

REDACTORES:

aparato digestivo (San Sebastián).
medicina.

Ayuntamiento de Madrid

que nos hacía pensar en un padecimiento epidémico y contagioso, puesto que observamos en una ocasión dos casos análogos en la misma familia. Nos inclinaba á ello el hecho de presentar el 35 por 100 de nuestros enfermos bronquitis inicial febril, y todavía pensamos en que la gripe haya actuado en algún caso como predisponente puesto que en el mes de Septiembre hemos visto dos niños, uno con colitis mucosa, disenteriforme el otro, caer enfermos al mismo tiempo que padecían gripe típica dos adultos de la familia.

El papel ejercido por esta infección en la etiología de los trastornos intestinales de la infancia ha sido señalado por diversos autores. Combé (1), por ejemplo, cita las observaciones Marvel y Faisans acerca de la influencia de la misma en el aumento de la frecuencia de las enteritis y apendicitis que se notó después de la epidemia del año 89 á 90, y Finkelstein (2) dice que «la gripe es la causa más frecuente de los catarros gastro-intestinales infectivos que asumen de cuándo en cuándo una difusión epidémica».

Durante el verano anterior observamos también algunas formas de colitis, aunque no como las actuales, y Romeo Lozano (3) vió un gran número de las llamadas por Combe enteritis pseudo-gripal, tan frecuentes en Mayo y Junio, que cree deben ser atribuidas á la gripe. Pero si concedemos algún papel á esta infección, sólo puede ser el de causa predisponente.

Tal vez disminuye las defensas del epitelio intestinal ó las generales del organismo para la infección por otros gérmenes, por la hipoleucocitosis polinuclear de que según los estudios hematológicos de Combe va acompañada, porque si no, no sería explicable por qué padecieron colitis los niños que se alimentaban artificialmente (48 de nuestras 50 observaciones); y sólo enfermaron 2 sometidos á lactancia al pecho.

Y ya que hablamos de predisposición, veamos lo que nos dice nuestra experiencia personal respecto á la influencia que ha ejercido la edad de los pacientes en la frecuencia de la afección.

Como demuestra el gráfico 1.º, el mayor número de casos se dió en niños de dos años (17 enfermos), pero también se vió á menudo durante el segundo semestre del primer año (11 enfermos) y en el tercer año (10). A partir de esta edad la morbilidad desciende de un modo rápido, no pudiendo estar nosotros de acuerdo en este punto con Nobecourt (4) y otros autores, que afirman que las colitis se presentan con mayor frecuencia después del cuarto año, puesto que sólo hemos visto cuatro casos en niños de cuatro á seis años de edad.

Es natural que así suceda, porque la edad se halla en relación muy directa con la clase de alimentación y ésta á su vez con la posibilidad de que el alimento sea

el vehículo de la infección ó perturbe directamente la función química gastro-intestinal y las defensas epiteliales del intestino. El niño en los tres primeros años se parece más en su fisiología digestiva al lactante que al adulto, y las modificaciones en la composición del

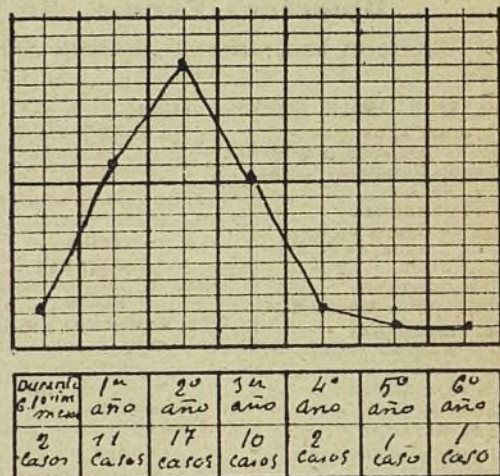


Gráfico que demuestra la influencia de la edad en la frecuencia de la colitis.

alimento provocan en él dispepsias (albuminosa de Combe, dispepsia grasa y de hidratos de carbono) que le predisponen á las enteritis. En esta época se realiza el destete, en el cual se cometen á menudo considerables errores dietéticos, y sobre todo, se somete á los niños á una alimentación precoz ó excesivamente albuminosa, acusada por la mayoría de los autores como capaz de producir fermentaciones pútridas y favorecer la multiplicación de la flora proteolítica del intestino, disminuyendo así las defensas epiteliales.

Este uso prematuro de albuminoides (carne y huevos), que suele ir aumentado por el empleo simultáneo de la leche, también rica en nitrogenados (caseína), ha sido señalado por todos los autores como una de las causas de la colitis y da la explicación de su mayor frecuencia en las clases acomodadas, porque las pobres por sus condiciones económicas suelen hacer mayor uso de los feculentos.

Por estas razones sólo dos veces hemos visto producirse la colitis en niños alimentados al pecho, alimentación la más adaptada á su fisiología digestiva, y

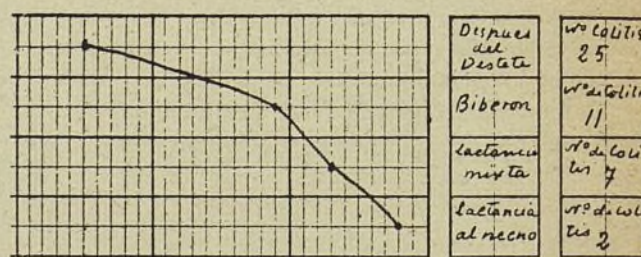


Gráfico que demuestra la influencia de alimentación en la patogenia de la colitis.

en cambio, como demuestra el gráfico 2.º, aquellos niños que además de la acción nociva del alimento por su composición química, están expuestos á la infección

(1) COMBÉ: *Archives de Médecine des enfants*, 1899, pág. 345.

COMBÉ: "Traitement de l'enterite muco-membraneuse", París, 1919, pág. 58.

(2) FINKELSTEIN: En el *Ferr Lehrbuch der Kinderheilkunde*, Jena, 1916.

(3) A. ROMEO LOZANO: Sesión del 20 de Febrero de 1919 en la Sociedad de Pediatría de Madrid. *Ref. de Archivos Españoles de Pediatría*, núm. 3, pág. 169.

(4) NOBECOURT: *Loc cit.*

del mismo por gérmenes patógenos, dieron un mayor contingente a nuestra enfermería, puesto que asistimos 7 que tomaban biberón y pecho, 11 con biberón exclusivamente y 25 después del destete, que es cuando mayores errores dietéticos se cometen en todas las clases sociales.

Un elemento nocivo más hay que añadir a los anteriores, los perniciosos efectos del calor que actúa de dos maneras: directamente sobre la fisiología digestiva infantil e indirectamente facilitando la descomposición e infección de los alimentos.

En efecto, el calor, está demostrado de modo evidente en la actualidad que rebaja el límite de tolerancia alimenticia de los niños de pecho. Así se explica que raciones alimenticias que en invierno consiguen un desarrollo perfecto, provoquen dispepsia en el verano, que la hipertermia de afecciones paraentéricas que para nada afectan al aparato digestivo tengan el mismo efecto; y por último, que el calor por sí sólo puede determinar hipertermia de alguna duración como han podido demostrarlo Heim y Jhon después de un baño de sol imprudente.

Los primeros calores tienen siempre una acción mucho más intensa sobre el niño habituado a las bajas temperaturas. El calor húmedo de los días de tempestad actúa de un modo más perjudicial que el calor seco, y este último hecho lo hemos observado en diversas ocasiones.

Finkelstein ha podido determinar de un modo clínico la reducción de tolerancia para los distintos componentes de la leche por el calor.

Así se explica perfectamente que se encuentren en nuestra experiencia personal (véase gráfico 3.º) dos máximas en la frecuencia de las colitis, la primera corres-

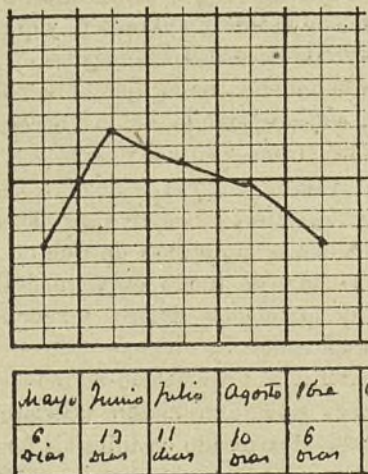


Gráfico de la duración media de la colitis en cada mes.

pondiente a los calores iniciales de Junio, la segunda coincidiendo con el sofocante calor del mes de Agosto del corriente verano, y en conjunto, una morbilidad elevada en los meses calurosos de Junio, Julio y Agosto, y mucho menor en los meses anteriores y siguientes. La misma influencia que en la morbilidad ejerció

el calor sobre la intensidad de la colitis, y aunque la duración del proceso es sólo un dato de la misma, el estudio de la gráfica cuarta demuestra que el término medio de seis días se elevó a trece en Junio, once en Julio y diez en Agosto, para descender de nuevo a seis en Septiembre, hecho muy significativo de la influencia del calor.

Hasta ahora sólo nos hemos ocupado de uno de los

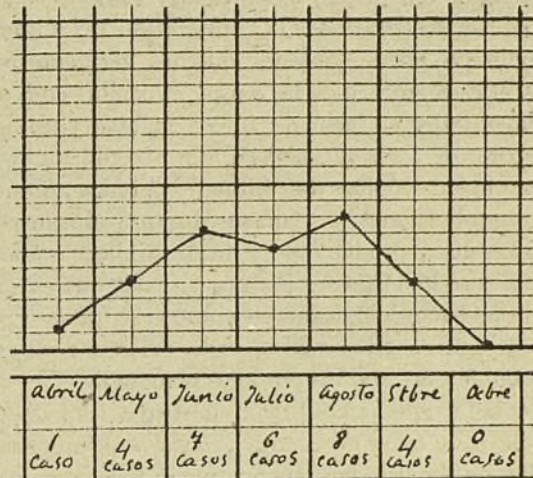


Gráfico que demuestra la influencia del calor en la etiología de las colitis.

aspectos de la acción del calor; su papel en las alteraciones del alimento es para nosotros de tal importancia, que pensamos tratar de él con mayor extensión al ocuparnos de la infección en la etiología de las colitis, pero antes de hacerlo queremos hablar de la frecuencia con que hemos visto en nuestros casos estados orgánicos predisponentes a los cuales dan los autores franceses gran importancia.

Nos referimos al neuroartrismo, al llamado estado linfático, y a la diátesis exudativa de Czerny, muy parecida en sus manifestaciones clínicas y en su tendencia a las inflamaciones de piel y mucosas, a las manifestaciones análogas del neuroartrismo de los franceses.

En nuestras cincuenta observaciones no hemos podido encontrar una sola con manifestaciones exudativas anteriores. Antecedentes de neuroartrismo y tendencia al estado linfático, en los padres se encontraron en seis de nuestros casos. No han sido, por tanto, frecuentes en nuestra experiencia personal (12 por 100).

Estudiados ya como lo hemos hecho, la influencia del calor, edad, alimentación y predisposiciones orgánicas individuales y efectos predisponentes de ciertas dolencias como la gripe, vamos a ocuparnos del papel que pueden ejercer las infecciones. ¿Existe un germen específico? ¿Existen infecciones especificadas? ¿Se trata simplemente de la exaltación de virulencia de alguno o algunos de los gérmenes habituales del intestino infantil? He aquí tres preguntas difíciles de resolver en el estado actual de nuestros conocimientos de bacteriología coprológica. Alteraciones apreciables macroscópicamente en los alimentos duran-

te los meses calurosos las hemos notado con alguna frecuencia en la anamnesis de muchos de nuestros enfermos, y en muchas ocasiones nos hizo saber la familia que el niño había ingerido leche, que como vulgarmente ellas dicen, se había *cortado* al poco tiempo, había sufrido una coagulación más ó menos completa. En países como el nuestro en donde la vigilancia de la leche destinada á la alimentación de los niños está un poco abandonada, este hecho es corriente, como lo es también en muchas ocasiones la adulteración del alimento con agua que puede contener muchos gérmenes patógenos; el estreptococo de las vacas, el bacillus coli, pueden encontrarse en leche de buena calidad y numerosos esporos de otros gérmenes que no modifican los caracteres macroscópicos del alimento. Además, numerosas contaminaciones se realizan durante el transporte desde los sitios productores y la multiplicación de los microbios se halla favorecida por el calor que enriquece la leche bacteriológicamente como si se tratase de un caldo de cultivo, en el cual no sólo existen gérmenes, sino también las toxinas por ellos elaboradas.

Verdad es que la ebullición destruye las bacterias, pero hay que tener en cuenta que son aún muchas las familias que confunden este fenómeno físico, con lo que se llama vulgarmente *subir la leche* que se realiza á una temperatura muy inferior á la de ebullición, que permite aun la existencia de muchos fito parásitos y de los esporos de algunas bacterias; pero además, aun después de hervir el alimento conserva las toxinas que le hacen nocivo. A pesar de esta esterilización incompleta, muchos autores han podido demostrar en las deposiciones una flora análoga á la del alimento ingerido. Citemos aquí solamente los estudios de Ford y Blackfan (1) que demostraron este hecho de modo evidente. Pero para afirmar la influencia de un germen determinado en la etiología de una infección, en la colitis, en nuestro caso, no basta encontrarle de un modo predominante en la flora de las heces, es preciso que el germen reproduzca en los animales la enfermedad ó que se puedan demostrar en los humores del paciente reacciones de inmunidad y defensa (aglutinación), requisitos exigidos en nuestra opinión con razón por Nobecourt, que quitan gran valor á los hallazgos bacteriológicos de Eschereich, Moro, Tissier y Finkelstein.

Está admitido hoy de modo corriente por los autores, que la flora normal del intestino del niño alimentado al pecho es casi invariable desde el tercero ó cuarto día hasta el destete y constituida predominantemente por el bacillus bifidus de Tissier, germen Gram-positivo, aerobio, y colaborador de los fermentos digestivos, por ser acidificante del medio intestinal y actuar sobre los hidratos de carbono. Existen también en número mucho menor, bacilo coli, bacilo lactis aerogenes, bacilos acidófilos de Moro y bacillus butyricus.

En el niño á biberón se encuentran los mismos gérmenes, aunque la flora es más variable, y además de ellos el bacillus putrificus de Bienstock y el perfringens.

(1) W. W. FORD y K. D. BLACKFAN: Some observations on intestinal bacteria in Children, *American Journal of Diseases of Children's*, 1917.

La distribución de estos microbios varía, puesto que el duodeno sólo contiene Gram-negativos en pequeña cantidad, bacillus coli y lactis, mientras que en el yeyuno empiezan á predominar los Gram-positivos, y en el íleo y apéndice se encuentran éstos de un modo casi exclusivo y el bacillus bifidus, acidophilus, putrificus y perfringens y los Gram-positivos predominan ya hasta el ano.

De acuerdo en parte con este modo de ver la bacteriología de las heces, opina Moro (1) que los bacilos acidófilos Gram-positivos son los característicos de los niños alimentados al pecho; pero estima, en cambio, que los nutridos con leche de vacas tienen en su intestino pocos acidófilos y muchos bacillus coli, cocos y formas proteolíticas, é igualmente Herter y Kendall (2) alimentando monos y gatos pequeños con grandes cantidades de proteínas aseguran haber obtenido una abundante flora proteolítica.

Los estudios de Sisson, de Baltimore (3), realizados de modo experimental en perros pequeños, hacen tambalearse un poco esta teoría algo esquemática é irreal, porque obteniendo muestras del contenido de los distintos tramos intestinales, la bacteriología es análoga en todos ellos y además los cambios de cantidad de sacarosa y lactosa en el alimento no ejercen ninguna influencia sobre el predominio de un microbio y en todo caso en que existe una flora determinada, como sucede en las colitis en donde es abundante la proteolítica, ésta no podrá ser interpretada como causa de la afección, sino como testigo de la misma.

Esta opinión se halla robustecida por los estudios llevados á cabo en niños de la Maternidad del Johns Hopkins Hospital y de la Harriet Lane Home, por Blackfan y Batchelor (4) que demuestran un hecho ya notado desde la época de Eschereich, y que consiste en que el número de bacterias encontradas en los frotis de deposiciones es mucho mayor que el de colonias obtenidas en los cultivos, siendo en las heces igualmente importantes los Gram-positivos y negativos, no pudiendo admitirse la antigua teoría de que el coli sea Gram positivo en el intestino y negativo en las colonias, y sustentando además la opinión de que no ha sido demostrada por nadie de modo experimental la concepción teórica de los efectos nocivos y venenosos de las bacterias putrificantes.

Para obtener la multiplicación de todos los gérmenes de las heces los autores citados utilizaron el agar-dextrosa y caldo-dextrosado en tubos de fermentación; y como prácticamente estos medios de cultivo solo daban siembras de los Gram-negativos, y en los frotis se encontraban seis clases de gérmenes coloreables con

(1) E. MORO: *Handbuch für Kinder heilkunde*, 1903, núm. 52, página 38.

(2) HERTER y KENDALL: *Jour. Biol. Chem.*, 1908, tomo V, página 203.

(3) W. R. SISSON: "Experimental studies of intestinal flora", *American Journal of Diseases of Children's*, 1917, pág. 117.

