

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO
REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.	P. DEL RÍO HORTIGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.		F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
			L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española.—*Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.*—*Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.*—*Fomento de la enseñanza.*—*Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.*—*Edificios decorosos y suficientes.*—*Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.*—*Fomento, premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: Concepto médico-legal de la deformidad, por D. Jesús Canseco. — Serodiagnóstico del tifo exantemático. Nuestra experiencia sobre la reacción de Weil-Félix, por J. Blanco y M. Tapia. — La experiencia en terapéutica neurológica, por Charles K. Mills M. D. Ll. D., traducción, por el Dr. P. Martín. — El estudio de la coagulación sanguínea como dato pronóstico en Cirugía, por los doctores M. Corachán y Francisco Gallart Mones. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Iecio Corlín. — Quinta Asamblea regional de Andalucía, por Angel Pulido. — Asamblea de médicos de Sanidad exterior. — Conclusiones de la Asamblea sanitaria andaluza. — Remitido. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Concepto médico-legal de la deformidad

POR
D. JESÚS CANSECO
 Del Instituto de Medicina Legal.

El art. 431 del Código Penal agrava la pena, si de resultas de las lesiones el ofendido hubiese quedado deforme ó perdido un miembro no principal, ó quedado inutilizado de él, ó hubiese estado incapacitado para el trabajo ó enfermo por más de noventa días.

No estando definido por el Código qué cosa es la deformidad, pero comprendiéndose que los legisladores al tasar la pena en delitos de lesiones, lógicamente habían de agravarla cuando éstas dejaran el estigma de deformidad ó defecto físico, hacíase necesario que los capacitados para desentrañar el problema lo abordasen; ya que las normas jurídicas no pueden ser variables caprichos impulsados ó depuestos al azar ventolero de un interés eventual, en perjuicio de tercero.

No se había tratado por los peritos legistas en forma doctrinal este tema, hasta que el ilustre Profesor de Medicina Legal de la Universidad Central, Dr. Maestre, fué compelido á emitir informe de controversia allá por el año de 89, siendo médico forense de Madrid; y con tal clarividencia como lo concibió, sirvió su luminosa diatriba de pauta reglada á seguir por el Cuerpo forense, relegándose mi iniciativa de hoy, á la de mero

vulgarizador y torpe glosador de su genial concepción.

Rebuscando y olisqueando en las sanciones jurídicas, percibiendo en el leguleyo iletrado una inclinación hacia torcido concepto de esta circunstancia agravante, y para evitar el lastimoso espectáculo de dos peritos de opinión opuesta, debiendo informar con unanimidad, por someterse ambos á criterio reglado, se llegó á establecer principios invariables, como invariables deben ser las normas jurídicas.

Defecto físico, es toda perturbación funcional de índole permanente consecutiva á un traumatismo, por virtud de la que sobrevenga una abolición, ó disminución de la capacidad productiva del organismo, ó lo que es igual, una depreciación de la máquina humana, en cuanto ésta es factor de trabajo remunerado.

Por deducción de este concepto, se catalogan en la vigente Ley de accidentes las múltiples y casuísticas mermas productivas del trabajador, no sólo según el órgano mutilado, si que también según la ocupación u oficio á que venía dedicado, ya que la esencialidad ó accidentalidad del utilitarismo de los distintos miembros, varía según la especialización de oficios. Y si en la esfera civil supo la ley hacer efectiva la indemnización para reparar en parte el daño, también fué previsor en el campo de la delincuencia criminal, agravando la pena para los insolventes.

Los juristas que conocieron la palabra deformidad

en el artículo 334 del Código del 48, al término del contenido del mismo, vieron que se refería á un concepto patológico; pero muchos lo achacan á lo estético, es decir, á que aquello quedó feo; y aquí surge el primer atranco en que tropiezan los defensores del criterio estético. Si es perito estético el que necesita el juez en tales casos, ¿á qué llamar al médico, en lugar de consultar al pintor, escultor, poeta, ó decidir el mismo magistrado?

Porque entiéndase bien, ¿quién es el guapo, y perdónese el giro, que sin norma, sin canon, sin reglas, tasa y mide la belleza, estando aún en blanco el libro de los gustos? En tales casos empezaría la arbitrariedad ó el capricho individual, y esto no puede quererlo la ley.

Vuele nuestra facundia en busca de casuística de pérdidas de belleza, y verase el encontronazo de variados gustos, y así, tal perito que examine un nefelión en la córnea de una joven que por nueva adaptación quedase bizca, la encontraría fea, mientras que á tal otro le parecería nueva gracia que añadir á sus encantos: un lunar es tan marca ó señal como una pequeña cicatriz, y sin embargo, todos estamos conformes en que aquilata la gracia y belleza de una joven.

El tatuaje no es práctica exclusiva á los pueblos bárbaros, que en la corte rusa vió Salillas á príncipes y gentes bien, ostentar con orgullo sus diseños. El árabe que marca á su hijo en la cara con incisión de gümia lo hace para filiarle en padrón de nobleza. El estudiante alemán marcado en el rostro, es preferido de las damas, porque lleva el marchamo del valor, que al fin y al cabo es una emanación de la belleza espiritual; y el chulo ó el hampón de nuestros barrios bajos, y la coima marcada por su hombre, delatan truhanerías, guapezas y amores, que en su medio social son bellos, y en el nuestro feos.

Deformidad para el Diccionario de la lengua, es desfigurado, feo, imperfecto, desproporcionado de forma, pero tiene que venir un intérprete que desentrañe lo que es feo, imperfecto, etc.; por eso los hablistas castellanos como Azpilcueta, relatando una mala pasada, afirma «aunque quedase por la lesión el herido tan deformado y feo». El Padre Rivadeneira, hablando de San Ignacio, relata que quedaban todavía á Ignacio dos deformidades en la pierna. Garcilaso empleó la palabra deforme en aquel verso:

«No soy, pues, bien mirado,
tan disforme ni feo.»

Góngara, Rebolledo y especialmente Cervantes, cuando habla de la nariz de Tomé Cecial que tanto asustaba á Sancho al clarear el día, no la califica de deforme, sino de grande y fea. De modo que para los hablistas castellanos, deformidad significa lo monstruoso, lo anormal, lo teratológico, lo patológico, porque es trastruero en el orden y disposición de las cosas naturales. Deformidad para los juristas de buena cepa, está en el espíritu de la ley de todos los países cultos, y desde el Código penal portugués que es el más casuístico de Europa, la Ley penal de Italia en su artículo

538, el de Venezuela, el artículo 304 de la ley del Brasil, el 400 del Código Belga, el 303 de la Institución de Justicia de Hungría, el 262 del Cantón de Ginebra, el 1326 del austriaco, el 224 de la ley alemana, el 309 de la ley penal francesa, y no citemos el inglés, porque apenas tiene derecho escrito, ya que sus jueces se guían por las costumbres del país. Y en todos ellos lo feo, queda regalado para dejar paso á lo trastrocado.

La legislación española desde el Fuero Juzgo en su libro 6.º, título 4.º, ley 3.ª, pasando por el Fuero viejo de Castilla en su ley 6.ª, título 1.º, libro 2.º hasta el mismo Fuero Real de España, se ocupaban de los aumentos de pena por mutilación, y véase cómo aquella legislación partidaria de los juicios de Dios, cuidaba del honor prohibiendo á los jueces el castigo que dejase marca en la cara, porque del honor entonces había un concepto distinto. Nuestra rica colección de sentencias del Tribunal Supremo, que como es sabido, sientan jurisprudencia en materia criminal, todas se orientan diferenciando lo feo de lo patológico, y por ello consideraron la hernia como deformidad, á pesar de no estar en sitio visible, y otro tanto hicieron con la pérdida de dos incisivos, porque el reir, comer y hablar ya son funciones perturbadas; si bien yo estimo para este concreto caso que la moderna prótesis dentaria subsana esta anormalidad.

Entre los médicos legistas, Limán, Foderé, Mata y Hoffman, convienen en idéntico sentido.

Para nosotros, deformidad es todo trastorno funcional de índole permanente consecutivo á un traumatismo, que, no causando impedimento, necesita nueva adaptación del órgano ú órganos, al cumplimiento de la finalidad fisiológica, con disminución de la capacidad utilitaria orgánica ó, lo que es igual, en cuanto esta es factor de trabajo orgánico no remunerado.

Notemos, pues, que las fronteras que separan el defecto físico de la deformidad, tienen por línea divisoria la depreciación de la máquina humana en función de trabajo para el primero; ó de menor autorrendimiento fisiológico para la deformidad.

Para la más fácil comprensión de ambos conceptos, representémoslos á un pianista, violinista, artífice, cómico ó agente de policía.

La pérdida de un dedo es defecto físico para todos, pero en el encasillado de indemnizaciones será de inutilidad total por defecto físico para el músico y para el artífice; pero el cómico y el agente sólo sufrirán una depredación parcial, y, en cambio, una claudicación será parcial defecto para aquéllos é inutilidad total para éstos, habida en cuenta sus profesiones.

Coloquemos una cicatriz en un párpado, esta cicatriz le retrajo, la oclusión del ojo es imperfecta, hay epífora, pues habrá deformidad, y esa misma cicatriz, marca ó señal en la piel de la cara, si no alteró la función mímica, no será nada. Por ello una cicatriz en la cara de dama honesta ó en la de Venus cinica, serán deformidad por trastruero de expresión, y acaso en meticuloso sentido jurídico habrá defecto físico, porque la primera sufre depreciación en el mercado del amor lícito, y la segunda en el remunerado; siendo muy de

pensar, si en una ampliación de la ley de accidentes del trabajo, habría que encasillar indemnización por este concepto.

Una quemadura por vitriolo en la nariz con cicatrices exuberantes, será deformidad, por solo cambio patológico de expresión, hasta el punto de que ese lenguaje, ingenuo de lo armónico, se transforma en horrible mueca bufonesca; pero no defecto físico, y la ablación total ó parcial de un pabellón auricular, será deformidad, por mínima que sea la perturbación auditiva. Como se ve, las fronteras divisorias entre deformidad y defecto físico, se esfuman en determinados casos, pero en el orden jurídico su trascendencia está, como ya apuntamos, en el menor rendimiento fisiológico del órgano, en que esta aminoración funcional necesita nueva adaptación, y principalmente en que no le impide su habitual trabajo; mientras que el defecto físico es depreciación de la máquina humana, en cuanto es factor de trabajo remunerado.

De todo lo que, se deduce que cuando dos profesores tengan que informar ante los Tribunales de Justicia, aunque sean requeridos para ello, por letrados interesados en la sustentación de distintos criterios, no pueden los peritos médicos tener más que un único concepto, salvo que la ética profesional sea un trampolín, y las normas del discernir científico, un estorbo.

Serodiagnóstico del tífus exantemático.—Nuestra experiencia sobre la reacción de Weil-Felix

POR

J. BLANCO y M. TAPIA

(De la Sección de Epidemiología del Instituto.)

El diagnóstico clínico del tífus exantemático ofrece en un tanto por ciento de casos, variable de unas epidemias á otras, dificultades á veces insuperables, que se han echado de ver especialmente en las epidemias ocurridas en el oriente de Europa durante las guerras balcánicas y la reciente guerra europea, dificultades sobre las que los autores clásicos no han insistido bastante.

Los casos típicos de tífus exantemático se pueden siempre diagnosticar con seguridad del cuarto al quinto día de enfermedad, fecha en que, como es sabido, aparece el exantema, síntoma alrededor del cual gira su diagnóstico. Claro está que en esta enfermedad, quizás más que en ninguna otra, el dato epidemiológico de la contagiosidad por contacto, unido á los síntomas del período preexantemático (elevación brusca de temperatura, quebrantamiento, *inyección conjuntival*, temblor de lengua), permiten sospechar, y aun afirmar, el diagnóstico con anterioridad al exantema. Como antes decimos, esto ocurre en los casos típicos. Pero la experiencia adquirida en recientes epidemias por algunos autores, como Jeanneret-Minkine, Vincent y la nuestra en la asistencia de tres focos habidos en España, desde Agosto del 1918, demuestra claramente que hay casos en los cuales por ser el exantema escaso, atípico y *aun ausente* y estar los demás síntomas atenuados, hay que basar el diagnóstico en el dato epidemiológico no exclusivo de esta enfermedad y en la marcha de la curva febril, que si bien en los adultos es típica, casi siempre, en cambio, en los niños es lo excepcional que le sea, derivándose de ello la imposibilidad del

diagnóstico clínico con las graves consecuencias que esto encierra para la profilaxis.

Aparte de otros motivos de orden científico, están, pues, de sobra justificados los intentos de hallar un medio biológico que sirva de complemento á la clínica para el buen estudio y profilaxis del tífus en todos los casos.

En la presente nota vamos á ocuparnos de la reacción de Weil-Felix y demás reacciones de aglutinación, por lo cual sólo citaremos que paralelamente á la reacción de aglutinación hemos practicado en la epidemia de Cartagena (invierno de 1919) la inoculación experimental en el conejillo de Indias con fin diagnóstico, corroborando los resultados obtenidos por otros investigadores de que es de indiscutible valor para establecer el diagnóstico de una epidemia, pero muy lento, puesto que se necesitan de diez y ocho á veinte días para la total observación del animal, para que sirva al enfermo.

Serodiagnóstico por aglutinación.

Al describir Plotz su bacilus exantemáticos comenzó, en colaboración con Olistky, á investigar la existencia de anticuerpos en el suero de enfermos, con objeto de demostrar la especificidad de dicho germen, encontrando aglutininas, opsoninas y amboceptores fijadores del complemento. Más tarde, Baehr, médico de la Comisión nombrada para combatir la epidemia del tífus exantemático de los Balcanes y Wolhinia (Rusia) del año 1915, estudió la aglutinación frente al bacilo de Plotz en 46 enfermos. Los títulos encontrados no fueron suficientemente elevados para poder sentar conclusiones absolutas, pues no pasaron nunca del 1 por 100. No obstante, Baehr cree que tiene valor diagnóstico.

Uteriormente, Nicolle, Conseil y Compte encontraron que el suero de los tíficos aglutinaba al micrococcus melitensis con tanta constancia, según dichos autores, que el fenómeno podía ser aplicado á la clínica.

Nuestra experiencia es contraria á la de los citados sabios. De todos los sueros examinados, sólo en tres hemoneados aglutinación positiva para el micrococcus de Bruce, á diluciones del 1 por 100.

Hay que tener en cuenta que el suero de algunos enfermos tuberculosos también aglutina al melitensis á títulos de dilución, que sobrepasan en ocasiones del 1 por 50. Esta coincidencia y la inconstancia de la reacción le quitan valor diagnóstico, á nuestro juicio. Creemos que una aglutinación negativa no disipa las dudas que la clínica no pueda resolver.

Estos son los principales estudios realizados sobre el serodiagnóstico del tífus por la aglutinación, hasta que hace unos años, en la primavera del año 1915, Weil y Felix dieron á conocer la reacción que lleva sus nombres.

Encontraron estos autores, en orina de enfermos de tífus un bacilo que, por sus caracteres morfológicos y culturales entra en el grupo del *Proteus*. Aislaron varias razas, que clasificaron por números, y estudiaron la aglutinación de dichos gérmenes con el suero de los tíficos, encontrando que los números 2 y 19 daban reacciones positivas, sobre todo el 19, cuyos títulos de aglutinación sobrepasan los límites de lo que hasta ahora estábamos acostumbrados á ver con otras bacterias.

Bien pronto, numerosos investigadores, como Jaliere, Braum, Kramer, Mouziols y Dubourg, Saquepé y Lavergue y algunos otros comprobaron la certeza y valor de esta reacción, dándole el nombre de reacción de Weil-Felix. El papel que pueda jugar el *Proteus X₁₉* en la etiología del tífus exantemático permanece aún ignorado, pero ya las opiniones

andan divididas, y enfrente de quienes, como Fiedberger, aseguran que es el agente productor de la enfermedad, se colocan Möllers y Wolff, quienes le niegan valor etiológico fundándose en sus investigaciones experimentales. Dichos autores han inoculado conejillos de Indias con sangre de enfermos y con *Proteus* X₁₉, viendo que los resultados son distintos. La inoculación de sangre de tífico provoca en el animal el síndrome conocido desde los estudios de Nicolle, después de una incubación de diez á doce días. En cambio, la inyección por vía peritoneal de cultivo de *Proteus* produce en el conejillo fenómenos tóxicos que llegan á matarlo rápidamente si la dosis es grande. Igualmente han estudiado el efecto producido por el germen en cobayas previamente vacunados por la inyección de sangre. El efecto de la inoculación del *Proteus* es el mismo que en los no inmunizados. Finalmente, en conejillos convalecientes de la enfermedad experimental, han buscado las aglutininas frente al *Proteus* X₁₉, obteniendo resultados negativos. Sobre este punto debemos advertir que en un caso en que investigamos la aglutinación en estas condiciones, el resultado fué positivo. Sin embargo, para poder deducir conclusiones, esperamos á comprobar el hecho en más casos.

Inclinándose hasta ahora los hechos en contra del valor etiológico del *Proteus* X₁₉, resulta un poco difícil explicar el mecanismo de la reacción de Weil-Felix. Braum opina que el suero humano normal posee aglutininas para el *Proteus*, como las posee para otros gérmenes, y que estas aglutininas serían exaltadas por la infección tífica. Schurer y

Wolff creen que el *Proteus* X₁₉ y las otras variedades aglutinables existen en el intestino humano, penetrando en la circulación á favor de la infección tífica, y que esta infección secundaria se traduce por la reacción de Weil-Felix. Ninguna de las dos opiniones satisface por completo, aunque quizá la de Braum tenga en nuestra opinión mas visos de verosimilitud. En la actualidad nos tenemos que conformar con los hechos, entresacando de ellos aquello que nos sea útil, esperando que ulteriores investigaciones nos den la clave de este fenómeno.

