de los hospitales, por parientes ingratos y egoístas que conocen, a lo mejor por experiencia propia, las dilaciones forzosas y dificultades sin cuento que deben superarse antes de conseguir la deseada hospitalización.

Problema tan interesante y humano como el hospitalario tiene únicamente solución lógica y eficaz ampliando hasta lo indispensable el número de camas de que dispone la Ciudad.

Se admite unánimemente por cuantos tratadistas se ocupan de cuestiones de higiene sanitaria que en toda colectividad bien organizada precisan, por lo menos, tres camas de hospital por cada mil habitantes para poder atender debidamente a sus necesidades sociales. Y conste que nos referimos al número mínimo en relación con la morbilidad general, con exclusión de otros servicios, también dependientes de la Beneficencia, como Orfanatos, Asilos de Ancianos, Manicomios, etc. que, de ser englobados, elevarían sensiblemente la cifra.

Ahora bien, Barcelona con su millón de habitantes, sus aires de Ciudad cosmopolita, y su contingente de valetudinarios que, procedente de otras poblaciones, llama constantemente a las puertas de sus hospitales en demanda de curación, cuenta hoy día, para atender a todo, casi con el mismo número de camas de que disponía hace lustros, cuando su población llegaba escasamente al medio millón. (2).

Los progresos y adelantos materiales que derivaron del auge determinado por los negocios de la guerra, se han dejado sentir intensamente en otros órdenes de la vida ciudadana pero apenas si han repercutido en sus servicios de Beneficencia y Sanidad.

Si englobamos en una cifra total las camas de que disponen los diversos Hospitales urbanos veremos que su número apenas rebasa de 2.000; con todo y sumar a las 800 camas del Hospital de la Santa Cruz, a las 700 del H. Clínico y a los pocos centenares repartidos entre los hospitales del Sagrado Corazón, La Magdalena. S. Pablo y fundaciones particulares, las 300 camas con que cuenta el H. Municipal de Infecciosos que, en atención a su carácter, debería figurar únicamente en concepto de hospital de reserva, especialmente destinado a fines epidemiológicos, y que generalmente se halla casi vacío a causa de las dificultades de índole legal con que lucha la Administración Municipal para internar obligatoriamente en él a los enfermos pobres afectados de enfermedades infecciosas comunes.

Estas 2.000 camas, que son en realidad 1.800, dan un coeficiente inferior en más de un tercio al que necesita reglamentariamente la Ciudad, y ello constituye para los barceloneses un baldón de desidia y de abandono y un motivo de vergüenza pública.

Contrasta esta lenidad de nuestra urbe con el interés que en cuestiones sanitarias muestran otras ciudades más comprensivas y celosas de sus intereses colectivos.

(2) Redactadas y en prensa estas cuartillas nos sorprende agradablemente la conferencia dada en el Ateneo Barcelonés por nuestro amigo el Sr. PUIG Y ALFONSO, Presidente de la Junta del Hospital Clínico, cuyas afirmaciones corroboramos en absoluto.