(4) FORD K. D. BLACKFAN y M. B. BATCHELOR: Some observations on intestinal bacteria in children's, *American Journal of Diseases of Children's*, 1917, pág. 355.

violeta de genciana, azul de metileno y método Gram, que podían ser clasificados del modo siguiente:

- 1.º Gran-negativos pequeños;
- 2.º Gram-positivos pequeños;
- 3.º Estreptococos y micrococos;
- 4.º Gram-positivos;
- 5.º Células de levaduras Gram-positivas;
- 6.º Bacilos largos Gram-positivos y esporos de varias formas y tamaños,

utilizaron diversos medios de cultivos que les permitieron identificar estos gérmenes que resultaron ser bacillus coli, bacterium lactis aerogenes, bacillus alcaligenes, bacillus aciduricus del tipo del acidófilo de Moro, bacillus putrificus de Bienstock, bacillus pseudo-tetanus, bacillus albolactis, bacillus, bifidus micrococcus ovalis y bacillus cereus.

En los alimentados artificialmente con alimentos más ó menos esterilizados, formas análogas á las contenidas en el alimento ingerido.

Nosotros no hemos practicado de modo completo el examen bacteriológico de las heces de nuestros colíticos y por tanto sólo podemos afirmar la existencia del aumento de la flora proteolítica en algunas de nuestras observaciones, y en casi todas, la existencia de fermentaciones pútridas demostradas por la reacción alcalina de las deposiciones, la fetidez de las mismas y su olor característico, pero deseando dar en este artículo alguna orientación, dentro de las opiniones contradictorias del estado normal que hemos enumerado, hemos repasado la literatura de los diversos países, para conocer la opinión de los autores sobre qué germen debe ser acusado como productor de la enfermedad.

Para los americanos, entre ellos Chapín, Piseck (1) y Kerley (2), son sinónimas las palabras colitis aguda ó disenteriforme de infección por los bacilos disenterícos de Shiga ó de Hiss-Russel. Estos gérmenes son indudablemente los encontrados en América con mayor frecuencia, y las colitis son allí específicas, disenterícas.

En Francia, en cambio, se ha señalado una simbiosis coli-estreptococia como capaz de producir enteritis por Lesage (3) y colitis por infección colibacilar estreptocócica, de enterococos y anaerobios por Nobecourt (4), de colidisenterícos, paradisenterícos y coli por Apert (5).

En Alemania, Eschereich y Jhele han imputado al estreptococo una forma aguda y violenta de colitis, y el mismo Eschereich ha descrito una epidemia colibacilar, la llamada coli-colitis, también descrita en otra ocasión por Finkelstein.

Heubner y Bendix también hallaron coli y estreptococo, y Finkelstein (6), á pesar de las reservas que la

bacteriología de las heces normales ya mencionada impone, se inclina también á atribuir el papel patógeno al coli y estreptococo.

En Suiza, Combe (1), de Lausana, al hablar de la colitis disenteriforme dice que es con la mayor frecuencia producida por los estreptococos y algunas veces por los colibacilos, aunque se observen casos bien típicos sin una flora especificada, y por último, los pediatras italianos como Coszolino (2) sustentan la misma opinión, y alguno como Riva-Rocci (3) sin mencionar un agente determinado recuerda la frecuencia con que van acompañadas de colitis ciertas afecciones estreptocócicas de la infancia, como los catarros rinofaríngeos, las amigdalitis y las infecciones, que como la escarlatina y el sarampión se suelen complicar con infección secundaria estreptocócica.

En España, que nosotros conozcamos, no existen estudios bacteriológicos de coprología infantil, pero sí se puede afirmar con Romeo Lozano (4), que apenas si se ven casos de disentería bacilar (solamente los importados), y la ambiana ha sido señalada una sola vez por Fernández Martínez en Granada, pudiendo por tanto eliminar el germen citado en la etiología de nuestros casos.

Unamos estos resultados de la experiencia ajena con lo que nosotros hemos podido observar en la clínica, y aparecerán á nuestra vista cosas interesantes para la patogenia de la afección que nos ocupa.

Salvo los autores americanos, vemos citados de modo constante por todos los pediatras dos gérmenes patógenos, el estreptococo y el bacilo coli, y llama la atención este hecho, porque sabemos: 1.º, que los niños que padecen colitis son en muchas ocasiones aquellos que por un estado diatésico (neuro-artritis) están también expuestos á padecer rinofaringitis y amigdalitis estreptocócicas; 2.º, que las afecciones que como la gripe se complican de infecciones por este germen (hemolítico ó no), van acompañadas de un aumento en la frecuencia de las colitis, señalado por Combe (5), después de la epidemia del año 89 á 90; y 3.º, que es también notable que las eruptivas, sarampión y escarlatina, en cuyas complicaciones tanto papel juega el estreptococo, predispongan á la afección intestinal, y más todavía desde que sabemos por las investigaciones de Irons y Marine (6), que el estreptococo hemolítico que con tanta frecuencia complicó los casos de gripe de la última epidemia fué el germen productor de las bronconeumonías, tonsilitis y bronquitis que complicaron é hicieron mortales los casos de sarampión por ellos asistidos.

Suponemos nosotros, basándonos en los datos ante-

(1) H. B. CHAPIN y G. N. PISECK: *Disease of infants and Children*, 1916, pág. 192.

(2) KERLEY: *The practice of Pediatrics*, 1918. «Acute ileocolitis Monocous colitis», págs. 229 y 231.

(3) LESAGE: «La gastro enterite des nourrissons».

(4) NOBERCOURT: *Precis de Medicine infantile*, Paris, 1912. «Colites-Praz».

(5) APERT: *Precis des Maladies des enfants*, Paris, 1909. Capítulos «Gastroenteritis subaiguës et colites dysenteriformes».

(6) FINKELSTEIN: *En Feer Lherbuch der Kinderheilkunde*, 5.ª edición, Jena, 1919.

(1) COMBE (Prof. A.): «Les maladies gastro-intestinales aigües des nourrissons». 1913, pág. 670.

(2) COSZOLINO: «Manuale Pratico di Pediatria», Nápoles, 1906.

(3) S. RIVA-ROCCI: «La Pediatria del medico condotto», Milán, 1914.

(4) ROMEO LOZANO: «Estudio clínico y tratamiento de las colitis infantiles». Comunicación al primer Congreso Español de Medicina. Publicación de Policlínica, Valencia, 1919, pag. 20.

(5) Loc cit.

(6) E. E. IRONS y D. MARINE: «Streptococcal infections following Measles and other diseases», *The Journal of the American Medical Association*, pág. 687, Marzo 1918.

riores, y trataremos de comprobarlo, si tenemos ocasión para ello, que el estreptococo solo ó unido al bacilo coli es el productor de un gran número de colitis.

Nos basamos para ello en la frecuencia con que las colitis se ven en sujetos predispuestos á otras afecciones estreptocócicas, y además en que la afección sigue á las infecciones que se complican por estos gérmenes, siendo ella misma complicada en muchos casos por infecciones estreptocócicas de la piel. La frecuencia también grande de infección pielonefrítica consecutiva á la colitis, da importancia al papel jugado por el colibacilo que es el germen encontrado en ellas, y esta opinión nuestra puramente de ductiva, parece tener una confirmación experimental en dos trabajos recientes, uno de Rossenow (1) que, inyectando en las venas colibacilo y estreptococo parece demostrar la tendencia selectiva de estos microbios á localizarse en ciertos órganos, puesto que en 51 animales, se produjeron 26 apendicitis, 13 enteritis y 4 casos de infección de vesícula biliar, obteniendo sólo cuatro resultados positivos con el estreptococo aislado, y otro de Helmholtz y Beeler (2), que inyectaron conejos con bacilo coli y con coli y neumococo, obteniendo lesiones de enteritis y pielocistitis en ambos casos, pero mucho más frecuentemente con la mezcla de coli y neumococo.

Por tanto, los agentes proteolíticos mencionados anteriormente ejercerían su papel haciendo más vulnerable el intestino, lesionando el epitelio ó disminuyendo las defensas, exaltando la virulencia de estos dos últimos gérmenes y la alimentación, sirviendo además de vehículo de los mismos y perjudicando por los efectos nocivos de la exaltación de los gérmenes proteolíticos, porque es necesario afirmar todavía con Sternberg (3) que los hallazgos bacteriológicos citados no permiten el esclarecimiento definitivo de muchos hechos y formas de catarro gastro intestinal, en los cuales no cabe dudar la influencia de la alimentación y de las predisposiciones morbosas, explicándose así que la colitis, cuyas lesiones más importantes suelen asentar en los folículos linfáticos y placas de Peyer, se den con frecuencia en aquellos niños que tienen una predisposición á la hiperplasia de los tejidos linfoides y que suelen también padecer bronquitis y anginas.

Sobre procedimientos de laboratorio para diagnóstico de la sífilis distintos de la reacción de Wassermann (4)

FOR EL

DR. D. TEOFILO MORATÓ CÁRDENAS

Director por oposición de Sanidad exterior de Castro-Urdiales.

Puede ocurrir al realizar esta reacción en la forma dicha que la practiquemos con un suero que contenga

(1) ROSSENOW: "The bacteriology of appendicitis and its production by intravenous injection of streptococci and colon bacilli," *Jour. Infect. Dis.* 1915, pág. 240.

(2) HELMHOLTZ y BEELER: "Focal lesions produced in the rabbit by colon bacilli isolated from pielo cystitis cases," *Amer. Jour. of Dis. of Children's*, 1917.

(3) C. STERNBERG: "Darm system und Peritoneum," *Handbuch der allgemeinen Pathologie und Pathologische Anatomie des Kindes alters*, Wiesbaden, 1913, pág. 888.

(4) Véase el número anterior.

alexina y amboceptor en cantidad considerable; en este caso una parte se fija en la alexina, en tanto que el sobrante permanece en libertad en suficiente cantidad para hemolizar la dosis de glóbulos.

Se puede presentar en la práctica el siguiente esquema:

| Tubos. | Testigos. |
|----------------------|--------------------|
| 1..... No hemolisis. | 1'..... Hemolisis. |
| 2..... Hemolisis. | 2'..... Hemolisis. |
| 3..... Hemolisis. | 3'..... Hemolisis. |
| 4..... Hemolisis. | 4'..... Hemolisis. |

Nosotros leeremos la reacción en el tubo 1 en el que la cantidad de amboceptor—alexina ha sido justa y suficiente, para fijarse entera sobre el antígeno.

Si la cantidad de sangre es insuficiente para darnos los 2 c. c. de suero que la anterior técnica exige, se puede obviar este inconveniente sin más que tomar una dosis fija de suero, 0,1 c. c., por ejemplo, y hacer variar la concentración del líquido en glóbulos rojos haciendo así una dilución menos coloreada conforme con el siguiente esquema:

| Tubos. | Sueros. | Antígenos. | Suero fisiológico. | | Glóbulos al 1 por 80. |
|-----------|---------|------------|--------------------|------------------------|-----------------------|
| 1 | 0,1 | 0,1 | 0,7 | Estufa una hora á 37°. | 0,1 |
| 2 | 0,1 | 0,1 | 0,6 | | 0,2 |
| 3 | 0,1 | 0,1 | 0,5 | | 0,3 |
| 4 | 0,1 | 0,1 | 0,4 | | 0,4 |
| Testigos. | | | | | |
| 1' | 0,1 | 0,0 | 0,8 | | 0,1 |
| 2' | 0,1 | 0,0 | 0,7 | | 0,2 |
| 3' | 0,1 | 0,0 | 0,6 | | 0,3 |
| 4' | 0,1 | 0,0 | 0,5 | | 0,4 |

Como en el método anterior, la reacción sólo se lee en los tubos cuyos testigos han hemolizado.

Con estos métodos se puede, como dice Arnaud, en menos de tres horas después de la toma de sangre dar al médico el resultado que desea.

Por mi parte, he empleado ambos métodos en 20 sueros de sujetos sífilíticos y los resultados son los siguientes:

Reacción de Hecht-Bauer-Arnaud positiva en los 20 casos.

Reacción Wassermann tipo positiva en los 20 casos.

Como se ve, los resultados en nuestros casos son iguales con ambas técnicas.

No estamos autorizados por otra parte á creer como Gradwohl que su método resuelve todos los casos dudosos del método clásico, y creemos acertadas las palabras con que termina Bettancourt (1) su artículo al decir que el descrédito inmerecido del serodiagnóstico de la sífilis, indiscutiblemente la más brillante conquista de la semeiología del laboratorio en el curso de estos veinte años, proviene un poco de conclusiones erróneas que los prácticos alguna vez han sacado, pero sobre todo de la adopción por analistas ignorantes ó poco escrupulosos de técnicas simplificadas, pero imperfectas.

(1) BETTANCOURT: "Serum frais et serum inactive dans le serodiagnostic de la syphilis," *Compt. rend. Societ. de Biol.*, tomo LXXXII, 12 Julio 1919, pág. 811.

Las modernas reacciones con el suero de los sifilíticos.

En estos últimos años se han descubierto y recomendado nuevas investigaciones en el suero de los enfermos de lues, que son distintas de la reacción de Wassermann.

Entre estas modernas técnicas, indicaremos brevemente lo que hasta el presente se ha trabajado sobre las mismas, con el fin de corroborar si realmente tienen valor los resultados que de las mismas se deriven.

En el año 1914, Hirschfeld y Klinger (1) descubrieron que el suero de los enfermos sifilíticos tenía la propiedad de alterar los extractos de órganos, cosa que no sucedía con el suero de los individuos normales.

Se les ocurrió aplicar este procedimiento al diagnóstico serológico de esta enfermedad, para lo cual emplean un extracto de órgano que hace el oficio de antígeno sifilítico.

Estos extractos constituyen excelentes citosimas (tromboquinasa), los cuales, adicionados de un serosima (trombógeno), dan lugar en presencia de sales de calcio a la trombina (fibrinfermento).

Hirschfeld y Klinger han observado que contrariamente a los sueros normales, los sueros específicos hacen desaparecer este carácter de citosima. Sacan de esto un gran partido para reconocer un suero sifilítico, sin más que vigilar las condiciones en que la coagulación se produce.

Para la reacción que estudiamos son necesarias cuatro sustancias: a), extractos de órganos; b), serosima; c), solución de cloruro de calcio en agua fisiológica; d), plasma oxalatado.

La técnica es bastante sencilla; después de haber calentado el suero a examinar a 58° durante una hora para destruir el citozima que le es propio, se reparte en varios tubos a razón de 0,1 c. c. por tubo. Se añade 0,1 c. c. de extracto de órgano diversamente diluido. La mezcla es dejada una hora a la temperatura del laboratorio; después, pasada ésta, se añade el cloruro de calcio y el serozima (0,1). Quince minutos después de contacto, pasados los cuales, no hay más que añadir el plasma oxalatado (1 c. c.), vigilando después si la coagulación se produce.

Julius Freund (2) y anteriormente a éste, muchos bacteriólogos han hecho estudios comparativos entre el procedimiento de Hirschfeld Klinger y el de Wassermann. Según Freund, los resultados con las dos son casi concordantes, aunque la proporción de casos positivos es un poco más elevada con la primera.

En cuanto a los sueros testigos, seguramente no sifilíticos, ella se ha mostrado siempre negativa.

Reacciones de precipitación.—Al procedimiento anteriormente indicado de Hirschfeld-Klinger, del que se espera grandes éxitos, dado lo sencillo de su técnica y la concordancia de sus resultados con el Wassermann,

debemos de añadir en nuestro estudio los métodos de precipitación, tipos del cual son la reacción de Meinicke, la de Sachs y Georgis y la de Mac Donnagh.

La primera de estas técnicas descubierta por Meinicke, en 1917, y dada a conocer con todo detalle por su autor en 1918, está fundada (1) en la formación de un precipitado del suero del enfermo con el antígeno específico (extracto alcohólico) precipitado, que no es soluble en el agua salada en caso de reacción positiva.

La práctica de la reacción no puede ser más sencilla; a 0,2 del suero del enfermo puestas en un tubo como los de precipitación, muy bien limpio, se le añade 0,8 c. c. de extracto alcohólico de órgano sifilítico; se mezcla y agita, dejando el tubo toda la noche a 37°. Se produce al siguiente día un precipitado más o menos abundante. Se añade entonces 1 c. c. al tubo de una disolución salina, cuya concentración oscila entre 1,6 por 100 y 2,6 por 100, previamente dosificada en esta forma: En 8 ó 10 tubos se pone 0,2 c. c. de suero normal, al cual se le añade la misma cantidad de antígeno (0,8 c. c.), se lleva durante ocho ó diez horas a 37°, formándose un precipitado; se preparan las soluciones salinas que sigan una escala de concentración desde 1,5 a 2,6 por 100, y de cada uno de estos se añaden 1 c. c. a su correspondiente tubo; esto es, 1 c. c. de la disolución salina al 1,5 por 100 al primer tubo, 1 c. c. de la de 1,7 por 100 al segundo, y así sucesivamente 1,9; 2,1; 2,3; 2,5; 2,7; 2,9 en los restantes.

Se llevan a la estufa a 37° durante una hora, pasada la cual se mira en qué tubo se ha disuelto completamente el precipitado. Se anota la concentración que haya dado lugar a éste fenómeno, y ésta será de la que depositemos 1 c. c. en el tubo donde la investigación se esté realizando. Si al cabo de una hora el precipitado permanece sin disolverse ó sólo se disuelve en parte, el suero de que se trata es sifilítico.

No necesitamos para la práctica de la reacción de Meinicke, ni alexina, ni glóbulos rojos, ni amboceptor hemolítico.

Solo una absoluta transparencia del suero es necesaria. La investigación en líquido cerebroespinal es impracticable por la poca cantidad de albúmina de que el mismo está dotado; tampoco se puede emplear en los casos muy raros de otra parte, en que los sueros no den precipitinas.

Fritz Lesser (2) que en un abundante material de sueros ha comparado la reacción de Meinicke con el Wassermann, ha encontrado los siguientes resultados: En 2 953 sueros examinados, los resultados fueron concordantes con ambos procedimientos en 1.803 veces, para los resultados negativos, y 714 para los positivos. Haciendo uso del mismo antígeno para los dos métodos, la concordancia ha sido de 1.256 sobre un total de 1.489 exámenes.