Hemos estudiado la reacción de Weil-Felix en 33 sueros de enfermos de tífus exantemático, procedentes 10 de la sala de enfermedades infecciosas que á cargo del Dr. Marañón existe en el Hospital Provincial de esta corte, y los restantes en la epidemia de Cartagena. Recientemente hemos realizado otras 30 observaciones con motivo del brote epidémico habido en las provincias de Almería y Granada, cuyos resultados serán publicados en otro trabajo.

La raza de *Proteus* X₁₉ que hemos empleado fué atenta mente cedida por el Instituto de Higiene Militar al Dr. Tello jefe entonces de la Sección de Epidemiología de este Instituto y actual Subinspector general de Sanidad.

La técnica empleada varía algo de la seguida por Weil y Felix. En vez de medir la cantidad de cultivo añadido por gotas, hacemos la aglutinación ajustándonos al método de Kolle.

Los resultados obtenidos los reunimos en el siguiente cuadro:

Suero.	Días de enfermedad	<i>Proteus</i> X ₁₉	Melitensis.	Eberth.	Paratífus B.	Paratífus A.	OBSERVACIONES
Núm. 1	19	1 × 2.000	—	—	—	—	Llevaba cinco días convaleciente.
» 2	15	1 × 5.000	—	1 × 50	—	—	Dos días convaleciente. Caso grave.
» 3	16	1 × 5.000	—	—	—	—	Dos días convaleciente.
» 4	17	1 × 1.000	—	—	1 × 50	—	Tres días convaleciente.
» 5	18	1 × 2.000	—	—	—	—	Tífus gravísimo. Cuatro días convaleciente.
» 6	8	1 × 2.000	—	1 × 100	—	—	
» 7	8	1 × 2.000	—	—	1 × 50	—	
» 8	14	1 × 5.000	—	—	—	—	
» 9	14	1 × 2.000	—	—	—	—	
» 10	10	1 × 5.000	—	1 × 50	—	—	
» 11	24	1 × 1.000	—	—	—	—	Diez días convaleciente. Complicación paratífus.
» 12	45	1 × 1.000	—	—	—	—	Tífus muy grave. Un mes convaleciente.
» 13	23	1 × 5.000	—	—	—	—	Diez días convaleciente.
» 14	7	—	—	—	—	—	Neumonía.
» 15	5	1 × 2.000	—	—	—	—	
» 16	7	1 × 2.000	—	—	—	—	
» 17	10	1 × 1.000	—	—	—	—	
» 18	8	1 × 5.000	—	—	—	—	
» 19	12	1 × 10.000	—	—	—	—	
» 20	14	1 × 10.000	—	—	—	—	
» 21	6	1 × 1.000	—	—	—	—	Practicante.
» 22	9	1 × 10.000	—	—	—	—	
» 23	8	1 × 1.000	—	—	—	—	
» 24	8	1 × 20.000	1 × 100	—	—	—	Caso grave.
» 25	7	1 × 1.000	—	—	—	—	Idem.
» 26	9	1 × 1.000	1 × 100	1 × 100	1 × 100	1 × 50	Se hizo hemocultivo, que resultó negativo. El cuadro clínico era típico de exantemático.
» 27	10	1 × 100	1 × 100	—	—	—	
» 28	6	1 × 100	—	—	—	—	
» 29	11	1 × 5.000	—	—	1 × 50	—	Caso grave.
» 30	14	1 × 10.000	—	—	—	—	
» 31	5	1 × 200	—	—	—	—	Diagnóstico clínico dudoso en tifoideo y exantemático.
» 32	7	1 × 2.000	—	—	—	—	
» 33	10	1 × 10.000	—	—	1 × 100	—	Caso muy grave.

Además de los casos de tífus exantemático citados en el cuadro precedente hemos investigado la aglutinación frente al *Proteus* X₁₉ en enfermos de fiebre tifoidea, paratifoidea, sarampión, escarlatina y viruela, no encontrando ni un sólo caso de aglutinación positiva.

De los datos entresacados de nuestra experiencia deducimos las conclusiones siguientes:

1.ª La reacción de Weil-Felix tiene indiscutible valor diagnóstico, tanto como la aglutinación del Eberth en la fiebre tifoidea.

2.^a El título de aglutinación del suero de los tíficos frente al *Proteus X₁₀* es independiente de la intensidad de la afección. En este punto nuestra opinión difiere de la de algunos investigadores, como Zlocisti, médico de la Cruz Roja alemana en Constantinopla, quien afirma que los casos de intensidad media dan los títulos más elevados (1 por 6.000 á 1 por 100.000), y, en cambio, los leves y muy graves aglutinación más baja. Opinamos con Mouziols y Dubourg que no hay relación entre la gravedad y el título de aglutinación.

3.^a La aparición de la aglutinación es bastante precoz. En nuestra estadística el caso número 23 dió reacción positiva, al tercer día de enfermedad, hasta el 1 por 1.000. Nos falta, sin embargo, más experiencia para negar los resultados obtenidos por Kramer, quien sostiene que en los cuatro primeros días de enfermedad casi no obtuvo ni un caso positivo.

4.^a En general, la aglutinación aumenta desde el comienzo hasta el fin de la enfermedad, para decaer lentamente en la convalecencia. El número 12 de la estadística aglutinó hasta el 1 por 1.000 después de un mes convaleciente.

LA EXPERIENCIA EN TERAPEUTICA NEUROLOGICA

FOR

CHARLES K. MILLS M. D. LL. D.

Profesor emérito de Neurología en la Escuela de Medicina de Pensilvania, antiguo neurólogo del Hospital general de Filadelfia.

Traducción dedicada al ilustre neurólogo Dr. Ricardo Pérez Valdés, del Hospital General de Madrid, por el Dr. P. Martín.

Perkinismo y Burquismo.

A fines de la decimoctava centuria, un médico de Connecticut, llamado Elisha Perkins, despertó mucho interés entre la profesión médica y el público, especialmente en el último, por medio de una publicación en la cual abogaba por el uso de lo que llamaba tractores metálicos en el tratamiento de algunas enfermedades. Los tractores eran varillas delgadas hechas de diversos metales, una de las extremidades de las cuales se aplicaba sobre la parte que se suponía enferma. Se citaron curas admirables y se hicieron demostraciones públicas en todo el país sobre el valor de los tractores. La fama del tratamiento cruzó el océano y llegó á Dinamarca, Inglaterra, Francia y otras partes de Europa. Se publicaron libros y folletos referentes á este asunto, pero después de uno ó dos decenios todo pasó al olvido.

Muchos años después de Perkins y de sus discípulos, primero en Milán y después en París y en otras partes, apareció un Dr. Burq que recomendó el uso de los metales para el diagnóstico y el tratamiento de afecciones neuróticas, sus esfuerzos recibieron atención con el nombre de metaloscopia y metaloterapia. Burq publicó en 1882 un librito. Su doctrina fué aceptada por Charcot después de ser patrocinada grandemente por el público.

En la novena década de la última centuria me interesé mucho en las publicaciones de Charcot y Richer sobre el hipnotismo y también sobre el burquismo, que pertenece, después de todo, al mismo dominio. Tenía yo una serie de discos metálicos del mismo tamaño hechos de cobre, de cinc, de hierro, de plomo y de otros metales. Todavía podrían encontrarse en alguna habitación del Hospital general de Filadelfia. Para mis experimentos con el oro empleaba una moneda de 20 duros que, presumo sin necesidad de explicación, no quedaría en el hospital.

Los experimentos fueron llevados á cabo no sólo desde el punto de vista de la metaloscopia y metaloterapia de Burq, sino también de la llamada metaloterapia interna. Discos,

primero de un metal y luego de otro, eran aplicados al enfermo preferentemente histérico á quien se habían tapado previamente los ojos, y cuando se encontraba el metal al cual respondía el paciente, es decir, el metal que provocaba en él una sensación particular en el punto de aplicación, este metal se usaba para disipar, para trasponer y en ocasiones para provocar la anestesia y otros fenómenos. El método fué usado para suprimir las contracturas, las anestias y las parálisis de tipo funcional. Algunas veces, cuando veía que un enfermo respondía á un metal particular, á más de la administración externa, lo daba al interior en forma de alguna de sus sales (metaloterapia interna). Los resultados, como podía suponerse, fueron algo irregulares y en ocasiones sorprendentes. Pronto, sin embargo, me cansé de estos ensayos como de mis varios experimentos de hipnotismo, que con frecuencia eran interesantes, pero raras veces produjeron un beneficio permanente para los enfermos. Lo que hicieron fué rebustecer el concepto que ya entonces tenía sobre la importancia de la sugestión y de la contrasugestión.

El tratamiento por suspensión de la ataxia locomotriz.

Motchoukowski, de Odesa, publicó en 1883 un folleto describiendo las ventajas que se deducían de usar la suspensión en el tratamiento de la ataxia locomotriz. Había llegado á esa idea por la observación accidental de ver un enfermo que padecía esta enfermedad mejorado en apariencia por la aplicación de un corsé enyesado. El profesor Raymond, que viajaba por Rusia, estudió los resultados de Motchoukowski y los vulgarizó en París.

Charcot, cuyo apoyo había dado al burquismo una reputación indebida, fué también responsable en gran parte de la atención que la profesión neurológica dió al tratamiento de la ataxia por la suspensión. El y su ayudante Gilles de la Tourette experimentaron con enfermos de la Salpêtrière en los cuales se creyó obtener resultados satisfactorios. Las mejorías referidas por Motchoukowski y Charcot en algunos de los enfermos éranse, decía, notables. Algunos se alivaron en el síntoma de Romberg, en la marcha, en la disminución de los dolores fulgurantes, en el poder sexual y en el dominio de la vejiga. Como podía suponerse, la ausencia del reflejo rotuliano y del fenómeno pupilar, no fueron afectados favorablemente.

Otras enfermedades de las cuales se decía mejoraron, fueron la neurastenia, la ataxia de Friedrich y la parálisis agitante. No se explicó con claridad lo racional de esta mejoría. Se suponía, sin embargo, que la circulación espinal era favorecida y que había alguna enlogación de fibras nerviosas, aunque esta última explicación era bastante dudosa. En aquella época no se conocía como ahora el hecho que la ataxia locomotriz como la parálisis general son enfermedades sifilíticas debidas á la presencia de espirochetos.

El aparato usado por Charcot era el ideado por el doctor Sayre, de Nueva York, para el tratamiento de la caries espinal por la suspensión. Charcot publicó sus primeros resultados en una lección dada el 15 de Enero de 1889. Hay que hacer observar que muchos enfermos con tabes que habían estado sometidos á este tratamiento expresaban su sensación de haber mejorado mucho con la suspensión. Esto se puede explicar tal vez por el conocido optimismo de los tabéticos.

El Dr. S. Weir Mitchell en el *Medical Times*, 13 de Abril de 1889, describió un aparato mejorado para la suspensión cuya principal particularidad era que la suspensión se hacía en parte de los codos; los brazos se mantenían á los lados por correas y se aplicaba un aparato de suspensión adicional al mentón y al occipicio.

Se comunicaron casos á las Sociedades de Filadelfia como á las otras. El Hospital Ortopédico y la Enfermería para enfermedades nerviosas de esta ciudad y no pocas instituciones más, tuvieron su aparato de suspensión y muchos neurólogos emprendedores también lo adquirieron para sus clínicas y consultorios particulares. La danza alegre, ó mejor el colgado alegre duró algún tiempo, pero pronto pasó al limbo terapéutico.

El cirujano y la epilepsia.

Con la epilepsia he tenido diversas é interesantes experiencias, médicas y quirúrgicas. Aquí sólo hablaré de estas últimas. Desde tiempos remotos considerados á la luz de esta centuria ó de esta última media centuria, se han hecho numerosas sugerencias y experimentos relacionados con la mejoría y la curación de la epilepsia. Muy pronto en mi vida profesional conocí algunos de los esfuerzos quirúrgicos, llevados á cabo, para liberar de su mal á los infortunados epilépticos, basándose en la antigua teoría de los refljos. Se circuncidaba á los niños, se privaba á las mujeres de los ovarios y en ocasiones del útero, se resecaaba, de acuerdo con la aparente indicación, un nervio en la mano ó en el pie ó en la raíz de un diente ó en otro lugar cualquiera, y se hacía todavía mucho más, dentro de este orden, para hacer desaparecer un trastorno constitucional que rehusaba responder á los ritos empleados para suprimirlo.

El término epilepsia es aquí usado en el sentido más amplio para comprender varias formas de ataques convulsivos. Hace ya largo tiempo que la trepana y el trépano fueron empleados algunas veces sin particular cuidado sobre el lugar donde se habían de usar para curar los espasmos. Las sangrías para curar la epilepsia, fueron hechas en una época de manera tan heroica que casi llegaron á ser un método que debe estudiarse en la cirugía.

Cuando hace unos cincuenta años la doctrina moderna de las localizaciones encontró una base segura en la fisiología y en la neurología empezaron á sugerirse operaciones que se realizaron, llevando los cirujanos como guía para el sitio donde habían de practicarse, los principios de las localizaciones: fracturas craneanas, hemorragias localizadas, abscesos y tumores se convirtieron en objeto frecuente de las intervenciones quirúrgicas á menudo con un notable y brillante éxito. No es, sin embargo, mi intención entrar en este tema. Sólo me refiero á él como introducción á algunas observaciones relacionadas con dos ó tres procedimientos quirúrgicos que desde entonces han sido generalmente abandonados.

Uno de éstos era la escisión cortical que fué recomendada por Horsley y por otros, y de la cual yo he sido algunas veces responsable. La idea en estos casos era que aun á falta de toda evidencia de una lesión importante, si se podía demostrar que el espasmo era del tipo local ó jacksoniano se debía emplear el trépano. Después de fijar con exactitud el centro ó área que se suponía capaz de originar el espasmo por medio de la faradización de la corteza expuesta, este centro ó área era después escindido. En total, las operaciones de escisión de la corteza, de las cuales se realizaron un gran número, no resultaron un éxito, aunque en algunas ocasiones no volvió el espasmo durante largo tiempo después de la operación. Uno de los resultados en estos casos era, en todo caso, la parálisis local de los miembros ó partes dirigidas por los centros extirpados. Esta, en la mayoría de los casos, se hacía con el tiempo cada vez menor y no hubiera contraindicado la operación si se hubiera obtenido un positivo alivio en los ataques espasmódicos.

Tuve bajo mi observación un cierto número de casos de

la llamada epilepsia idiopática, en los cuales se habló de la operación, en los que se había planteado el problema de su indicación. Eran estos, casos de espasmo jacksoniano, esto es, de monoespasmo ó de hemiespasmo que interesaba la cara ó el brazo ó la pierna ó una ó dos de estas partes como motor general del paroxismo. Pronto aprendí que un origen frecuente, si no el más frecuente de los llamados espasmos jacksonianos, era la llamada epilepsia idiopática, un hecho sobre el cual había llamado la atención Collier. Como dije tratando de esta cuestión en una de mis publicaciones, el ataque jacksoniano ocurre dentro del total del ataque epiléptico, y su presencia sólo corrobora una opinión ya expuesta hace tiempo por el gran neurólogo Hughlings Jackson, que si los ataques epilépticos fueran observados minuciosamente y bien, se encontraría que en la inmensa mayoría de los casos el ataque empieza con alguna forma de espasmo local. Esto ciertamente es olvidado con frecuencia y aún observadores agudos á quienes he empleado en mis clínicas no han notado este hecho; se desarrolla tan pronto el espasmo inicial que irradia sobre otras partes y en ocasiones sobre toda la musculatura del cuerpo. En un número de casos que estuvieron bajo mi observación y de cuya operación yo fui responsable, no se encontró lesión. En algunos casos, sin embargo, se hizo evidente una mejoría de los enfermos porque se suspendieron los paroxismos.

En los últimos años el cirujano ha extendido sus esfuerzos para curar la epilepsia á la cavidad abdominal. Un distinguido cirujano, hace una docena de años, recomendó para curar la epilepsia la operación conocida con el nombre de apendicostomía. En la discusión sobre la epilepsia en el tiempo en que esta operación se propuso se hicieron varias consideraciones, pero no tengo tiempo para detallarlas. Estaban basadas principalmente en la idea que la epilepsia estaba originada por alguna forma de toxemia intestinal. Se hacía un orificio en el intestino en la región apendicular y se comenzaba un curso de irrigaciones del colon, de ordinario con agua caliente. Esto se practicaba al principio bajo la vigilancia del cirujano y de la enfermera, pero luego en algunos de los casos en que se empleó el tratamiento el enfermo se trataba á sí mismo, tumbándose en la cama y pasando un tubo por la apertura hasta el intestino y dejando entrar con suavidad el agua que se recogía en un depósito debajo de la cama. Pocos resultados sorprendentes fueron referidos, es decir, casos en los cuales los ataques epilépticos ó epileptiformes cesaron durante algunos meses y aun durante más tiempo. En cuanto yo conozco no se ha logrado una curación permanente. Este era un proceder chocante, pero que no me parece aceptable para el paciente condenado á esta irrigación.

Un cirujano occidental ha descrito más recientemente la operación de la cecostomía que usa en casos de astricción mecánica y para la curación de la epilepsia. Es prácticamente la misma operación ya descrita, excepto que la apertura se hace una ó dos pulgadas distantes del orificio del apéndice.

El mismo distinguido é inteligente cirujano, en el curso de su operación para tratar la astricción mecánica se encontró con algunos epilépticos estreñidos, en los cuales la frecuencia de los ataques disminuyó por la operación hecha usualmente en el colon, y que no se ha de describir.

