

Revista Sanitaria de Toledo.

Publicación quincenal.

« SUMARIO »

- 1.º Sección científica original. — «La Ley de Accidentes del Trabajo desde el punto de vista médico-legal», Dres. A. Lecha Marzo y A. Piga. — «La vacunación antitífica en la práctica diaria», Dr. Roberto S. Kolbé. — «Un nuevo tratamiento de las prostatitis, vesiculitis seminales y artritis de origen gonocócico», M. Sánchez y A. Piga. — «Carta abierta».
- 2.º Variedades. — «Un contraveneno antiguo y otro moderno». — «Revista de Semiótica». — «Revista de Terapéutica». — «Nomenclatura médica». — «Contribución al estudio de la prueba del nitrito de amilo». — «Bibliografía».

LA LEY DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO-LEGAL

POR LOS

Dres. A. Lecha Marzo y A. Piga.

(Trabajo de la Cátedra de Medicina legal del profesor Maestro.)

Todas las obras modernas de Medicina legal se ocupan de la Ley de 30 de Enero de 1900, y algunas hacen un estudio comparativo de la legislación extranjera relativa a accidentes del trabajo. Parece ocioso, por tanto, insistir sobre un asunto demasiado manoseado; en realidad es necesario hacerlo puesto que la práctica médica cotidiana demuestra que la citada ley no está lo suficientemente dominada por los profesionales.

Nada tiene de particular que así suceda, tratándose de una ley que a diario está sufriendo modificaciones, que si no son sustanciales, son lo suficientemente importantes para necesitar aclaraciones de consideración que el Tribunal Supremo su encarga de hacer, estableciendo copiosa jurisprudencia. Nada de particular tiene que así suceda si nos fijamos que en las referidas obras de Medicina legal se atiende preferentemente al aspecto estático de la ley—articulado—y no al aspecto dinámico (casuística, procedimientos, casos prácticos). Esto hace ingrato y árido el estudio, contribuyendo a que los Médicos no se interesen cuanto fuera de desear en el mejoramiento gradual de tan hermosa institución jurídica.

No tenemos la vana pretensión de agotar el tema; ni siquiera aspiramos a señalar todos los puntos que deben ser objeto de un análisis detenido y concienzudo; nos contentaremos con abocetar la cuestión tratando de fijar el concepto de accidente, un esquema de casuística médico-legal sobre estos asuntos, apuntando cuatro comentarios al artículo 5.º que obliga al patrono, en caso de fallecimiento de un obrero víctima de un accidente, a

indemnizar a la viuda o los descendientes menores de diez y seis años y ascendientes en forma y cuantía que no es necesario reproducir aquí, y finalizaremos con una somera indicación sobre la cuestión batallona, sobre el nudo gordiano alrededor del cual parece ha de girar todo lo que sobre la Ley de Accidentes se piensa o se escriba: el estado anterior de las víctimas.

Concepto de «accidente de trabajo».

En la legislación española toda lesión corporal sufrida por un operario con *ocasión* o por *consecuencia* del trabajo que ejecuta por cuanto ajena, fuera de su domicilio, es un accidente. Así, pues, si la lesión se la produce el obrero en su casa, aunque trabaje por cuenta de un patrono no es aplicable al concepto expuesto en el artículo primero de la Ley.

En último término hay que reconocer que en nuestra legislación se dió mayor claridad al vocablo *accidente* que en la francesa, en la cual—artículo 1.º de la Ley de 9 de Abril de 1808—se decía: «Les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employes...», atendiendo seguramente a los notables trabajos hechos por Marestaing (1), Sachet (2), Lebret, Monis, Millerand, Thoinot (3), etcétera; pues en 1899 escribía Lebret, siendo Ministro de Justicia: «el accidente consiste en una lesión corporal que proviene de la acción súbita de una causa exterior». Y Thoinot daba la siguiente definición: «accidente es toda herida externa, toda lesión médica, todo trastorno nervioso psíquico resultante de una acción súbita, de una violencia exterior que se ejerce durante el trabajo o con ocasión del trabajo, y toda lesión interna determinada por un esfuerzo violento en el curso del trabajo». La indentidad de la ley española y la francesa no quiere decir que por acá no haya habido hombres que sin necesidad de apropiarsa ideas extranjeras no hubiesen puesto los cimientos de la reforma legislativa; el señor Marqués de Santa Ana, por ejemplo, autor de una proposición de ley para la fundación de un Hospital Nacional de Inválidos del trabajo (1878); la presentada en el Senado en 1886 por el señor Marqués de Arlanza para que se estableciesen en las ciudades y en los pueblos *Consejos y Cajas de Socorro*, en la cual había un artículo, el 5.º, que disponía que los «Consejos podrán conceder pensiones vitalicias a los inválidos del trabajo»; las *Bases para una ley sobre inválidos del trabajo*. (del ilustre Azcárate), que ya abarcaba el aspecto jurídico y social del problema, afirmándose la responsabilidad de los patronos en ciertos casos (1887); el proyecto presentado por el Ministro de la Gobernación en 5 de Marzo de 1888 sobre *Indemnización a los obreros que se inutilicen en el trabajo*; el dictamen del señor Sanromá (1890), sobre un *Proyecto de la ley de responsabilidad industrial*; la proposición del señor Carvajal (1894-95) sobre *indemnización por parte de las compañías y empresas a sus empleados y obreros que mueran o se inutilizan en su servicio*; la

(1) *Marestaing*. Rapport au Congrès international des accidents du travail, 1899. (Comptes rendus, t. 1.º, p. 129).

(2) *Sachet*. Traite theorique et pratique de la legislation sur les accidents du travail. París, 1900.

(3) *Thoinot*. Les accidents du travail et les affections medicales d'origine traumatique, página 18.

del señor Pedregal aprobada por el Congreso en la misma legislatura sobre *Cajas de socorro para obreros*; la del señor Maluquer—Febrero 1895; el *Reglamento de policía minera* (1897), y finalmente la del *Proyecto de ley*—5 de Diciembre de 1899 firmado por el entonces Ministro de la Gobernación. Excmo. Sr. D. Eduardo Dato. Véase cómo los difamadores de la cultura española deben ser cautos por lo que respeta a la obra realizada por los Cuerpos Colegisladores, precursora de una ley cuya difusión—ha dicho su autor—es «labor de educación social, afectando sus preceptos, no sólo a intereses particulares aislados, sino también a la masa en general de los ciudadanos, penetrando en el fondo de las relaciones del capital y del trabajo, apoyos firmísimos de todo progreso».

Casuística médica de accidentes del trabajo.

Prescindiendo de los médicos que tienen contratos con grandes empresas patronales o los que pertenecen a las compañías aseguradoras de accidentes del trabajo, vamos a considerar el caso de un práctico que se ve requerido a prestar sus auxilios científicos a un individuo que ha sufrido un accidente del trabajo.

El médico, después de curar al lesionado, redactará una certificación facultativa—independiente del parte del accidente que remite el patrono—dirigida al Sr. Gobernador civil de la provincia en esta forma:

Beneficencia municipal de... Accidente del trabajo. O bien, «Fulano de tal, Doctor en Medicina, etc. En cumplimiento del artículo 18 del Reglamento de 28 de Julio de 1900, relacionado con la ley de 30 de Enero del mismo año, y para que conste en el expediente oportuno, tengo el honor de poner en conocimiento de V. S. que en el día de hoy he asistido al obrero N. N. de la sección completa de los cuatro últimos dedos de la mano izquierda a nivel del rodete dignito-palmar, cuyo traumatismo ha sido producido por una sierra eléctrica, obligando a la regularización inmediata de las superficies seccionadas, previa anestesia local. Su consecuencia probable será la incapacidad absoluta para el trabajo. Hecha la primera cura por el infrascrito fué conducido el lesionado al hospital de esta población.

Sevilla, 10 de Agosto de 1913. Dr. X.

Ilustrísimo Sr. Gobernador civil. Presidente de la Junta provincial de Reformas Sociales.

Cumplido este requisito puede suceder que el patrono, en uso de su derecho, nombre un facultativo que siga encargado de la asistencia. Para hacerlo tiene un plazo que no puede exceder de cuarenta y ocho horas (artículo 16), pasado el cual *cualquier Médico* (aunque no haya sido designado por el patrono) que cure al lesionado tiene implícitamente la representación del susodicho patrono, a cuyo cargo correrán los honorarios. Algunos opinan que el obrero no debe renunciar nunca la dirección de facultativo designado por el patrono.