Este autor encuentra que la reacción Meinicke da

(1) HIRSCHFELD y KLINGER: *Deutsche. Mediz. Wochens.*, Agosto, 1914, pág. 1.607.

(2) JULIUS FREUND: "Ueber die Hirschfeld-Klingersche Gerning-Reaktion bei Lues", *Deutsch. Med. Woch.*, 26 Septiembre, 1918, pág. 1.078.

(1) MEINICKE: "Zur Methodik der serologischen Lues diagnostik", *Munch. Mediz. Woch.*, 8 Diciembre, 1918 p. 1.379.

(2) FRITZ LESSER: "Meinicke Serumreaktion auf Syphilis", *Munch. Mediz. Woch.*, 6 Agosto 1918, pág. 875, analizado en *Bullet. de l'Inst. Past.*, núm. 8, 1919, pág. 89.

resultados positivos en sueros donde el Wassermann se encuentra negativo.

Para 92,9 por 100 resultados positivos obtenidos con la técnica de Meinicke, hay sólo 66,7 por 100 obtenidos con la técnica corriente.

Lesser (1), en una nota posterior que comprende un número mucho mayor de sueros que los que en su primer estudio, sigue afirmando la importancia y la sencillez de este moderno método.

Nosotros hemos ensayado la reacción de Meinicke en ocho sueros positivos al Wassermann y en cuatro negativos. De los primeros, la reacción que estudiamos fué positiva en cuatro, débilmente positiva en uno y negativa en tres. En los sueros normales fué positiva débilmente en uno y negativa en los restantes.

Los resultados obtenidos por nosotros están más de acuerdo con los de Reich (2) que como Lesser ha estudiado también esta prueba.

Parece ser á juzgar por nuevas investigaciones llevadas á cabo por V. Kaufmann (3) en el Instituto Terapéutico Experimental de Berlín, Dahlem, que la reacción de Meinicke da también resultados positivos en los individuos atacados de gripe.

Sobre 25 sueros pertenecientes á enfermos gripales, Kaufmann ha encontrado reacción fuertemente positiva en 16, débil en siete, y en dos solamente la prueba ha resultado negativa. También da resultados positivos en algunos enfermos de erisipela, tuberculosis, difteria, fiebre tifoidea y tífus.

Ha sido siempre negativa en los sujetos sanos.

Se debe tener esto en cuenta para no conceder á la reacción indicada un valor absoluto, ya que ella tampoco como hemos visto es específica de la infección lútica.

Reacción de Sachs y Georgi.—Otro de los procedimientos serológicos que pretende por la seguridad y sencillez de técnica reemplazar al procedimiento de Wassermann, es el ideado por Sachs y Georgi (4) consistente en la formación de copos ó precipitados por la adición al suero que se trata de ensayar de extractos colesterinados.

La técnica del procedimiento es sencilla: el suero humano en cantidad de un centímetro cúbico es diluído en 10 centímetros cúbicos de suero fisiológico, y calentado media hora á 55 ó 56°; pasado este tiempo, se mezcla con el extracto alcohólico (0,5 c. c.) de corazón de buey colesterinado y diluído de 6 volúmenes de suero fisiológico.

La mezcla total se deja dos horas á 37° y una noche á la temperatura del laboratorio.

(1) LESSER: "Zur serodiagnostik der Syphilis. Meinicke Reaktion", *Deutsch. Med. Wochs.*, 17 Octubre 1918, pág. 1158.

(2) REICH: "Die Fallungsreaktionen zur Syphilisdiagnose", nach Meinicke und nach Sachs und Georgi, *Deuts. Med. Woch.*, 13 Febrero, 1919, pág. 181.

(3) V. KAUFMANN: "Ueber das Verhalten der Sera. von an Spanischer krankheit leidende zur Meinicke'schen Liporindeindungsreaktion", *Mediz. Klin.*, 18 Agosto, 1918, pág. 809; analizado en *Bull. de l'Inst. Pasteur*, núm. 8, pág. 254, 1919.

(4) SACHS y GEORGI: "Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte", *Extrakte. Mediz. Klin.*, 18 Agosto, 1919, págs. 805 y 809; analizado en *Bull. de l'Inst. Pasteur*, núm. 8, pág. 254, 1919.

Los sueros no sifilíticos no dan opalescencia apreciable é intensa y ni mucho menos precipitados. Por el contrario, los sueros sifilíticos producen opalescencia y formación de pequeños grumos brillantes muy visibles al aglutinoscopio.

El extracto de corazón de buey colesterinado fué preparado por nosotros siguiendo las instrucciones de Sachs y Georgi al describir su técnica y las de McIntosh y Fildes (1) en esta forma: Un trozo del ventrículo izquierdo del corazón de un buey y de peso de un gramo cortado en menudas porciones era triturado con nueve centímetros cúbicos de alcohol absoluto y un poco de arena gruesa para facilitar la trituración.

Realizada ésta, la arena se deposita en el fondo y se decantaba el extracto así obtenido que era adicionado de 20 centímetros cúbicos de alcohol absoluto y de 1,3 de solución alcohólica de colesticina al 1 por 100.

Hecho así el extracto colesterinado, sometimos á esta prueba siete sueros de sifilíticos y dos de individuos normales. En los primeros la reacción fué positiva en los siete y negativa en los sueros normales, suministrándonos los mismos resultados que el Wassermann que realizamos simultáneamente.

Esta reacción de Sachs y Georgi permite también verificar la técnica en el líquido cefalorraquídeo, lo que da una mayor amplitud al procedimiento. En este sentido ha sido estudiada su importancia por Nathan y Weichbrodt (2) en 192 sueros y 78 líquidos cefalorraquídeos.

En los sueros los resultados concordaban en un 93,75 por 100 con los de la reacción de Wassermann.

En el líquido cefalorraquídeo la concordancia también era grande, 88,33 por 100 de los mismos, pero no tan idéntica como cuando era el suero.

Recomiendan, por último, que la reacción con el líquido cefalorraquídeo se haga lo más pronto posible, ya que después de varios días de estancia en el laboratorio, pueden obtenerse resultados positivos sin tratarse de líquidos específicos.

Parecidos resultados han sido obtenidos comparando la técnica clásica con este moderno método por gran número de investigadores, Hans Lipp (3), Ernest Nathan (4), Reich (5), entre otros, pareciendo que el procedimiento de Sachs y Georgi podrá ser cuando se perfeccione por un conocimiento más exacto de las condiciones en que la reacción se verifica, un medio auxiliar

(1) MCINTOSH y FILDES: *Medical Research Committee Special Report Series n 14*, Londres 1918; analizado en *Bull. de l'Ofic. d'Hygien, Pub.* Enero 1919, pág. 28.

(2) NATHAN y WEICHRODT: "Sur Sero und Liquordiagnostik syphilitischer Zerebro spinale erkrankungen mittels Ausflockung", *Munch. Med. Woch.*, 12 Noviembre, 1918, págs. 1.280-1.282.

(3) HANS LIPP: "Sur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte", *Extrakte nach Prof. H. Sachs und W. Georgi, Mediz. Klin.*, 15 Diciembre 1918, pág. 1.233, analizado en *Bull. de l'Inst. Pasteur*, núm. 8, 1919, pág. 255.

(4) ERNEST NATHAN: "Zur Serologischen Diagnose der Syphilis Mittels Ausflockung", nach Sachs und Georgi, *Mediz. Klin.*, 13 Octubre 1918 págs. 1.061-1.069; analizado en *Bull. de l'Inst. Pasteur*, núm. 8, 1919, pág. 255.

(5) F. REICH: "Die Fallungsreaktionen zur Syphilis diagnose", nach Meinicke und Sachs und Georgi, *Deutsch. Med. Wochs.*, 13 Febrero 1919, pág. 181.

digno de tenerlo en cuenta en las investigaciones serológicas de los individuos sífilíticos.

Brevemente hablaremos, ya que ella no ha sido objeto de estudio por parte de nosotros, de la reacción de Mac Donnagh, basada en la precipitación de las partículas proteicas que existen en todos los sueros, precipitación que depende del número y del grosor de dichas partículas que quizás por la adición de los reactivos formen al agruparse micelas más voluminosas en los sueros sífilíticos que en los de sujetos normales.

Los reactivos para esta prueba son el ácido acético glacial y un electrólito (nitrato ó sulfato de thorium ó sulfato de lanthanum).

La reacción se verifica así: se mezclan 2 c. c. de ácido acético glacial con 0,5 c. c. de suero á ensayar, una hora después de la toma de sangre. Se vierten en cuatro tubos A, B, C, D, limpios 1 c. c. de ácido acético y se añade 2, 4, 6, 8 gotas respectivamente.

Después se agitan los tubos y se les añade á cada uno 2 c. c. de una disolución saturada en ácido acético de cualquiera de los electrólitos indicados, se agitan de nuevo y se dejan reposar veinticuatro horas.

Si la reacción es positiva se forma rápidamente un precipitado en todos los tubos ó en los tres primeros (C, B, A); á la media hora el líquido que sobrenada es claro en A y D y á las veinticuatro horas en todos.

Si la reacción es negativa, el precipitado es uniforme y lento en los cuatro tubos; al cabo de veinticuatro horas el líquido que sobrenada es igualmente claro.

Mac Donnagh que ha estudiado su reacción simultáneamente que con el Wassermann en 250 sueros, la concede un valor diagnóstico grande; en cambio nuestros compatriotas Peiry y Belarmino Rodríguez (1) que ateniéndose estrictamente á la técnica del autor la han practicado con sueros y líquidos cefalorraquídeos de mielíticos y paralíticos generales, la creen totalmente desprovista de interés diagnóstico y pronóstico.

Todas las técnicas anteriormente estudiadas bajo el título común de reacciones de precipitación tienen un antecedente de origen en los ya antiguos procedimientos de Fornet (Fornet'sche Ringprobe), de Porges y de Klauser. Como éstas, necesitan una labor de investigación que demuestre el provecho que para el diagnóstico de la infección lúética pueda tener.

De nuestro estudio que como decimos se refiere á un número de observaciones bastante limitado, se pueden sacar no obstante las siguientes conclusiones:

1.^a De las modificaciones en la técnica del Wassermann para dar á éste una mayor sencillez y sensibilidad, creemos que el procedimiento de Roger Arnaud, más atrás indicado, es el que nos ha dado resultados más acordes con la realidad.

2.^a Entre los métodos de precipitación, el preconizado por Sachs y Georgi es el que ha dado indicaciones más de acuerdo con el procedimiento de Wassermann que simultáneamente practicamos.

(1) PEIRY Y BELARMINO RODRÍGUEZ: Reunión biológica de Barcelona; analizado en *Compt. rend. Société de Biol.* núm. 18, 1919, página 493.

3.^a Que esta igualdad de resultados no ha sido observada ni en la reacción de Meinicke por nosotros, ni en la de Mac Donnagh por Peiry y Belarmino Rodríguez.

4.^a Que sería muy conveniente, dado lo sencillo de estas técnicas y lo poco dispendioso de las mismas, someterlas á ensayos en los centros donde se ven gran número de enfermos sífilíticos, para demostrar de qué grado de sensibilidad estaban dotadas.

5.^a Que hoy por hoy, teniendo en cuenta el escaso número de observaciones que con estos procedimientos se han hecho, es muy aventurado decir si se pueden equiparar al procedimiento de Wassermann y mucho menos que puedan dichas técnicas sustituirlo en la investigación serológica de la lues.

Sobre el pronóstico bacteriológico de la fiebre tifoidea (á propósito de un artículo del Dr. Peset)

POR

L. RUIZ DE ARCAUTE

(Del Instituto de Alfonso XIII. Jefe de servicio del Instituto de Biología y Sueroterapia. Director, Dr. G. Pittaluga.)

Coincidiendo con la lectura del muy bien documentado artículo del Dr. Peset, sobre el pronóstico bacteriológico de la fiebre tifoidea publicado en *EL SIGLO MÉDICO* de hace tres ó cuatro semanas (núm. 3.435, página 857), hemos tenido ocasión de oír relatar á dos distinguidos clínicos de esta Corte, Dr. Marañón y doctor Portilla, dos casos análogos á los que el profesor aludido refiere en su artículo y en los que, de la misma manera, la resolución fatal coincidió con la falta absoluta de aglutinación en su suero sanguíneo y (la hemocultura francamente negativa.

Y tanto á propósito de estos dos casos, como de los numerosos referidos por el Dr. Peset, se nos ocurren unas breves consideraciones que vamos á exponer.

Creemos en primer término que, á pesar de ser todos los casos que comentamos decidida y seguramente de naturaleza tifoidea, por lo riguroso de la observación clínica, y por el mecanismo de muerte (enterorragias y perforación intestinal), ó accidente grave complicatorio, falta, sin embargo, á la definición bacteriológica de todos ellos un dato de gran valor inexcusable, de análisis, en estos casos de tan intensos síntomas intestinales, cual es la coprocultura y aislamiento ó identificación del germen tífico en las heces.

Refuerza más esta opinión el hecho de que entre los doce casos analizados por el Dr. Peset, hubo en cuatro copiosa hemorragia intestinal y perforación en uno de ellos, y de que en los dos á que nosotros personalmente nos referimos, seguido uno de ellos de autopsia, éste presentaba numerosas ulceraciones á lo largo del intestino delgado y el otro falleció al tercer septenario de una perforación intestinal.

En el caso autopsiado, las referencias que de él me suministran advierten dos datos más de interés; el infarto de los ganglios mesentéricos y la falta casi de esplenomalagia, pormenores todos que unidos á los clínicos ya citados de las hemorragias y perforaciones en

tan alta proporción (50 por 100 de los casos del doctor Peset, 100 por 100 de los por mí comentados), parecen hablar de una localización preferentísima de las lesiones tíficas en estos casos, en la mucosa intestinal, sobre las placas de Peyer, y constituirían éstas con los ganglios mesentéricos el sitio que, como muy juiciosamente advierte el Dr. Peset en su artículo, es lugar de acantonamiento precoz de los bacilos tíficos, con desaparición rápida de los mismos del torrente circulatorio y motivo de hemocultura negativa y de falta de impregnación suficiente en los lugares que, como el bazo, médula ósea y resto del sistema linfático, son proveedores preferentes de mecanismos de defensa contra la infección.

Réstanos advertir nuestra conformidad con la conclusión planteada por el Dr. Peset y coincidimos con él en la necesidad de proseguir las observaciones, complementadas con el dato analítico coprológico, sobre el que solicitamos su atención.

Madrid, Noviembre de 1919.

FINAL DE UNA POLEMICA

Para que los puntos esenciales de la polémica suscitada por nosotros queden *bien claros*, diremos como final:

1.º Que seguimos sin conocer las interesantes historias clínicas de algunos de esos casos de parálisis general incipiente del Dr. Fernández Sanz, estudiados al parecer durante cuatro años con detención *persistente* del proceso é indudablemente con modificaciones en los síntomas clínicos y signos de laboratorio, las cuales serían más importantes para la ciencia que un nuevo artículo con unas conclusiones semejantes á las del primero.

2.º Que en los mismos periódicos en que publicó el Dr. Fernández Sanz sus diversos artículos sobre el tratamiento intrarraquídeo sin historias clínicas, ha publicado numerosos artículos casi exclusivamente con historias clínicas (neurosis de guerra, parálisis agitante, etc.), y las cuales tenían mucha menos importancia para la ciencia que las que le pedimos publique.

3.º Que sigue sin explicar su silencio en la discusión de la Médico-Quirúrgica en 1917, al tratar nosotros de la cuestión, siendo así que él tenía más experiencia (dos ó tres años) que todos los que allí hablábamos; así como la razón de haber considerado él mismo como una *nota prematura* á su primer trabajo de final de 1917 (al tercer año de experiencia).

4.º Que siguen sin explicar esos primeros *tanteos* de preparación é inyección de sueros, no siendo serólogo el Dr. Fernández Sanz y habiendo contado con un serólogo (Dr. Sampelayo), que aprendió la técnica en 1917.

5.º Que la brevedad de sus artículos no era óbice para no citar los trabajos previos españoles, porque en los mismos artículos citaba otros trabajos extranjeros; y como esta era una de mis alusiones más personales, voy á insistir específicamente sobre ella. En su primer

artículo sobre la terapéutica intrarraquídea, en el que no tuvo sitio para citarnos como autores nacionales, menciona, en cambio, dos pequeños trabajos americanos, uno de Norman Sharpe y otro de Hammond, ambos de 1917, es decir, posteriores á nuestro trabajo, indicando con ello su preocupación de añadir algo nuevo á este y á su bibliografía, aunque sin citarle. En su trabajo titulado «La protección á la infancia anormal» (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Abril 1919) cita á Kalynack, Meredith Joung, Tregold y hasta la traducción española del libro de Demoor, y por no citar una obra española dice en un párrafo: «En España se han publicado recientemente varias estimables obras sobre este tema, originales unas y otras traducidas». En su primer trabajo sobre neuropatías palúdicas, que no sólo apareció en los *Anales de la Médico Quirúrgica* (los cuales tienen limitación de espacio), sino también en revistas profesionales, que no lo tienen, también olvidó citar los primeros trabajos españoles. Esta conducta choca cuando tanto se habla ahora de patriotismo y de la necesidad de que se conozca en el extranjero la producción nacional, citándola nosotros constantemente. Y choca aún más esto, porque por su repetición no parece mero descuido ó desconocimiento bibliográfico, sino *omisión consciente y deliberada*, y esto lleva en sí una actitud ética sumamente censurable. Ha sido esta actitud, y no la nimiedad de vernos citados ó no por el Dr. Fernández Sanz, lo que nos ha movido á aludirle tan abiertamente, según nuestra costumbre. Hemos preferido hacer públicas estas quejas á no rumiarlas bajamente en los corrillos médicos.