Avanzando un poco más en el tema de la epilepsia aprendí lo que estoy seguro es del conocimiento común de todos los neurólogos, que la mayor parte de los epilépticos están sometidos al estreñimiento, y por eso tal vez, que el estreñimiento y la epilepsia se encuentran en relación de causa á efecto. Recomendando procedimientos análogos á los

que se emplean en estreñidos, que no son epilépticos. Notando que a pesar de que los epilépticos son generalmente estreñidos, la multitud de los estreñidos es sólo en muy raras ocasiones víctima de la epilepsia. Le pareció conveniente entrar más en el tema. Haciéndolo por métodos conocidos para la profesión, llegó a la conclusión que la epilepsia era debida a una forma bacteriana o bacilo que probablemente se origina en el duodeno, y que habita luego en el intestino grueso o en el colon. Las etapas que recorre son extraordinarias y las supongo dependen del punto de observación de este autor. No siendo capaz de establecer una corriente fecal adecuada por el colon tórpido enfermo y absorbente en el curso del tiempo, se le ocurrió extirpar el colon, y así se introdujo la operación de la colectomía y se refirió que no pocos epilépticos se habían curado o se habían mejorado por esta operación extirpadora.

(Se continuará.)

EL ESTUDIO DE LA COAGULACIÓN SANGÜÍNEA COMO DATO PRONÓSTICO EN CIRUGÍA

POR LOS DOCTORES

M. CORACHÁN Y FRANCISCO GALLART MONES

Desde que la Cirugía ha ensanchado su radio de acción de un modo tan extraordinario en estos últimos lustros, es indudable que en el curso postoperatorio de los enfermos tributarios de ella, se han observado múltiples complicaciones, que al repetirse una y otra vez, han llamado la atención del cirujano, que esmerándose por evitarlas, ha hecho un beneficio extraordinario al paciente, al paso que ha sentado jalones, señales indubitables de progreso del que la ciencia médica cada día se encuentra más orgullosa.

De las complicaciones postoperatorias que más importancia tienen y que más dificultaban el curso normal de una intervención, las hemorragias eran, sin duda alguna, las que más preocupaban al operador, ya que las secuelas de anemia aguda en los casos graves, y de hematomas en los de mediana intensidad, que a más de los trastornos locales por compresión (abultamiento, tardanza en la reabsorción, persistencia de colección serohemática) y, sobre todo, la posibilidad muy frecuente observada de la infección del hematoma, hacían muy temidas por el operador la presentación de las hemorragias más o menos extensas.

Verdad es que la experiencia adquirida por cada cirujano por el hecho de la presentación de alguna de estas complicaciones hacía que su técnica fuese cada vez más cuidadosa, y que al hacer la hemostasia procurase no dejar rama arterial o venoso de calibre mediano o pequeño sin su correspondiente ligadura, y que al colocar los vendajes después de la operación procurase con ellos una compresión adecuada para cohibir la hemorragia capilar que en toda incisión de los tejidos se produce.

Pero no bastaba, ya que a pesar de estas precauciones las hemorragias se presentaban, sobre todo en regiones en que el tejido celular es muy laxo y en que los vendajes no podían efectuar una compresión sufi-

ciente (regiones inguinal, escrotal, crural, cervical, etcétera, etc.).

Y fué por todo esto por lo que se preocuparon los cirujanos de la solución de este problema, por otros medios más eficaces para conseguirlo, y creer además, como el factor más importante de la complicación hemorrágica, la existencia de alteraciones sanguíneas, causa casi siempre de ella, partiendo, como es lógico, de que en la intervención se hayan observado las reglas elementales de técnica quirúrgica.

Tiene, pues, una extraordinaria importancia el pronosticar si un enfermo que ha de sufrir una intervención quirúrgica, puede o no tener una complicación hemorrágica, y, sobre todo, una vez sabido esto, evitar la posibilidad de esa entorpecedora complicación.

En contraposición de estas complicaciones hemorrágicas, se observaban también, aunque con menos frecuencia, otras de índole inversa, las trombosis, peligrosas muchas veces por los fenómenos de embolia que acarrear en unos casos, o imposibilitando en otros al operado de mover sus miembros con las venas trombosadas, obligándole a guardar cama mucho más tiempo del que hubiese necesitado para una cura normal.

Es indudable que los datos clínicos podían hacer sospechar, alguna que otra vez, en la posibilidad de la presentación de todas esas complicaciones; pero ellos por sí solos no bastaban para precaverse de ellas, ni tomar con seguridad precauciones terapéuticas preventivas de tales peligros. Y de ahí que los métodos modernos de laboratorio nos dan una pauta de exploración para poder con seguridad casi matemática certificar del éxito de una operación.

No es que debamos desechar los datos clínicos; por el contrario, ellos nos pondrán en camino de sospechas patológicas que pronto el complementario examen de laboratorio nos confirmará.

En los interrogatorios de nuestros operados, haremos hincapié en averiguar la existencia de la hemofilia en alguno de sus antepasados, ya que de sobra sabemos que es enfermedad casi siempre hereditaria, y son hechos que los individuos recuerdan fácilmente: casos de muerte por hemorragia, presencia de éstas de un modo más o menos alarmante en avulsiones dentarias, hemorragias postpartum, etc., etc. En el mismo individuo podemos notar la presencia de señales hemorrágicas, pequeños equimosis consecutivos a traumatismos insignificantes que casi siempre pasan desapercibidos.

No es tan patente la influencia hereditaria de la trombosis, aunque E. Hirtz y Pinard creen haber encontrado relación hereditaria en la presentación de la flegmasia alba dolens en individuos de la misma familia; igualmente se ha observado algún caso de individuos afectos de varias enfermedades de tipo infeccioso, en el que se han presentado en todas ellas fiebitis con trombosis venosas, efecto probablemente de la existencia de alteraciones de la crisis sanguínea; y estas observaciones pueden dar el toque de alarma al clínico sagaz, para pensar en la posibilidad de la repetición de tales complicaciones que entorpecen o malogran una intervención que pudiese haber resultado brillante.

Pero es indudable que sólo el examen adecuado de la sangre puede darnos la seguridad de la existencia de las alteraciones de la misma, y á ello se ha llegado con la comprobación de las variaciones en la coagulación que patológicamente puede presentar.

Técnica para determinar el índice de coagulación.

Comprende tres puntos principales:

1.º *La citratación*, que debe hacerse junto á la cabecera del enfermo, en el momento en que la sangre sale de los vasos.

2.º *La adición de cloruro cálcico*, que se hará en el litotriador y en una serie de tubos que contendrán dosis crecientes de cloruro cálcico, y en los cuales observaremos todas las fases de coagulación desde el comienzo hasta la fase de total coagulación.

3.º *La dilución*, condición especial, fácil de practicar; la experiencia demuestra que la dilución óptima es al 1 por 100.

1.ª parte. *Citratación*.—Al salir del vaso, la sangre recibe inmediatamente la cantidad de citrato sódico que la hace incoagulable. Para que esta incoagulabilidad sea durable, es necesario que la solución de citrato sea al 1. por 100, es decir, que por centímetro cúbico de sangre haya un centigramo de citrato.

El citrato que usamos es el trisódico, y de preparación reciente, siendo necesario que la solución sea exactamente titulada.

Procuramos mezclar 1 c. c. de sangre con 1 centigramo de citrato por el siguiente proceder: lo más cómodo, es hacer una dilución sanguínea al 1 por 5, ó sea 1 c. c. de sangre por 4 de solución citratada. El centigramo de citrato necesario para la incoagulabilidad de 1 c. c. de sangre deberá estar, pues, contenido en los 4 c. c. de líquido. En otras palabras, la mezcla debe efectuarse en una solución citratada al 1 por 400.

Dicha solución debe ser isotónica.

La fórmula empleada es:

Citrato trisódico.....	1 gramo.
Cloruro sódico.....	7 —
Agua destilada.....	400 —

Extracción de la sangre.—Es el punto más importante de la técnica, el que exige mayor atención, porque produce mayores causas de error.

1.º Reducir al minimum los fenómenos de contacto.

2.º Medir rigurosamente el volumen de la sangre extraída.

Estas dos condiciones las obtendremos de la siguiente manera: la sangre es extraída de una vena del pliegue del codo, sirviéndonos de agujas cortas y bien secas. Se dejan salir las primeras gotas, é inmediatamente se recibe en la solución citratada, en la cual inmediatamente se diluye y se inmoviliza por inactivación de su calcium.

Para estas maniobras utilizamos unas probetas graduadas en décimas de centímetro cúbico, de 8 centímetros de alto por un centímetro de diámetro. Son exactamente calibradas.

Supongamos que queremos recibir exactamente

1 c. c. de sangre. Se coloca en la probeta solución citratada hasta la cifra 2; luego se presenta esta probeta verticalmente al extremo de la aguja por donde sale la sangre, procurando que las gotas, al caer, no toquen las paredes de la misma. Retiramos la probeta en cuanto el nivel está aproximadamente á los alrededores de la cifra 3; pero así nunca es exacto 1 c. c. de sangre; siempre hay una ó más décimas de exceso ó de defecto.

Un centímetro cúbico de sangre pura en la solución que nosotros deseamos obtener corresponde á 4 c. c. de la solución citratada al 1 por 400.

Una décima de centímetro cúbico de sangre pura debe, pues, corresponder á 0,4 de solución citratada al 1 por 400.

Se añadirán, pues, á la probeta los 2 c. c. que faltan de la solución citratada, aumentando ó disminuyendo tantas veces 0,4 como décimas de centímetro cúbico de sangre habremos recogido de exceso ó de defecto.

Por ejemplo, supongamos que en vez de caer en la probeta 1 c. c. de sangre, han caído 1 c. c. y 2 décimas (el menisco inferior señala entonces 3,2 en vez de 3); entonces en vez de completar el volumen total, á 5 c. c. se añadirán 2 c. c. más dos veces 0,4 igual á 2,8 c. c. de solución citratada. El volumen total será de 5,8, pero la mezcla será exactamente al 1 por 4.

La sangre recogida en estas condiciones posee intactas sus propiedades coagulantes.

2.ª parte. *Adición del cloruro cálcico*.—El cloruro de calcio es una sal muy higrométrica, cuya cantidad de agua de cristalización es muy variable, y por consiguiente, se presta muy mal á titulaciones rigurosas. Además, con facilidad es impuro. Por todo ello, para lograr una solución exactamente titulada y pura es necesario fabricarla de la siguiente manera:

Se parte de una solución de ClH químicamente puro al 20 por 100. Se neutraliza con carbonato de cal puro añadiéndole en pequeñas cantidades. Se hierve para sacar el exceso de ClH. Se deja enfriar y se empieza en seguida la titulación de una solución de NO₃ Ag, de título tal que 1 c. c. = 1 centigramo de Cl₂Ca. Entonces es muy fácil de reducir la solución al título deseado. La solución así preparada no contiene otras impurezas que carbonato de cal y aun á dosis de 2 ó 3 miligramos por 100.

Marcha á seguir.—En una serie de tubos colocamos cantidades iguales de la sangre citratada. Hemos dicho que la dilución final de sangre debe ser al 1 por 100. En cada tubo introducimos la misma cantidad de $\frac{2}{10}$ de sangre citratada, la cual como sabemos se ha diluido al $\frac{1}{5}$. Para que la dilución sanguínea final sea al $\frac{1}{100}$, será preciso que cada tubo contenga 4 c. c. de líquido isotónico.

Antes de la extracción de sangre, se prepara la serie de tubos con la solución isotónica y las sales de calcium. Se parte de una solución isotónica de cloruro cálcico á 0,5 por 1.000.

$\frac{2}{10}$ de c. c. de esta solución contiene 0,0001 gramo de Cl₂Ca.

$\frac{2}{10}$ id. id. 0,00015 id. id.

$\frac{4}{10}$ id. id. 0,002 id. id.

Para que los volúmenes definitivos de los tubos sean iguales, introduciremos menos solución fisiológica a medida que aumentamos la solución cálcica.

Estos tubos estarán expuestos de la siguiente manera:

Preparados ya estos tubos se procede inmediata-

Los tubos siguientes, que contienen 0,00005 a 0,0001 de cloruro cálcico, presentan el mismo aspecto. En los tubos 3 y 4, ligero enturbiamiento con ligeros filamentos fibrinosos y algunas veces un fino velo que invade la parte inferior del tubo. En los tubos 5 y 6 = 0,0002 y 0,0003 de cloruro cálcico, se observa ya un coágulo

Sol. Cl_2 Ca á 0'5 grs. $\times 1.000$. . .	0.	0'1.	0'2.	0'3.	0'4.	0'5.	0'6.	0'7.	0'8.	0'9.	1.
Sol. Cl Na á 7 \times 1000.	4.	3'9.	3'8.	3'7.	3'6.	3'5.	3'4.	3'3.	3'2.	3'1.	3.
Cantidad de Cl_2 Ca.	0.	0'0005.	0'0001.	0'00015.	0'0002.	0'00025.	0'0003.	0'00035.	0'0004.	0'00045.	0'0005.
Sangre pura. . .	0'04.	0'04.	0'04.	0'04.	0'04.	0'04.	0'04.	0'04.	0'04.	0'04.	0'04.
Citrato sódico. . .	0'0004.	0'0004.	0'0004.	0'0004.	0'0004.	0'0004.	0'0004.	0'0004.	0'0004.	0'0004.	0'0004.
Cloruro cálcico.	0.	0'0005.	0'0001.	0'00015.	0'0002.	0'00025.	0'0003.	0'00035.	0'0004.	0'00045.	0'0005.
Solución fisioló- gica.	4.	3'9.	3'8.	3'7.	3'6.	3'5.	3'4.	3'3.	3'2.	3'1.	3.

mente a la extracción de la sangre que se citrata, mide y diluye en la forma antes indicada.

Por medio de pipeta de 1 c. c. dividida en décimas de centímetro cúbico, se introduce en cada uno de los tubos $\frac{2}{10}$ de centímetro cúbico de sangre citratada diluida. Se agita bien la mezcla para que sea todo lo más uniforme posible.

El peso y volumen de cada tubo es el siguiente:

Se dejan por espacio de doce a quince horas a una temperatura tan constante como sea posible y alrededor de 18 a 20°.

Resultados.—Después de doce a quince horas, que es el tiempo necesario para que los fenómenos de coagulación estén terminados, se leen los resultados.

Normalmente.—El primer tubo presenta un aspecto absolutamente límpido. En el fondo existen los glóbulos rojos. Por agitación adquiere el aspecto mismo del comienzo de la operación. Es el tubo que no contiene cloruro de calcio, y es el testigo que en todas las experiencias ha de permanecer incoagulable, probando que las coagulaciones son debidas a la reactivación del calcio.

mayor englobando una parte de los glóbulos rojos. En los tubos 7, 8 y 9, el coágulo ocupa toda la altura del tubo, es denso y sólido y contiene en toda su altura glóbulos rojos. En el tubo final, el 11, el coágulo es completamente rojo.

En estado normal todas las sangres que hemos examinado han dado pruebas de una gran constancia, no tan solamente en el comienzo de la coagulación, sino cuando se hace completa.

Patológicamente hemos observado: Enfermos con índice de coagulación disminuido, tanto en el comienzo de la coagulación como en la fase de coagulación completa. Enfermos con exceso de coagulación, con avance del comienzo de la misma y de la fase de coagulación completa.

La evolución de los coágulos es aproximadamente la misma que en estado fisiológico. Su retracción no ha dado pocas orientaciones para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

(Se continuará.)

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Las pseudoapendicitis crónicas.**—El Dr. Juan Raúl Goyena, en la *Semana Médica de Buenos Aires* (18-9-1919), estudia este interesante punto, y sin negar la existencia de la apendicitis crónica, cree que se abusa demasiado de este diagnóstico, y se hace sufrir á muchos enfermos la apendicectomía innecesariamente.

Atribuye el origen de esto, á la época en que la apendicitis aguda fué bien individualizada, apreciando los funestos resultados á que pudiera llevar; y el temor á llegar tarde con la intervención salvadora, hizo que cada vez se aconsejara con más urgencia en todo caso que presentara dolor en la fosa ilíaca derecha, llegando el punto de Mac Burney que pudo ser considerado como patognomónico en los estrechos límites que su creador le fijó, á salirse de su esfera y convertirse en zona de Mac Burney.

Lo difícil era poder afirmar la flegmasia crónica del pequeño órgano, que si es fácil suponer cuando el enfermo tiene en su haber un ataque agudo anterior, es en cambio sólo sospechable en esas apendicitis crónicas *d'emblee*, tan frecuentes para algunos cirujanos y tan raras para otros y para muchos clínicos. En la duda, según ellos, no se debe titubear, es preciso intervenir.

Y han sido, dice, precisamente, los resultados de esas intervenciones, los que han permitido establecer que se opera de apendicitis á muchos sujetos que tienen el órgano sano.

De esto nació la revisión de todo lo sostenido, comenzando por discutir la afirmación de Mac Burney, para quien su punto doloroso correspondía topográficamente al apéndice, terminando por recordar que hay en la fosa ilíaca derecha otros órganos además del apéndice, que pueden enfermar y producir dolor.

Los autores, en su afán de encontrar el punto doloroso que topográficamente correspondiera al apéndice, se entregaron al estudio de las distintas localizaciones del dolor. De este estudio nacieron los puntos de Lanz, de Munro, de Lenzman, etc. De todos ellos, el de Lanz es el que con más precisión corresponde al punto de emergencia del apéndice, cuando el ciego no haya perdido sus relaciones normales con la pared, pero si varían estas relaciones, pueden encontrarse unos ú otros indistintamente.

Cree que se ha exagerado mucho la frecuencia de la apendicitis, y opina con Ewald, que no todo enfermo que sufre dolores en la fosa ilíaca derecha, está atacado de esta afección.

Menciona la división de Cheinisse, en *apendicitis fantasma* y *falsas apendicitis*.

Coloca en el primer grupo aquellas enfermedades que, localizadas en un órgano alejado del apéndice, se manifiestan por un dolor al nivel de la fosa ilíaca derecha. Encuadraría entre ellas el caso que cita de una enferma operada por apendicitis, y que tenía en realidad una neumonía con punta de costado abdominal.

En el segundo grupo estarían comprendidos todos los casos en que el mal radica en un órgano con relaciones de íntima vecindad ó continuidad con el apéndice. En éstos se comete con frecuencia el error de diagnosticar apendicitis crónica.