En cuanto se obtenga la curación hay que certificar diciendo, o que el obrero se halla en condiciones de volver al trabajo, o si resulta incapacidad, calificando ésta.

Certificación facultativa.—Alta del obrero.

El que suscribe, licenciado en Medicina, con ejercicio en esta localidad, patente de 5.^a clase, núm. 44, etc.

Certifico: Que desde el 14 de Abril he estado asistiendo al obrero Julio Escobar Bustamante, lesionado el día expresado en ocasión de estar trabajando en la fábrica de adamasquinado de los Sres. Tejero y C.^{as}; dándole el alta en esta fecha sin incapacidad de ninguna clase (o con lo que sea) (1).

Eibar, 1.º de Mayo de 1912.

Firma.

Conforme: el obrero, JULIO ESCOBAR BUSTAMENTE.

Obsérvese que en esta certificación el obrero ha de poner su conformidad:

El certificado médico es en un gran número de casos un impreso que el profesor no tiene si no llenar; si no hay impreso se extiende en papel común sin sello ni póliza de ninguna clase.

El Médico debe ser extremadamente prudente y no afirmar de una manera absoluta las consecuencias del accidente, salvo cuando se halle completamente seguro de ellas. En las restantes ocasiones será de rigor emplear la fórmula: «todo permite esperar que sucederá esto o lo otro salvo complicaciones imprevistas.

Imaginemos ahora que el obrero no se halla conforme, surgiendo su disconformidad (artículo 22 del Reglamento de 28 de Julio de 1900), ya por no conceptuarse curado o por no estar conforme con la calificación de la inutilidad. Podrá en tal caso nombrar facultativos para que con los del patrono practiquen un nuevo reconocimiento librando la certificación en que conste la conformidad o disconformidad de opiniones, documento que autorizarán con sus firmas todos los profesores actuales.

Cuando no hay conformidad, como muy frecuentemente ocurre, deben hacerse tres copias del documento en que consta el desacuerdo: una para el obrero, otra para el patrono y otra para el Gobernador civil de la provincia (artículo 23).

Una vez hecho esto no hay más que esperar el resultado, puesto que la tramitación siguiente—remisión a informe de la Real Academia de Medicina inmediata—se hace por la autoridad gubernativa quien también, cuando recibe gratuitamente la contestación de la científica corporación, da cuenta de ellas, con copias separadas al patrono y al obrero.

Un Médico de un hospital debe saber que los Médicos designados por un patrono para asistir a un obrero lesionado tienen idénticos derechos que los forenses, y por tanto cuidará de no impedir el cumplimiento de su misión. Tales derechos les están reconocidos en el artículo 17 del Reglamento.

El Dr. Ibáñez indicó en un artículo publicado en una revista profesional (2), (que acaba de desaparecer por desgracia), que las certificaciones de haberse producido un accidente y las de haber muerto un obrero debían ser entregadas al patrono para que éste a su vez las remitiese a

(1) Véase el Reglamento de 8 de Julio de 1903 para la declaración de incapacidades por causas de accidentes del trabajo. Legislación obrera, por Catalá y Gavilá, 1911.

(2) La ley de accidentes del trabajo y los Médicos. (*Protocolo Médico-forense*. Marzo 1903).

la correspondiente autoridad gubernativa; mientras que debían parar en manos del obrero o de su representante las de sanidad en condiciones de volver al trabajo y las de sanidad con incapacidad.

En la certificación de defunción habrá de distinguirse dos casos: 1.º el de que la defunción haya sido simultánea o inmediata con el accidente; 2.º, el de que hayan mediado varios días. En este último explicaremos con toda exactitud los caracteres de las heridas, los datos de la autopsia, si se realizó, etc.

*
*
*

Los obreros que resultaren lesionados estando trabajando en establecimientos militares recibirán asistencia facultativa con arreglo a lo que dispone la Real orden circular de 22 de Diciembre de 1902 que dice así:

Excmo. Sr.: En vista de las dudas que se han ofrecido respecto a la forma en que ha de prestarse la asistencia facultativa a los obreros que por accidentes del trabajo resulten lesionados en los establecimientos de industria militar; teniendo en cuenta que las necesidades ordinarias del servicio no exigen la presencia de un Jefe u Oficial de Sanidad militar en los mencionados establecimientos durante las horas de trabajo y que se gravaría el Erario si se destinara personal con el único objeto de atender exclusivamente a los accidentes eventuales que pueden surgir; el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer lo siguiente:

1.º El Médico militar encargado del servicio sanitario en uno o más de los referidos establecimientos del ramo de Guerra, se presentará en éstos para prestar sin demora el socorro facultativo que en casos de accidentes necesiten los obreros civiles de ambos sexos que resulten lesionados.

2.º Cuando la índole del accidente no exija el ingreso en el hospital, serán los interesados de ambos sexos asistidos, si fuera necesario, en sus domicilios por el Médico militar correspondiente.

3.º Las obreras que para la curación de las lesiones deban ingresar en el hospital, lo harán en los civiles, siendo visitadas periódicamente por los Médicos militares, para que puedan informar en los casos que marca el artículo 18 del Reglamento para la aplicación al ramo de Guerra de la Ley de Accidentes del trabajo.

4.º Las estancias que en los hospitales civiles causen las obreras lesionadas serán cargo al capítulo del presupuesto de este Ministerio en que se autorice el crédito para el cumplimiento de la citada Ley.

5.º Es aplicable a las lesionadas lo que preceptúan los incisos 2.º y 3.º del artículo 16 y 2.º del 17 del citado Reglamento.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento, etc.

¿Cuándo deben intervenir otros Médicos como peritos? Siempre que el certificado sea insuficiente, esto es, no contenga las indicaciones formuladas en la ley; o cuando un acontecimiento importante, repentina agravación del herido, por ejemplo, lo requiera; o bien si hubo de afirmarse que la inutilidad sería temporal y resulta permanente.

Los honorarios del perito son admitidos en tasación como en materia civil, estando reglamentados igual que en todas las peritaciones.

Comentarios al art. 5.º de la ley de 30 Enero de 1900.

Ya hemos dicho que en este artículo se establece que el patronato indemnice a la viuda, etc., del obrero muerto por un accidente del trabajo.

Analizando este artículo hemos de reconocer que presenta dos aspectos: uno, de carácter jurídico; otro, de carácter médico.

El primero no nos compete, pero no deja de tener un alto interés. Así, el Tribunal Supremo ha dicho que constituía notoriamente accidente del trabajo la muerte del patrón de un barco por naufragio del mismo a consecuencia de la niebla y estado del mar (Sentencia de 28 de Diciembre de 1906). Mientras no ha considerado como accidente el fallecimiento de un obrero por tuberculosis pulmonar crónica que padecía sin influencia alguna directa ni indirecta con la asfixia que sufrió en los trabajos de un pozo. (Sentencia de 12 de Marzo de 1907).

El segundo aspecto, de carácter médico, en consiste en resolver si la muerte ha sido consecuencia o no del accidente. Por regla general la cuestión aparece fácil, y la autopsia revela importantísimas lesiones traumáticas que dan la clave de la muerte; otras veces esas lesiones traumáticas son insignificantes; y en cambio se notan signos indubitables de arterio esclerosis de las coronarias, o de miocarditis segmentaria, o de hemorragia cerebral, etc., que invalidan la suposición de que la muerte haya sido debida al traumatismo.

Sin embargo, ¡qué problema tan complejos y difíciles de resolver se han escapado a la perspicacia del legislador! En esos mismos casos que refieren todos los autores de anginosos de pecho o de hemorrágicos cerebrales, ¿quién osará dudar que un esfuerzo aumentando la presión vascular puede haber sido la causa eficiente, próxima, de la muerte?

Bien es verdad —aunque alguien haya dicho lo contrario en un Tratado francés de Medicina legal— que la legislación española separa cuidadosamente las enfermedades profesionales, cuando no tienen relación absoluta e inmediata con aquella profesión de los accidentes del trabajo (1). Y que por esto es lógico que también separe la muerte en el trabajo de la muerte ocasionada por el trabajo.

Esa distinción, que teóricamente tendría un absoluto valor, prácticamente carece de él, supuesto que el patrono acepta al obrero como es, fuerte o enfermizo, con sus arterias sanas o en estado preesclerótico, con hábitos de templanza, abstemio, o con pasión por las bebidas alcohólicas.