G. R. LAFORA.

Periódicos médicos.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica y sus complicaciones.**—El Dr. Luis Urrutia, después de un estudio detallado de las úlceras gástrica y duodenal, y sus complicaciones, así como de los diversos tratamientos empleados, establece las siguientes conclusiones:

1.ª La gastroenterostomía simple sólo está indicada en las estrecheces puramente cicatrizales del píloro. En las acompañadas de úlcera en actividad, que son la mayoría, debe practicarse la pilorectomía.

2.ª En las úlceras gástricas en actividad, sea cual fuere su localización, á excepción de las del cardias, se practicará la pilorogastrectomía extensa, seguida de gastroenterostomía retrocólica ó de gastroyeyunostomía terminolateral. Sólo en casos excepcionales se hará la resección anular con anastomosis término-terminal.

3.ª En las úlceras duodenales inextirpables se combinará la gastroenterostomía á la resección del antro pilórico, reservando la exclusión unilateral ó la esfinterectomía para casos especiales.

4.ª Estas operaciones no deben dar, con una técnica correcta, una mortalidad muy superior á la de la simple gastroenterostomía, siendo, en cambio, incomparablemente mejores los resultados ulteriores.

5.ª El procedimiento de elección en las estenosis medio-gástricas es la resección anular ó la pilorogástrica.

6.^a En las perforaciones agudas, la intervención inmediata permite salvar a la mayoría de los enfermos.

7.^a En las perforaciones subagudas ó cubiertas, se interviene en todos los casos.

8.^a En las hemorragias profusas por úlcera gástrica ó duodenal, el tratamiento médico da resultados muy superiores al quirúrgico, no debiendo recurrir á éste más que en los períodos de calma ó en casos de hemorragias crónicas. (*Revista Española de Cirugía*, año 1.^o núm. 8).

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Heridas toracoabdominales.**—Según su definición, estas heridas interesan á la vez el tórax y el abdomen. Lo que les da su importancia clínica y exige una terapéutica especial es la *lesión del diafragma*.

Frecuencia.—Según Wallace, representan el 12 por 100 de las heridas del abdomen.

Anatomía patológica.—Con arreglo al sitio de entrada del proyectil hay que hacer la distinción en heridas toracoabdominales, y abdominotorácicas, puesto que las lesiones más importantes se encuentran siempre en la cavidad de entrada.

Martín llama la atención principalmente sobre la lesión diafragmática. Esta puede unas veces ser sólo un orificio puntiforme, y otras una herida amplia é irregular, llegando á menudo á una extensa desgarradura producida por el proyectil, y que según P. Duval se debería al desgarramiento de la herida inicial, bajo la influencia de los movimientos del músculo, noción importante que explica las grandes hernias diafragmáticas de las vísceras abdominales, producidas por el paso de un proyectil relativamente pequeño.

Martín describe varios tipos.

1.^o Grave, en el que la muerte no deja lugar á la intervención.

2.^o Medio, en el que se puede observar la acción de los síntomas torácicos y abdominales, más ó menos claros y más ó menos numerosos. Pero muy frecuentemente hay predominio de los unos ó de los otros, lo que ha hecho que Delore y Cocher distinguan un tipo respiratorio con síntomas torácicos aislados y un tipo abdominal ó peritoneal.

3.^o Latente, en que sólo la radiografía muestra la existencia de un proyectil intra-hepático ó yuxta-frénico. Este tipo que puede ser indebidamente descuidado al principio, acarrea graves complicaciones secundarias.

Evolución.—Fuera de las curaciones espontáneas posibles, pero mucho menos frecuentes que se creía al principio de la guerra, los accidentes pueden ser: 1.^o, hemorrágicos; interesando, ya el tórax (hemorragia precoz ó tardía), ya el abdomen (hematoma periesplénico, ó perihepático, con gran tendencia á infección posterior).

2.^o Infecciosos: Pleuresía purulenta ó pútrida, absceso y gangrena pulmonares, peritonitis generalizada y sobre todo circunscrita (absceso subfrénico cuyo comienzo tardío y marcha lenta ensombrecen secundariamente un pronóstico favorable al principio).

3.^o Mecánicos: La hernia diafragmática, que es frecuente sobre todo en el lado izquierdo, y puede contener el estómago, el colon, el epiploon y excepcionalmente sólo el intestino delgado. Puede ser primitiva, secundaria ó tardía que es la más frecuente. Wallace ha descrito dos variedades clínicas principales: *tipo gástrico* (dolores por la alimentación, vómitos) y *tipo cólico* (oclusión aguda ó crónica). El examen radioscópico tiene una importancia capital para el diagnóstico de la hernia (importancia de la desviación del corazón á la derecha) como para el de la herida toraco abdominal en general.

Tratamiento.—La abstención preconizada al principio de

la guerra debe ser excepcional, puesto que la mayor parte de estas heridas con marcha benigna al principio se agravan secundariamente.

La intervención es la regla.

Técnica operatoria.—La laparotomía ó la toracotomía solas como se practicaban al principio, son insuficientes.

La técnica preferible es la toracolaparotomía (P. Duval), haciendo una incisión que se extienda del orificio torácico al abdomen, perpendicularmente á las costillas; sección de todas las costillas comprendidas en la incisión; sección del diafragma desde su perforación á su inserción periférica tratamiento de las lesiones abdominales; sutura de la brecha diafragmática una vez regularizada; tratamiento de las lesiones torácicas; sutura de la herida sin drenaje. (*Progrés Medical*, 11-10-19).—J. F.

3. **La tuberculosis pulmonar traumática. (Contribución al estudio de las secuelas de las heridas del pecho), por V. Cardier.**—El concepto del origen traumático de la tuberculosis, combatido con éxito en las de localización osteo-articular, quedaba aún en pie como último baluarte en la patología pulmonar. El autor ha estudiado esta relación durante la guerra que le ha proporcionado ocasión abonada para ello y sólo ha encontrado trece casos de tuberculosis en los que se pueda pensar en un origen traumático de la enfermedad. Para estudiar esta relación ha seguido tres criterios: etiológico, anatomopatológico y clínico.

En cuanto al criterio etiológico, lo primero que hay que tener en cuenta es la fecha en que tuvo lugar el traumatismo. ¿Cuánto tiempo debe mediar entre él y la aparición de los primeros síntomas de tuberculosis pulmonar? Los autores suelen fijar un plazo de tres meses, pero en realidad no se sabe. Inmediatamente se deben discutir la naturaleza y la gravedad del traumatismo. El autor no ha visto caso alguno de tuberculosis consecutiva á una herida pulmonar por bala ó acaso de metralla, con orificios de entrada y salida ó con proyectil alojado en ella. Las heridas más importantes desde el punto de vista de la etiología de la tuberculosis, son las de pecho, grandes, con fractura de la costilla, destrucción pulmonar considerable, inclusión de residuos óseos ó de vestidos; el autor mismo ha insistido á menudo sobre los casos de neumonía crónica hiperplásica desarrollada tomando como centro un residuo óseo. Pero traumatismo tal, lleva consigo una supuración larga, una permanencia en cama igualmente muy prolongada y estancia en un medio hospitalario, factores cuya importancia en el desarrollo de la tuberculosis no es preciso encarecer. En cuanto á los traumatismos ligeros como pufetazos, se encontrarán si se los busca con tesón en la mayoría de los casos, lo mismo que se encuentra un golpe entre los antecedentes del carcinoma de la mama. Sólo tendrán interés etiológico cuando la lesión tuberculosa estable en el sitio mismo en que tuvo lugar el traumatismo y éste sea una localización anómala. Por fin, hay casos en que el enfermo, sin causa especial ó por algún motivo como el de un accidente, tiene empeño en atribuir una tuberculosis á una herida ó accidente. Resumiendo: para atribuir al traumatismo importancia etiológica es preciso: que haya sido de cierta importancia y evidente; que la enfermedad se presente en el plazo de tres meses después de tener lugar aquél y que después de la herida haya persistido buen estado general del paciente, supuración poco duradera y hospitalización breve.

Criterio anatomopatológico: El autor, como ya ha manifestado antes, exige para aceptar la relación de causa a efecto, que las lesiones tuberculosas se desarrollen en el punto mismo en que tuvo lugar el traumatismo, y cita dos casos en que se presenta esta condición de un modo evidente.

Criterio clínico: La tuberculosis puede ser agravada, revelada ó creada por el traumatismo. Es preciso para admitir que ha sido creada, que el enfermo no refiera antecedentes hereditarios ni personales, y que sean exactos los datos que dé en este sentido. Muy á menudo el efecto del traumatismo es tan sólo revelador ó fijador de las lesiones en un sujeto que presente períodos bacilémicos. El trauma obra entonces, bien haciendo penetrar cuerpos extraños que producen una neumonía y ésta llama á los bacilos tuberculosos á su inmediata vecindad, bien produciendo lesiones tróficas. Por último, si no hace otra cosa que agravar lesiones preexistentes, tenemos un sujeto en iguales condiciones que un tuberculoso á quien se hiciere practicar un esfuerzo intempestivo. Aunque las condiciones del caso correspondan con estos tres criterios, el autor, que no ha conseguido encontrar sino cuatro casos en que realmente es así, cree que la expresión de «tuberculosis traumática» es abusiva; en efecto, no será en todo caso sino una revelación ó fijación de una tuberculosis preexistente. (*Lyon Chirurgical*, Marzo-Abril de 1919.)

4. Contribución al tratamiento quirúrgico del cáncer bucofaríngeo, por Aboulker.—El procedimiento operatorio de elección para los cánceres del istmo de las fauces y del suelo bucal es la sección del maxilar seguida de sutura; para los tumores de la faringe inferior, la faringotomía media ó mediolateral y la resección parcial ó total de la laringe, según los casos.

Aunque los rinologistas acostumbrados á operar bajo la dirección del espejo frontal afirman que es posible prescindir de la sección de los carrillos y de las resecciones óseas, en la práctica sólo es esto factible en tumores muy limitados. Por otra parte, aun admitiendo que pudiera extirparse todo el tumor, entre éste y los ganglios infartados siempre quedarían vasos linfáticos infestados. Ha practicado el autor por las vías naturales seis faringectomías simples ó acompañadas de la incisión, extirpando todo el tejido canceroso, no sólo visible, sino el que llegaba á tocar el dedo, y los resultados fueron malos.

Empleando todos los procedimientos usuales ha operado siete cánceres nasofaríngeos, veintiséis de faringe bucal y laringe y treinta y dos del suelo bucal más ó menos propagados á la lengua.

Al principio de su práctica comenzaba por la extirpación, ganglionar; hoy prefiere empezar por el tiempo faríngeo.

De los veintiocho operados de epitelomas bucofaríngeos, que es á los que se refiere este trabajo, murieron diez, ó sea el 35 por 100.

Puede calcularse que de cien operados, sesenta y cinco viven por lo menos cuatro meses, la mayoría doce meses ó más: siempre viven más tiempo que abandonados é sí mismos, muriendo en este caso de hambre y en medio de dolores atroces; los operados generalmente mueren de recidivas ganglionares ó viscerales; el día que se suprime la cloroformización, la mortalidad disminuirá mucho; de los veintiocho operados, se cloroformizó en diez y ocho, y de estos murieron diez, lo que da una mortalidad del 55 por 100 para los cloroformizados; de diez en que se practicó la anestesia local no falleció ninguno.

A la cloroformización, factor principal de la mortalidad, la sigue en importancia la infección broncopulmonar por escape de la herida operatoria, la traqueotomía—que no sólo debe ser evitada, sino que debe ser proscrita lo mismo que el cloroformo—y el síncope cardíaco.

La anestesia local, no sólo es suficiente para la faringectomía, sino que es necesaria é indispensable. Nunca será demasiado caluroso el panegírico de la anestesia local: mien-

tras los cloroformizados quedan durante dos ó tres días aplanadísimos, los pacientes en que se empleó aquella, tras operación tan tremenda como la faringectomía, fueron capaces de andar por su pie los 300 metros que les separaba de su lecho, no estaban acostados más que una hora, y al día siguiente volvían para que se les hiciera la cura.

La novocaína, adicionada de adrenalina, según la fórmula de Reclus, disminuye notablemente la hemorragia y tonifica el corazón. A la adrenalina se debe en parte la euforia que tras tan graves operaciones experimentan los enfermos. La anestesia local suprime el shock, estableciendo una barrera entre el campo operatorio y los centros nerviosos, como lo prueba la excitación galvánica de los nervios: cuando un tronco nervioso es novocainizado, la excitación eléctrica no determina la contracción, mientras que la misma excitación determina contracciones en el cloroformizado.

Las ligaduras preliminares de la carótida externa y de las linguales no son útiles, disminuyen la vitalidad de los tejidos y retardan la reparación: la hemostasia se realiza fácilmente á medida que se va produciendo en el campo operatorio ampliamente descubierto; el espejo frontal presta muy buenos servicios en el tiempo que se desenvuelve en el fondo de la boca.

Es excelente la técnica de Morestein para la extirpación ganglionar, que si hay algo de duda debe ser bilateral.

Para la anestesia local, además de educar previamente al paciente, necesita educación previa el cirujano, que habituado á operar rápidamente, ha de hacerlo aquí con lentitud: es necesario anestesiar por planos sucesivos, esperar uno ó dos minutos á que la anestesia se realice y no traspasar el límite de la zona anestesiada.

La «exteriorización del árbol respiratorio» por el abocamiento circular de la tráquea á la piel, indispensable y definitivo cuando la laringe es totalmente extirpada, tiene el inconveniente en las faringectomías puras y en las que sólo interesan una parte de la laringe, de necesitar una operación ulterior seria para restablecer la continuidad del tubo laringotraqueal; pero puede ser ventajosa, á condición de suprimir la cloroformización, que es principalmente la que da gravedad á la traqueotomía. (*Revue de Chirurgie*, números 3 y 4 de 1919).—L. P.

5 De la cura radical de la hernia inguinal, por F. Brián.—La desaparición de la grasa, la pérdida de tonicidad del tejido muscular, y principalmente el meteorismo habitual, efectos de la mala é insuficiente alimentación, por una parte, y por otra la fatiga, explican que el número de herniados haya aumentado durante la guerra. Pero el hecho de haberse observado un sorprendente número de recidivas, muchas de ellas en sujetos operados largo tiempo antes, ha producido viva discusión respecto á la imperfección de los procedimientos aplicados.

La mayor parte de los métodos operatorios, olvidando que la debilitación de los músculos de la pared abdominal predispone á la hernia, cierran el canal inguinal suturando aquellos músculos á la arcada femoral, resultando así que partes enteras de músculo son condenadas á la atrofia completa; el tejido atrófico y cicatricial resiste poco á la presión abdominal. De este defecto pecan los métodos de Bassini, de Girard y de Kocher.

Antes de practicar la operación es conveniente fortificar la musculatura abdominal, especialmente el oblicuo interno, por la gimnasia sueca, activa y pasiva, mediante ejercicios del abdomen, de la región glútea y de las extremidades inferiores. Por un tratamiento de dos á cuatro semanas el músculo se restablece á veces de una manera sorprendente, presentándose voluminoso, duro y de color encendido.

Para operar el autor procede así:

Hecha la incisión de los tegumentos, se denuda la aponeurosis en el lado interno hasta la vaina del músculo derecho, y en el lado externo hasta el bandolette ileopubiano. Es necesario separar toda la grasa de la cara externa de la aponeurosis, porque los restos de grasa serían un obstáculo para la aglutinación posterior.

En seguida se abre el canal cortando la aponeurosis a la altura del anillo interno, para hacer accesible el pedículo herniario en toda su extensión. Las envolturas herniarias son cortadas sobre el pedículo, en el cual se hace la incisión del saco hasta el anillo herniario. Después del examen del contenido, de su liberación y de reintroducción, se procede a la oclusión del anillo herniario. Se separa el pedículo del cordón y se lleva la disección del lado de la cavidad abdominal todo lo lejos posible; se saca de la cavidad abdominal con las pinzas un pliegue circular del peritoneo, y se le aplica una sutura continua ó en bolsa, según los casos. Hecha la sutura el pedículo será cortado, y el muñón entrará automáticamente en el abdomen. Se puede también comenzar por sacar y suturar el pliegue peritoneal, y proceder después a la disección del pedículo. No es necesario extirpar el saco, y sólo cuando su disección es fácil es cuando debe efectuarse. La disección de un saco grueso y adherente complica inútilmente la operación y origina hemorragias molestas; no hay inconveniente en dejar en su sitio el saco, que ordinariamente se convierte en un cordón insensible.

Para la repleción del canal, que es el punto cardinal del método, se pasa el hilo al mismo tiempo por las aponeurosis del pequeño y del gran oblicuo y se atan los dos al bandolette ileopubiano y al borde lateral de la aponeurosis, de manera que, anudados los hilos, la parte lateral de la aponeurosis viene a quedar sobre su parte interna, resultando así una triplicación de aponeurosis; esta superposición de tres capas aponeuróticas constituye una garantía de resistencia en la parte posterior de la pared reconstituída.