Puede argüirse que el diagnóstico diferencial es á veces muy difícil, pero por eso justamente debemos empeñarnos en establecerlo con firmeza.

Las estadísticas han demostrado que la mayoría de los operados tenían su apéndice sano. Cita la de Scheel, quien sobre 31 pacientes operados por apendicitis crónica, encontró que sólo 10 presentaban lesiones, y los restantes poseían apéndices normales. Estos 21 enfermos habían sido operados por quejarse de un conjunto sintomático, indicado en todas partes como debido á la apendicitis crónica; así la dispepsia, los dolores epigástricos, la flatulencia, las alternativas de constipación y diarrea, los cólicos, los dolores en la fosa ilíaca derecha.

«Las curaciones que siguen á la extirpación del órgano sano no prueban que él haya sido responsable de los accidentes, pues las tifitis tienen por sí mismas remisiones; pueden mejorar muy bien á consecuencia de la operación y el enfermo puede creerse curado; pero todo el honor del resultado corresponde al reposo y á la higiene intestinal ó general mejor observada durante la convalecencia.» (Scheel).

Expone varios casos de fracasos operatorios y dice que hoy día, con los nuevos procedimientos de examen, tanto funcional como radiológico, del intestino, ha sido posible establecer una serie de alteraciones patológicas de la región tifocólica que explican el conjunto sintomático que presentan estos enfermos y que dan la razón del fracaso de la intervención quirúrgica. Casi todas ellas tienen como consecuencia inmediata una dificultad en el tránsito del contenido intestinal y su estancamiento consecutivo al nivel de la región cecal, fenómeno que da lugar en su gran mayoría, á los signos subjetivos y objetivos observados.

Y termina aconsejando la conveniencia de someter los enfermos á un simple tratamiento médico que los mejora en su gran mayoría, evitándoles una intervención inútil, si no perjudicial. — F. I. P.

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Tratamiento de la ciática por insuflación de aire,** por L. A. Laborde. (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales*, núm. 20, de 1919). — El no haberse obtenido con este tratamiento, insuficientemente estudiado, los sorprendentes resultados que de él se pueden esperar, ha dependido ya de emplearle en formas de la enfermedad leves ó de mediana intensidad, ya de emplearle demasiado pronto en las formas graves, ó bien de proceder tímidamente, inyectando poco aire.

En los casos extremadamente dolorosos y rebeldes, cuando todos los demás remedios han fracasado, como si constituyera el último cartucho, es cuando el tratamiento está más indicado.

Con el insuflador del pulverizador de Richardson ó del termo y una jeringuilla ordinaria de inyecciones hipodérmicas, basta para construir el aparato inyector de aire: separado el émbolo de la jeringuilla, se enchufa á ella el tubo del insuflador, ya introduciendo el cuerpo de la jeringuilla en el tubo y atando alrededor un hilo, ó ya se introduce dentro del cuerpo de la jeringuilla el tubo del insuflador, previamente mojado con agua (no con cuerpos grasos); cuando el calibre de la jeringuilla y el del tubo no son del todo iguales, conviene echar mano de una ampolla medicamentosa vacía, y abierta por sus dos extremos, la cual por un extremo se introduce en el tubo insuflador y por el otro extremo en el cuerpo de la jeringuilla, ó bien se introduce la ampolla en el tubo y luego éste con la ampolla en el cuerpo de la jeringuilla. Para filtrar el aire, que no es necesario que esté esterilizado, en la ampolla ó en la jeringuilla se coloca un poco de algodón hidrófilo no apelmazado.

Inútil insistir acerca del peligro de inyectar el aire en una vena; después de las precauciones asepticas de rigor, se

introduce la aguja y se observa si sale sangre antes de enchufarla á la jeringuilla.

No ha medido el autor la cantidad de aire que inyecta; á ojo la calcula en tres ó cuatro litros, y dice que ha de inyectarse á *larga mano*, insuflando «como á un buey en el matadero»; hay que despegar la piel de la semicircunferencia interna del miembro (pie, pierna, muslo y cadera), y dejar adherida la de la cara opuesta á la región dolorosa. Nunca se han observado escaras.

Por lo general se hacen tres picaduras, procediendo así:

El ayudante sostiene con una mano la aguja en la posición en que la ha colocado el operador, y con la otra mano hace funcionar la pelota del insuflador, teniendo cuidado de no dar algún tirón, que desarticularía el frágil aparato. El operador necesita tener las manos libres; con ellas abiertas, amasa fuertemente, profundamente los tejidos, llevando en la dirección y hasta los límites que quiere el aire ante las manos. Avanza este aire en pequeñas oleadas, tanto más apreciables á la vista, cuanto más demacrado está el paciente. Bajo los dedos y por el oído se percibe muy distintamente una crepitación como de nieve. Por la percusión se halla un timpanismo muy claro; es, pues, fácil darse cuenta de lo que se hace, para favorecer la progresión del aire en la dirección que se quiere y hasta el límite deseado.

Primera picadura. En un punto cualquiera de la parte superior de la nalga del lado enfermo (por lo menos cuando el dolor sube hasta allí y hasta la región sacrolumbar) Masaje en todos sentidos (hacia la cresta ilíaca, sacro, coxis, fo a lumbar, surco interglúteo, región trocanteriana). Insuflar hasta que toda la nalga esté bien prominente. Amasar fuertemente, de manera que se despegue bien la piel y se forme una capa de aire subcutánea uniforme y homogénea. Retirar la aguja y obturar con una ó varias capas de algodón empapado en colodión. Es necesario soplar inmediatamente con la boca sobre el plastón así formado y apoyar sobre él el pulpejo del dedo durante algunos minutos, para determinar una adherencia rápida y suficiente, sin la cual el aire inyectado se escapa bajo el plastón, produciendo un débil silbido perceptible si se acerca el oído; una gran parte del aire inyectado se puede escapar así rápidamente, y el éxito de la operación queda comprometido.

Segunda picadura. En un punto cualquiera de la parte posterosuperior del muslo; masaje hacia arriba, para encontrar la capa de aire inyectada antes, y después hacia abajo.

Tercera picadura. En un punto cualquiera de la cara externa de la rodilla; amasamiento hacia arriba y hacia abajo, llevando el aire hasta la parte superior y externa del pie. Obturados los orificios, se hace un amasamiento general de arriba abajo y de abajo arriba, sobre el trayecto del ciático, teniendo cuidado de no traspasar el despegamiento cutáneo de los límites asignados.

Por lo general, la mejoría se presenta á los dos ó tres días de la primera sesión; se practican éstas cada cuatro días; otras veces no sobreviene hasta después de la segunda sesión, no siendo entonces menores las probabilidades de éxito; si pasada ésta no se presenta mejoría, es muy de temer que el tratamiento no dé resultado; ordinariamente se hacen cuatro sesiones, rara vez cinco; de una vez para otra es preciso expulsar el aire que queda en los tejidos, desobturando los orificios y haciendo compresiones; la calidad del aire inyectado, que ha de ser fresco y normalmente oxigenado, importa tanto como su cantidad.

El extenso artículo del autor, fundamentado en 50 observaciones, va seguido de cinco historias clínicas en las que, por tratarse de formas muy rebeldes y graves, los resultados fueron admirables y rapidísimos. Es curioso que en un

enfermo, que estaba calzado cuando se practicó la primera sesión, persistieran después de ésta los dolores sólo en el pie, adonde no había podido llegar el aire; enmendada la falta, los dolores desaparecieron. Entre los pacientes tratados no ha habido ninguna mujer.—L. P.

3. **Tratamiento de la ciática, por P. Saintón** (*Le Cours Medical*, núm. 28 de 1919). — Para establecer el tratamiento hay que atender á la causa y á la localización (radiculitis, funiculitis, plexitis ó neuritis tronculares).

En caso de sífilis, inyecciones intramusculares de biyodo, cianuro, benzoato de mercurio; no se ha comprobado la eficacia de los compuestos arsenicales. En la blenorragia se tratará la infección uretral; en el paludismo, clorhidrato de quinina asociado á la antipirina ó al uretano; en el reumatismo, salicilato sódico y aspirina; en el artritis, que son las formas clínicas más frecuentes, abrigo, régimen alimenticio, ejercicio y fisioterapia; en las intoxicaciones (por óxido de carbono, alcoholismo, saturnismo), supresión de la causa. Las ciáticas de alarma de los pretuberculosos ó tuberculosos incipientes reclaman el tratamiento general de la diátesis; las más tardías son debidas generalmente á una compresión local por mal de Pott ó á una paquimeningitis. Las ciáticas reflejas (útero, uretra, lesiones á distancia) se mejoran por la supresión del reflejo originario.

Para combatir el dolor: antipirina (3 ó 4 gramos), asociada al bicarbonato sódico; fenacetina, 2 gramos; exalgina, 0,45 en tres veces; piramidón, 0,40, tres veces al día; acetanilida. El opio debe ser reservado para los casos graves (píldoras del extracto, de morfina ó de heroína). Las inyecciones de morfina se emplearán excepcionalmente. La belladona combate bien el elemento espasmódico.

Tratamiento local.— Reposo, inmovilización, calor, fricciones, unciones y emplastos á base de cloroformo, láudano, aceite de beleño, guayacol, ictiol y mentol. A la revulsión brutal por los vejigatorios y el termo, se preferirá el cloruro de metilo en sinfonaje ó estipaje. Amasamiento, aplicaciones de agua á 50° ó 60°, baño caliente, ducha de aire á 130°, electroterapia. Inyecciones hipodérmicas, que obran mecánicamente, de soluciones de sulfato sódico, magnésico ó de suero fisiológico, á dosis de 50 á 100 c. c., reforzadas á veces con cocaína ó morfina; he aquí una fórmula que da el autor: Novocaina, 0,10; solución de adrenalina al milésimo, X gotas; suero fisiológico, 100 c. c.

Inyecciones de aire ó de alcohol en la proximidad del nervio, pero no en el tronco nervioso mismo.

Las inyecciones intratronculares con suero estovainizado ó cocainizado se practican ordinariamente á una pulgada hacia afuera de la espina del ilíaco.

Las ciáticas funiculares se alivian mucho con inyecciones epidurales de suero cocainizado. Las radiculitis se mejoran por inyecciones intrarraquidianas practicadas como para la anestesia quirúrgica.

En las ciáticas rebeldes puede emplearse el tratamiento quirúrgico, sea por ablación de los paquetes varicosos que comprimen el nervio, sea por elongación de éste, cruenta ó no cruenta.—L. P.

4. **Contribución á la etiología de la apendicitis, por el Dr. A. Riff.**—Antes de emprender el estudio de la etiología es conveniente conocer algunos datos de la anatomía patológica de la apendicitis, que pueden resumirse en tres conclusiones fundamentales. La crisis apendicular tiene siempre su punto de partida en el interior de la cavidad; es enterógena y no hematógena. Esta crisis no es el resultado de la propagación de la inflamación del ciego ni del intestino delgado, pues á menudo se encuentran apendicitis en que las lesiones están limitadas al fondo del apéndice,

mientras las partes vecinas están completamente normales.

La lesión primordial la constituyen ciertas brechas labradas irregularmente en la mucosa, especialmente en el fondo de sus resquicios, y desde donde la infección se extiende en forma de cono con el vértice en la mucosa y la base en la serosa. La apendicitis catarral en que está inflamada la mucosa entera, si es que existe, por lo menos no se presenta en un principio.

Los experimentos están de acuerdo en cuanto á que los microbios por sí solos no bastan á producir la infección sin que exista antes una causa que altere la mucosa. Ahora bien; como causa de las lesiones de la mucosa que permiten la infección, se ha acusado muchas veces á la estancación, la cual aumentaría la virulencia de los microbios. Aschoff, que es el principal defensor de esta teoría, acaba, sin embargo, por reconocer que hay casos excepcionales en que el éxtasis falta, y esto, en opinión del autor, es suficiente para echar abajo toda la hipótesis. Según él hay que tener en cuenta más de lo que hasta ahora se viene haciendo, el papel desempeñado por los parásitos intestinales.

La estancación es en efecto rara cuando el apéndice se encuentra sano, pues su musculatura potente es muy suficiente para desalojar el contenido, por muy tortuoso que sea el órgano y por muy fuerte que sea la válvula de Gerlach; en cambio, después de haber sufrido uno ó varios accesos de apendicitis, cuando ya existen cicatrices musculares, espesamientos del meso, acodamientos en ángulo agudo, bridas epiploicas, es cuando la estancación se puede producir. Por lo tanto es preciso admitir la existencia de seres intermedios entre los microbios y el organismo que obren favoreciendo á aquéllos el quebrantamiento de la barrera epitelial. Still citó como agentes que llevaban á cabo este trabajo á los oxiuros; Metchnikoff, en cambio, achacó este efecto á los ascaris y á los tricocéfalos. Los tricocéfalos no son, en opinión del autor, capaces de semejante trabajo porque suelen habitar el ciego y no el apéndice, pueden morder en la mucosa apendicular, pero su mordedura apenas si pasa de la capa endotelial más superficial; por otra parte, suelen labrar un túnel en el que queda sujeta la parte media del animal mientras la cabeza y la extremidad caudal quedan libres en la cavidad.

Los ascaris habitan el duodeno; es cierto que á veces emigran y entonces dan lugar á trastornos temibles en el sitio donde llegan, pero es del todo excepcional su presencia en el apéndice. Más importancia tiene el amibo de la disenteria oriental, pero es demasiado raro en nuestro clima para poderle tomar en consideración. Son precisas nuevas investigaciones para determinar la participación que en la génesis de la apendicitis pueden presentar los protozoarios que tan á menudo se hallan en los niños con enteritis, como son el ameba coli, tetramitus, trichomonas, etc. En cambio tenemos los oxiuros, que como ya hemos dicho, desde Still se les ha reconocido el poder patógeno en este sentido. Estos parásitos habitan por lo regular el apéndice, hasta el punto de que, extirpado éste, desaparecen del sujeto que hasta entonces no se había visto libre de ellos. Por otra parte, los oxiuros allí alojados son capaces de producir lesiones en la mucosa, pues al abrir un apéndice que los contenga, suele encontrarse en la mucosa un punteado hemorrágico. Los experimentos del autor le han permitido encontrar oxiuros en un 80 por 100 de los apéndices inflamados, y no sólo en los que padecían la enfermedad de tipo recurrente, en los que ya otros autores los admitían como causa corriente, sino en aquellas formas supuradas en las que hasta ahora no se habían encontrado.

Este concepto de la importancia de los oxiuros en la pro-

ducción de apendicitis daría nueva luz á ciertos problemas referentes á esta enfermedad como los siguientes: La apendicitis ataca á todas las clases sociales por igual. Abunda, sobre todo, entre cinco y veinte años. Es muy rara en el niño de pecho, que goza de cierta inmunidad para los oxiuros, y excepcional en el menor de veintidós días, cuando aún no ha tenido tiempo de sufrir la infección de aquéllos. La apendicitis es á veces una enfermedad familiar; los oxiuros también suelen atacar los miembros de una misma familia. La apendicitis ha aumentado mucho en los últimos años, esto depende, sin duda, de que se la diagnostica mejor, pero también se debe á que, atribuyéndoles toda la culpa á los microbios, los médicos han descuidado el tratamiento de los oxiuros cuando existían, y el recrudecimiento del número de casos tenía que ser la consecuencia natural de este abandono.

Por último, la dependencia entre los oxiuros y la apendicitis no deja de tener un resultado práctico: por una parte, la existencia de oxiuros inclinará el ánimo á diagnosticar una apendicitis en casos en que el citado diagnóstico sea dudoso; por otra, el día en que se halle un remedio eficaz é infalible contra los oxiuros se habrá combatido al mismo tiempo la aparición de la apendicitis en un gran número de casos. (*La Presse Médicale*, 18 de Septiembre de 1919.)

5. Relaciones entre el hígado y el paludismo, por P. Chauffard. (*Journal des Praticiens*, núm. 33, de 1919).—Sabido es lo sensible y vulnerable que es el hígado en todos los coloniales. La residencia en un país tropical es causa de la congestión activa de este órgano. Son éstos los hígados grandes, de funcionamiento biliar exagerado, con urobilinuria, que en un momento dado pueden venir á presentar un funcionamiento lento é irregular; corresponde este estado á lo que los ingleses han denominado *entorpecimiento hepático*. Recuérdese además que al hígado llegan por el tronco de la porta los amibas, y por la rama esplénica los detritus celulares y pigmentarios emanados del bazo en los casos de paludismo agudo ó crónico; de aquí que frecuentemente la disenteria y el paludismo se presenten asociados; pueden presentarse aislados, soliendo entonces observarse en el paludismo el síndrome espleno-hepático. He aquí un caso:

Padece el enfermo paludismo agudo; el bazo asciende 10 centímetros por encima de la línea mamelonar y el hígado 11 centímetros. Se le trata por la quinina, é inmediatamente el volumen del bazo decrece, llegando pronto á ser normal. Al mismo tiempo el hígado aumenta de volumen, pasando de los 16 centímetros, y se presenta fuerte urobilinuria con coloración subictérica de la piel. Conclusión: el bazo se ha vaciado, por decirlo así, en el parénquima hepático; ésta ha reaccionado bajo la forma de pleocromia. —L. P.

6. Etiología de la fiebre amarilla.—Para todo español tiene la fiebre amarilla tales recuerdos, que no puede ignorar cuanto sobre ella se escriba aunque el interés práctico de los nuevos conocimientos sobre esta enfermedad colonial haya disminuido...

El *Medical Record* (28 de Julio de 1919) recuerda que la fiebre amarilla ha sido estudiada con gran detenimiento durante un largo período de tiempo y en él se han averiguado numerosos hechos correspondientes á su epidemiología.