Mayor raigambre tendría la distinción indicada (y aún creemos lógico decir que tendrá) el día en que luzca esplendente el tibio rayo solar del altruismo humano, capaz de orear con cristiano propósito esa húmeda cié-gana, donde se agitan germenos antitéticos con el puro ambiente de las leyes, dando al traste con todas las deficiencias y exclusivismos de la ley de Accidentes del trabajo.

La *ficha fisiológica* exigible al obrero como necesaria para ingresar en talleres o fabricas, nos parece hoy punto menos que un ideal. Tales son las dificultades que columbramos al imaginar implantada en la legislación

(1) Respecto de las enfermedades profesionales ha dicho el Tribunal Supremo de Sentencia de 17 de Junio de 1903: «No es dable confundir en modo alguno lo que es un accidente del trabajo con lo que constituye una enfermedad contraída en el ejercicio de una profesión determinada, cuando esta enfermedad no tiene una relación absoluta e inmediata con aquella profesión, sino que depende del agotamiento o desgaste natural de fuerzas empleadas en los trabajos a que el individuo se dedique». Esto viene a dar la clave de por qué se considera la intoxicación saturnina como accidente y no se aprecia en la jurisprudencia del Supremo que sea accidente la tuberculosis o la anemia.

obrero una condición que en su envoltura de caridad y filantropía, lleva marcadas las máculas de un refinado egoísmo, y de una severidad que inutilizaría de hecho una gran masa de población obrera de tara patológica indubitable, lanzándola a la miseria, tal vez a la desesperación con caracteres de antisociabilidad anarquizante.

Cabe sí, un prudente eclecticismo, y por eso estamos de acuerdo con Valdivieso (1) en que el neurósico, y sobre todo el epiléptico, deben ser excluidos del contacto de los motores, apartados de aquellos sitios de peligro, en los cuales los artefactos mecánicos amenazan por igual al obrero, futura víctima, y al patrono que ha de subvenir pecuniariamente a lamentables desgracias.

Estado anterior de las víctimas.

Algo de lo expuesto al tratar el punto anterior, se relaciona íntimamente con lo que ahora diremos.

Sería inútil entretenernos en largas disquisiciones que por el momento no habrían de lograr cambiar la faz del problema. Resulta, además, que no estarán conformes los autores, y mientras Sachet (2) entre otros considera que cuando la víctima estaba afecta de una enfermedad preexistente que dió como consecuencia una agravación del estado del enfermo, no debe tenerse en cuenta esta agravación en la evaluación de la enfermedad, y Balthazard cree muy razonable esa opinión (3), Segundo en el Congreso de Cirugía (7-12 Octubre 1907) propuso y fué adoptado el siguiente acuerdo: «Es de desear que la ley se modifique de manera que no se excluya deliberadamente en la separación pecuniaria de los accidentes, el papel de las predisposiciones y de las enfermedades preexistentes. Esa modificación atenuaría las consecuencias desagradables de la indemnización transaccional y destajista, permitiendo tener en cuenta las responsabilidades atenuadas y conceder una indemnización exactamente proporcionada al ejercicio.» Nosotros dejamos por ahora la discusión doctrinal, porque además daría a este artículo proporciones desmesuradas y haremos mención solamente de ciertos detalles que pueden ser de utilidad al perito llamado a dar su opinión ante los tribunales.

Los traumatismos torácicos pueden ser causa de una pleuro-pneumonía tuberculosa o avivar una lesión fímica preexistente. Todos los recursos que la clínica moderna nos presta, deben ser puestos en juego para demostrar lo que haya de verdad entre el traumatismo y la enfermedad desarrollada o entre la enfermedad crónica y su avivamiento a causa del traumatismo.

Las tuberculosis articulares consecutivas a traumatismos son muy frecuentes y raro será el médico que no haya tenido ocasión de ver casos de esa clase. Y aunque no se pueda decir que el traumatismo ha hecho la artritis tuberculosa, tampoco se puede negar que la revela, la exterioriza, constituyendo su causa ocasional.

El traumatismo craneal es capaz de revelar focos latentes de meningitis

(1) Valdivieso. La ley de accidentes del trabajo. *Jurado médico farmacéutico* 1906.

(2) Sachet, *Loc. cit.*, pág. 152 y 153.

(3) Balthazard, *Med. leg.*, pág. 304 y siguientes.

y el trauma testicular hace cosa parecida respecto del fungus del testículo. En las estadísticas de Kocher, Schroter, etc., y en las de muchos cirujanos españoles aparece el traumatismo como factor etiológico de la orquitis tuberculosa.

En 1882, Litten separó la neumonía traumática de la contusiva. Desde entonces acá Wendriner, Lescudé, Pezerat y otros muchos, han definido bien el valor del traumatismo en sus procesos pneumónicos. No es demasiado frecuente (14 casos entre 320 de neumonía).

Aparece por lo común a los dos o tres días del traumatismo y ni en su anatomía patológica, ni en su sintomatología, ni en su evolución, presenta nada de particular. Se ha dicho que el *herpes labialis* solía faltar, que la postración del enfermo era más grande y la marcha del proceso más rápida. Fácil es comprender que sobre esos síntomas no cabe fundar en serio un atisbo de diagnóstico diferencial.

El histero-traumatismo, las neurosis traumáticas (Olive, Le Meignen) (1) son aún muy discutidos. Posible y aún probablemente irán desmenbrándose, perdiendo terreno conforme vayamos teniendo nuevos conocimientos. No pasa más ni menos en clínica con los enfermos de sistema nervioso que poco a poco van saliendo del grupo de las neurosis para ingresar en distintos casilleros nosológicos, cuya anatomía patológica van surgiendo gracias al auxilio del microscopio.

En otro respecto la sintomología de esas neurosis traumáticas no deja de ser muy variada.

En presencia de uno de estos casos el perito extremará sus observaciones, reiterándolas cuantas veces juzgue necesario, y procederá con toda circunspección, no perdiendo de vista que los trastornos lo mismo pueden aparecer a continuación de traumatismos ligeros como de traumatismos graves.

Finalmente la *diabetes traumática* puede ser consecutiva a todos los traumatismos, y principalmente a los craneales y de columna vertebral. También hay casos en los cuales el traumatismo se hallaba alejado de los centros nerviosos (Richardière, Brouardel).

Aparece bruscamente, algún tiempo después del traumatismo y suele tener un carácter benigno. La diabetes traumática es hermana en pronóstico de la diabetes nerviosa.

De no aparecer pronto,—casos tardíos, al año, a los dos años, tres años, etc.—la conexión etiológica flaquea mucho y en sentir de algunos autores (Asher, Kauffmann) no tendremos derecho a buscar relaciones, basadas en una simple posibilidad, entre la glucosuria y el traumatismo. Rohmer también se inclina en este sentido y nosotros sumamos nuestra opinión a la de las referidas autoridades médicas.

* * *

Es digno de loa la tendencia señalada en los últimos Congresos internacionales de enfermedades profesionales de someter a deliberación de las competentes cuestiones litigiosas, más apropósito para amplia controversia y análisis que para ser tratadas *calamo corrente* o enfocados en un criterio demasiado personal. Recuérdese que en Bruselas (Septiembre 1910) hubo

(1) G. Olive et Le Meignen. *Accidens du travail*, p. 325.

de discutirse si el lumbago, la hernia, la insolación, el carbunco en los curtidores, la sífilis en los obreros que trabajan el vidrio, etc., eran accidentes del trabajo o enfermedades profesionales no sujetas a indemnización. Un año después Morales Pérez, de Barcelona, publicó un notable trabajo (1) considerando que entre las variedades de hernia, la intersticial o directa debía considerarse como accidente del trabajo; y proponía que para evitar litigios entre patronos y obreros o entre éstos y las sociedades de Seguros (que vienen a presentar a los primeros) se nombrase una comisión encargada de reconocer a los trabajadores, dándoles el certificado consiguiente con respecto a las hernias.

En el extranjero, entre otros muchos, el Dr. Bernacchi, de Milán, ha sostenido (1911) que la contaminación de la sífilis con ocasión del trabajo es un accidente del mismo (2). Thoinot Vibert, Forgue, Patry, D'Anna, Kauffmann, Stolper, Eysel, etc., son de esta opinión. Pieraccini, en cambio la combate.