La sutura se hace con catgut fuerte de la siguiente manera:

Se separa el labio interno de la herida hasta que aparezca la vaina del músculo derecho; el primer hilo se coloca en el punto más alto del canal; la aguja se introducirá en la aponeurosis del gran oblicuo cerca del borde de la vaina del músculo derecho; la punta de la aguja interesará la aponeurosis subyacente del pequeño oblicuo, atraviesa, y marchando por debajo de ella y casi en contacto, perpendicularmente al eje del canal, se dirige hacia el borde externo. Después de un trayecto próximamente de un centímetro, cambia de dirección la aguja, y atraviesa sucesivamente de dentro a afuera las aponeurosis interna y externa y el bandolette ileopubiano. De la misma manera se continúa colocando hilos a un centímetro uno de otro. Cada punción posterior debe ser hecha más hacia la línea media que la precedente, de manera que los últimos puntos interesan ya la vaina del músculo derecho. Después de pasados todos los hilos se les anuda comenzando por el primero: en la parte inferior no debe quedar más que el espacio justo para que pase el cordón, que por lo tanto no será estrangulado. La operación se termina suturando los tegumentos. (*Revue de Chirurgie*, números 3 y 4 de 1919).—L. P.

6. De la transfusión de sangre citratada.—La transfusión de la sangre—último remedio en las grandes anemias posthemorrágicas—ha sido objeto de numerosos ensayos, teniendo al fin que renunciar a practicarla ante la dificultad creada por la coagulación de la sangre. Crile hizo adelantar la cuestión proponiendo pasar la sangre por intermedio de un tubo metálico parafinado (cánulas de Elsberg, de Carrel,

de Tuffier) desde la radial del prestador de la sangre a la safena interna del receptor; resultaba así posible la operación, pero no práctica, exigía el sacrificio de la radial y podía originar trastornos tróficos y atrofia de la mano.

Jeanbrau recurrió al citrato de sosa para hacer incoagulable la sangre. El fenómeno de la coagulabilidad sanguínea se halla bajo la dependencia del calcio y de las sales cálcicas de la sangre: el citrato sódico, abandonando su sosa, fija el calcio, haciendo así imposible la coagulación.

Dada la débil toxicidad del citrato sódico, el litro y medio de sangre citratada inyectado, que en el aparato circulatorio va a mezclarse con una cantidad mucho más considerable de sangre, no es suficiente para producir ningún temor de hemofilia.

La técnica de Jeanbrau para practicar la transfusión es ésta:

Ligadura en la raíz del brazo, suficientemente apretada para interrumpir la circulación venosa, pero no la arterial liberación de la vena mediana basilica ó de la cefálica por una incisión de la piel de 4 centímetros, ligando con catgut el extremo superior de la vena; en la parte inferior se coloca una pinza de Kocher para hacer la hemostasia provisional; se incinde la vena, y en el segmento inferior se introduce la cánula de la ampolla que ha de recibir la sangre.

Esta ampolla es un recipiente cilíndrico de vidrio graduado, terminado en una extremidad por una punta afilada en cánula, y en la otra por un tapón especial al que se adapta una bomba aspirante ó impelente. Preparada la ampolla se vierte en ella una solución esterilizada de citrato sódico al 10 por 100, que se pone en contacto con toda la pared del recipiente, y de la cual se dejan de 10 á 20 c. c. para una toma de sangre de 250 á 500 gramos.

Se introduce la extremidad-cánula en la vena, se quita la pinza y se hace funcionar el aparato aspirador: la sangre llega a la ampolla, donde moviendo ésta, se hace que se mezcle con el citrato de sosa.

La inyección de sangre al sujeto receptor se efectúa de manera análoga, con la diferencia de que la cánula se introduce ahora en el extremo venoso central y de que el insuflador impelente sustituye al de aspiración. Se deben verter los 2 ó 3 c. c. de sangre contenidos en la cánula, porque no está citratada y se coagularía.

Thevenard, careciendo del aparato de Jeanbrau, ha tomado la sangre en un vaso en el que había colocado el citrato sódico, y vertiéndola en un embudo unido á un tubo de caucho provisto de una aguja apropiada, ha seguido la técnica ordinaria de una inyección intravenosa. (*Le Concours Medical*, 6 de Octubre de 1919).—L. P.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Piosalpinx y pelvi-peritonitis colibacilósicas durante el embarazo, por los doctores Patel y Dujol.—Es evidente que el colibacilo y el estreptococo son los dos agentes causales más comunes en los procesos sépticos de la gestación; el segundo suele desarrollar sus efectos en mujeres puerperas, mientras que el primero lo hace durante la gestación misma. En virtud de la exaltación de la virulencia del coli, por una parte, y de la debilitación de las reacciones del organismo, por otra, cosas ambas que tienen lugar en el embarazo, se produce una colibacilosis gravídica que se traduce unas veces por una pielonefritis, otras por una apendicitis y otras por una septicemia más ó menos atenuada que más tarde se localiza en uno ú otro órgano. Relatan los autores un caso en el que la localización tuvo lugar en el mismo aparato genital. Se trataba de una enferma sin antecedentes

hereditarios ni personales, que sintió de pronto un dolor fuerte en el bajo vientre, al cabo de unos días lo volvió a sentir y poco después comenzó a tener flujo blanco espeso. Estos síntomas coincidían con la desaparición de las reglas, que hizo pensar en un embarazo porque antes había menstruado con toda regularidad.

Reconocida después del segundo acceso de dolor, pensaron los autores en un embarazo extrauterino roto é intervinieron, encontrando en el Douglas una colección purulenta muy abundante y sumamente fétida, trompas engrosadas, en la derecha un piosalpinx, y útero en gestación de unos dos meses. Vaciarón la colección purulenta por aspiración, pero en vista de que el aborto iba á ser inevitable y exponía á nuevas infecciones, practicaron la histerectomía. El examen bacteriológico detenido del pus de la colección peritoneal y del piosalpinx, les demostró la existencia de colibacilos, además de algunos otros bacilos grandes Gram-negativos. Abierto el útero, encontraron un huevo del tamaño de una nuez que contenía un líquido de aspecto casi purulento, pero sin embrión.

La explicación que dan los autores de este hallazgo es que la virulencia del colibacilo, algo excitada ya por la gestación, se exaltó con el estreñimiento que la enferma padecía y dió lugar á que los colibacilos se filtrasen á través de las paredes del colon, de aquí la fetidez del pus, é invadiesen las trompas primero y más tarde la mucosa misma del útero.

El estreñimiento es muy frecuente en mujeres embarazadas; sin embargo, las infecciones del tipo de la que hemos descrito se encuentran rara vez. Algo más frecuentes son en otros órganos, principalmente en la pelvis renal, el apéndice, la pleura, etc. Los autores sólo han encontrado una observación completamente análoga á la suya y varias otras parecidas en la literatura. Todos los que las han hecho están conformes en cuanto á excluir como vía de acceso de los microbios la vaginal, y piensan antes en el tránsito de los colibacilos á través de las paredes del colon, tránsito favorecido por la distensión, la vascularización intensa y tal vez la ulceración de la mucosa.

Una vez en el peritoneo el bacilo, difunde á todo el organismo por vía sanguínea para los órganos lejanos, pero por la misma mucosa para los órganos próximos como son las trompas. Es indudable también, porque se ha visto en alguna ocasión, que el colibacilo puede atravesar las membranas del huevo intacto. Entre los síntomas merece ante todo consideración el estreñimiento, que no falta en ningún caso y que como decimos es un factor muy importante en la propagación de la infección; puede en ocasiones dar lugar á verdaderas crisis de oclusión intestinal con vómitos fecaloideos.

El estado general se altera de diverso modo; en el caso relatado la enferma tenía muy mal aspecto, sin que la temperatura ni el pulso se elevasen gran cosa. El comienzo acostumbra á ser brusco. Los síntomas locales varían también porque los intestinos distendidos ó no pueden hacer más ó menos difícil de explorar la región. Los tactos vaginal y rectal son los que dan los datos más seguros porque permiten reconocer el estado de los fondos de saco peritoneales y de los anexos. El diagnóstico de este accidente es sumamente difícil. Si sobreviene con gran brusquedad, se pensará en una crisis de oclusión intestinal; si es más lento, en una sigmoiditis ó una enteritis; si la enferma tenía antecedentes anaxiales, en una propagación ó ruptura de éstos. En resumen, el diagnóstico sólo se hará por regla general en el momento de la intervención, á pesar de que se cuenta con un

medio, si no seguro, por lo menos de resultado positivo muy á menudo, y es el hemocultivo. Las consecuencias del accidente son siempre el aborto, y en los casos no intervenidos, la muerte.

En cuanto al tratamiento, siempre que haya pus en el peritoneo hay que operar. Respecto á la extirpación del útero, sólo se hará como se comprende en casos extremos. (*La Presse Medicale*, 28 de Agosto 1919.)

2. **Intento de vacunación antigripal en el curso de la gestación, por el Dr. A. Fornero.**—Se comienza por sembrar en diversos medios de cultivo, incluso los sólidos, añadiendo sangre desfibrinada, la expectoración de bronconeumónicos graves.

La vacuna se obtiene mezclando diversas emulsiones esterilizadas á 70°-80° durante cuarenta minutos, de estreptococos, estafilococos, estreptobacilos. La esterilización se puso de manifiesto repetidas veces. Siempre se comenzó por dosis fuertes, hasta de doscientos millones de microbios distribuidos á partes iguales; la reacción local y la general fueron siempre prontas é intensas. De veintidós enfermas tratadas, diez y siete de ellas con bronconeumonía, sólo hubo dos casos de defunción, proporción muy escasa si se compara con la de los casos no vacunados.

Se pregunta el autor si se tratará de una simple coincidencia, pero no parece demostrarlo así el hecho de que tras de la inyección de vacuna se ha obtenido siempre una elevación pasajera de temperatura seguida de una crisis. Además se presentaba también á continuación una resolución del proceso bronco-pulmonar. En los casos sin bronconeumonía, el valor de la vacuna es menos apreciable, porque se conocen muchos de curación sin ella; de todos modos la postulación fué mucho menos duradera que de ordinario y no hubo complicaciones. Hizo el autor además ocho inoculaciones preventivas, de las cuales ninguna contrajo la enfermedad, y aunque tres de ellas manifestaron accidentes serios, curaron éstos en seguida sin reposo ni tratamiento. (*Annali di Ost. e Gin.*, Mayo y Junio, 1919.)

3. **El cerebro y la función de reproducción, por el Dr. Ceni.**—Los procesos biológicos que constituyen los fenómenos de la procreación, están sujetos á la influencia nerviosa, representada por síntomas fisiológicos muy variables en las diferentes especies de vertebrados y que se van perfeccionando según se progresa en la serie. En los animales inferiores el metabolismo y las funciones genitales están reguladas por centros espinales de acción trófica é inhibidora en los superiores, además de éstos hay otros más elevados y mejor diferenciados. No bastando la médula, interviene también el cerebelo que asume la dirección de los procesos tróficos y de las funciones de los órganos de reproducción. Todavía en animales más diferenciados hay centros sexuales más altos, esparcidos por toda la corteza, sin que hasta ahora se hayan podido localizar. El hecho es que sufren el estímulo directo de la energía psíquica y, que tanto por hiper, como por hipofunción, pueden obrar como verdaderas causas degenerativas que llevan consigo la esterilidad. (*La Rassenga d'ost. e. Gin.*, Marzo á Mayo, 1919.)

HIGIENE

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Helioterapia y pretuberculosis.**—En la última sesión de la Academia de Medicina (7 Octubre), M. Armand-Delille dió lectura á una nota sobre la helioterapia preventiva de la tuberculosis. De numerosos casos que ha observado en Archachón, deduce que la aplicación metódica de la helioterapia en los tuberculosos da resultados considerables.

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.

Sustos é ilusiones.—Confusiones é incongruencias.

Desde el sábado último á éste ha estado dos ó tres veces á punto de caer el Gobierno actual, y á los médicos no nos conviene que caiga, ni como médicos ni como españoles; porque digan lo que quieran los profesionales de la protesta y los neuróticos del revoltijo, es lo cierto que ningún Gobierno ha respondido, como el presidido por el Sr. Sánchez de Toca, á las exigencias espirituales y científicas que deben inspirarnos y á las esperanzas prácticas y justicieras que por tanto tiempo han sido desoídas. No es esto decir que nos hacemos ilusiones: en un país en el que el *baraterismo* político puede anunciar, ocho días antes de abrirse el Parlamento, que no le dejará funcionar y que se impondrá á la Corona y á las Cortes; en un país en el que se puede decir á oposiciones y Gobierno conjuntamente: «Sois muchos y estáis de acuerdo; pero *yo soy yo* y no os dejaré vivir», sin que la virilidad colectiva se levante protestando contra el agravio y sacudiendo de su seno al vesánico que la agravia; en un país en donde de esto puede pasar por mansedumbre colectiva, nadie debe fundar esperanzas ni aguardar desarrollo normal de los sucesos.

Por eso nosotros no nos hacemos ilusiones ni esperamos que los proyectos presentados á las Cortes, llámense proyectos de ley ó presupuestos generales del Estado, sean aprobados.

Pero la justicia es justicia, y los médicos, que venimos pidiendo y trabajando años y años por que el Estado garantice el pago de los titulares y sabemos que en el presupuesto se comprende fórmula que lo garantiza, y los que además creemos que la sanidad pública sea una verdad, y que sin las inspecciones locales no hay sanidad posible, seríamos unos verdaderos botarates si negáramos nuestro aplauso á un Gobierno que presenta á las Cortes un proyecto en el que textualmente se dice:

«Art. 11. Inspectores de Sanidad.

A) INSPECTORES MUNICIPALES. — Para mejor cumplimiento de esta ley, mientras tanto se organizan los seguros, los médicos titulares serán transformados en inspectores municipales de Sanidad,

y á fin de que puedan ejercer sus cargos con la debida autorización é independencia, y que la inspección sanitaria hasta en su grado mínimo resulte función relacionada con la administración sanitaria central, se dispondrá por el Ministerio de Hacienda la forma cómo los Ayuntamientos ingresen en el Tesoro público el importe de sus médicos titulares con arreglo á las cuotas de clasificación que á cada pueblo correspondan, encargándose el Estado por su parte del pago á los médicos de sus respectivos haberes y sin menoscabo de aquellas facultades que la ley Municipal otorga á los Ayuntamientos para el nombramiento y separación de sus propios funcionarios.

Habrán tantos inspectores como distritos municipales. Cuando en un mismo Municipio hubiere dos ó más titulares, y un solo distrito municipal, será inspector el más antiguo ó el que reúna las condiciones que se marquen.

Un reglamento especial dictado por el Real Consejo de Sanidad organizará convenientemente los servicios de los inspectores municipales de Sanidad.»

Conste que nosotros no creemos ni esperamos que esto sea ley; nos importa consignar que no nos hacemos ilusiones; pero esto no empece á que reconocamos que el Gobierno, aunque no lo compongan correligionarios nuestros, hace en materia sanitaria cuanto puede y cuanto debe hacer. El que no es justo al juzgar á los demás, no es digno de que se le juzgue con justicia.

¿Qué hacen algunos médicos entretanto?

Siempre, en las contrariedades humanas, cabe empeoramiento, y las más veces son los hombres mismos los que procuran empeorar su situación con un espíritu de petulancia inquieta y descontentadiza que les hace suponer que lo no pensado por ellos nadie lo ha pensado, ó por otro espíritu de aprovechamiento egoísta y lucrativo que supone que los demás no le ven con claridad, cuando hiede á un kilómetro de distancia.

Decimos esto, porque, cuando ante los proyectos del Gobierno convendría que apareciéramos unidos, compactos y desinteresados, unos cuantos equivocados y unos menos egoístas se empeñan en

que revistamos la apariencia de gentes que no saben lo que quieren ni por qué camino lo esperan. La cosa va siendo verdaderamente intolerable, y nuestra prudencia, por muy inspirada que esté en las conveniencias de la unión, del patriotismo y del espíritu humanitario, tiene momentos en que se halla dispuesta a asaltar, diciendo verdades que le van estorbando desde hace años en el pecho y hasta en el estómago, conteniéndose por una mala entendida urbanidad que nadie le agradece.

Tampoco en este número contamos con espacio para reseñar puptualmente lo ocurrido en la reunión de algunos médicos titulares que con el nombre de Asamblea se efectuó en Madrid el 17 del actual. Como los acuerdos no tuvieron novedad alguna, nada se pierde con el aplazamiento. En el número próximo daremos cumplida y exacta relación de lo ocurrido.

Bástenos por hoy un botón como muestra. La Asamblea fué convocada por la Junta de Patronato de Médicos titulares, y uno de los acuerdos (el principal á lo que parece) ha consistido en que se forme en Madrid un Comité para cumplir los mismos fines que justifican la existencia oficial de dicha Junta. La desautorización no puede ser más palmaria.

Pues bien, en una de las peticiones dirigidas al Gobierno se dice: «Que en ningún proyecto de Ley ni Disposición reglamentaria pueda ser modificada la Junta de Patronato, tal como hoy existe.» Además de lo que tiene de nuevo y sorprendente esto de comprometer la función legislativa en lo porvenir, lo que encontramos de incongruente es que si se considera perfecta la Junta (que nosotros por condición de paternidad debemos creerlo), no sabemos por qué se le pone en frente un Comité que haga ó intente lo que ella tiene el deber de hacer, aunque no haya tenido la fortuna ó el buen acierto de conseguir.

Y para esto va á resultar que se exigirá á los titulares, además de la cuota para la Junta, la cuota para el Comité allí donde no paguen además la cuota para la región... y así sucesivamente.

DECIO CARLAN

CARTA INTERESANTE

Sr. Director de EL SIGLO MÉDICO.