Estamos familiarizados con sus síntomas y con su vía de transmisión. Basándose en ésta se han adoptado métodos que han evitado su introducción en los Estados Unidos y que la han eliminado prácticamente de cuantos países han podido ser atendidos cuidadosamente, desde este punto de vista. Todo esto se ha realizado sin que se conociera el organismo que causa la enfermedad. La demostración de la relación entre la fiebre amarilla y el mosquito es uno de los

triumfos más brillantes de la Medicina científica y ha determinado la adopción de medidas profilácticas efectivas contra una de las enfermedades más terribles de los países tropicales. Se han hecho numerosos intentos para determinar la causa de la enfermedad, pero hasta hoy han resultado completamente inútiles.

En el año último, un estudio emprendido por la Comisión de la fiebre amarilla de la Oficina Internacional de Higiene, parece haber sido coronada por el éxito. Nouguchi ha presentado (*Journ. Exp. Med.*, 1919, tomos XXIX y XXX) una comunicación sobre los experimentos llevados a cabo por él y las observaciones que ha podido hacer en el curso de su estudio. Los casos fueron estudiados en el Hospital para fiebre amarilla de Guayaquil y se encontró que los casos tenían síntomas y ofrecían datos clínicos y patológicos que confirmaban los descritos por otros autores en enfermos del mismo padecimiento y de países y épocas distintos.

Se encontraron dificultades en el intento de transmitir la enfermedad a los animales. Se emplearon casi 20 especies de animales distintos, y sólo con uno, con el conejillo de Indias, se pudo lograr un resultado positivo. Es posible que algunos de los otros animales ofrecieran síntomas atenuados o atípicos de la enfermedad, pero ninguno pareció susceptible de consentir la multiplicación del virus en cantidad capaz de producir síntomas, ni lesiones. El conejillo de Indias es sensible, aunque con frecuencia no presenta reacción a la enfermedad. La reacción se obtiene por la inyección intraperitoneal de la sangre reciente obtenida de un enfermo al principio de la infección, y recuerda clínica y patológicamente la fiebre amarilla vista en el hombre.

En la sangre, hígado y riñones del conejillo de Indias, enfermo por inoculación experimental, se ha encontrado un organismo pequeñísimo que recuerda al *Leptospira* icterohemorrágica, causante de la ictericia infecciosa.

Nouguchi propone el nombre de *Leptospira* icteroides para este organismo y opina que es el causante de la fiebre amarilla. Sus argumentos son los siguientes: 1) El conejillo de Indias puede ser infectado por la inyección en la cavidad peritoneal en la sangre, en el tejido subcutáneo, por la adición en el alimento o por la aplicación a la piel o a las membranas mucosas de tejidos infectados o de cultivos; 2) La enfermedad producida en estos animales recuerda, clínica y patológicamente, la fiebre amarilla vista en el hombre; 3) El organismo puede ser aislado en aparente cultivo puro, y después otras generaciones de este cultivo, desarrolladas en medios artificiales, reproducen la enfermedad en el conejillo de Indias; 4) Los conejillos de Indias que curan de su inoculación con el cultivo, son resistentes a nuevas infecciones con la sangre de enfermos; 5) El suero de hombres convalecientes de fiebre amarilla contiene una substancia que da el fenómeno de Pfeiffer con este organismo y es capaz de proteger el conejo de Indias contra dosis de infección que en otros casos resultarían fatales; 6) Este organismo puede ser aislado por cultivo directo de la sangre de los enfermos y puede encontrarse en cortes del hígado y de los riñones.

Sería ir demasiado lejos afirmar que se ha probado de manera definitiva la patogenia de este germen. Hay, posiblemente, una fase granular en su existencia y se ha visto que los filtrados claros de emulsiones de hígado y de riñones, son también capaces de producir la infección. Sin embargo, no es improbable que este organismo sea el causante de la fiebre amarilla. La obra experimental llevada a cabo con el *Stegomyia* mosquito, no ha sido publicada. Es de desear que el autor pueda completar su trabajo y llevar con él una notable contribución a la bacteriología.—P. M.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Un caso de ruptura uterina espontánea, cesárea abdominal é histerectomía.—Los Dres. Aurora Curbelo y Héctor García, presentan el siguiente interesante caso:

La señora M. R. ingresa en Maternidad á las nueve horas del 21 de Marzo de 1919, en trabajo de parto y con procidencia de la mano derecha; los dolores empezaron el día 20 á las diez horas, que pasó la noche con dolores y que desde el 21, á las seis horas, pierde líquido amniótico. Una hora después, la enferma nota una mano del feto que sale por la vagina.

Al examinarla, la doctora Curbelo, que es quien la recibe, nota el siguiente cuadro: «Dilatación completa, bolsa de aguas rota desde hace tres horas, útero muy retraído sobre el feto y de forma ovoide. La mano prolapsada es la derecha y tiene coloración violácea. Al auscultar los latidos fetales parecen sentirse, pero muy débiles y lentos. Al tacto, que es muy doloroso, se constata una presentación de hombro derecho, dorso posterior. Se intentó introducir la mano dentro del útero para hacer la versión interna, pero como se viera que era imposible por la extrema contractura del útero, se ordenó la anestesia general profunda. Se intenta entonces tomar el pie que está muy alto en el fondo del útero, pero el pie no baja y se escapa de la mano. Se introdujo después la mano por detrás del feto y es en ese momento que se siente en el límite superior del segmento inferior y hacia la izquierda de la enferma un desgarramiento uterino situado bastante por debajo de los miembros inferiores del feto».

Llegó al servicio en ese momento é invitado por la doctora Curbelo examinó á la enferma pudiendo constatar lo encontrado por ella. Haciendo un tacto profundo con la mano izquierda y con la suavidad necesaria alcanzo la solución de continuidad del útero en el sitio indicado. El desgarramiento era longitudinal y el dedo que exploraba pudo alcanzar la comisura superior. Ambos bordes eran tensos y entre los dos se extendía un diafragma delgado pero resistente, como la badana de una pandereta. No fué posible en ningún momento tactar intestino. Al retirar la mano viene teñida en sangre *negruzca* y *gomosa*.

El estado general de la enferma no era muy alarmante: ligera taquicardia, no había fiebre ni hemorragia externa. Algún desasosiego y deseos inmoderados de pujar. Dolores muy intensos producidos por las contracciones muy fuertes y seguidos y provocados igualmente por el tacto. La palpación fuera de los datos ya apuntados, quedaba muda: ni superficialidad del feto, ni surco uterino, ni crepitación alguna.

El diagnóstico que hicimos en ese momento era el de ruptura uterina espontánea por parto distócico—ruptura de las llamadas incompletas—es decir, no había hasta ese momento verdadera comunicación entre el útero y la cavidad peritoneal. Ambas estaban separadas por el septum peritoneal.

Estudiado el caso decidieron practicar una intervención abdominal con el siguiente plan: Laparotomía supra é infraumbilical, cesárea abdominal clásica, prestando gran atención al aislamiento del útero y protección de la cavidad peritoneal con compresas. Sutura intrauterina del miometrio desgarrado y drenaje hacia la vagina del hematoma subperitoneal é intraligamentario que fatalmente habríamos de encontrar.

Como faltaban pocos minutos para la llegada del profesor Turenne, resolvimos esperar y suspendimos la anestesia de la enferma.

Fué esta espera de algunos pocos minutos la que modificó el cuadro cambiando también la terapéutica y el pronóstico. Veamos cómo: Suprimida la anestesia y mientras se preparaba la operación, la enferma, que despierta de la narcosis reanuda sus vigorosas contracciones y sus pujos y como sus dolores aumentan y nos alarman justamente (completación del desgarro) resolvemos ir urgentemente a la operación: 2 centigramos de morfina inmediatamente y anestesia al éter por la Nurse Bonora. Operamos la doctora Curbelo y yo. Laparotomía mediana. El aspecto del útero una vez exteriorizado era el siguiente: violentamente contraído sobre el feto, presentaba en su cara anterior y hacia la izquierda y abajo (zona del segmento inferior) un hematoma subperitoneal en la región disecable del peritoneo uterino que se continuaba con otro hematoma que se formó entre las hojas del ligamento ancho izquierdo. Todos los tejidos estaban profundamente infiltrados, enmascarando la lesión a la inspección, ya que no al tacto, que la descubrió en seguida. Para ver el desgarro que en ese momento ya era completo, fué necesario introducir la mano en el Douglas y hacia la izquierda, rechazando los órganos vecinos, viéndose y palpándose así los bordes de la herida uterina y las partes fetales que se presentaban.

Se hace en seguida una incisión mediana en el útero y se extrae el feto que está muerto. Resuelta en ese momento la histerectomía nos decidimos por la subtotal (más rápida, más fácil, menos traumatizante, útero al parecer poco infectado) y después del pinzamiento y ligadura de los pedículos concluimos la intervención con el cierre parcial del muñón uterino en el que dejamos un tubo grueso de drenaje hacia la vagina. Este tubo drenaba los dos hematomas ya señalados por un ojal que dejamos al hacer la peritonización, también drenaba la cavidad peritoneal. Instalación de éter intraabdominal y sutura de la pared en tres planos.

Seis días después se retira el tubo vaginal que anteriormente había sido cambiado por otro más delgado y corto, y a los nueve días de la intervención la enferma se va de alta en perfecto estado.

Las reflexiones finales que este caso clínico les surgieren son las siguientes:

1.^a Existen casos de ruptura uterina, y tal vez sean frecuentes, en que la sintomatología ruidosa y rica que se describe no se presenta completa y sí muy velada. En el caso presente no se pensó en la ruptura uterina hasta que el tacto la denunció. Leyendo algunas tesis y monografías he podido cerciorarme que la ruptura uterina puede pasar desapercibida en un primer examen aun cuando él sea metódico y completo, y en otros casos la falta de síntomas es tan grande que únicamente el tacto intrauterino la comprueba. Como la presencia de esta terrible complicación del parto determina una terapéutica muy delicada y circunspecta y la formal contraindicación de algunas intervenciones como la versión y la embriotomía (ésta con algunas reservas), el interés que existe en diagnosticarla *d'emblée* es decisivo.

2.^a La cesación de las contracciones uterinas que se describe como síntoma en las rupturas del útero, queda verídica cuando el feto en su totalidad ha pasado a la cavidad abdominal. En todos los otros casos ellas continúan violentas y tal vez aumentadas y van siempre acompañadas de fuertes dolores que arrancan gritos inusitados a las enfermas. Desde este punto de vista el grito uterino debe ser oído como el otro, el de los raspajes, para detener las intervenciones por vía vaginal y discutir la legitimidad de la vía abdominal que creemos que en la inmensa mayoría de los casos es la que salva a la madre y al feto gravemente comprometido. (*Revista Médica del Uruguay*, Agosto de 1919.)—F. L. P.

2. El curetage uterino y la limitación de sus indicaciones.—El Dr. Ernesto R. de Aragón, en la *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* (Abril de 1919) pone de manifiesto que el curetage ó raspado uterino, por ser operación de poca ó ninguna hemorragia, de fácil técnica, y poder hacerse en casa de la enferma, se practica por todos los médicos, y no está tan exenta de peligros.

En su primera etapa, como pasa con casi todas las intervenciones, fué desgraciadamente exagerada, hasta que el enorme número de fracasos demostró que no era una operación inocua, y á fijar de manera precisa sus indicaciones.

Esas indicaciones, dice, se olvidan con demasiada frecuencia entre nosotros y se realiza en enfermas en quienes estaba perfectamente contraindicada. Y esto es debido á que se indica el curetage como tratamiento del síntoma leucorrea, sin preocuparse de su etiología, tan variada siempre y dependiendo muchas veces de estados generales. Sin preocuparse de su examen bacteriológico, que revelará el coco de Neisser en un gran tanto por ciento, casos estos en los cuales la cureta siembra en el endometrio el germen que va á producir indefectiblemente una infección salpingiana ó peritoneal con todas sus secuelas.

Es necesario que el práctico sepa que la leucorrea, que es siempre un síntoma, no desaparece nunca por el curetage y que casi siempre éste agrava las lesiones. Desde luego que exceptuamos de este criterio las leucorreas de las endometritis por esclerosis ó endometritis seniles que constituyen la excepción.

Dos son las ginecopatías en que está perfectamente indicado el legrado ó extirpación de la mucosa uterina: en las endometritis hemorrágicas en las cuales la retención de restos ovulares ó restos placentarios en el parto han producido una degeneración del endometrio que no se modifica y que no se cura, hasta que aquella mucosa no es extirpada por la cureta, y cuando se trata de extraer tejido intrauterino con fines diagnósticos.

Resumiendo llega á las siguientes conclusiones:

1.^a El raspado uterino no es una operación inocua y la sencillez de su técnica no autoriza para su abuso.

2.^a El síntoma leucorrea no debe tratarse nunca por medio del curetage.

3.^a Constituye el tratamiento de elección únicamente en las endometritis hemorrágicas.

4.^a Puede utilizarse también para extirpar tejido intrauterino con fines diagnósticos; y

5.^a No lo recomendamos como tratamiento paliativo en los casos de cáncer uterino inoperables.—F. L. P.

3. La tendencia quirúrgica en la Obstetricia.—El Dr. Julio F. Arteaga ha presentado á la Academia de Ciencias Médicas de la Habana un luminoso trabajo, en el cual demuestra que los progresos obtenidos en Obstetricia han sido debidos á su tendencia quirúrgica.

Estudia la evolución de esta rama de la ciencia desde los griegos, para demostrar el grado de perfección á que ha llegado en la actualidad, debido á una serie de descubrimientos y modificaciones de la técnica obstétrica.

Cree que no puede ser buen tocólogo el que no tenga grandes conocimientos quirúrgicos, sobre todo de cirugía abdominal, y conviene con el Dr. J. W. Markoe que dice: «todo partero debe ser cirujano antes de especializarse en Obstetricia».

Es partidario de que la tocología y ginecología sea practicada por el mismo individuo, y no cree práctica ni necesaria la separación de las dos ramas, pues hoy con el uso de los guantes y las seguridades de la asepsia, puede el tocólogo operar, por ejemplo, un pioalpinx, y seguidamente asistir á un parto llevando su conciencia tranquila.

Se extiende en consideraciones para demostrar que esta unión es necesaria, y dice que ya se hace así en algunos hospitales de Alemania y Francia, sacando las siguientes conclusiones:

1.^a Que la misma historia de la Obstetricia nos demuestra que su progreso es de índole quirúrgico.

2.^a Que para los fines altamente humanitarios de la Obstetricia, es muy conveniente que el especialista en partos tenga conocimientos bastante sólidos de cirugía, ó por lo menos de ginecología.

3.^a Que tanto desde el punto de vista del ejercicio profesional, como desde el de la enseñanza sería ventajoso que la ginecología, en el sentido de cirugía abdominal, y la obstetricia fuesen explicadas por un mismo profesor. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, Julio 25 de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

4. **Tratamiento ginecológico de la retroversión uterina, por H. Sosnowska.**—Sosnowska discute el mejor modo de reducir la congestión de la pelvis y también de tonificar los ligamentos redondos con ejercicio muscular de modo que recuperen su elasticidad y tiren del útero hasta que se coloque en su sitio. También debe fomentarse la absorción de las adherencias.

El diagnóstico de la retroversión uterina es siempre fácil; los síntomas pueden hacer pensar en un embarazo túbárico, un hematoma de un ovario, una salpingitis supurante ó quistes dermoides pequeños. Una vez que se excluye esto, los ejercicios gimnásticos y el masaje restaurarán el tono muscular y la retroversión se corregirá por sí sola. Brandt aconseja «la mecanoterapia pelviana», introduciendo el dedo índice y el dedo gordo en la vagina y en el recto y manipulando el útero entre ellos, con la paciente de pie. Ó con el dedo en la vagina y la otra mano en el abdomen, el útero se echa hacia arriba hasta su posición normal, estando la paciente acostada.

La pelvis se ejercita por tres movimientos hechos con la paciente acostada sobre su espalda con las rodillas separadas: levantando las nalgas por encima del plano de la cama y contrayendo el músculo elevador del ano como si fuera á contener un enema copioso y al mismo tiempo apretando las rodillas contra un cuerpo resistente. La paciente debe acostumbrarse á realizar estos ejercicios por separado y luego juntos, mañana y noche. Los intestinos deben mantenerse limpios; con vida al aire libre, respiración profunda y baños de sol, y debe contribuirse á la restauración general del vigor y de la tonicidad, pues la retroversión es usualmente el resultado de una ptosis general ó relajamiento de los ligamentos distendidos por el embarazo. El tratamiento antedicho es muy eficaz con la desviación intermitente por congestión, usualmente atribuible al éstasis intestinal crónico. (*Revue M. de S. et d'obst.*, París, Mayo 1919).—P. M.

5. **El extracto de cuerpo amarillo en los vómitos del embarazo, por J. K. Quigley.**—Quigley trató diez y siete pacientes; doce se beneficiaron permanentemente; cuatro tuvieron una recaída, y en una el tratamiento fué un fracaso completo. El número medio de dosis fué siete; la dosis se componía de 0,2 gramos de substancia de cuerpo lúteo desecado (*A. J. Obstetrics and Diseases of Women and Children's*, Agosto 1919).

6. **Nutrición del feto, por J. M. Slemons.**—Slemons dice que no hay ninguna dieta que se adapte específicamente al embarazo, pudiendo comer la madre futura lo que se le antoje como cualquiera otra persona. Sin embargo, debe elegir lo que le siente bien, evitando lo que no pueda digerir ni asimilar. En sentido práctico, la cantidad de alimento

materno ejerce mayor influencia que su calidad. La opinión popular es que durante el embarazo la madre «ha de comer por dos». Esta doctrina es errónea. La cantidad de alimentos que era suficiente antes del embarazo también lo será durante éste, siendo importante poner de relieve esta opinión que se basa en investigaciones científicas porque la hiperalimentación durante el embarazo es muy probable que produzca más molestias que la alimentación escasa. Por otro lado, no puede haber justificación de las medidas empleadas con objeto de restringir el crecimiento del feto, pues cuando se llevan á cabo de modo rígido pueden debilitar á la madre. En otras palabras, debe tenerse cuidado para evitar que el feto crezca demasiado, pero no debe seguirse un régimen alimenticio tan limitado que altere el desarrollo normal. Mientras su salud se mantenga adecuadamente, no hay que preocuparse de cual será el tamaño del feto. Al presente, con tal que el médico determine por un examen preliminar la existencia de cualquiera desproporción entre el tamaño del feto y la capacidad de la pelvis materna, á él le corresponde decidir cuál es el tratamiento apropiado con objeto de que el embarazo termine con éxito. (*A. J. Obstetrics and Diseases of Women and Children's*, Agosto 1919.)