Convendrá revisar de nuevo todas estas cuestiones.

LA VACUNACIÓN ANTITÍFICA EN LA PRÁCTICA DIARIA

POR EL

DR. ROBERTO S. KOLBÉ

DE LAS FACULTADES DE PARÍS, LAUSANNE Y BUENOS-AIRES,

ANTIGUO CATEDRÁTICO DE LA FAC. DE MED. DE BUENOS-AIRES, MÉDICO-CONSULTOR
DEL BALNEARIO DE CHATEL-GUYON (FRANCIA)

Este estudio, escrito para el médico práctico, evitará toda clase de discusión científica y se limitará a la exposición de los resultados adquiridos de la vacunación antitífica por medio de la *vacuna antitífica monovalente calentada* (Chantemesse).

Para nosotros no cabe duda alguna que el siglo XX verá paulatinamente desaparecer la fiebre tifoidea en los países civilizados gracias a la vacunación antitífica sistemática, como el siglo XIX ha visto desaparecer la viruela con la vacunación preventiva correspondiente.

Es triste la comprobación de que una «enfermedad evitable» sacrifica hoy todavía existencias incalculables en la flor de la vida, entre 15 y 30 años.

Se pretende que bastaría una organización enérgica de la *lucha anti-tifoidea*, sobre todo por el saneamiento de las habitaciones y por la depuración de las aguas de consumo!... ¿Pero es posible obtener siempre y en todas partes agua pura y habitaciones sanas? Además la profilaxia de la

(1) Dr. A. Morales Pérez. ¿Deben considerarse las hernias como accidentes del trabajo? (Rev. de Medicina y Cirugía prácticas, núm. 1152.)

(2) Bernacchi, Accidents du travail. Rev. de Medicine legale, 18 anée, núm. 5.

fiebre tifoidea no está representada únicamente por la pureza del agua!... Los *portadores de gérmenes*, hoy bien conocidos, quedarán siendo siempre los propagadores inconscientes e involuntarios de la enfermedad! Cuántas madres cariñosas transmiten así a su único hijo, mimado y defendido por todos los medios posibles e imaginables contra el contagio, la enfermedad de una manera inconsciente!...

Los primeros estudios sobre la vacuna antitífica datan del año 1887 y fueron hechos por *Ferrán* en España. *Ferrán* hizo inyecciones de un centímetro cúbico de cultivo vivo de bacilos del tifus. Este método preventivo por medio de *microbios vivos, no atenuados*, era demasiado peligroso para la vacunación humana. Era indispensable *atenuarlos*, hacerlos *inofensivos*. Atenuando a los bacilos tíficos, se hacía lo que *Pasteur* había hecho para la vacunación articularbuncosa. Para el bacilo de *Eberth* tenemos hoy *vacunas atenuadas por el calor (53°) (Castellani)* y *por la sensibilización (Besredka y Meschnikoff)*. Las propiedades inmunizantes de las vacunas antitíficas atenuadas y sensibilizadas son innegables; tienen sin embargo en la práctica diaria el inconveniente—sobre todo en sujetos predispuestos y en caso de epidemias—de prestarse a un equívoco. Supóngase que un individuo vacunado con ellas caiga enfermo de fiebre tifoidea—por mera coincidencia—¿cómo se defendería el médico contra la acusación eventual de que la inyección vacunante no lo haya sido infectante? Así se lleva delante de los tribunales a los médicos cuando ellos hacen más de lo que deben; es prudente defenderse contra sus clientes, mucho más cuando hay posibilidad de evitar equívocos desagradables!...

El médico debe pues utilizar una vacuna antitífica con bacilos esterilizados. Esta esterilización se obtiene por el calor, por los antisépticos (ácido fénico y formol), por el cloroformo, por el éter (*Vincent*), por los Rayos ultravioletas, etc.

La vacuna preferible para nosotros es la vacuna monovalente calentada a 56° y bien dosificada por la numeración de los bacilos. La numeración se hace lo mismo que la de los glóbulos rojos de la sangre. Una vez que se conoce el número exacto de bacilos, contenidos en un centímetro cúbico de una emulsión madre, basta diluirla en una cantidad de agua fisiológica esterizada, ligeramente cresolada (0,30 por 100), suficiente para que la emulsión nueva esterilizada contenga precisamente *mil doscientos millones de bacilos tíficos muertos por centímetro cúbico*. *Esta emulsión representa la vacuna inyectable*; la pequeña cantidad de cresol debe preservarla contra una infección accidental. Se debe conservar la vacuna en un sitio fresco al abrigo de la luz. Cuando se la despacha para los tíficos, hay que conservarla en las cámaras frigoríficas de los trasatlánticos. La vacuna conserva sus propiedades durante cuatro o seis meses.

Los resultados de la vacunación antitífica.

No queremos enumerar las estadísticas oficiales de los ejércitos de Alemania, Bélgica, Inglaterra, de los Estados Unidos de Norte América, del Japón, de Francia, donde se ha empleado la *vacuna monovalente calentada*. El resultado es uniforme y concluyente. Los vacunados y los no vacunados se exponen a los mismos placeres y a idénticas fatigas, al mismo régimen alimenticio; los vacunados están protegidos contra la fiebre ti-

foidea de una manera notable. Así, por ejemplo, según las estadísticas oficiales muy recientes de los Ministerios de Marina y de la Guerra de Francia, de los 2.000 hombres vacunados *ninguno ha caído enfermo de fiebre tifoidea, ninguno ha pedido un permiso temporario durante la vacunación, ningún inconveniente inmediato o tardío ha sido señalado. Entre los no vacunados en cambio, hubo muchos casos de fiebre tifoidea.*

La duración de la inmunidad contra la fiebre tifoidea después de la vacunación, no se conoce todavía. Se supone que hay garantía para cinco años. Se puede comprobar esta inmunidad por el suero diagnóstico, por medio de *aparatos macroscópicos*. (Suero-aglutinómetro macroscópico y mensurativo de los Doctores Chantemesse y Rodríguez, por ejemplo). Si el suero-diagnóstico se hace dudoso o negativo, se debe hacer una *sola* inyección de vacuna, que en la mayoría de los casos *despierta las reacciones humorales aglutinantes*. Este despertamiento está particularmente indicado para los guerreros, los exploradores, los médicos sanitarios, etc. *En resumen*; la vacunación antitífica, con prudencia, tiene ningún peligro próximo ni alejado, altera la salud, no obliga a una interrupción del trabajo. Todos los sujetos, hombres, mujeres, niños, hasta los niños de pecho y las mujeres embarazadas, soportan admirablemente la vacunación y son mucho menos aptos para enfermarse de la fiebre tifoidea que los vacunados. Si los vacunados caen enfermos de fiebre tifoidea, la enfermedad es insignificante, como lo es la viruela en los enfermos vacunados contra la viruela.

Técnica de la vacunación antitifoidea por la vacuna monovalente calentada (*Chantemesse*).

La vacuna Chantemesse se obtiene en el Laboratorio de Higiene de la Facultad de Medicina de París, en ampollitas semejantes a las de morfina, cafeína, ergotina, etc. Cuando el Médico quiera vacunar a uno sólo individuo, empleará una cajita con cuatro ampollas. Estas tienen una cámara de aire para garantizar por la agitación la homogeneidad de la vacuna.

Recomendaciones especiales:

No vacunar más que las personas sanas.

No vacunar los febricitantes en general, o los tuberculosos en particular.

Las mujeres deben ser vacunadas fuera de la época de las reglas. El embarazo no es una contraindicación para la vacunación antitífica.

Las dosis para la vacunación de un adulto sano, de estatura ordinaria, pesando 65 kilos, es de mil doscientos millones de bacilos tíficos, repartidos en cuatro inyecciones, hechas a intervalos de siete días como minimum y quince días como maximum.

Inyectar la primera vez, un cuarto de centímetro cúbico.

La segunda, medio centímetro cúbico.

La tercera, tres cuartos de centímetro cúbico.

La cuarta, un centímetro cúbico.