Mi distinguido amigo: Los médicos españoles han recibido estos días un folleto titulado «Etude comparative des eaux chlorurées-sodiques», publicado en París por la «Collection hydrologique», y firmado por el Dr. G. Parturier y por mí. Como yo no he colabora-

do en la redacción de tan interesante trabajo, del que sin duda por un error de imprenta se me atribuye la copaternidad, le estimaría mucho publicase estas líneas en el periódico de su digna dirección.

Gracias anticipadas de su afmo. s. s. q. e. s. m.,

G. MARAÑÓN.

Madrid, 24 Noviembre 1919.

BANQUETE MÉDICO EN JEREZ

Nuestro compañero Sr. Pulido ha recibido una muy afectuosa invitación para asistir al banquete médico que se celebrará el 30 de este mes en Jerez, con el fin de celebrar el triunfo de la huelga de los médicos de la Beneficencia que tanta notoriedad tuvo. A ella ha respondido el Dr. Pulido con la siguiente carta:

Sr. D. Salvador Lastis.

Distinguido compañero: He regresado hace tres días de París, donde he permanecido veinte, y ayer me enteré de su carta, ayer mismo recibida. Esta ausencia, unida á las muchas semanas que he permanecido en Alcira, la Aliseda y Málaga durante los últimos meses, y á las muchas y graves tareas que la Real Academia de Medicina y el Senado me han acumulado ahora, me imposibilitan gozar la para mí inefable dicha de aceptar su honrosa invitación y acompañarles en el banquete del día 30. Y crean ustedes que lo siento muy de veras, porque me anima en alto grado la sola idea de sentarme entre ustedes, tener á Centeno y á Aranda á mi lado, conversar con ellos de los asuntos profesionales, comentar el episodio de Jerez y celebrar, con la copa de champagne en la mano, el corazón palpitante de entusiasmo y la frase apasionada, el triunfo que yo, como ustedes, anuncié en Málaga, sería seguro.

Soy de los convencidos: la clase médica tiene medios poderosos, con una buena y bien aprovechada organización, para realizar sus ideales, que son modestos.

Precisamente en el día que ésta escribo se constituye en el Senado la Comisión que ha de dictaminar sobre el proyecto de ley de profilaxis de enfermedades infecciosas, presentado por el Gobierno, en el cual se hallan las más grandes aspiraciones de la clase médica; y como tantas veces, ya abordados estos proyectos, tememos que el Gobierno caiga sin verlos aprobados, y hasta que sean también los mismos médicos los que contribuyan á embarazar y aun los que impidan su aprobación. Cortezo, Caro y yo (es decir, los de siempre) formamos el alma de esta Comisión de ahora y estamos dispuestos á luchar ardorosos por el triunfo. Ayúdenos ustedes para que el proyecto se apruebe pronto y por completo, pidan á los diputados y colegas que no obstruyan, y habremos resuelto lo que durante más de medio siglo venimos persiguiendo inútilmente.

Ténganme por presente en su fiesta; á ella asisto en espíritu, y hagan constar mis fervientes votos porque la Unión Médica de ahora realice su progra-

ma, con los poderosos medios que la legalidad pone á su disposición. Saluda á todos su affmo. compañero y amigo,

ANGEL PULIDO.

Documento parlamentario.

Proyecto de ley presentado por el señor ministro de la Gobernación, sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas.

A LAS CORTES

Siempre que se trata en España de acometer una gran reforma en la legislación, que afecta profundamente al mejoramiento de la salud pública, salen al paso nuestros viejos economistas con el tópico consabido de que los recursos del Tesoro público no permiten á nuestro país emprender en grande las campañas de saneamiento que han llevado á cabo con éxito otras naciones. Esta opinión envuelve, á nuestro ver, en buena ciencia económica, un profundo error; porque no parece sino que la enfermedad y la muerte de los hombres no cuestan dinero, y que las cifras que arrojan las estadísticas de nuestra mortalidad y morbosidad actuales no acusan un grave motivo de empobrecimiento y ruina de la Nación.

Los grandes economistas ingleses y norteamericanos, cuando se dirigen hoy al Parlamento en demanda de reformas favorables á la Sanidad pública de su país, parten siempre del supuesto de que la vida del hombre, á más de su valor psíquico, que puede ser inapreciable, tiene un valor material, metálico, cuyo valor está representado por la capitalización del producto anual del trabajo de cada individuo, teniendo en cuenta el precio medio del salario en los distintos oficios y profesiones.

Pero hay más: ese valor económico ha crecido hoy extraordinariamente con motivo de la guerra, por dos causas fundamentales. La primera depende de la pérdida de vidas ocasionadas por las bajas de la campaña, que ascienden á varios millones de hombres, y que, merced á la ley general económica de la oferta y la demanda, ha hecho subir en el mundo el factor vida al crecimiento del trabajo, que siguiendo el compás del precio de las subsistencias y de las demás cosas, ha llegado á duplicar y hasta triplicar los salarios. La consecuencia de todo esto ha sido que si antes nos agotábamos y arruinábamos por la pérdida indebida de tantas vidas como acusa la excesiva cifra de nuestra morbosidad y mortalidad actuales, hoy duplicamos ó triplicamos nuestra ruina con el mayor precio que tiene la salud y la vida humanas. Urge, pues, poner remedio pronto á este gran motivo de nuestra decadencia y empobrecimiento, tanto más, cuanto que si antes el dinero gastado en mejorar las condiciones sanitarias de nuestro pueblo era reproductivo como uno, hoy puede asegurarse que esos gastos serán reproductivos como dos ó como tres.

Planteado el problema sanitario de España en estos términos de orden puramente económico, procede comenzar por legislar sobre aquel punto de más interés para la sanidad del país, que es la prevención de las enfermedades infecciosas, fácilmente evitables. Sólo una ley de esta naturaleza es capaz de redimir á España de su morbosidad y su mortalidad actuales, superiores á la media de la mayor parte de los países de Europa y América, y que hacen á nuestro pueblo poco á poco empobrecer y degenerar, con la pérdida indebida, cada año, de un gran número de gentes, que enferman sin deber enfermar y mueren sin deber morir.

La ciencia sanitaria ha llegado en este punto de las enfermedades infecciosas á convertir en padecimientos

evitables los más grandes azotes de la Humanidad, y los pueblos que han acudido presto á incorporar á sus leyes el espíritu progresivo de esa ciencia, han visto disminuir rápidamente la cifra media de su mortalidad anual. Nosotros carecemos todavía de una legislación verdaderamente eficaz sobre este punto. Nuestra ley orgánica de 1855 es una ley arcaica, basada en principios científicos y administrativos pasados de sazón, que no responden á las exigencias de los tiempos presentes; y la Instrucción de Sanidad de 1904, que constituyó un gran progreso en nuestra administración sanitaria, carece, por no ser ley, de la virtualidad y valor jurídicos necesarios para imponer en la práctica aquellos imperativos sanitarios sin los que no se puede luchar con éxito contra la propagación de las enfermedades contagiosas.

Para dar una idea aproximada de la mortalidad general en España por enfermedades infecciosas, sin contar los grandes estragos de la pasada epidemia de gripe que ha ocasionado más de 150.000 víctimas y que ha sido general en el mundo, bastará decir que desde primeros de siglo hasta 1917, á que corresponde la última estadística fielmente recogida, murieron de tuberculosis 605.342 individuos; 286.168 de pulmonía; de gripe, 171.342; de tifoidea, 110.317; de viruela, 53.602; de sarampión, 141.328; de escarlatina, 20.628; de tifus exantemático, 2804; de septicemia, puerperal, 37.272; de tóferina, 57.656; de difteria, 74.279. La mortalidad total en el citado período ascendió, pues, por sólo estos grupos de infecciones, y no son todas las que pudieran citarse, á la asombrosa cifra de 1.559.638, ó sea más de millón y medio de vidas perdidas por enfermedades que son evitables y que sólo pueden imputarse á la incuria, al abandono y á nuestra deficiente organización para prevenir.

Además, el conocimiento más perfecto que hoy se tiene de las causas productoras de tales padecimientos, y los múltiples y poderosos medios recientemente descubiertos por la ciencia para prevenirlos y combatirlos, permiten esperar que los sacrificios que tenga que hacer el país para luchar con éxito contra las enfermedades epidémicas sean más eficaces y remunerativos que lo han sido nunca.

Entre las enfermedades infecciosas hay algunas, como la tuberculosis, la lepra, el paludismo y las infecciones venéreo sifilíticas, que, por su carácter social y por la influencia perniciosa que ejercen sobre el vigor y el porvenir de la raza, merecen una especial atención de esta ley, procurando dictar para combatir las medidas excepcionales con arreglo á la naturaleza especial de cada una de esas enfermedades, é intentando hacer intervenir la acción social favorecida por el Estado en la lucha entablada contra ellas.

La declaración obligatoria de todo caso de enfermedad transmisible, el aislamiento y hospitalización de los enfermos para impedir el contagio, la desinfección de las cosas y personas contaminadas ó sospechosas de contaminación y el empleo de sueros y vacunas preventivas, llevado todo ello como preceptos imperativos á la ley, constituyen medios poderosos para alcanzar en poco tiempo la reducción del tipo ordinario de nuestra mortalidad anual y la prolongación de la vida media del hombre en España.

Es posible que alguien entrevea en el texto de estas leyes alguna limitación á ciertos derechos del individuo; pero no hay que olvidar que, en materia sanitaria, como en todas las otras, la libertad del ciudadano está limitada por el derecho de los demás, y que el interés general ó colectivo está por encima del interés particular. Fundándose en este principio jurídico del derecho sanitario, hay que hacer entender á las gentes que el primer derecho natural del hombre es el derecho á la vida y á la salud; y que de ese derecho nace el deber

de todo ciudadano de respetar la salud de los demás y el legítimo imperio de la ley de hacer cumplir las prescripciones sanitarias y de castigar, como cualquiera otro delito, y acaso con mayor razón que muchos, las infracciones cometidas contra las leyes de Sanidad.

Con este fundamento jurídico se legisla hoy con carácter impositivo y sin freno alguno en los países más democráticos del mundo sobre asuntos sanitarios, imponiendo a la fuerza, por ejemplo, la vacunación antivariólica obligatoria a los que por ignorancia, incuria u opinión excéntrica particular pueden, no estando vacunados, transmitir la viruela a otros individuos.

Y esta doctrina, tan clara y fácil de comprender y aceptar por lo que se refiere a los individuos, es aplicable igualmente a las Corporaciones municipales. No puede tolerarse que los Municipios se ocupen o no, según les plazca, y por un falso concepto de lo que debe ser la autonomía municipal, de sanear sus poblaciones y atender debidamente a la profilaxis pública de las enfermedades infecciosas, teniendo en este sentido deberes ineludibles que cumplir, que han de ser impuestos por las leyes sanitarias reguladoras, encargadas de velar por la sanidad general del país.

Pasado cierto grado de mortalidad que exceda notablemente de la cifra media de la Nación, debe imponerse a los Municipios, como se hace en Inglaterra y en otros muchos países, la ejecución forzosa de aquellas reformas sanitarias que exijan las condiciones de cada localidad, pues a más del deber que tienen los Ayuntamientos de velar por la salud de sus administrados, existe el riesgo de que se transmitan las enfermedades epidémicas de unas poblaciones a otras, con perjuicio de los intereses del comercio y del bienestar y prosperidad de la Nación. Las propias relaciones internacionales pueden a veces alterarse por el sostenimiento indebido de un foco permanente de infección en una población cualquiera, al parecer aislada de las demás. Es preciso, por tanto, obligar a los Ayuntamientos a que consignen en sus presupuestos anuales la cantidad requerida para atender a sus necesidades sanitarias y a que realicen las obras de saneamiento que sean precisas, auxiliándoles, en cuanto sea posible, con recursos del Estado.

Nadie extrañará que en una ley de profilaxis pública contra las enfermedades epidémicas, se trate, como se hace en ésta, del saneamiento de las viviendas, ya que las casas insalubres, así en los pequeños pueblos como en las grandes urbes, son en realidad la causa principal del contagio de muchas infecciones, singularmente de la tuberculosis pulmonar, que tantas víctimas causa en España.

Igualmente está justificado comprender en esta Ley la defensa y purificación de las aguas potables que sirven de abastecimiento a las poblaciones, ya que de su posible contaminación dependen las grandes epidemias de cólera y fiebre tifoidea, sobre todo de esta última, que es, después de la tuberculosis, una de las enfermedades que dan lugar a una mortalidad más grande en nuestra Patria. Lo mismo puede decirse de la conveniente evacuación de los excretas y aguas residuales, absolutamente indispensable a la salubridad de las poblaciones.

La imposibilidad en que se encuentran algunos Municipios, por falta de recursos económicos, para atender por propios a necesidades tan imperiosas como son el aprovisionamiento de sus aguas de bebida, la evacuación de los excretas y otras obras de saneamiento de urgente ejecución, si se ha de disminuir pronto la cifra alarmante de su mortalidad actual, hace precisos, como ya se ha realizado con gran éxito por Italia, Bélgica y otros países, la protección y auxilio del Estado en la forma que aquí se señala, o en cualquiera otra que sea aprobada por las Cortes.

Otra de las reformas más trascendentales que acomete esta Ley es la referente a la organización de los Laboratorios e Institutos de higiene. Para comprender la importancia del sistema de Institutos de higiene (nacional, regionales, provinciales y municipales) que por esta Ley se crean, es preciso tener en cuenta que la Sanidad moderna tiene mucho parecido con la guerra, ya que en el fondo se trata de una lucha evidente contra los microbios productores de las enfermedades infecciosas; y que, por tanto, sin grandes y poderosos medios naturales de acción, no se pueden realizar hoy con éxito las campañas sanitarias. Es preciso poseer, pues, muchos y efectivos medios de diagnóstico de desinfección, de aislamiento de enfermos, de esterilización de aguas, de preparación de sueros y vacunas, de parques y brigadas sanitarias, las cuales, dotadas de un personal idóneo y numeroso, deberán acudir rápidamente a los lugares donde se presenten los primeros casos de las enfermedades epidémicas, con el fin de extinguir los focos en los comienzos y evitar así la difusión de estos males, que tantos estragos causan abandonados al principio.

Los Institutos de higiene nacional, regionales y provinciales, a más de atender las necesidades sanitarias de las poblaciones donde estén establecidos, servirán para prestar estos servicios a todos aquellos Municipios que no tengan por sí mismos bien montados los medios necesarios para luchar contra sus propias epidemias, y en tal sentido, se llena con estos Institutos una necesidad vital, realizando una obra de mancomunidad sanitaria con la cual podrán ser atendidos singularmente los pueblos pequeños, tan numerosos en España y que hoy se hallan totalmente abandonados y desposeídos de este orden de recursos.

Empero, de nada servirán los preceptos más rigurosos y sabios de esta ley de profilaxis, si los inspectores sanitarios encargados de vigilar su cumplimiento no están investidos de la autoridad necesaria para hacerlos respetar; y a ese fin, es necesario que en todo caso de enfermedad infecciosa, los inspectores de Sanidad gocen de facultades ejecutivas que permitan la rápida realización de sus providencias, y además tengan el derecho de hacer efectiva la sanción a que den lugar las infracciones de los preceptos de esta Ley o de los Reglamentos que se dicten para su ejecución. Mientras tanto las autoridades gubernativas ligadas con la política sean las encargadas de aplicar estas sanciones y de intervenir con funciones directas en cosas de carácter eminentemente técnico, como son las epidemias, no se podrá alcanzar que el cumplimiento de las disposiciones sanitarias en España tengan la seriedad, el vigor y la eficacia que tienen, por ejemplo, en Alemania, Inglaterra y los Estados Unidos, en donde los inspectores de Sanidad ejercen funciones, por decirlo así, de jueces encargados de resolver sobre las faltas o delitos sanitarios, así como sobre el grado y calidad de las sanciones penales que ellos deban merecer. Por tal razón se lleva a este proyecto de Ley una mayor vigorización de las funciones ejecutivas de las autoridades sanitarias.

Las inspecciones municipales de Sanidad serán desempeñadas por los médicos titulares; pero a fin de que éstos puedan ejercer sus cargos con la debida autoridad e independencia y de que acabe de una vez el escandaloso abandono en que muchos Municipios tienen las obligaciones contraídas con ellos, se propone que por el Ministerio de Hacienda se estudie la forma de que los Ayuntamientos ingresen en el Tesoro público el importe de las consignaciones de sus médicos titulares, y que el Estado se encargue del pago directo de ellos a semejanza de lo hecho con los maestros de escuela el año 1901.

Los actuales subdelegados de Medicina siguen des-

empeñando sus cargos hasta extinguirse, y se sustituyen con los inspectores de Sanidad de distrito de nueva creación, los cuales ejercerán, dentro de la zona ó circunscripción territorial que se les señale, y que será mucho más extensa que la actual de los partidos judiciales, las mismas funciones que los inspectores provinciales tienen en sus provincias respectivas. Como el inspector de distrito debe ser un técnico especializado en materias sanitarias, ingresará en el Cuerpo por oposición y se le exigirá un certificado de aptitud, ó diploma de médicosanitario, expedido por el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

Por último, lo más importante y trascendental de esta Ley es la aplicación de los seguros sociales á la resolución de los grandes problemas sanitarios del país. La Sanidad y la Beneficencia clásicas, aun llegadas en ciertos países á su más alto grado de perfección, se han declarado fracasadas é incapaces de resolver en toda su amplitud el problema integral de la salud y de la asistencia públicas de las colectividades; y con este motivo ha aparecido en el mundo un nuevo instrumento social que ha hecho sus pruebas prácticas con gran éxito en países tan adelantados como Alemania, Austria é Inglaterra. Este instrumento es el seguro social obligatorio, que puede considerarse, sin duda alguna, como el único órgano capaz de establecer en grande la profilaxis social de las enfermedades infecciosas. No se trata de una hipótesis, de una mera teoría, de una de esas muchas entelequias imaginativas soñadas por los apóstoles del socialismo: se trata de una realidad consagrada por la experiencia, de un hecho puesto en práctica con ventaja por esas naciones privilegiadas, y que debe constituir el ideal á que dirijan sus esfuerzos todos los demás países.