7. **La medicación opoterápica hipofisaria en Ginecología, por P. Bard.** (*Gacette Hebdomadaire des Sciences Médicales*, 7 VIII 1919).—Se justifica el empleo de la hipófisis por su acción electiva sobre la fibra muscular del útero, por su acción vasoconstrictora periférica y por su indiscutible poder coagulante sobre la sangre normal y patológica.

Se emplea, ya la glándula entera, ya los extractos del lóbulo inferior; puede administrarse por inyección hipodérmica ó intramuscular, á dosis de 0,20 c. de glándula fresca; sin embargo, como el tratamiento generalmente es largo, resulta más práctico dar el extracto seco en sellos de 0,10 centigramos, de los que se administran de dos á cuatro al día.

La metrorragia es la afección que más frecuentemente exige el empleo del extracto hipofisario. En las metrorragias virginales, acompañadas habitualmente de dismenorrea premenstrual, los dolores dismenorreicos son en gran parte debidos á la acumulación en el canal cervical de mucosidades retenidas por el orificio externo atresiado; las contracciones provocadas por el extracto hipofisario, determinando la expulsión del tapón mucoso, permiten salir á la sangre libremente. En las hemorragias de la edad crítica, debidas frecuentemente á esclerosis uterina en neuroartríticas predispuestas á brotes congestivos, da también excelentes resultados el empleo de la hipófisis, á pesar de la aparente contradicción de prescribir un medicamento vasoconstrictor y elevador de la presión general á un escleroso. En las metrorragias de los fibromas ha producido buenos efectos y á veces la regresión del tumor. Se ha empleado también en las metritis, salpingitis crónicas no supuradas, ovaritis, epiteliomas inoperables, y en afecciones que, sin tener su asiento en el aparato genital, tienen relaciones con éste: cefaleas de las púberes, crisis sudorales, astenia, síndrome basedowiano, taquicardia paroxística, adiposis generalizada ó genital, pubertad tardía é insuficiencia genital.

En el shock operatorio, combatiendo la anemia aguda y elevando la presión arterial, ha dado excelentes resultados el extracto hipofisario: su acción es menos brusca y más duradera que la de la adrenalina, con la que frecuentemente se asocia; se administran así dosis débiles de ambos medicamentos, cuyo efecto es mayor que la suma de las acciones respectivas.—L. P.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Logomaquias.—Asamblea de Médicos de Sanidad exterior.

Seguimos recibiendo estimables y atendibles incitaciones para que expresemos nuestra opinión acerca de lo que en el actual momento de agitación de nuestras aspiraciones, de expresión de nuestras quejas y de reivindicación de nuestros derechos puede significar la palabra *sindicalismo médico*. Ya algo dijimos, muy breve, pero que muchos estimaron muy substancioso. A ello nos atenemos.

A nuestro juicio y al de muchos, no se trata en el actual movimiento *sindicalista* más que de una cuestión de palabra; por eso llamamos *logomaquia* á lo que presenciarnos, porque de pura lucha de palabras se trata, aunque en el fondo palpita un espíritu de justa protesta, que buscando modo de manifestación adecuado al daño recibido, ha sustituido, por reflejo automático, una palabra, por un grito.

La clase médica viene siendo desatendida hasta el menosprecio, no escuchada hasta la descortesía, desoída hasta la vejación y, por fin, y tras muchas predicaciones nuestras tan desoídas por ella, como ella á su vez lo había sido por la sociedad y por los Poderes públicos, ha vuelto en sí y ha comprendido que la unión es la fuerza, y como lo ha comprendido en ocasión de sufrimientos agudos, en vez de acudir á la unión organizada y vigorosa, apela á la protesta revolucionaria y airada. Protesta justificada en parte, en parte no, porque tanta culpa como en los que la han desdeñado y desatendido, hay en la conducta de la clase que nunca unida ha acertado á hacerse oír y respetar.

Los gritos del dolor enseñan poco al médico, si quiera le muevan á la procuración del alivio; los movimientos desordenados nunca conducen por el puro instinto á la obtención del remedio.

Si la sindicación significa, como su etimología lo dice, la unión de nuestra clase hasta la fusión y la identificación de los unos con los otros para la defensa de los intereses comunes y la obtención de los ideales humanitarios, nosotros hemos sido, somos y seremos sindicalistas. Pero si la palabra *sindicalismo* significa aspiración de protesta y de renuncia á la intervención de la sociedad y del Esta-

do en el reconocimiento de la legitimidad de nuestras pretensiones y de la santa necesidad de reconocimiento á nuestra labor de humanidad y de progreso, en ese caso no somos sindicalistas, por pura lógica: Porque la sociedad y el Estado son los que han de reconocer nuestra razón y responder á nuestras necesidades, y si de ellos prescindimos, anunciádoselo así desde el primer momento, ningún derecho tendremos á que respondan á nuestras peticiones. Si desde luego les decimos que nos bastamos nosotros para todo, es lógico que nos contesten que arreglemos solos nuestros asuntos, y como lo que pedimos son, en su mayor parte, concesiones suyas, faltaremos á la lógica más elemental diciendo que nada queremos de ellos.

La *colegiación* no es otra cosa que la *sindicación*; lo que hoy en el movimiento *sindicalista* obrero se entiende por *sindicalismo*, es lo que pudiera llamarse *la unión de las uniones* para la consecución y la imposición de un fin común: el del programa de la clase obrera.

Una profesión particular no se *sindica* por sí sola, se *agremia* ó se *colegia*, y cuando se *sindica* es cuando se une con otras *colegiaciones* ó *gremios* para un objeto que les puede ser accidental ó permanentemente común. Es decir, que *colegiados* los médicos, su *sindicación* significará, ó la reunión de los *colegios* parciales en un fin común, ó la de los *colegios* médicos con otros *colegios* profesionales (farmacéuticos, veterinarios) ó con otras profesiones más heterogéneas (abogados, notarios), y si el fin es revolucionario, con los *gremios* ó *asociaciones* que, *sindicadas* entre sí, gestionen la imposición revolucionaria.

En una palabra, que decir *sindicación* médica, o es decir *colegiación* de los médicos entre sí, ó no es decir nada; porque si *sindicación* es *unión íntima*, *sindicación* médica no expresa más que uno de los términos de la unión y siempre cabrá preguntar: *sindicación*... ¿con quién? Pues es claro que en una unión tiene que haber dos ó varios términos, nunca uno solo.

Si la *colegiación* no ha cumplido con los fines que muchos esperaban de ella, exíjasela que los cumpla, y si está representada por manera que no contenta á la mayoría ó á la masa total, rectifíquese en las elecciones; pero créasenos; pedir una cosa

con el sólo cambio de un nombre, no autoriza á nada, ni para nada.

Recordemos que no hace aún dos años, porque el Gobierno no había firmado unos estatutos de colegiación ya decretada y no los había autorizado con todas las meticulosidades y requisitos que á los interesados en la desunión les parecían necesarios, nadie quería unirse ni colegiarse para fin alguno, y cuando hoy empezamos á funcionar con los naturales tanteos y vacilaciones de un sistema nuevo, venimos por una impresión del momento, justificada en el fondo, pero impremeditada en la forma, á querer tomar como bandera la de que los médicos pueden vivir por sí solos sin Estado que les gobierne, ni sociedad que les ampare. Esto puede ser muy peligroso.

Unámonos, fusionémonos para el cumplimiento del deber y la exigencia del derecho; pero no olvidemos quienes somos y lo que de nosotros tienen todos el derecho de esperar, como nosotros tenemos el derecho de esperar de los demás.

El Cuerpo de médicos de Sanidad exterior se ha reunido en la semana última, concurriendo á las sesiones una gran mayoría de los individuos que le componen. Ha tenido esta Asamblea un gran interés y en ella ha dominado un espíritu por demás digno de aplauso, pues en el programa que ha servido de base á la invitación, así como en los debates cordiales que han tenido lugar, se han encontrado unidas á la expresión de las aspiraciones de este veterano Cuerpo oficial, las cuestiones científicas y técnicas que pueden mejorar su funcionamiento con provecho de la importante misión de defensa nacional que le está confiada.

Las mejoras materiales que en el próximo presupuesto se consignan, tanto en el personal como en el material sanitario de puertos y fronteras, han sido recibidas con beneplácito y agradecimiento por nuestros estimables compañeros.

La importancia de los temas tratados se hizo más patente al serle entregadas las conclusiones en la mañana del día 27 al ministro de la Gobernación, quien tuvo frases de encomio para los asambleístas, á quienes felicitó por la labor realizada lo mismo en la Asamblea que en el desempeño de sus cargos.

Esto hace prever que los sucesivos Congresos que nuestros compañeros celebren cada bienio, seguirán siendo una labor fecunda en beneficio de la sanidad de nuestra patria.

DECIO CARLAN

QUINTA ASAMBLEA REGIONAL ANDALUZA ⁽¹⁾

La esencia de mi discurso primero, pues pronuncié más de media docena aquella noche, fué la siguiente: «Justísimas son las reivindicaciones de la clase y escandalosísimos, intolerables los atropellos y despojos de que viene siendo siempre víctima. Por ser estos muy antiguos, somos varios los que en el Parlamento, en la Prensa y en nuestras reiteradas gestiones en los centros administrativos, venimos persiguiendo su reforma. El Dr. Cortezo, el Dr. Caro y yo, desde hace muchos lustros, Francos Rodríguez después, y desde hace años, en grado intenso, que nunca será bastante agradecido, el Dr. Salazar. En varios proyectos de ley, es decir, ya á propuesta de los gobiernos mismos, se han llevado al Parlamento cuanto demandan los médicos titulares, y no han sido aprobados sus proyectos, porque se han opuesto los intereses políticos regionalistas, y porque médicos y farmacéuticos, diputados, vanidosos y egoístas, se han cruzado, dificultando, cuando no oponiéndose francamente á su aprobación.

Un deber estricto y la creencia de que apporto buena nueva á la Asamblea, me mueven á decir que el actual ministro de la Gobernación ha tomado con un interés y con una tenacidad nunca conocida, la reforma general de la sanidad; que con una comisión, en la cual intervienen representación de los varios ramos sanitarios, ha preparado unos proyectos de ley que han sido ya aprobados en Consejo de ministros y serán sometidos al Parlamento, y que en estas reformas están remediadas cuantas necesidades ha expuesto el Sr. Centeno y algunas más, no menos importantes, pero en las cuales no han pensado siquiera sus señorías, porque su pensamiento se contrae á la función titular, y que entre esas reformas figura el pago de los titulares por el Estado, la creación de las inspecciones municipales, confiadas á los titulares, la promulgación de las atribuciones y facultades ejecutivas de las autoridades sanitarias, con una autocracia insuperable, delegadas en serie descendente del ministro al director general, á los inspectores provinciales, á los de distrito y municipales, ya emancipados en absoluto de los gobernadores y alcaldes, porque los recursos se elevan al Ministerio de la Gobernación y á la Dirección de Sanidad; todo lo cual hace invulnerable al médico ante la vejación del cacique. Y que la única solución segura y eficaz para el gravísimo problema que trae tan justamente revuelta la clase, estaba en conseguir la aprobación de esas leyes, para lo cual deben los médicos todos dirigir su acción organizada, intensa y tenaz, á lograr de sus respectivos diputados que contraigan el compromiso de votar unas leyes que son transcendentales para la salud pública y necesarias para la justísima reparación del decoro y los intereses todos de los médicos titulares. Y concluí repitiendo que yo, y me constaba que como yo los Dres. Salazar, Cortezo, Francos, Caro, Gimeno, y hasta podría asegurar que el mismo ministro, condena-

(1) Véase el número anterior.

ban la conducta de unos Ayuntamientos que causan daño tan mortal á los intereses morales y materiales de una de las clases más meritorias de la Sociedad.»

El temperamento de los asambleístas en una gran parte era tan apasionado, que mis manifestaciones no fueron recogidas con la satisfacción que por su importancia merecían. El hecho de presidir yo el Real Consejo de Sanidad y no haber anunciado mi adhesión á la Asamblea con protestas levantiscas, hicieron quizás que se me mirase como un representante de la autoridad central que iba con propósito de calmar, de pastelear, como generalmente se dice, con seductoras promesas, y por esto contra mis esperanzas y mis afirmaciones serias, hubieron de revolverse los Dres. Centeno, Aranda, Ortega Morejón, Estalayo y otros, cuyo nombre no recuerdo, provocándose un debate apasionado, en el cual salieron á examen muchos puntos como la capacidad sanitaria de las inspecciones municipales; la necesidad de los exámenes y verificación quinquenal de su aptitud; las fuentes del caciquismo y complicidades del Poder público; las vejaciones de los médicos y la ninguna eficacia de su autoridad sanitaria; el indulto del médico del Pobo... en fin, los tópicos y motivos corrientes mil veces tratados, reconocidos, y contra los cuales todos venimos apurando los esfuerzos que nuestros medios consienten. En este debate estuve solo. Los tonos fueron vivos y con objeto de mantener hechos incontrovertibles, hube de emplear á menudo acentos enérgicos y disertar razones y recuerdos, para que se reconociera la obra transcendental, tenaz, poco á poco eficaz pero de efecto evidente, que la Sanidad Central realizaba llevando las reformas mucho más allá de los límites adonde iban las modestas aspiraciones de los titulares, y sus caudillos, no capacitados para conocer todo el alcance, amplitud y esmerada organización que la Sanidad, sus organismos y sus medios tienen en Alemania, Inglaterra, Estados Unidos y Escandinavia, y por la que venimos trabajando en ayuda del Dr. Salazar, Cortezo, Caro, Francos Rodríguez y el que suscribe.

Tolerante la presidencia, pero contrariada algo al verme en aquella lucha, varias veces hacía con las manos expresivas indicaciones de querer terminar aquel incidente, mas yo le rogué diéramos allí, como en familia y sin las formalidades reglamentarias, expansión á estas sendas explicaciones, porque allí quedaría también ya espigado y hasta resuelto lo más esencial de la Asamblea. Y así fué; los Sres. Centeno, Aranda y Ortega Morejón, aclaradas situaciones, deshechos equívocos y reconocidos en justicia los sendos historiales, hubieron de transigir en que la sesión inaugural se celebrara conforme á los deseos de la Comisión organizadora, y que el conflicto de Jerez no se llevara á ella y fuese el primer tema tratado en la Sección de Medicina al día siguiente. Se cambiaron las representaciones provinciales por las de las cinco profesiones que integraban la Asamblea; renuncié yo á usar de la palabra en ella, requiriendo lo hiciera también el Sr. Ortega Morejón, ya que de su propuesta acataba yo mi exclusión, y terminó la Junta en la mayor armonía, cambiando todos apretones de manos y frases de respeto y cariño, como

corresponde á buenos camaradas que se mueven por el mismo ideal. La Junta había durado cuatro horas. Terminaba á las dos y media de la mañana, y á su final llegaba yo ronco, con el cuerpo empapado en sudor y rendido al natural cansancio.

Acompañado de algunos distinguidos congresistas, y de individuos de la Comisión organizadora, permanecí un cuarto de hora en el Colegio para serenarme y agotar mi sudor, pues la noche era fría, y cuando me retiraba al hotel, acompañado de los que quedaron, hicimos antes parada en un café de la calle Larios, para comentar la sesión preparatoria celebrada, y después de cambiar impresiones sobre distintos motivos, tuve la satisfacción de oír de aquellos compañeros que lo de la Asamblea, en su extremo delicado, había quedado ya desflorado y casi resuelto aquella noche, y que yo había evitado una sesión inaugural alborotada, un fracaso vergonzoso del Certamen, y á la Comisión organizadora una situación desairada ante las autoridades y los elementos que le habían auxiliado en sus trabajos de organización.

La sesión inaugural se celebró el domingo 12, á las dos en punto de su tarde, en el hermoso edificio, de nueva y suntuosa construcción, que el Ayuntamiento de Málaga ha levantado en el delicioso y afamado Parque, á orillas del glorioso mar latino. El Palacio municipal se había adornado con todas sus galas de alfombras, tapices y palmeras, en las escaleras, galerías y salones. La banda del Regimiento de Borbón alegraba con música la fiesta. La concurrencia era grande, y entre los asambleístas y personas distinguidas de la ciudad veíanse bellas señoras y señoritas elegantemente vestidas. La lluvia se había suspendido un poco y el sol radiante de Andalucía entraba esplendoroso por los amplios balcones, destrenzaba sus rayos y magnificaba el suntuoso decorado de mármoles, broncees y pinturas de aquel salón de fiestas que el Ayuntamiento había querido se inaugurase con la Asamblea, como en homenaje de respeto, gratitud y amor á la más abnegada, útil y meritoria de las Instituciones sociales, de la cual tiene representantes que ella estima, considera y enaltece como debieran hacerlo todos los Ayuntamientos.

En el estrado, la presidencia daba idea de la admirable organización que habían organizado D. Luis Encina y sus compañeros D. Francisco García Guerrero y el secretario Sr. Rivera Pons.