Un niño de 12 años recibe en cada inyección la mitad de la dosis del adulto; otro de 15 años, tres cuartos de la dosis, etc. Conservar la vacuna al abrigo de la luz y del calor. *Un frasco destapado no debe utilizarse más*

que una sola vez para una o varias vacunaciones. Agitar la ampollita de la vacuna fuertemente antes de la aspiración del contenido en la jeringa. Emplear una jeringa exactamente calibrada y esterilizada en agua hervida. Practicar las inyecciones en la región deltoidea, un poco por debajo de la inserción inferior del músculo deltoideo, alternando el brazo izquierdo con el derecho. Embadurnar la región antes y después de la inyección con un poco de tintura de iodo fresca. Entre cada inyección, esterilizar de nuevo la aguja y la jeringa por aspiración de agua en plena ebullición, o mejor cambiar la jeringa.

Practicar la vacunación de preferencia por la tarde a las cinco. Los vacunados deben comer poco, abstenerse de bebidas alcohólicas y tomar antes de acostarse un selló de antipirina de un gramo. El selló de antipirina no es indispensable. Nosotros mismos no lo hemos necesitado, a pesar de la auto-vacunación a los 48 años de edad. Se sabe que el individuo reacciona tanto más después de una vacunación microbiana, cuanto más viejo es; con la edad de órganos de defensa suelen ser debilitados y los órganos de eliminación insuficientes.

Las reacciones inmediatas de la vacunación.

Las reacciones inmediatas de la vacunación con la *vacuna monovalent^e calentada, tipo Chantemesse*, en los individuos sanos y vigorosos, como lo soldados, son insignificantes; sabemos por los informes oficiales que ellos no han interrumpido el servicio militar. Algunas veces sin embargo pueden observarse reacciones postvacúnicas, que no tienen regla fija. *Estas reacciones pueden ser débiles, medianas o fuertes.*

Cuando la *reacción es débil*, es local. En el lugar de la inyección hay entonces tumefacción, rubicundez y dolor que desaparecen dentro de veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

Cuando la *reacción es de mediana intensidad*, se observa además de la reacción local, durante veinticuatro horas, un poco de cefalea, de malestar, con una elevación de temperatura de medio a un grado centígrado.

Cuando la *reacción es fuerte*, hay cefalea intensa con depresión general considerable; puede haber náuseas, vómitos y una temperatura de 38° a 38° y medio.

Estos fenómenos no duran, en general, más que veinticuatro horas.

La reacción débil es la regla. Con la vacuna antitífica de Chantemesse, no hemos visto nunca una reacción mediana, y menos una reacción intensa.

Indicaciones especiales de la vacunación antitífica.

Hay condiciones en la vida en que las probalidades de enfermar de fiebre tifoidea aumentan, y por tanto en que es mayor la ventaja de la vacunación inmediata. En primer lugar hay que mencionar el servicio militar en las colonias y en las guerras; vienen luego los estudiantes de medicina, los enfermeros, los Médicos, los exploradores, los viajeros de comercio, etc. Las aguas minerales, teóricamente asépticas, pueden ser falsificadas y no garantizadas contra el contagio. Los sujetos que ya han tenido una fiebre tifoidea, no necesitan una *vacunación completa*. En ellos puede despertarse la inmunidad antitífica adormecida por una sola inyección vacunante.

Contra-indicaciones de la vacunación antitífica.

Evítase la vacunación antitífica en los albuminúricos, en los tuberculosos, en los debilitados, en los convalecientes, en las mujeres durante la menstruación.

¿Deben vacunarse los individuos en plena epidemia tífica?

Sí, deben vacunarse. La experiencia ha demostrado que se puede y que se debe hacer la vacunación. El Médico está expuesto a caer sobre un sujeto en incubación tifoidea. Entonces la vacunación atenuará la evolución de la enfermedad.

Conclusiones.

La vacunación antitífica es eficaz; nunca es peligrosa a la condición de guardar ciertas precauciones; debe generalizarse; es una de las más bellas conquistas a la profilaxia de las enfermedades evitables. Con los progresos de la vacunación antitífica, la fiebre tifoidea desaparecerá poco a poco de los países civilizados, puesto que el hombre cesará de recibir y multiplicar el germen tífico, que contamina las tierras y las aguas, y vuelve luego a la circulación nosógena.

(La Clínica Castellana.)

Un nuevo tratamiento de las prostatitis, vesiculitis seminales y artritis de origen gonocócico.

por M. Sánchez y A. Piga.

Los excelentes resultados obtenidos en el tratamiento de la gonorrea y del reumatismo gonorreico por medio de la electricidad estática (1), han sido causa de que se piense en el empleo de las corrientes de alta frecuencia; los resultados obtenidos por este último procedimiento son también halagadores.

William Snow dice que ha tratado las prostatitis no gonorreicas (2), con un electrodo rectal; las oscilaciones de la corriente estática atraviesan los tejidos del polo positivo al negativo; el paciente se conecta al + y el — se conecta con tierra. El efecto de la corriente es el de producir contracciones ondulatorias profundas, indoloras, rítmicas. Viene a representar una especie de gimnasia fisiológica del tejido que favorece la reabsorción de los líquidos, activando por mole el metabolismo celular.

Ahora bien; experiencias muy repetidas han dado la enseñanza de que

(1) Edward C. Titus M. D. New York. An improved treatment of gonorrhoeal arthritis. (The Medical Record 1908).

(2) William Snow. Manual of electrostatic modes of application. Therapeutics radio therapie and radio graphy 1904.

el método del cual nos ocupamos sólo sirve en las prostatitis específicas, en las inflamaciones de carácter gonorreico, pues con él se consigue una acción antiséptica destructiva de los gonococos.

Sería inútil y pesado el tratar en extenso ésta cuestión. Pero debemos decir que sin más armas que el electrodo vacuo de alta frecuencia se pueden tratar y curar gonorreas, vesiculitis seminal y otras manifestaciones blenorrgicas, rebeldes a la terapéutica ordinaria, e incluso al electrodo metálico.

Esta diferencia de acción se explica por que el electrodo vacuo ejerce una acción actínica bactericida profunda, además de que la superficie del electrodo, puesta en contacto con los tejidos de lugar a la formación de ácido nitroso y ozono en estado nascente, como resultado de la disociación y electrización del aire existente entre la pared del tubo y la de los tejidos.

De todo esto se deduce que ha sido muy lógica la opinión de quienes han tratado de erigir en sistema el tratamiento de la gonorrea por medio de la electricidad en aplicación local sobre la próstata y vesícula. Corroborando aquella opinión las investigaciones hechas en el Laboratorio de Hawrd y otros, los cuales han demostrado que los síntomas locales son de origen tóxico y no de la presencia del microbio. El gonococo no puede vivir fuera de las mucosas, comprobándose su presencia en las glándulas seminales y en la próstata en todos los casos de artritis gonocócica. El Dr. Eugene Fuller, de New-York, también ha visto que en muchos casos las vesículas seminales contenían gonococos y ha tratado sus enfermos quirúrgicamente.

El masaje prostático de las vesículas ha probado ser ineficaz y aún peligroso por el traumatismo que determina. En cambio, el nuevo tratamiento es completamente seguro, sobre todo, cuando se aplica a casos diagnosticados prontamente.

El procedimiento es el siguiente. Después de evacuación rectal, el paciente se coloca en la posición de Sims, sobre una plataforma aislada. El electrodo vacuo, después de lubricado, se introduce en el recto y se arrima contra la glándula prostática y las vesículas seminales. El instrumento se tiene en esta posición veinte minutos sin que en ningún momento resulte doloroso el tratamiento. La duración total de la medicación debe ser unas dos semanas.

Después de cada aplicación disminuyen las secreciones, y desaparece paulatinamente el gonococo como puede verse al microscopio. Además, favorece la expulsión de secreciones alteradas y detenidas, porque da lugar a intensas contracciones en los tejidos. Cuando luego de repetidos exámenes nos convencemos de que la próstata y las vesículas están reducidas a su tamaño normal y las secreciones son estériles, no contienen gonococos, puede darse por terminado el tratamiento. Además se seguirá el plan terapéutico general que se considere oportuno.

La técnica que debe emplearse con el aparato Sánchez, es la siguiente: Se coloca en la posición indicada el paciente sobre la cama condensadora, la cual estará concetada por su cordón al terminar esférico del aparato; y el electrodo vacuo colocado en el recto lo sostendrá directamente el operador en su mano a fin de servir con su cuerpo de descargador a tierra.

Creemos útil divulgar estas nociones de electroterapia clínica que tan brillantes resultados producen en la práctica médica diaria en otros países.