Es un gran error profesado por nosotros el creer que la Sanidad y la Beneficencia públicas deben ser función exclusiva del Estado, la Región, la Provincia ó el Municipio; cuando precisamente se trata de funciones colectivas ó sociales en las que hay que integrar todos los elementos y aprovechar las ventajas virtualmente contenidas en la asociación, en la cooperación, en el mutualismo, en el seguro social. Es decir, que hay que socializar la Beneficencia, como hay que socializar la Sanidad. Sin la compenetración del Estado, los patronos y los obreros en la obra común de hacer desaparecer la miseria y las enfermedades evitables entre las clases necesitadas, no es posible alcanzar el ideal de la Sanidad pública en ningún país.

Además, la aplicación de los fondos de reserva de las cajas del seguro de las Asociaciones mutualistas á obras higiénicas de carácter social: como hospitales, sanatorios, saneamiento de poblaciones, casas baratas é higiénicas para obreros; instituciones pro infancia, etc., permitan organizar por todo lo alto la lucha contra las enfermedades infecciosas, especialmente contra la tuberculosis, que es la que da lugar á la mayor cifra en la estadística de mortalidad de España, y la que más frecuentemente ocasiona la invalidez y la muerte prematura.

Empeño de reconocida trascendencia nacional representa, pues, la aprobación de esta ley, y para realizarlo cuenta seguramente el Gobierno con el concurso de las Cortes, que sabrán apreciar las razones que aconsejan la presentación del siguiente «Proyecto de ley sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas».

PROYECTO DE LEY

Artículo 1.º Enfermedades transmisibles y su declaración obligatoria.—Las enfermedades transmisibles que deben ser objeto de declaración obligatoria serán las siguientes:

Grupo A. Exóticas ó pestilenciales: Peste, cólera y fiebre amarilla.

Grupo B. Infecciosas comunes: Tifus exantemático, disentería, fiebre tifoidea, viruela, varioloides y varicela, difteria, escarlatina, sarampión, meningitis cerebroespinal, septicemias y especialmente la puerperal, coqueluche, gripe, tuberculosis, parálisis infantil, lepra y tracoma, así como las escolares de origen parasitario.

La Inspección general, oyendo á la Real Academia Nacional de Medicina, podrá aumentar la lista de las enfermedades contagiosas objeto de la declaración obligatoria, con aquellas que la Ciencia demuestre que deben ser incluidas.

Siempre que una persona sea atacada de cualquiera de las enfermedades contagiosas comprendidas en la relación antedicha, el médico de su asistencia y el jefe de la familia, ó quien haga sus veces, tendrá la obligación ineludible de dar parte del caso al inspector municipal de Sanidad correspondiente, dentro de las veinticuatro horas que sigan á la clasificación de la dolencia, y el inspector á su vez á las autoridades sanitarias superiores. En ausencia del jefe de la familia ó de quien le represente, serán los obligados á dar dicho parte, además, los dueños ó gerentes de fábricas ó talleres, los dueños ó gerentes de hoteles, fondas, posadas y casas de salud y establecimientos de cualquier clase donde se encuentren ó residan los enfermos. También será declarado por los mismos todo cambio de residencia del enfermo. La declaración se hará verbalmente ó por escrito.

No excusará para los médicos la responsabilidad de la declaración el no haber fijado bacteriológicamente el diagnóstico; bastará con que la dolencia de que se trate sea clínicamente sospechosa de alguna de las enfermedades señaladas.

Art. 2.º Epidemias y su declaración oficial.

La declaración de las epidemias del primer grupo corresponderá al Gobierno, después de oír al Real Consejo de Sanidad. La declaración de las del grupo B será publicada por los gobernadores, después de acordada por las Juntas provinciales, previo informe de las Juntas municipales.

Si hubiera discrepancia entre la opinión de las Juntas, resolverá la Inspección general.

Desde que se presenten los primeros casos, las autoridades sanitarias locales tomarán las medidas más rigurosas respecto á la declaración obligatoria de los mismos, al aislamiento de los enfermos y de las personas sospechosas, así como para las prácticas de la desinfección y el empleo de vacunas, sueros y demás medios profilácticos que sean capaces de evitar el contagio.

Una vez declarada una epidemia y en casos urgentes, desde los primeros momentos, el Gobierno y las autoridades sanitarias podrán disponer de los servicios facultativos de cuantos ejerzan profesiones sanitarias oficiales, y tendrán facultades, previo expediente justificado, para suspender y destituir de los cargos que ejerzan, cualesquiera que fueren los derechos adquiridos, á los que se negaren en tales circunstancias al cumplimiento de su deber profesional.

Art. 3.º Medidas profilácticas de carácter general.

4) AISLAMIENTO.—Todo individuo atacado de una de las enfermedades infectocontagiosas que, según esta ley, exige la declaración obligatoria, y con más encarecimiento las del grupo A, deberá ser objeto de medidas de aislamiento.

El aislamiento del enfermo deberá ser tal, que no puede estar en contacto más que con las personas indicadas á su cuidado. Este aislamiento se procurará llevar á cabo, siempre que sea posible, en el propio domicilio del enfermo; pero cuando, á juicio del inspector municipal de Sanidad, sea absolutamente imposible realizarlo de modo que no constituya un grave riesgo para la salud pública, podrá ordenarse el transporte del

enfermo a un hospital de aislamiento, ó casa de salud, siempre que el médico de la asistencia crea que esto pueda realizarse sin el menor daño para el enfermo. En todos los hospitales habrá departamentos especiales para el aislamiento de enfermos contagiosos. Las personas que habiendo sido expuestas al contagio sean capaces de llevar la enfermedad en período de incubación, podrán ser objeto de aislamiento en locales adecuados distintos de los de los enfermos y sometidos á observación facultativa todo el tiempo que dure la probable incubación del mal.

Las personas dedicadas al cuidado de enfermos contagiosos, y cualquiera otra persona sospechosa de poder transmitir el contagio, podrán ser objeto de medidas restrictivas en cuanto á su libertad de circulación, con el fin de evitar la transmisión de la enfermedad. Lo mismo podrá hacerse con los portadores de gérmenes morbosos.

Las Autoridades sanitarias podrán disponer que las personas procedentes de un lugar epidemiado, al llegar al punto adonde se dirijan, puedan ser sometidas á vigilancia sanitaria.

Todos los Ayuntamientos tendrán, en proporción con sus recursos, un local adecuado y en condiciones de ser utilizado, en cualquier caso, para el aislamiento de los enfermos infecciosos. Los Ayuntamientos de escasos recursos que no puedan tener por sí solos un local de aislamiento, se asociarán á otros para poseer un local común donde hospitalizar y aislar á los enfermos contagiosos.

Por el Estado y anejos á los Institutos de Higiene regionales, se construirán los hospitales de epidemias que fueren necesarios. A este fin, se consignarán en los Presupuestos generales las cantidades necesarias para ello.

B) DESINFECCIÓN.—La desinfección será obligatoria en todo caso de enfermedad infecciosa y contagiosa.

El servicio de desinfección estará á cargo de los Municipios, los que contarán con los medios que con arreglo á su capacidad de habitantes señale el Real Consejo de Sanidad. Cuando en casos extraordinarios resulten insuficientes, serán suplidos con los de los Parques de los Institutos de Higiene Nacional, regionales y provinciales.

El Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII determinará las condiciones que han de reunir los tipos de los aparatos y las clases y condiciones de los desinfectantes que se utilicen, y á fin de garantizar la eficacia del funcionamiento de aquéllos y la virtud de éstos, hará las pruebas prácticas necesarias antes de autorizar su uso.

C) VACUNACIÓN.—La vacunación antivariólica es obligatoria antes de los seis meses de edad, y la revacunación cada siete años hasta los treinta, sin perjuicio de practicar la vacunación de cuantos pasen de esta edad sin haber cumplido los preceptos anteriormente expresados.

El cumplimiento de estos preceptos es obligación expresa é ineludible de los Ayuntamientos, y la manera de fiscalizar su actuación se expondrá en el Reglamento correspondiente. Se creará una cédula vacunatoria, que será un documento obligatorio como la cédula personal. Su expedición se hará gratuitamente por los médicos vacunadores, y tendrá por fin justificar en todo momento, ante las Autoridades sanitarias, si el individuo ha sido ó no vacunado ó revacunado.

No se concederá ingreso en escuela pública, colegio ó liceo particular, asilo de Beneficencia ni establecimiento alguno dependiente del Estado, de la Provincia ó del Municipio, exceptuando á los hospitales, á menores de siete años que no exhiban la certificación de hallares vacunados, ni á mayores de edad que no presenten la de revacunados.

Se obligará á los dueños ó gerentes de fábricas, talleres, minas, y en general de toda clase de artes é industrias, que exijan la presentación de la cédula vacunatoria á los obreros que ingresen por primera vez al trabajo de los mismos.

Asimismo se declarará permanente ó circunstancialmente obligatoria la vacunación preventiva en todas aquellas otras enfermedades que, á juicio de la Inspección general, y después de oída la Real Academia de Medicina, ofrezca garantías de eficacia é inocuidad.

Art. 4.º Medidas profilácticas de carácter especial.

TUBERCULOSIS.—En la profilaxis de la tuberculosis se fomentará cuanto contribuya á favorecer la vigorización física de la raza, la evitación del contagio, los trabajos de investigación científica referentes á la profilaxis y cura de este padecimiento y la asistencia y protección de los tuberculosos pobres. A este fin, se favorecerá, por cuantos medios estén al alcance del Estado, la Provincia y el Municipio, la fundación de hospitales especiales para tuberculosos, dispensarios, sanatorios, escuelas al aire libre, creaciones antituberculosas de todas clases, y laboratorios ó Centros de investigación científica para el estudio de la tuberculosis, á la vez que se proteja con toda clase de auxilios las instituciones antituberculosas de carácter particular ó privado.

En cuanto á la asistencia y protección de los tuberculosos pobres, el Gobierno dictará leyes sociales de carácter tutelar dirigidas á instituir ó favorecer entre las clases obreras el seguro social contra la enfermedad con derecho á gozar de los beneficios de la asistencia á los sanatorios y demás creaciones antituberculosas fundadas con los fondos del seguro á que conjuntamente contribuyan los obreros, los patronos y el Estado.

LEPRA.—En la lucha contra la lepra se dictarán disposiciones especiales para llegar, por los medios más rápidos y eficaces, al conocimiento y denuncia de los casos sospechosos; se formará un padrón de todos los leprosos existentes en España y se construirán colonias leproserías en las regiones más atacadas, en donde, á más de recibir la asistencia médica los leprosos, puedan dedicarse á sus habituales ocupaciones.

Los enfermos que no sean pobres podrán optar entre sufrir el aislamiento en su propio domicilio ó en las colonias; pero de permanecer en aquél, serán sometidos á la debida inspección sanitaria, á fin de evitar el contagio. Asimismo se consignará en el presupuesto una cantidad destinada á investigaciones científicas referentes á la lepra y á auxiliar las instituciones particulares que estén destinadas al tratamiento de los leprosos, las que estarán bajo la vigilancia del Estado.

ENFERMEDADES VENÉREAS Y SIFILÍTICAS.—Se organizarán los servicios referentes á las enfermedades secretas con arreglo á las exigencias de la moderna higiene, según las bases que sean aprobadas por el Real Consejo de Sanidad, y se consignará también en el presupuesto el crédito necesario para atender gratuitamente á la profilaxis y cura de tales enfermedades, mediante la creación de numerosas clínicas y dispensarios antiveneréos, singularmente en las grandes poblaciones, donde más estragos causan. Asimismo se auxiliarán cuantas instituciones particulares se creen á tal objeto, y se estimulará y fomentará la intervención de la acción pública social en la lucha contra estas enfermedades, protegiendo y subvencionando á las Ligas ó Asociaciones libres que se formen con ese fin.

Todo caso de enfermedad venérea será obligatoriamente declarado por medio de un parte convenido y discreto que permita mantener el secreto profesional, dirigido á la Autoridad sanitaria, por los médicos que asistan á los enfermos. Estos enfermos serán obligados,

por cuantos medios estén al alcance de las Autoridades sanitarias, á someterse á tratamiento hasta que desaparezca en ellos toda posibilidad de poder ocasionar algún contagio.

Como el contagio voluntario es un caso terminante de delito sanitario, deberá imponerse la pena que corresponda á los individuos que, sabiendo probadamente que se hallan atacados de una enfermedad venérea, hayan infestado ó intentado infestar á otra persona.

El intrusismo en este orden de enfermedades será severamente castigado.

PALUDISMO.—Las medidas de defensa contra el paludismo comprenderán: 1.º El saneamiento de todos los terrenos reconocidos como palúdicos. 2.º La protección de las habitaciones humanas contra los insectos vectores del germen de la enfermedad. 3.º La destrucción de los referidos insectos y sus larvas; y 4.º El uso de la quinina como medio preventivo y curativo de este padecimiento.

En primer término, por Comisiones mixtas de médicos é ingenieros nombrados al efecto se hará el estudio y la declaración de todas las comarcas contaminadas, y se dictarán las medidas conducentes á su saneamiento, que será obligatorio para los propietarios de terrenos palúdicos, constituyendo motivos de expropiación su incumplimiento, y pudiendo el Estado ó los Municipios verificar las obras de saneamiento necesarias á cargo de los propietarios.

Si los terrenos á sanear fueran propiedad de los Municipios, tendrán éstos las mismas obligaciones, y en caso de no practicar las obras necesarias, serán realizadas por el Estado á cargo de dichos Municipios.

Cuando la importancia de las obras de saneamiento lo requieran, ó no puedan por falta de medios económicos ser realizadas por los Municipios, deberán ser subvencionadas ó realizadas por el Estado, á cuyo fin se consignará una cantidad determinada todos los años en los Presupuestos generales del Ministerio de Fomento y de Gobernación, que conjuntamente deberán cooperar á este fin.

Cuando los fines del saneamiento del suelo no puedan alcanzarse con la desecación y el drenaje de los terrenos pantanosos, se impedirá, por medio de la petrolización ó de cualquiera otra manera, el desarrollo de las larvas de los insectos.

En tanto se obtiene el saneamiento de los terrenos contaminados, el Estado favorecerá la profilaxis de dicha enfermedad, exigiendo la protección mecánica de las habitaciones humanas contra los mosquitos, y proporcionando quinina gratuita ó á bajo precio á las comarcas palúdicas, en las condiciones que se señalen en el Reglamento correspondiente.

TIFUS EXANTEMÁTICO.—La profilaxis del tifus exantemático se hará: 1.º Procurando divulgar lo más posible, especialmente entre los niños de las escuelas, que el piojo es el inserto transmisor de esta enfermedad temible, y no un parásito inofensivo. 2.º Haciendo obligatorio el despiojamiento en los mendigos, vagabundos, gentes desaseadas y ciertas colectividades sospechosas como en las minas, fábricas y en general allí donde las necesidades del trabajo hagan convivir en locales cerrados individuos portadores del parásito. En estos casos el despiojamiento, dada su sencillez y baratura, deberá hacerse por cuenta de los patronos. 4.º Todos los Ayuntamientos cuidarán del aseo de sus mendigos y evitarán que los procedentes de otros pueblos, así como las caravanas de gitanos y vagabundos, puedan circular por el interior de la población si no estuvieran libres de parásitos. 5.º Ultimamente se dispondrá que no ingresen en las escuelas, hospitales y asilos de todas clases, ni en las cárceles, individuos parasitados, para lo cual los Jefes de los departamentos respectivos cuidarán de que sean previamente despediculiza-

dos, ejerciendo sobre tal práctica higiénica una constante vigilancia.

(Se continuará.)

Sección oficial.

MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo dispuesto en el Real decreto de 17 de Octubre pasado para la aplicación de la ley de 14 de Agosto anterior,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha dispuesto confirmar en el cargo de jefe médico del Cuerpo de Prisiones, con el sueldo anual de 5.000 pesetas, á D. Agapito Santamarina Prida y don Vicente Méndez Manzano, que prestan sus servicios en la Celular de esta corte y Central de Burgos, respectivamente, promover al mismo cargo de jefe médico, é igual sueldo de 5.000 pesetas, á los Sres. D. Pablo García Fernández, de la Central de Cartagena; D. Felipe Moreno de Lara, del Refo; matorio de Ocaña, y D. Enrique Salesas Creixell, de la de Figueras; confirmar en la categoría de médico de primera clase, y sueldo anual de 4.000 pesetas, á los Sres. D. Luis Ferrándiz Erans, de la de San Miguel de los Reyes; D. Anselmo Reimundo Tornero, del Reformatorio de Alcalá; don Vicente Luna Bárguez, de la Celular de Valencia, y don Adolfo Pla Genovar, de la de Barcelona, y promover á la expresada categoría, é igual sueldo de 4.000 pesetas, á don Eduardo Martín Renedo, de la Central de Santoña; D. Emilio Sánchez García, de la de Murcia; D. Manuel García Alcalá del Olmo, de la de Málaga; D. Juan de Lemuz y Malo de Molina, de la de Sevilla; D. Gerardo Salmerón, de la de Ciudad Real; D. Justo Juliá Nicochea, de la de Cádiz; don José Rivera Fernández, de la de Granada, y D. José Tomás López Trigo, de la celular de Valencia, que lo son en la actualidad de segunda clase, y á D. Eduardo Martínez Martínez, de la de Burgos; D. Julio Ortega Pérez, de la de mujeres, de esta corte, y D. Trinidad Espinosa Pérez, de la de Segovia, que lo son de tercera.