El gobernador en el centro, á su derecha el señor presidente de la Diputación provincial, luego quien esto escribe, y los Dres. Amor y Rico y Dorronsoro, decanos de Medicina y de Farmacia de la Universidad de Granada, y el Sr. Centeno. A la izquierda el alcalde, el Sr. Ortega Morejón, senador, el representante del gobernador militar Dr. Aranda, y Decref, representante de la Universidad de Madrid. A un lado, en mesa y escaños elegantes, gran parte del Cabildo, catorce concejales y diputados provinciales; enfrente, en otra mesa, la Comisión organizadora; en el centro del salón en primer término, lo más selecto de las clases médicas andaluzas, en las representaciones de sus Universidades,

Academias, Inspecciones, Institutos, afectas á sus ramas de Medicina, Farmacia, Veterinaria, Odontología y Practicantes; más allá, llevando el salón, los asambleístas y el público profano, desbordándose por las salas y galerías inmediatas, y reproduciéndose en los espejos. En fin, un alarde de grandeza y de organización que revelaba el poder de la Federación Sanitaria Andaluza y la obra admirable que se había realizado para presentarla con una brillantez y solemnidad, como no la hemos visto superior en Madrid, en París y en punto alguno de tantos como hemos recorrido. Podían estar orgullosos, y si la Asamblea hubiera tenido conciencia de su propia excelsitud, al decir el presidente «se abre la sesión», el primer acto suyo hubiera debido ser, como en los grandes teatros, la noche de estrenos resonantes, cuando al levantarse el telón queda el público deslumbrado con una *mise en scene* magnífica, estallar en una calurosa ovación á los que habían tenido la suerte de preparar tan magnífico entronizamiento al profesorado médico y á su altísima misión social.

En la sesión hablaron, cumpliendo las cortesías y señalando las aspiraciones usuales, el Sr. Rivera Pons, para leer la memoria de Secretaría; el Sr. Encina, para historiar los trabajos y señalar el campo de los debates; el Alcalde, para saludar á los asambleístas y desearles grata estancia; los Sres. Ceballos, Baza y López Sánchez, por los practicantes, odontólogos y veterinarios; los Sres. Amor y Rico y Dorronsoro, decanos de Medicina y Cirugía de Granada, acerca de sus respectivas representaciones y como representante además, el segundo, del Rector de su Universidad, y por último, cerró la sesión con breve y elocuente discurso, el Gobernador. Todos lo hicieron muy bien, singularmente el Sr. Encina que pronunció un amplio discurso de alta Sanidad, y el Sr. Amor y Rico, que habla admirablemente, piensa mejor y es muy simpático. Huelga decir que para todos hubo muchos aplausos, y que la sesión terminó entre las alabanzas, el regocijo y las buenas esperanzas de cuantos asistieron.

Y en la mañana del siguiente día 13, la sección de Medicina consagró su sesión toda á tratar de lo de Jerez, lo cual hizo sin extridencias, con la mayor serenidad y armonías interviniendo todos, yo uno de ellos, escuchando con mucho interés y calurosos aplausos los notables discursos de los Sres. Centeno y Aranda, y al Dr. Decref, que estuvo como es él: franco, noble, demócrata y elocuente. Y se pudo aprobar, sin oposición de nadie, un telegrama conminatorio al Ministro, que presentó el Dr. Morejón y que fué expedido en seguida.

Y al día siguiente, en la misma sección, pudo asimismo el Sr. Centeno entenderse á su gusto con los practicantes y requerir de ellos promesas y compromisos para lo futuro que á nadie alarmaron. Las secciones todas realizaron de esta suerte una labor tranquila y breve que no hay para qué detallar. Basta conocer sus conclusiones.

Los días 13 y 14 consagraron por tanto sus mañanas á la labor de las secciones; las tardes, á una excursión á Vélez Málaga, la del día 13, y á la sesión de clausura la del 14. Celebróse ésta á las seis, después de

la visita hecha al Gobernador, y en ella fueron aprobadas todas las conclusiones, que leyeron los secretarios de las secciones todas y que se publican en otro lugar de este número. Se acuerda que la Asamblea próxima se celebre en Jerez; que desempeñe la presidencia de la Federación andaluza D. Luis Encina, como premio á lo perfectamente bien que lo había hecho; se nombre abogado consultor de aquélla al letrado Sr. Infante, y hace uso de la palabra el Sr. León y Serrano, presidente de la Diputación, quien con frases muy gentiles, corteses y bien dichas, dice á los médicos cosas muy agradables, y termina el acto con un discurso de Francos Rodríguez sobre política Sanitaria general, misión del médico, mortalidad de España, etc., etc.

Con muy buen acuerdo se quiso quitar solemnidad á esta sesión para no desvanecer nada del hermoso recuerdo de la inaugural.

ANGEL PULIDO.

Asamblea de médicos de Sanidad exterior

Conclusiones.

Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.

Terminada la Asamblea del Cuerpo de Sanidad exterior, donde se ha atendido principalmente á aumentar la preparación técnica de los funcionarios, y á perfeccionar en lo posible los diversos servicios, dándoles el mayor carácter técnico, tenemos el honor de elevar respetuosamente á V. E. para su conocimiento y demás efectos que juzgue oportunos, el resultado de los trabajos y estudios realizados, que concretamos en las siguientes conclusiones:

1.^a Haber visto con extraordinaria complacencia las iniciativas de la Inspección general para modificar el artículo 15 del Reglamento, exigiendo á los nuevos opositores, además del francés, el conocimiento del idioma inglés, la posesión del grado de doctor, y la inclusión entre los ejercicios de oposición de un caso clínico relacionado con la epidemiología.

La Asamblea propuso que el Tribunal para las oposiciones se constituyera del siguiente modo: presidente, el inspector general de Sanidad, y vocales, el subinspector, el jefe de Sanidad exterior de más categoría en el Centro, y otros dos individuos del Cuerpo, designados libremente por la Inspección que no deberían actuar en dos convocatorias seguidas.

2.^a Rogar á la Superioridad que conceda toda la inamovilidad posible á los funcionarios del Cuerpo.

3.^a Conveniencia de gestionar del Ministerio de Fomento que las Juntas de obras de los puertos puedan costear las instalaciones y material sanitarios, considerándolos como servicios del puerto dependientes de Fomento, y funcionando bajo la dirección de Sanidad exterior. Las Juntas amortizarían sus desembolsos por medio de arbitrios módicos que ellas mismas cobrarían.

4.^a Reconociendo la importancia profiláctica de la agua de los buques convendría rogar al señor ministro de Fomento que recomendara á las Juntas de obras, que imitando el ejemplo de la de Las Palmas, estudien el modo de proporcionar á los barcos agua bacteriológicamente irreproachable.

5.^a A fin de evitar la transmisión de enfermedades contagiosas en el ambiente limitado de los buques, convendría

el reconocimiento de los tripulantes en las estaciones sanitarias como condición previa á su enrolamiento por las Comandancias de Marina.

6.^a Utilidad de dotar á los barcos de gran pasaje que se dediquen á largas travesías, del material de laboratorio indispensable para auxiliar al diagnóstico clínico.

7.^a Demostrada por la experiencia la necesidad de poseer en las estaciones sanitarias locales para hospitalización y aislamiento de los enfermos contagiosos comunes, convendría proceder á su instalación. Las estaciones que tienen enfermerías en la actualidad, deberían comenzar á utilizarlas, encargándose de la asistencia de los enfermos el personal médico de la dependencia.

8.^a Conveniencia de incluir el paludismo entre las enfermedades contagiosas comunes reglamentarias, procediendo á la hospitalización de aquellos enfermos que lo requieran, preservándolos de las picaduras de los mosquitos.

9.^a Utilidad de reorganizar el reconocimiento de las substancias alimenticias que se importen por puertos y fronteras, reclamando nuestra intervención exclusiva en su estudio y dictamen higiénico, cualquiera que sea su naturaleza, sustituyendo el examen organoléptico por el micrográfico ó clínico, según los casos.

10. Pedir que se dote á las estaciones sanitarias de las instalaciones y material científico indispensables, para el análisis químico de las substancias alimenticias y para las investigaciones bacteriológicas y micrográficas.

11. Solicitar de los Poderes públicos que se armonice el contenido del Reglamento de Sanidad con la Ley de Epizootias, recabando para nuestro Cuerpo cuanto afecte á la defensa sanitaria en los buques y zonas marítimas, de las enfermedades transmisibles al hombre por los animales y sus diversos productos.

12. Reorganizar el Cuerpo Médico de la Marina civil, sustituyendo su personal actual á medida que desaparezca por individuos del Cuerpo de Sanidad Exterior.

13. Que se estudie por la Superioridad el modo que la emigración, en cuanto tiene de higiene y sanidad, se coloque bajo la dirección de los funcionarios de nuestro Cuerpo en los puertos de salida ó escala de las expediciones, así como que se nombren inspectores de Emigración en viaje á los individuos de Sanidad exterior que naveguen en adelante como médicos de á bordo.

14. Que las patentes y otros documentos técnicos, como certificaciones de reconocimiento y análisis de substancias alimenticias, etc., etc., no lleven otra firma que la del funcionario médico que los autorice.

15. Que se estudien y retengan en observación dentro de los Lazaretos á los portadores de gérmenes coléricos hasta que dejen de ser peligrosos.

16. Teniendo en cuenta que no existen *stegomias* en el Lazareto de Vigo, y que se convino en la última Conferencia internacional que los enfermos de fiebre amarilla sólo son contagiantes durante los cuatro primeros días de la enfermedad, debería reducirse en consonancia el plazo de aislamiento, tanto de los enfermos como del personal de asistencia.

17. Que se consideren peligrosos los barcos procedentes de las zonas de endemia de fiebre amarilla que inviertan menos de seis días en su viaje hasta los puertos españoles.

a) Por tomar á veces como tripulantes á naturales de aquellos países que pueden padecer algunas de las formas benignas indistinguibles de fiebre amarilla.

b) Por la posibilidad de que los buques transporten *stegomias* infectadas.

c) Por el riesgo de que puedan desembarcar enfermos en incubación.

18. Que se consideren peligrosas las localidades donde se den casos de peste murina, aun cuando no haya invasiones humanas.

Madrid, 25 de Octubre de 1919.

Conclusiones de la Asamblea Sanitaria Andaluza

Veterinaria.

TEMA 1.º

1.^a Las vacunas, sueros y demás productos de inmunoterapia serán de libre fabricación, pero sometidos á un centro oficial.

2.^a En todos los Laboratorios, Institutos y Centros suero-terapéuticos, habrá un veterinario encargado de la vigilancia y asistencia de los animales domésticos destinados á la producción de sueros y vacunas, pero la inspección oficial de estos animales estará á cargo de los inspectores provinciales de higiene y sanidad pecuaria.

3.^a Todas las vacunas, sueros, etc., se acompañarán de un certificado de garantía de haber contrastado su valor inmunizante ó terapéutico. A los productos de origen extranjero se les exigirán iguales garantías en la forma que el Gobierno estime conveniente.

4.^a Los citados productos sólo se venderán á los médicos, farmacéuticos y veterinarios. En las farmacias no se despacharán estos remedios sin fórmula firmada por un médico ó un veterinario.

5.^a Que se modifique el artículo 39 del Reglamento de epizootia, en el sentido de que los ganaderos que quieran inmunizar animales por medio de vacunas, cualquiera que sea la naturaleza de la enfermedad, se haga siempre por un veterinario y bajo la vigilancia del servicio de higiene pecuaria.

TEMA 2.º

1.^a Siendo actualmente indispensable el bachillerato y preparatorio de ciencias para ingresar en las escuelas de veterinaria deben transformarse estos centros en Facultad, creando los títulos de licenciado y doctor.

2.^a Que se aclare perfectamente el artículo 87 del Reglamento general de Mataderos, para que resulte conforme con lo acordado en la asamblea de Barcelona, es decir, que la dirección del Matadero esté exclusivamente á cargo de un veterinario, sin ingerencia de ningún otro funcionario no técnico, quedando sometido únicamente á la inspección del Ayuntamiento.

TEMA 3.º

Unica. Como la mayoría de los Ayuntamientos adeudan crecidas cantidades á los veterinarios municipales, para evitar esta anomalía en el pago, el Estado debe gravar con una contribución la explotación de los Mataderos, por ser una lucrativa industria para los Ayuntamientos, con cuya cantidad abonará á los veterinarios los servicios prestados en los municipios.

TEMA 4.º

Unica. Que se haga efectivo el cumplimiento del art. 5.º del Real decreto de 22 de Diciembre de 1908, que obliga á los Ayuntamientos de más de 10 000 almas á que creen un

laboratorio municipal, para que pueda servir el análisis de la leche.

En los Ayuntamientos mayores de los mil habitantes á los que obliga á constituir un matadero, se agregará como arreglo á este establecimiento un local con las instalaciones más indispensables para reconocer los principales fraudes que sufre la leche.

TEMA 5.º

1.ª Las autoridades extremarán la vigilancia para que no se dejen abandonados los animales muertos en las vías públicas, caminos ni á la intemperie en general, castigando severamente á los infractores.

2.ª Con objeto de aprovechar los cadáveres de animales, será conveniente la creación de quemaderos donde se utilicen estos restos.

3.ª A falta de iniciativa particular en la creación de quemaderos, los Ayuntamientos crearán estos establecimientos, cuya explotación de no hacerse directamente por el Municipio, podría concederse á un arrendatario.

TEMA 6.º

1.ª Se conceda la colegiación obligatoria á los veterinarios como á los demás facultativos sanitarios.

2.ª Con objeto de llegar á la unión nacional, será necesario la creación de la unión regional de todos los veterinarios andaluces, como se ha hecho en otras regiones.

TEMA 7.º

Unica. Solicitar del Excmo. señor ministro de la Gobernación que al transformarse el cuerpo de subdelegados de Sanidad, se conceda á los de medicina veterinaria, análogas atribuciones y derechos en su profesión; como á los de medicina humana.

Y prestar solidaridad á los médicos de Jerez.

Odontología.

1.ª Creación de las plazas de odontólogos militares y escolares.

2.ª Que los subdelegados de Odontología sean vocales de la Junta provincial de Sanidad, para poder perseguir el intrusismo, tan abandonado en nuestra profesión.

3.ª Que tanto los cirujanos dentistas, odontólogos y estomatólogos, sean reconocidos sus títulos de igual valor para aspirar á cualquier plaza odontológica, sin dar preferencia á estos últimos, puesto que para ejercer la profesión odontológica, basta cualquiera de estos títulos.

4.ª Que los odontólogos municipales sean retribuidos por el Estado y no por el Municipio.

5.ª Que unidos si fuese necesario á todos los odontólogos de España, ofrecer su incondicional apoyo en favor de las justas peticiones de los señores médicos de Jerez.

6.ª Pedir junto á los demás asambleístas el indulto del señor médico de El Pobo.

Farmacia.

En nombre de los farmacéuticos, leyó las conclusiones que á continuación se expresan, el Sr. López Uralde:

1.ª Solicitar sea reformado el plan de estudios en las Facultades de Farmacia, pidiendo al señor ministro de Instrucción pública la inclusión del estudio de la microbiología

reparación de sueros y de la química biológica en relación de las enseñanzas que deben cursarse para la obtención de título profesional de Licenciado en Farmacia.

2.ª Pedir que por el Estado se concedan locales donde convenientemente puedan establecerse las Facultades de Farmacia, con Laboratorios para las enseñanzas prácticas.

3.ª Felicitar de la concesión de autonomía concedida á las Universidades, interesándose por la rápida aprobación del Estatuto que ha de regir á cada una de ellas para poder dirigirse á las mismas, para reforma de las enseñanzas y obtener su mejora.

4.ª Reforma de la ley de Sanidad civil, obligándose á un mayor y exacto cumplimiento de las disposiciones sanitarias referentes á la Farmacia, entre otras, para la evitación del intrusismo.

5.ª Establecimientos de farmacia en los trasatlánticos que lleven más de quinientas personas, entre pasaje y tripulación.

6.ª Que se dé facilidades por el Estado para el establecimiento de fabricación nacional de material farmacéutico y sanitario, para que España obtenga su independencia económica é industrial y poder así contribuir al mejoramiento del estado sanitario del país.

7.ª Que el pago á los titulares sea á cargo del Estado.

8.ª Expresar su entusiasta adhesión á los médicos titulares de Jerez.

9.ª Que en la reforma de disposiciones sanitarias se establezca que el nombramiento de subdelegados de Farmacia sea á propuesta de los Colegios Farmacéuticos y concediéndoles una mayor amplitud en sus facultades.

Practicantes.

Por último, los practicantes han formulado estos acuerdos:

1.º Ampliación de estudios en la carrera de practicantes.

2.º Creación del Cuerpo de Sanidad civil, con inclusión de los practicantes, cubriéndose las plazas por oposición y señalándose decorosos sueldos, pagados por el Estado.

3.º Que en todos los servicios facultativos sean indispensables los practicantes, como auxiliares del médico.

La próxima Asamblea.

La presidencia propone, y se acuerda por unanimidad, que la sexta Asamblea regional sanitaria se celebre en Jerez.

Presidente.

Asimismo se acuerda que desempeñe la presidencia de la Federación Andaluza D. Luis Encina Candevat, como premio á los esfuerzos realizados en la organización de la actual Asamblea.

Abogado consultor.

También se acuerda nombrar abogado consultor de la Federación sanitaria al letrado Sr. Infante.

El Sr. León y Serralvo.

Concedida la palabra al presidente de la Diputación provincial, saluda á los ilustres hombres de ciencia que se han reunido en esta capital, no sólo para buscar el mejoramiento legítimo de la clase á que pertenecen, sino el de los procedimientos sanitarios empleados en nuestra nación, cuyas

SIL - AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

deficiencias demuestran las estadísticas, arrojando cifras de mortalidad, que constituyen una verdadera vergüenza.

Dice que los reunidos son los hijos de la ciencia más noble: la de devolver la salud al cuerpo, sin la cual toda otra manifestación de la vitalidad es imposible ó defectuosa.

Desea que la estancia de los asambleístas en Málaga haya sido tan grata, como beneficiosa para la ciencia habrá resultado, esperando que todos sus deseos y afanes sean en su día atendidos, consiguiéndose el bien que aquellos encierra, tanto para las clases sanitarias como para el interés de la población.