CARTA ABIERTA

Eulogio Guzmán y García, Notario, Médico titular; La Guardia (Toledo).
21 Abril 1914.—Sr. D. Antonio Piga, Director de la REVISTA SANITARIA.
Toledo.

Muy señor mío y respetable compañero y amigo: Por encargo de los compañeros del Distrito, me permito rogar a Ud. que si lo cree pertinente, inserte en su REVISTA el adjunto trabajo relativo a nuestro desgraciado amigo D. Julio Alcubilla y Pintado, autorizándole desde luego para si conociera algún dato más de la biografía de expresado señor, puede agregarla en honra suya.

Gracias mil y se repite como siempre suyo afectísimo amigo y compañero s. s. q. b. s. m., *Eulogio Guzmán*.

REMITIDO

Víctima del excesivo celo en el cumplimiento de su deber, y a la temprana edad de veintiocho años, ha muerto en Lillo nuestro cariñoso y buen amigo D. Julio Alcubilla y Pintado. Joven de gran cultura, Médico distinguido, amante fervoroso de su profesión, pronto supo conquistarse las simpatías de todo el vecindario, así como el aprecio y consideración de los compañeros del distrito, tanto por su trato ameno y discreto cuanto por su competencia y acierto en el desempeño de los cargos de Subdelegado y Forense del distrito que en la actualidad desempeñaba; su extremado altruismo y amor al trabajo fueron causa de que el bacilo Eberth encontrara campo allanado para su desarrollo y venciera, dando al traste con su fuerte constitución, dejando en el mayor desamparo a su afligida y desconsolada esposa D.^a Luisa Lozano y dos hermosas niñas. Reciban éstas, así como sus venerables padres, el afamado Dr. D. Doroteo y la distinguida señora D.^a Petra, la expresión más sincera de nuestro cariño, y sírvales de lenitivo a sus amarguras la gloria que supo conquistarse el finado y la gran parte que tomamos en su justo dolor todos los compañeros del distrito.

Ahora bien, mi querido Director, causa pena y sonrojo el pensar que después de morir en cumplimiento de su deber no queda más recompensa a la familia que el consuelo de haber cumplido como bueno y acaso la miserable orfandad con que nos brinda la Ley de epidemias (5 Enero 1909) que en buena hora el Excmo. Sr. D. Juan Lacierva hizo resucitar de la antigua Ley de Sanidad, de 1855, que el cielo colme de bendiciones a tan preclaro político por el bien que hizo, las lágrimas que enjugó y la justicia de la causa, enalteciendo así a esta sufrida y abnegada clase que no sabe por sí redimirse y colocarse a la altura de su misión que por derecho propio le corresponde, ya que en sus manos están los más grandes y sagrados intereses de la humanidad.

Gracias mil le anticipa este su amigo afectísimo y s. s. q. s. m. b.,

Eulogio Guzmán.

VARIEDADES

Un contraveneno antiguo y otro moderno.—Hace cerca de 40 años, en 1875, propuso J. Jeannel una fórmula, *contraveneno ofical múltiple* compuesta de la siguiente manera:

Solución de sulfato férrico. Densidad 1,45.....	100
Agua común.....	800
Magnesia calcinada.....	80
Carbón animal lavado.....	40

Conservábanse aparte, de un lado la disolución de sulfato férrico y de otro la magnesia y el carbón en un frasco con el agua. En el momento de la indicación vertíase en el frasco la disolución férrica y se agitaba con fuerza. Después se administraba la mezcla sin cesar a dosis de 50 a 100 gramos.

Es lástima que no se emplee, porque este antitóxico neutraliza completamente el arsénico, el yodo, la digitalina y parcialmente el sublimado, la estriquina y la morfina.

Modernamente se emplea el *permanganato potásico* en la dosis de 50 centigramos a 1 gramo con 200 o 300 gramos de agua. No hay inconveniente en repetir las dosis.

La disolución de permanganato potásico, en la forma indicada, logra anular el efecto de la morfina y además por sus propiedades oxidantes resulta útil en el envenenamiento por el fósforo.



Revista de Semeiótica.—*Un nuevo signo de pronóstico.*—Todos los médicos conocen la huella que dejan las ventosas sobre la piel de las personas que gozan de buen estado de salud o afecto de enfermedades agudas no graves.

Esta coloración consiste en un fino punteado, de tinte algunas veces rosado, otras veces rojo violáceo.

Lo contrario pasa en ciertos sujetos atacados de las mismas enfermedades, pero de formas tóxicas; la coloración que queda después de la aplicación de las ventosas es tan diferente que llama la atención.

No se ve en estos casos un tachonamiento menudo y rosado o rojo violáceo, sino gruesos nódulos irregulares de coloración azulada o violeta obscuro, como si fuera una equimosis.

Además, una continua experiencia ha demostrado al doctor Vila Ortiz que en todos los casos en que es aplicada una ventosa sobre la espalda o sobre el pecho del enfermo, siempre que deja la supradicha coloración la muerte es inminente.

Lo más importante es que cuando la enfermedad termina por la muerte, la coloración azulada o violeta oscura de las ventosas puede manifestarse quince o veinte días antes de ocurrir el fallecimiento, aun cuando ningún otro síntoma haga sospechar un fin desgraciado.

En otros enfermos la superficie de aplicación de las ventosas presenta

una coloración casi parecida a la que se ha hablado anteriormente; es decir, grandes nódulos azulados o violado obscuro, pero mucho menos confluentes y de tinte más pálido.

Semejante tinte o coloración en las mismas enfermedades parecele al autor revelar que la gravedad puede ser muy seria, la duración larga; pero, sin embargo, posible la curación.

Otras variedades intermedias pueden observarse en los mismos tipos de coloración; pero no alteran poco ni nada la clasificación que hace el autor.

Tocante a la causa de estas extrañas coloraciones que las ventosas dejan sobre la piel de los enfermos, debe atribuirse a una defectuosa oxigenación de la sangre.

Vila Ortiz cita varios casos, entre ellos el de una niña de once años atacada de fiebre tifoidea, y a quien se habían aplicado unas ventosas en la espalda por causa de una bronquitis; después de seis horas de puestas dejaron una coloración azulada o violeta oscura, de grandes nódulos. La enfermita falleció.

En un niño de cinco años, diagnosticado de pneumonía y otitis supurada doble, las ventosas dieron igual coloración, con grandes nódulos irregulares, de coloración azulada o violeta oscura, como si fuera una equimosis. Falleció.

En otro caso de meningitis tuberculosa las ventosas presentaron una coloración azulada o violada oscura, con grandes y abundantes nódulos. Falleció.

En otro de pneumonía y miocarditis, de dos años; coloración de piel que dejaron las ventosas, igual coloración que la anterior, pero mucho menos acentuada y menos confluyente. Curación.

Otros casos cita Vila de sarampión, tos ferina, difteria faríngea, etc.—
(*La Clínica Moderna*).



Revista de Terapéutica.—*Tratamiento de la epilepsia por medio de las inyecciones de líquido céfalo-raquídeo.*—Ha tiempo notóse que el suero sanguíneo de un epiléptico, inyectado en el torrente circulatorio de otro epiléptico, ejerce algunas veces acción terapéutica favorable. Sin embargo, estos ensayos de seroterapia no han recibido aplicación práctica, dadas las dificultades que existen de determinar exactamente la característica del suero sanguíneo en cada caso particular. El doctor Gordon, de Filadelfia, ha pensado que el líquido céfalo-raquídeo, menos complejo que la sangre, se prestaba mejor a este efecto. Nuestro colega ha podido convencerse que si deja caer una gota de sangre obtenida por punción del dedo de un epiléptico sobre el centro de la superficie de 15 gotas del líquido céfalo-raquídeo, y viceversa, se observa la producción de una hemolisis; acontece lo contrario poniendo la sangre de cada paciente en contacto con el líquido céfalo-raquídeo proveniente del mismo individuo; la prueba queda negativa. Es decir, que cada líquido céfalo-raquídeo contiene substancias que obran de una manera específica sobre otro epiléptico; pero no sobre su «donante».