Asimismo ha dispuesto promover al cargo de médico de segunda clase, y sueldo anual de 3.000 pesetas y 500 de gratificación, á los Sres. D. Carlos Rey Stollés Ravina, de la de Zaragoza; D. Celso Ortiz Mejías, de la de Córdoba; don Eduardo Castán Boada, de la de Guadalajara; D. Avelino Fontán Palomo, de la de León; D. Jose María Melia Roca, de la de Alicante; D. Adrián Huarte Echenique, de la de San Fernando; D. Miguel Crespo Fernández, de la de La Coruña; D. Julio Martínez Martínez, de la de Valladolid; D. José María Abenza Guillamón, de la de Albacete; D. Dionisio Martín López, de la de Palencia; D. Baldomero Gómez Casas, de la de Almería; D. Mariano Javierre Orgie, de la de Soria; D. José Vives Salas, de la de Tarragona; D. Tomás Laguna Pascual, de la de Chinchilla, y D. Anastasio Hermoso Rodríguez, de la de Orense, en la actualidad médicos de tercera; promover á la categoría de médicos de tercera clase, y sueldo anual de 3.000 pesetas, á D. José María Gaviola Herrera, de la Central del Puerto de Santa María; don Rafael Fernández Martínez, de la de Granada; D. José Martínez de Salinas, de la de Barcelona; D. José María Porqueiras Bañeras, de la de Lérida, y D. Delfín Camporredondo Fernández, de la Central de mujeres de Alcalá de Henares, que en la actualidad figuran en la categoría de cuarta clase.

Debiendo acreditarse por los jefes de las Prisiones respectivas, en los títulos de los funcionarios cuya denominación

se varíe sin alterarse la asignación que en la actualidad disfrutan, la diligencia en que se haga constar esta modificación, entendiéndose para todos los efectos legales con la antigüedad de 1.º de Agosto pasado.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 17 de Noviembre de 1919.—*Amat.*—Señor Director general de Prisiones.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

TRIBUNALES DE OPOSICIONES

Ilmo Sr.: De conformidad con lo preceptuado en el Real decreto de 1.º de Diciembre de 1917,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar el siguiente Tribunal para juzgar las oposiciones á las cátedras de Patología médica, vacantes en las Universidades de Barcelona y Valladolid:

Presidente, J. Francisco González Aguilar, consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. Gabriel Lupiáñez, catedrático de la Universidad de Sevilla; D. Miguel Gil Casares, catedrático de la Universidad de Santiago; D. Rafael Pastor González, catedrático de la Universidad de Valencia; D. Ricardo Royo Villanova, catedrático de la Universidad de Zaragoza.

Suplentes: D. Antonio González Prast, catedrático de la Universidad de Barcelona; D. Eduardo García del Real, catedrático de la Universidad de Valladolid; D. Agustín Cañizo García, catedrático de la Universidad de Salamanca; don Rafael Pastor Díaz, catedrático de la Universidad de Valencia.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 13 de Noviembre de 1919.—*Prado y Palacio.*—Señor Subsecretario de este Ministerio.

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo preceptuado en el Real decreto de 1.º de Diciembre de 1917,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar el siguiente Tribunal para juzgar las oposiciones á la cátedra de Oftalmología, vacante en la Facultad de Medicina de Cádiz:

Presidente, D. Ramón Jiménez García, consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. Manuel Márquez, catedrático de la Universidad Central; D. Rafael García Duarte, catedrático de la Universidad de Granada; D. José Antonio Barraquer, catedrático de la Universidad de Barcelona; D. Tomás Blanco Banderante, catedrático de la Universidad de Valencia.

Suplentes: D. Guillermo Sánchez Aguilera, catedrático de la Universidad de Granada; D. Antonio Casanova, catedrático de la Universidad de Valencia; D. Godeardo Peralta, catedrático de la Universidad de Salamanca; D. Casimiro Torre, catedrático de la Universidad de Santiago.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 13 de Noviembre de 1919.—*Prado y Palacio.*—Señor Subsecretario de este Ministerio.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION (1)

68

Medios de evitar la humedad en las construcciones y habitaciones.—Preparación del terreno.—Impermeabilización de muros, suelos, etc.—Distribución y resistencia de los microorganismos en las paredes y pavimentos.—Influencia del revestimiento para la limpieza y desinfección.—Nocividad y toxicidad de los materiales de construcción.—Causas de la impurificación del aire en las viviendas.—Focos de combustión.—Procedimientos de iluminación artificial y de calefacción viciadores de la atmósfera.

69

Aprovisionamiento de aire.—Cubicación: datos para la fijación de la cantidad de aire necesaria.—Cubicación de las habitaciones según el uso á que se destinan.—Renovación del aire. Ventilación espontánea.—Medios de procurar la ventilación continua natural.

70

Examen sanitario de la suficiencia ventilatoria en los locales.—Métodos y aparatos.—Ventilación artificial.—Medios de atracción, moción y propulsión del aire.—Crítica de su eficacia y confort.

71

Calefacción de las habitaciones.—Bases en que se funda la calefacción y normas higiénicas generales.—Métodos de calefacción local y general.—Crítica y elección.—Métodos de refrigeración.

72

Evacuación de las inmundicias domésticas.—Evacuación de las basuras.—Evacuación de las materias fecales y orina, agua sucia de cocina, llovedizas y de patios, aguas de cuartos de baños y de lavaderos.—Organización de los retretes.—Principios generales.—Cubetas de oclusión hidráulica.—Ventilación de los sifones.—Depósitos de descarga.

73

Canalización doméstica de evacuación.—Condiciones de las cañerías y conductos de bajada y evacuación.—Normas higiénicas para la colocación de tubos, empalmes, interruptores y desconectores.—Organización de la red de evacuación.—Reconocimiento é inspección.—Organización de la red de alimentación.—Cañerías y depósitos.—Algibes y pozos.

74

Medios de saneamiento de las habitaciones.—Bases para la declaración de la insalubridad de las viviendas.—Registro higiénico de las viviendas.—Soluciones al problema del mejoramiento é higienización de las viviendas.—La vivienda económica é higiénica.—Extremos que debe abarcar la inspección sanitaria de las viviendas.—Defectos fundamentales y defectos de detalle.

75

Viviendas especiales.—La higienización de las viviendas rurales.—Preceptos sobre emplazamiento, orientación y defensa contra la humedad.—Aprovisionamiento hídrico en las viviendas rurales: protección de las aguas.—Modo de eva-

(1) Véase el número anterior.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

cuación de los excretas humanos y animales y aguas residuales de la vivienda rural. — Protección de los estiércoles: medios destructores de las larvas compatibles con el aprovechamiento agrícola. — Depuración biológica y utilización agrícola de las aguas residuales de las viviendas rurales e industrias agropecuarias.

76

Puntos de vista generales sanitarios sobre viviendas colectivas, locales de reunión y locales de uso público. — Hospitales y Asilos. — Origen medioeval de los establecimientos benéficos. — Evolución de las ideas sobre protección, asistencia, aislamiento de enfermos y régimen en los Hospitales, Asilos y Casas de beneficencia. — Los Hospitales como escuela experimental para el descubrimiento de las vías y modos de infección. — Importancia de las prevenciones sanitarias e higiénicas en los Hospitales y Asilos. — Diversificación y especialización de los Establecimientos benéficos.

77

Construcción de los Hospitales. — Especialización de las construcciones. — Emplazamiento y elección de terreno. — Tipos de construcción en pabellones. — Ventilación, calefacción e iluminación de los pabellones.

78

Importancia sanitaria de los servicios generales en los Hospitales. — Organización higiénico-sanitaria de estos servicios y de los de consulta y policlínica, de hospitalización y de desinfección.

79

Procedimientos modernos de aislamiento fácil y eficaz en los Hospitales. — Preponderante importancia de la dinámica sobre la estética hospitalaria. — Reglas para el aislamiento en Hospital de las principales enfermedades infecciosas. — Los Hospitales como escuela y control de la eficacia de los procedimientos de aislamiento. — Necesidad y modo de educación del personal de enfermería. — Modos de desinfección rápida y eficaz personales y de instrumental y objetos de uso. — Normas higiénicas para la construcción y acondicionamiento de Hospitales, pabellones y locales de aislamiento.

80

Establecimientos y servicios hospitalarios especiales. — Conveniencia, construcción, condiciones y organización de los Asilos de convalecencia. — Emplazamiento, construcción, condiciones y organización de los Sanatorios antituberculosos.

(Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 720,7; id. mínima, 709,1; temperatura máxima, 14°,6; id. mínima, 1°,5; vientos dominantes, N. O. S. S.

Comienzan a presentarse como en el año anterior por igual época, aunque no con tanta intensidad, las bronconeumonías infecciosas. Siguen observándose en crecido número las bronquitis, laringitis y pleuresías. Son frecuentes las complicaciones nefríticas en los padecimientos crónicos y en los agudos graves.

La mortalidad ha aumentado, aunque no en proporciones alarmantes.

Crónicas.

ESPAÑA

Interesante á nuestros suscriptores.—Según teníamos anunciado, el día 1.º del próximo mes será entregado 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*.

Colegio de Médicos de Guadalajara.—La Junta de Gobierno de Colegio Médico de Guadalajara ha acordado en sesión del día 15 del actual, que todos los médicos que soliciten cualquiera de las vacantes que ocurran en la provincia, envíen las instancias á la referida Junta, la cual acusará recibo de las mismas y las mandará á los alcaldes.

El Colegio Médico está establecido en la plaza de González Hierro, núm. 1, principal.

Practicantes.—De conformidad con lo dispuesto en el Real decreto de 17 de Octubre pasado para la aplicación de la ley de 14 de Agosto anterior, esta Dirección general ha dispuesto confirmar en el cargo de practicante del Cuerpo de Prisiones, con el sueldo anual de 1.000 pesetas, á D. Silverio Vegas Velasco, de la Prisión de La Coruña; D. Mateo Pascual, de la Celular de Valencia; D. Ricardo Calleja Ferrández, de la de Santander; D. Clemente Porto Vázquez, de la de Tótana, y D. Manuel Herrero Bonet, de la de Mujeres de Barcelona, y en el mismo cargo de practicante, con el sueldo de 500 pesetas anuales, á D. Manuel Bareiro Garrido, de la Prisión de Pontevedra; D. Lorenzo López López, de la de San Roque; D. Ramón Soler Santana, de la de Alicante; don Francisco Luque Cano, de la de Montoro; D. Tomás Manzano Fernández, de la de Sanlúcar la Mayor; D. Francisco Salvat Roig, de la de Castellote; D. Bernardino Gonzalo Sáez, de la de Alhama, y D. Pedro García Gárate, de la de Montalbán.

Colegio de Huérfanos.—Por falta material de espacio no damos detallada cuenta de la marcha próspera de la institución. Baste decir que MAÑANA DOMINGO ENTRARÁN LOS DIEZ HUERFANITOS QUE COMPLETAN EL NÚMERO DE CIENTO PRESCRITO EN EL DECRETO DE FUNDACIÓN.

Una desgracia lamentable, aunque no afecte directamente á los niños y á la Institución, ocurrió el domingo último, á las once de la mañana. El conserje D. Mariano Ronda, que tantas simpatías tenía entre las familias de los alumnos por la afabilidad de su carácter, quedó instantáneamente muerto á consecuencia de una hemorragia ó de una trombosis cerebral.

El presidente del Patronato y el director, que acudieron inmediatamente al local, dispusieron que los actos y gastos del sepelio fuesen de cuenta de la Institución.

Otro conflicto se ha solventado airoosamente en estos días: el pan que á todo Madrid ha faltado, no les ha faltado á los huérfanos, que siguen sanos y satisfechos.

TOLUDEN

Pelrid's C., New-York

Pomada al diazoamido-toluoil, 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).

De los conflictos.—El Comité sanitario de Almería ha aplazado, hasta conocer las conclusiones aprobadas por la Asamblea de médicos, poner en práctica las determinaciones por él tomadas.

—Los médicos titulares de la provincia de Badajoz han celebrado una reunión con el objeto de tratar las conclusiones que discutirán en la Asamblea próxima que ha de tener lugar en Madrid.

Votaron ir á la huelga en el caso de ser desatendidas sus pretensiones.

—Un telegrama procedente de Algeciras da cuenta de que desde hace unos días se celebran frecuentes reuniones entre los médicos de la Beneficencia municipal para ponerse de acuerdo é ir á la huelga si el Ayuntamiento no paga á los médicos las cantidades que les adeuda.

—Para celebrar la favorable solución de la huelga sostenida por los médicos de Jerez, la Unión Sanitaria ha organizado un banquete, que se celebrará allí el día 30 del corriente.

Donativo importante.—En la última semana se ha dado á conocer en Bilbao la noticia de que el opulento naviero D. Luis Aznar ha hecho un donativo de 200.000 pesetas con destino á la construcción en el Hospital de un pabellón para la consulta gratuita de los enfermos pobres.

Federación de clases sanitarias.—En el local del Colegio Médico de Guipúzcoa se reunieron el domingo último por la tarde los representantes de las clases médicas, farmacéuticas, veterinarias y de practicantes de Alava, Guipúzcoa, Navarra y Vizcaya.

Quedó constituida la Federación vasconavarra y nombra su Junta directiva.

Fueron designados los individuos que representarán á esta entidad en la Asamblea que próximamente se celebrará en Madrid.

Obras recibidas. *Retiros obreros.*—Real decreto de 11 de Marzo de 1919 que ha de regular su implantación en España. Estudio crítico por D. Rafael Coderech, inspector general de Caminos, Canales y Puertos, vocal de la Junta consultiva de Seguros. Precio de esta obra, 5 pesetas. Sociedad Española de Artes Gráficas, Fuencarral, 137, Madrid.

FRANCIA

Recompensas.—*Medallas de epidemias.*—De oro: Al doctor Simonin, director de la Escuela de Sanidad militar de Lyon; al Dr. Würtz, académico de la de Medicina; al doctor Ronget, director del Servicio sanitario del Gobierno militar de París. De plata: M. Ehringer, del tercer batallón de África; M. M. Valensi, Bourgeat, Hourmey y Sergeant.

Medalla militar.—Acaba de ser condecorado con la Medalla militar el médico auxiliar M. Riser, conocido por el valor que demostró durante los combates de 26 al 30 de Septiembre del último año de guerra, enarando á los heridos delante de las primeras líneas de combate, con total desprecio del peligro que su vida corría.

Hospitales de París.—Han sido designados, después de concurso, médicos de los hospitales de París: M. M. Harvier, Léry, Foix, Villaret y Herscher, y cirujanos de los mismos hospitales, M. M. Bazy, Kuss y Sorel.

Los honorarios de los médicos en París.—Los médicos del XI distrito han participado á su clientela que, á partir de 1.º de Julio (?) el precio de la visita dentro del barrio será de 8 francos como minimum, y que fuera de él la tarifa será de 10 á 20 francos, según las distancias.

Toda visita solicitada, á partir de las siete de la tarde, se tasaré en el doble.

En fin, los honorarios médicos se pagarán al contado.

Sociedad Francesa de Historia de la Medicina.—El centenario de Laënnec, celebrado en Quimper el 12 de Octubre último, ha sido conmemorado en la reunión de la Sociedad Francesa de Historia de la Medicina, del sábado 8 de Noviembre, en la que el Dr. Letulle comentó una nota sobre la cirrosis del hígado del célebre médico bretón.

En la misma sesión, el profesor Jeanseime, miembro de la Academia de Medicina, hizo una comunicación sobre la Gota en B zancio, y el Dr. Paul Delannay, de Mons, sobre el médico Moreau de la Sarthe (1771-1826), aportando un capítulo inédito y curioso á la antigua tesis de M. Picavet, sobre los ideólogos.

ARGENTINA

Homenaje á varios médicos.—Por resolución del 15 de Octubre, la Intendencia Municipal, con el propósito de honrar la memoria de médicos argentinos que han dejado una obra de ponderable valor científico, ha designado con los siguientes nombres cuatro salas del Hospital Parmenio Píñero y una del Hospital Muñiz: Juan José Montes de Oca, Ignacio Pirovano, Alejandro Castro, Alejandro Posadas y José Penna.

La designación de José Penna á una sala del Hospital Muñiz, responde á un deseo expresado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina. Este homenaje tiene, según lo expresa la Intendencia, carácter transitorio, pues ella ha dispuesto se dé el nombre del eminente epidemiólogo al primer hospital municipal que se construya.

La *Prensa Médica* de Buenos Aires cree que el verdadero homenaje que se puede rendir al Dr. Penna, es designando con el nombre de Hospital José Penna, la antigua Casa de Aislamiento, hoy Hospital Muñiz, y dar el nombre de Francisco Javier Muñiz al primer Hospital municipal que se construya.

De esta manera se habrá hecho justicia, pues es bien sabido que la Casa de Aislamiento ha sido dirigida por el doctor Penna desde que fué abierta al público el 23 de Diciembre de 1882.

Movimiento de población en Buenos Aires.—Total de fallecimientos, 2.386.

Total de nacimientos, 3.018.

Los anteriores datos se refieren al movimiento de población de la ciudad de Buenos Aires durante el pasado mes de Agosto de 1919.

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

SOLUCION BENEDICTO

Ellicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis bronquitis, catarros 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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO:
FARMACIA ROBERT-Lauria-74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

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