Habla de la forma en que la Diputación provincial atiende á las clases sanitarias, de lo que pueden tener una idea los asambleístas visitando los establecimientos que sostiene la Corporación, que constituye su legítimo orgullo, pues iguales pueden existir en el resto de España, pero mejor dotados y organizados, lo considera muy dudoso.

Termina diciendo que es profano en la materia, pero que le basta conocer á las personas que han tomado parte en las deliberaciones, para tener el convencimiento de que han sido inspiradas por el más justo criterio.

Al terminar el Sr. León y Serralvo fué muy aplaudido.

REMITIDO

Barcelona, 20 de Octubre de 1919.

Sr. Director de EL SIGLO MÉDICO, Madrid.

Muy señor nuestro: Con el fin de aclarar ciertos conceptos que el Dr. Pulido se ha permitido exponer respecto al suero antituberculoso *Sat*, de nuestra invención, le agradeceremos se sirva insertar en su importante revista, la carta que á continuación transcribimos, y que hoy mismo hemos enviado al aludido doctor por correo certificado.

Anticipándole las gracias, quedamos de usted muy atentos compañeros y s. s. q. e. s. m.,

SUGRAÑÉS-RIERA.

Sr. Dr. D. Angel Pulido, de la Real Academia de Medicina y Cirugía, Madrid.

Ilustre compañero: Nos complacemos en confirmar á usted nuestro escrito del 15 corriente y con la misma ingenuidad y franqueza con que felicitamos á usted en dicho escrito por los conceptos que expone en EL SIGLO MÉDICO, de esa capital, con respecto á la tuberculina como elemento terapéutico, nos vemos obligados hoy á protestar de la manera más enérgica contra los que se ha permitido exponer en la misma revista sobre el suero antituberculoso *Sat*, de nuestra invención, cuyos conceptos no puede, en manera alguna, referirse á nuestro suero, elemento terapéutico basado en doctrinas científicas expuestas á la clase médica y que solo una refutación en el mismo terreno científico y experimental puede destruir.

Mientras no lo haga así, seguiremos afirmando que, como elemento terapéutico, dicho suero antituberculoso *Sat* no tiene, hoy en día, competidor alguno, puesto que la *mal llamada vacuna* Ferrán, no resuelve absolutamente nada en dicho concepto curativo; y es sumamente discutible por lo que atañe á sus efectos profilácticos, como tendremos ocasión de exponer extensa y detalladamente.

Nada más por hoy. Quedamos de usted atentos compañeros y s. s. q. e. s. m.,

SUGRAÑÉS-RIERA.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,8; íd. mínima, 704,5; temperatura máxima, 19°,0; íd. mínima, 5°,4; vientos dominantes, NE. O. SE.

Han tenido considerable acrecentamiento los estados agudos catarrales durante la semana que acaba de terminar; las imprevisiones, los enfriamientos y los cambios atmosféricos han determinado numerosas traqueobronquitis, enteritis catarrales, reumatismos agudos y exacerbaciones de los musculares y crónicos.

En los niños son frecuentes las anginas tonsilares.

Crónicas.

ESPAÑA

Interesante á nuestros suscriptores.—El día 25 del corriente mes entregaremos á nuestro banquero el giro contra los suscriptores que aún no han abonado el actual año de 1919. Les rogamos hagan efectivas las letras á su presentación (aunque no las crean corrientes), pues lo contrario nos irroga muchos gastos y grandes perjuicios. Después pueden escribirnos, y sus quejas serán debidamente atendidas.

Advertencia.—Las letras llevarán un aumento de una peseta cada una, aunque los gastos de giro nos cuesta algo más. Los que envíen el importe de la suscripción por giro postal, pueden descontarse los gastos que el giro les ocasione.

Los suscriptores que reciben el periódico *El Sol* en combinación con EL SIGLO MÉDICO, y cuyo abono ha terminado ó está para terminar, tienen que remitir 30 pesetas importe de un año, en lugar de 24 que costaba el año pasado, por acuerdo del referido periódico *El Sol*.

Un abastecedor de un asilo á la cárcel.—El Sr. Cavestany, gobernador de Madrid, dirigió hace unos días un oficio al juez de guardia, en el que denunciaba el hecho de que un carnicero que servía los pedidos del asilo de niños de Vallehermoso, lo hacía con carnes en tan malas condiciones que no se podían aceptar, observándose de algún tiempo á esta parte que algunos asilados enfermaban indudablemente á causa de esto.

El señor juez, como primera medida, y en tanto se depura al detalle el hecho, ha enviado al carnicero á la cárcel.

En honor del Dr. Peña. El domingo 26, con la animadísima asistencia de numerosos alumnos de San Carlos, y la del subsecretario de Instrucción Sr. Bullón y de los doctores Recasens (decano), Márquez, Goyanes, Hernando, López de Haro, Juarros, etc., se celebró en la Muerta el ban-

TOLUDEN

Pelrid's C., New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals Peruriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía.

Laboratorio: J. Ferret y Robert, Sitges (BARCELONA).

quete en honor del Dr. D. Leonardo de la Peña que ha sido nombrado recientemente consejero de Instrucción pública.

Los merecimientos que para este cargo tenía el ilustre catedrático son conocidos de todos nuestros lectores, y de ellos se hizo elocuentemente mención en los discursos pronunciados a la hora de los brindis por el Sr. López de Haro, Recasens, Bullón y Juarros.

El aplauso unánime y prolongado con que fueron acogidas las palabras en que dió las gracias el agasajado y la aprobación pública del nombramiento, son manifestaciones del reconocimiento del mérito y simpatías con que cuenta el ilustre compañero.

Nuestra enhorabuena.

Necrología.—Ha fallecido en Bolonia el catedrático de Clínica médica de aquella Universidad, prof. A. Rovighi, discípulo de Charcot, autor de importantes trabajos sobre la esclerosis en placas y sobre la diferenciación anatomopatológica y clínica entre la sífilis cerebral y las enfermedades parasifilíticas.

Curso de dermatología y sifiliografía.—El Dr. D. Antonio Navarro y Fernández dará un curso de enfermedades de la piel y sifiliografía todos los martes, jueves y sábados, horas de tres a seis de la tarde, en su consulta del Hospital del Buen Suceso.

La matrícula es gratuita para los médicos e internos.

Las deudas de los Ayuntamientos a los facultativos.—Es constante el descubrimiento de nuevos casos de mala administración de los Ayuntamientos, en relación con los servicios de beneficencia y sanitarios.

Recogemos de *El Sol* un telegrama redactado en los siguientes términos:

«Granada, 26 (8 m.).—El farmacéutico de Puebla de Don Fadrique ha denunciado ante el gobernador al Ayuntamiento de la citada villa, porque le adeuda 12.292 pesetas por suministro de medicinas a los obreros.»

Sin duda, para ejercer nuestra profesión ó la de farmacéutico, aun en los pueblos más modestos, se necesita, ó una gran fortuna ó un inagotable crédito.

En el Hospital del Niño Jesús.—El domingo último tuvo lugar en el local de este establecimiento benéfico la sesión inaugural de las «Reuniones científicas» que todos los cursos celebra el personal técnico de esta institución.

El tema motivo de esta disertación era «Mis experiencias en el tratamiento de las osteomielitis», y lo supo desarrollar de un modo elocuente el Dr. Aurelio Arquellada, que al tiempo de la parte doctrinal expuso los procedimientos seguidos por él en la Clínica de aquel Hospital.

Afirma el Dr. Arquellada que la mayoría de las afecciones quirúrgicas que padecen los niños son enfermedades cuyo asiento anatomofisiológico radica en los huesos y en las articulaciones.

Para el tratamiento curativo de las osteomielitis emplea dos procedimientos: la vacuoterapia y la intervención quirúrgica. Añade que estos dos procedimientos se completan, y, por consiguiente, la práctica ha demostrado que no pueden ir separados.

En el tratamiento quirúrgico de las osteomielitis emplea el Dr. Arquellada con positivo éxito el método Carrel. Al efecto, describe la técnica de las curas por medio de las disoluciones del líquido de Dakin, haciendo constar de paso que un médico español, el Dr. Correzo, fué el primero que en el año 1884 empleó el hipoclorito en la curación de las heridas en el Hospital de la Princesa.

El mejor método operatorio es el relleno de las cavidades óseas con sustancias orgánicas limitrofes. Cuando el hueso no se regenera por completo, deben hacerse transplantaciones del citado tejido.

Terminado el discurso del Dr. Arquellada, el secretario del Cuerpo Facultativo, D. Sixto Hontán, leyó una Memoria en que se reseñaban los trabajos realizados durante el curso anterior, y terminó el acto imponiéndose la cruz de Beneficencia a la superiora del Hospital, recompensa otorgada por sus extraordinarios méritos en beneficio de aquel establecimiento.

Es verdaderamente digna de todo elogio la labor que vienen realizando los facultativos del Hospital del Niño Jesús, que al esfuerzo práctico en el ejercicio de sus funciones, saben unir la expansión cultural teórica de los procedimientos.

Acción sanitaria.—Después de celebrado el mitin del Español, ha recibido el Sr. Francos Rodríguez varios telegramas de provincias, adhiriéndose a la campaña que realiza y ha de proseguir el grupo sanitario.

La Unión Sanitaria de Valencia, y en su nombre el doctor Pérez Feliú, ofrece su concurso en términos amplios; una Comisión de Ciudad Real, de la que formaba parte el director de *El Labriego*, Sr. Sanco, ha visitado al Sr. Francos Rodríguez para rogarle que se verifique una reunión en la simpática ciudad manchega; la Casa del Pueblo Radical de Madrid desea que en su local se celebre un mitin en favor de la salud pública. A todas estas demandas y a otras pendientes, atenderá el grupo de Acción sanitaria; la primera de sus expediciones a provincias será la de Ciudad Real, donde principalmente se tratará del paludismo y de la sanidad de los campos. El mitin de Madrid que corresponde al mes de Noviembre, se verificará en un local de los barrios bajos y estará dedicado al niño y a la maternología.

Conferencia en el Sanatorio de Valdelatas.—El domingo, a las cuatro de la tarde, dió la décima conferencia el Sr. Codina Castellví, director del Real Sanatoriopopular Antituberculoso Victoria Eugenia, de Valdelatas, para los enfermos y sus familias.

La conferencia versó sobre el tema siguiente: «Higiene terapéutica en el Sanatorio. Tratamiento psíquico. Recreos. Distracciones. Conferencias. Enseñanza educativa».

Instituto Español Criminológico.—Ayer viernes dió comienzo el curso de Psiquiatría forense a cargo del profesor de esa asignatura, Dr. César Juarros.

La asistencia a las sucesivas conferencias será pública y gratuita; pero para tener derecho a las prácticas en el Manicomio de Leganés será indispensable haberse matriculado—sin desembolso alguno,—enviando el nombre, las señas y profesión a la Redacción de la *Revista Española de Psiquiatría y Criminología*, Serrano, 58, segundo, y asistir asiduamente a las explicaciones teóricas.

Las clases se darán los viernes no festivos, a las cinco y media de la tarde, en el Museo Antropológico, Paseo de Atocha, 13.

FRANCIA

Asilos públicos de alienados.—Los sueldos de los directores administrativos, directores facultativos, médicos jefes, adjuntos, etc., de los asilos públicos a excepción de los del departamento del Sena, se han fijado por decreto en la forma siguiente:

Directores administrativos, directores médicos y médicos jefes: 1.ª clase, 16.000 francos; 2.ª clase, 15.000 francos; 3.ª clase, 14.000; 4.ª clase, 13.000; y 5.ª clase, 12.000 francos.

Médicos adjuntos: 1.ª clase, 10.200 francos; 2.ª, 9.400 francos; 3.ª, 8.600 francos; 4.ª, 7.800 francos.

A estos sueldos hay que añadir el disfrute de las ventajas de la índole siguiente: alojamiento, calefacción y luz.

Por lo que se refiere al departamento del Sena y con estas últimas ventajas igualmente, los sueldos son:

Directores médicos y médicos jefes: 1.ª clase, 18.000 francos; 2.ª, 17.000 francos; 3.ª, 16.000 francos; 4.ª, 15.000 francos; y 5.ª clase, 14.000 francos.

Médicos adjuntos: 1.ª clase, 10.200 francos; 2.ª clase, 9.400 francos; 3.ª, 8.600 francos, y 4.ª, 7.800 francos.

Facultad de Medicina de Argel.—M. Michean, agregado a la Facultad mixta de Medicina y Farmacia de la Universidad de Bordeaux, ha sido nombrado, a partir del 1.º de Noviembre de 1919, profesor de Medicina legal de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Argel.

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI

que elimina el azúcar a razón de UN gramo por día,
fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas
las farmacias
y droguerías
Literatura y mues-
tras, LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25. San Sebastián

Facultad de Medicina de Lyon.—Se ha creado, á partir de 1.º de Noviembre de 1919, un empleo de jefe clínico de Neurología; un curso complementario de cirugía infantil; un curso complementario de Ginecología; un curso complementario de Estomatología; un curso complementario de Deontología.

Han sido encargados de explicar estos cursos durante el año escolar 1919-20, MM. Nové-Josserand, Cirugía infantil; Condamin, Ginecología; Tellier, Estomatología.

M. Martín, profesor, ha sido encargado, á partir del 1.º de Noviembre, y en tanto se hace la designación de un titular, del curso complementario de Deontología.

Estadística municipal de la ciudad de París.—Se han registrado durante la 40.ª semana: 645 defunciones en lugar de 637 en la semana anterior, y en lugar de 697, promedio de la estación.

Todas las enfermedades señaladas tienen un número aproximado al promedio.

Se han registrado: 1 fallecimiento por gripe y 3 por meningitis cerebro-espinal epidémica.

Durante la 41.ª semana se han registrado 691 fallecimientos.

La escarlatina no ha causado ninguno, pero se han señalado 70 casos nuevos.

Las enfermedades inflamatorias del aparato respiratorio han causado 85 defunciones en lugar de 55, en la semana anterior (promedio 133).

Un fallecimiento se ha atribuido á la gripe, y dos á meningitis cerebrospinal epidémica.

Facultad de París.—Cursos para extranjeros.—Por la Universidad de París se han organizado en las diversas facultades, cursos destinados á los estudiantes extranjeros.

En la Facultad de Medicina, los estudiantes podrán seguir:

En Noviembre: 1.º, un curso de práctica obstétrica (inscripción 75 francos), profesor M. Bary, un curso por M. Faure, de Clínica ginecológica (inscripción 100 francos); 2.º, trabajos prácticos sobre el diagnóstico de la tuberculosis y examen de esputos por M. Bezançon (inscripción 60 francos).

En Enero: 1.º, un curso de Bacteriología acompañado de trabajos prácticos, por M. Bezançon (inscripción 60 francos); 2.º, un curso de Clínica médica por M. Gilbert (150 francos); 3.º, cuatro series de cursos de enseñanza del especialista en Obstetricia, por M. Couvelaire (50 francos cada curso).

En Febrero: Un curso de enseñanza complementaria de Hidrología, Crenoterapia y Climatoterapia, por M. Carnot.

Además se han organizado también cursos en el Instituto de Medicina Colonial (inscripción 280 francos) y en el Instituto de Medicina Legal.

AUSTRIA

Nombramiento.—El profesor Dr. Ricardo Seefelder, de Leipzig, ha sido nombrado catedrático de Oftalmología de la Universidad de Innsbruck.

SUIZA

Nombramiento.—El Dr. Scler-Huguenin ha sido nombrado catedrático de Oftalmología de la Universidad de Zurich.

NORTEAMERICA

La profesión médica en los Estados Unidos.—El número de médicos existente en los distintos Estados de Norteamérica ascendía á la suma de 146.174 en el último censo, que calculando la población de aquellos Estados en 105.253.900, hacen que corresponda un médico por cada 720 habitantes.

Las mujeres y la Medicina en los Estados Unidos.—Durante el año pasado hubo 686 mujeres que estudiaron Medicina, ó sean 105 más que en 1917. Esto también se debe probablemente á las demandas de la guerra y á la escasez de médicos. La proporción de las mujeres en relación con el total de estudiantes médicos este año fué de un 5,2, el cual es mayor que en ningún año anterior. Este año se graduaron 107 mujeres, una más que el año pasado; pero 46 menos que en 1917. El aumento de mujeres no es sorprendente puesto que en años recientes algunas de las Escuelas de Medicina más antiguas y más grandes como Columbia, Tulane, la Universidad de Pensilvania; Harvard y Western Reserve University (y McGill University en Canadá) les han abierto sus puertas.

POLONIA

Reapertura de la Universidad de Vilna.—Comunican de Varsovia, que se han reanudado recientemente los cursos en la Universidad polaca de Vilna, que había sido clausurada por el Gobierno de los Zares.

Hoy vuelve á ser centro de cultura esta Universidad que fué creada en el siglo XVI, por el Rey de Polonia Esteban Estory. Con ello se favorece grandemente la cultura de gran parte de Polonia y del sur de Rusia.

Academia práctica de Odontología y Prótesis dental. Profesores, D. Germán Martínez, D. Francisco Carmona y D. Jaime Pons. *Carmen, 33, principal.*

CASA METZGER, Paseo de Gracia, 76, Barcelona sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídase catálogo.

IODASA BELLOT
Solución titulada de IODOPEPTONA
ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE
gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.
El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.
20 gotas obran como un gramo de iodo alcalino.
Dosis.— Niños. . . De 5 á 20 gotas.—Adultos. . . de 10 á 50 gotas
Muestras y prospectos: **F. BELLOT**
Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

SOLUCION BENEDICTO
Glicerio-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis bronquitis, catarrros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MEDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1.—Madrid, Tel. 552

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

La Petrosina es un hidrocarburo insípido que estimula la secreción de líquidos en el aparato digestivo facilitando la expulsión del excremento, inofensivo en todas las edades.