Comprendido esto, Gordon se ha preguntado si sería posible utilizar el líquido céfalo-raquídeo para el tratamiento de la epilepsia, y con el fin de esclarecer este punto, ha escogido, desde luego, dos casos graves de epi-

lepsia, en los cuales la terapéutica usual se había mostrado ineficaz. Extrajo de cada uno de los pacientes en cuestión 30 c. c. de líquido céfalo-raquídeo e inyectó enseguida 3 c. c. debajo de la piel del brazo de otro epiléptico, hacia el final de la punción; se producía cefalalgia, disipada a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas. Durante las dos semanas siguientes, los enfermos recibieron cuatro inyecciones más sin que amargaran más ataques. Hacia la tercera semana, agotada ya la provisión del líquido céfalo-raquídeo, los enfermos empezaron a sufrir algunas crisis; pero éstas fueron mucho menos intensas que los ataques anteriores y no ofrecían ya el mismo carácter; se parecían a lo que se llama generalmente el «pequeño mal».

La evolución de la enfermedad, los intervalos entre los ataques; la naturaleza de éstos, la ausencia de crisis durante algunas semanas, la mejoría del psiquismo y del estado general de los pacientes, todo esto parecía testimoniar que el método terapéutico en cuestión estaba llamado a dar algún éxito. Así es que, animado por los dos casos anteriores, nuestro colega trata por el mismo procedimiento a otros dos epilépticos: un hombre de treinta y nueve años y una niña de once. En esta última, que estaba sujeta a accesos concomitantes desde los cuatro años, el resultado fué particularmente concluyente; se abstuvo de practicar en ella la punción lumbar, de suerte que la mejoría observada no podía ser atribuída a la evacuación del líquido céfalo-raquídeo (tal vez se daban algunos resultados favorables obtenidos en la epilepsia a las punciones lumbales repetidas).

Sin duda el número de casos tratados por el procedimiento de que se trata es aún muy limitado para que estemos autorizados a sacar conclusiones categóricas sobre el valor terapéutico del método; pero no es menos interesante recordar los resultados obtenidos por medio de estas inyecciones de líquido céfalo-raquídeo cuando anteriormente los enfermos habían recibido durante meses y aun años dosis considerables de bromuros y otros medicamentos sin que obtuvieran la más ligera mejoría.—(*La Clínica Moderna*).



Cloroformización y eterización: medio sencillo de evitar las molestias que producen.—Habiendo observado Grawford Renton, cirujano de la clínica de la clínica de la «Western Infirmary», de Gracgow (*British Medical Journal*), que en los casos de gastroenterostomía tratados en la posición de Fowler, los enfermos sentían pocas molestias consecutivas a los anestésicos, desde hace seis años eleva la cabeza de los operados mediante bloques de 0'30 metros de altura; con ello ha notado una gran mengua en los trastornos postanestésicos. Los enfermeros y enfermeras confirman que desde la nueva práctica los sufrimientos de los operados son mucho menores y ellos tienen mucho menos trabajo.

La causa de este hecho es puramente mecánico: se soporta mejor de estos malestares teniendo la cabeza alta que colocada baja. Algunos pacientes, muy sensibles a la acción del cloroformo y del éter, después de varios días de encontrarse mal, se sienten bien en cuanto la posición de la cabeza se eleva.

Entiende Renton que cumple un deber manifestando las ventajas de esta sencilla práctica.—(*Gaceta Médica Catalana*).



Nomenclatura médica.—*Reacción de Ernest-Neisser.*—Es una de las reacciones corantes que permiten caracterizar el bacilo diftérico. Consiste en la aparición de granulaciones metacromáticas en las dos extremidades del bacilo después de la acción de bacilos especiales.

Sobre la colonia de bacilos diftéricos en suero coagulado, desenvuelto después de una permanencia en la estufa de veinte horas y fijado al alcohol-éter o al calor, hacer activa una solución hidro-alcohólica de azul de metileno ácido durante dos horas (azul, 1 gr., alcohol a 90°; Roc. aguas destilada 95 c. c.; ácido acetítico cristalizable, 50 c. c.).

Lavado en agua: hacer obrar una solución acuosa de moreno Bismark.

El bacilo presenta en cada una de sus extremidades, si la reacción es positiva, una granulación azul.

Esta reacción sirve diferenciar un bacilo de Loeffler legítimo de los bacilos diftéricos atenuados (llamados pseudo bacilos o bacilos de Hoffman). Estos últimos, ordinariamente avirulentos, son infinitamente menos que los primeros virulentos para el hombre. Su diagnóstico es, pues, de una gran importancia desde el punto de vista profiláctico.

Sin embargo, esta reacción no es de un valor absoluto, pues se encuentra un 20 por 100 de bacilos no virulentos sin granulaciones y un 20 por 100 de bacilos virulentos sin granulaciones.

Signo de Kerandel.—Es un trastorno de la sensibilidad profunda, consistente en una sensación dolorosa más o menos viva, provocada por un choque o una presión insignificante. Es uno de los síntomas de iniciación de la enfermedad del dueño. Fue así designada por el nombre del mérito que la observó en sí mismo y la describió detalladamente.

Está hiperestésica profunda cuando los tejidos blandos son comprimidos bruscamente, por ejemplo, en el pellescamiato, o el choque con la presión de los puntos blandos entre el hueso y un plano resistente.

El dolor no se produce inmediatamente después del choque, sino uno o dos segundos más tarde. Dura unos instantes. Heckenroth había propuesto llamar a esta hiperestesia a la presión y al choque *signo de la llave*, a causa del dolor excesivo que produce en la palma de la mano el hecho de introducir una llave en la cerradura.

Este signo, que existe en el segundo y tercer mes de la infección trypanosomiásica, es muy frecuente, bien que no absolutamente patognomónico.—(*España Médica*).



Los doce mandamientos que debemos tener en cuenta en el diagnóstico pronóstico y tratamiento de la apendicitis.

- 1.º No tratar al enfermo médicamente.
 - a) Cuando existen síntomas de peritonitis.
 - b) Cuando la temperatura sube.
 - c) Cuando se encuentra claramente un tumor en la fosa iliaca derecha.
 - d) Cuando el pulso es lento y la temperatura baja con signos locales de peritonitis, lo cual indica que el apéndice se gangrena.
 - e) Cuando el dolor cesa bruscamente.
 - f) Cuando el tanto por ciento de los monucleares pasa de treinta.
 - g) Cuando la aceleración del pulso no guarda relación con la temperatura.

h) Cuando los síntomas son graves tan pronto como ha comenzado el ataque.

i) Cuando ha habido otros ataques.

2.º No tratar médicamente, si el enfermo es un niño, porque la infección peritoneal y la formación de absceso son las características rápidas de la afección en la niñez.

3.º No confundir la apendicitis con una indigestión, fiebre tifoidea, afección de cadera, tiflitis estercorácea, litiasis intestinal, obstrucción intestinal, colecistitis con distensión vesicular, absceso perinefrítico, cáncer del ciego, hipocondria y la histeria.

4.º No hacer el diagnóstico de apendicitis, si la presión, a lo largo del colón descendente, no despierta dolor en la fosa iliaca derecha.

5.º No contentarse con el signo de Blumberg, cuando no va acompañado, pues se encuentra en todas las peritonitis. (Se descubre apretando el punto de Mac-Burney con la mano y retirando ésta bruscamente: la vuelta de la pared del vientre a su estado anterior, da lugar a un dolor vivo, pero de corta duración).

6.º No instituir el tratamiento médico, si existe el signo de Blumberg, pues se trata de una peritonitis.

7.º No hacer nada que dañe la integridad de la piel y por consecuencia, no aplicar mostaza, ni trementina, ni agua caliente.

8.º No dar alimento alguno ni siquiera agua.

9.º No permitir al enfermo que se revuelva en su lecho, para evitar una perforación.

10. No dar nada que pueda aumentar el peritalismo del intestino delgado, o del intestino grueso.

11. No dar ningún medicamento capaz de paralizar el sistema nervioso y de impedir, en consecuencia, las descargas de productos infecciosos, o capaz de enmascarar los síntomas.

12. No hacer el pronóstico favorable, aunque el caso parezca benigno. (*La Médecine pratique*).

* * *

Contribución al estudio de la prueba del nitrito de amilo, por F. Belloir et Dubos (Soc. de Biol. de Paris, 7 Junio 1913).

Los A. A. han practicado en 30 casos la prueba del nitrito de amilo de Josué et Godlewski al mismo tiempo que la de la atropina. Estas dos pruebas permiten reconocer si una bradicardia es determinada por la excitación del pneumogástrico. La prueba de la atropina tiene inconvenientes que no presenta la del nitrito de amilo. La acción de la atropina es tardía; además es inconstante, en especial en los sujetos ancianos, de suerte que su resultado negativo debe considerarse con una cierta reserva. La acción del nitrito de amilo en inhalación es casi inmediata, segura, inofensiva. Por otra parte, es más marcada: la p. de la a. puede ser considerada como positiva si hay una aceleración de diez pulsaciones; la del n. de am., si el aumento es mayor de veinte. Se detiene la inhalación cuando el sujeto, cuya cara se congestiona, siente latidos en las sienes.—(*Galicia Médica*).

BIBLIOGRAFÍA

Psychoses intermittentes et insuffisance rénale, por M. Edovard Herisson. París 1913. El autor de la tesis tiende a demostrar en ella que si bien es cierto que de ordinario se distinguen fácilmente los accesos recidivantes de delirio ligados a la insuficiencia renal de los accesos de excitación y de depresión de la locura intermitente hay una serie de casos de transición que unen unos con otros desde el punto de vista de su fisonomía clínicas: confusión mental, confusión mental con excitación o depresión, excitación o depresión puras.

Añade el dato interesantísimo de que la terapéutica ordinaria de desintoxicación aplicada a la insuficiencia renal ha parecido modificar favorablemente la intensidad y duración de ciertos accesos delirantes.

*
* *

Quatre observations d'anérrysme de l'aorte, por Maurice Bollot. En opinión nuestra lo más interesante del trabajo del joven Dr. Bollot está constituido por dos enseñanzas que se deduce de las observaciones personales de casos de aneurismas que el autor ha recogido. Una se refiere al poco valor que tiene la radiografía para el diagnóstico de los aneurismas de la aorta abdominal, aneurismas de oscura sintomatología, y otra a la patogenia de la acción corrosiva ejercida por las bolsas aneurismáticas. Parece ser que de estas solamente las falsas serían capaces de lesionar y destruir los tejidos y que ejercerían su acción destructura no por una mera acción mecánica sino por un principio químico indeterminado originado en el interior de aquellas.

Los demás datos: muerte por rotura en el exófago en el pulmón izquierdo, por caquexia; importancia del dolor como signo diagnóstico etcétera, son datos perfectamente conocidos.

*
* *

Nuevo método para la obtención de los dactilogramas y estudio microscópico de las crestas papilares, por los Dres. T. Maestre y A. Lecha.— Marzo, 1914.

Entre lo poco original hecho en estos últimos tiempos respecto de dactiloscopia figura por derecho propio el trabajo de los ilustres Dres. T. Maestre y Lecha-Marzo, referente a un nuevo método para la obtención de dactilogramas.

Preparan al calor la mezcla siguiente que les sirve ya indefinidamente:

Cera amarilla	4	gramos.
Pez griega	16	»
Esperma de ballena	1	»
Sebo	5	»

Esta otra puede también ensayarse; los autores prefieren la primera:

Cera amarilla.....	8	gramos.
Pez griega.....	32	»
Esperma de ballena.....	2	»
Sebo.....	25	»

Una vez líquida la dejan enfriar en un recipiente plano de cristal o metal y de poca altura.

Cuando la masa está sólida rodean el dedo (previamente désengrasado con el eter o el silol) sobre su superficie y parece que nada ha separado; le rodean nuevamente sobre el papel o el celuloide, revelan la huella con el óxido de cobalto y proceden a su fijación en la fórmula que sigue:

Goma.....	25	gramos.
Alumbre de potasio.....	10	»
Forenol al 40 por 100.....	5	»
Agua.....	300	»

Después de obtenida la huella pasan la superficie de la pasta tintero sobre una llama, queda perfectamente lisa y pasados algunos momentos obtienen la siguiente. Antes de rodar el dedo sobre el papel o el celuloide ven ya sobre la superficie de la pasta si la impresión ha sido bien hecha.

Todo constituye un *tour de mani*, sencillo de aprender después de varios tanteos.

El método que proponen puede y debe aun ser objeto de perfeccionamientos.

*
* *

L' Affaire Lafargue, etude médico-légale, por Leonard Malouvier, 1913. Pronto hará un siglo, en 1939, que llegaba a París el célebre M. Lafargue envenado por su esposa Marie Capelle. Las pericias del drama, los peritajes de Tournadou, Lafosse, Massenat, Lespinasse, Bardou, Orfila, Ollivier y Bussy; la polémica de Raspail con Orfila; todo en una palabra cuanto se relaciona con el documento histórico médico-legal que se llama *l' affaire Lafarge* está cuidadosamente consignado en la tesis de Malouvier, que ha sido presidida por el Profesor M. Thoinot.



El único específico para las enfermedades del Estómago, es el
Jugo estomacal de Win.

Depositarío en Toledo y su provincia: Farmacia SANTOS

Especialidades y productos de la Farmacia y Laboratorio **LOZANO**

Hombre de Palo, 23.—Teléfono 186.—TOLEDO

Pastillas pectorales LOZANO, caja.....	0,75 ptas
Comprimido clorato potasa LOZANO, caja.....	0,40 »
» » » » »	0,25 »
» permanganato potásico LOZANO, tubo.....	0,50 »
» bicloruro de mercurio LOZANO, tubo.....	0,50 »
Cápsulas aceite ricino LOZANO, de 6 y 8 cápsulas caja.....	1,00 »
» sándalo LOZANO, frasco.....	2,25 »
» copaiba LOZANO, frasco.....	1,75 »
Zarzaparrilla LOZANO, frasco.....	1,00 »
Glicerofosfato cal granulado LOZANO, frasco.....	2,00 »
Levadura de cerveza LOZANO, frasco.....	2,00 »
Jarabe rábano iodado LOZANO, frasco.....	1,75 »
Kola granulada Lozano, frasco.....	2,00 »
Licor de brea concentrado LOZANO, frasco.....	1,00 »
Jabones medicinales LOZANO, caja de 3 pastillas.....	2,00 »
Jabón malvavisco higiénico LOZANO, pastilla.....	0,25 »
Solución clorhidrofosfato cal creosotada LOZANO, frasco.....	1,75 »
Sales marinas con algas LOZANO, paquete.....	1,50 »
Vino tónico reconstituyente LOZANO, frasco.....	5,50 »
Magnesia efervescente LOZANO, frasco.....	1,25 »
Vino peptona LOZANO, frasco.....	2,00 »
Polvos dentríficos oxigenados LOZANO, caja.....	0,50 »
Aceite ricino sin olor ni sabor LOZANO, frasco....	0,50 »
Agua oxigenada LOZANO, frasco.....	1,00 »
Algodón esterilizado LOZANO, bote de 250 gramos.....	4,00 »
» » » paquete de 250 gramos.....	3,00 »
Compresas gasa esterilizada LOZANO, bote de 40 compresas	4,00 »
» vulvares modelo Gutiérrez.....	4,00 »
Gasa esterilizada hidrófila LOZANO, 1 metro, frasco.....	2,00 »
» » sublimada.. » »	2,00 »
» » xerofórmica » »	2,50 »
» » iodofórmica » »	2,50 »
Vendas esterilizadas LOZANO, bote.....	4,00 »
» cambrie 5 x 5 esterilizadas LOZANO, pieza.....	0,75 »
» » 5 x 10 » »	1,25 »
» » 10 x 10 » »	1,50 »
Vaselina bórica esterilizada LOZANO, tubo.....	1,00 »
Ampollas de suero Hayem LOZANO, de 300 gramos.....	5,50 »
» » » » de 100 »	1,50 »
» » » » de 50 »	1,00 »
» » » » de 25 »	0,75 »
» » gelatinoso » de 300 »	5,50 »
» » » » de 100 »	1,50 »
» » » » de 50 »	1,00 »
» aceite alcanforado » caja de 10 ampollas.....	2,25 »
» » gris..... »	2,25 »
» » mentolado. »	2,25 »
» » arrhenal... »	2,25 »
» atoxil..... »	5,00 »
» atropina sulfato.. »	2,25 »
» azul metileno »	2,25 »
» cacodilato sosa... »	2,50 »
» cafeina »	2,50 »
» cinamato sosa.... »	2,50 »
» ergotina Ivon..... »	2,50 »
» ergotinina »	3,50 »
» esparteina sulfato »	2,50 »

TROUSSEAU PARA PARTOS

Pídase nota de contenido y condiciones de alquiler.

